

- Alle famiglie
- Agli alunni
- Al personale scolastico

**Oggetto: Gestione casi Covid-19, indicazioni operative Regione Lombardia 15/09/2010 - ulteriori chiarimenti.**

Facendo seguito all'emanazione del DPCM del 7 settembre 2020, Regione Lombardia ha fornito importanti indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. È stato previsto un percorso semplificato di identificazione dei casi di Covid-19, in modo da garantire una riduzione dei tempi di esecuzione e refertazione del tampone, sia per gli alunni che per il personale scolastico. Pertanto le ATS e le ASST dovranno consentire l'accesso, senza prenotazione e con autocertificazione della motivazione, agli alunni e al personale scolastico docente e non docente, che presentino sintomi a scuola o fuori dalla scuola.

La motivazione per l'accesso senza prenotazione ai punti tampone ricomprende due fattispecie:

- a. rilevazione di sintomi a scuola;
- b. rilevazione di sintomi fuori dall'ambiente scolastico a seguito di indicazione del MMG/PLS.

Per la consultazione dell'elenco dei punti tampone (indirizzi e orari di accesso) si faccia riferimento al sito della Regione Lombardia

(<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-inf ormazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/coronavirus/gestione-casi-covid-19>).

**Gestione dei casi: studenti**

- Sintomi che si presentano a scuola: il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (**Modulo 1** allegato per studente maggiorenne e **Modulo 2** allegato per studente minorenni) e comunque prende contatti con il proprio Pediatra di Libera scelta (PLS).
- Sintomi si presentano al proprio domicilio: il genitore del bambino contatta nel più breve tempo possibile il proprio pediatra di Libera Scelta e, in caso di indicazione di sottoporre il figlio a tampone, lo accompagna al punto tampone con modulo di autocertificazione (**Modulo 1** allegato per studente maggiorenne e **Modulo 2** allegato per studente minorenni).

## **Gestione dei casi: personale scolastico docente e non docente**

Se un operatore scolastico presenta sintomi suggestivi per il Covid-19, dovrà contattare nel più breve tempo possibile il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) e, in caso di indicazione di sottoporsi a tampone, dovrà recarsi al punto tampone con modulo di autocertificazione (**Modulo 3** allegato).

## **Gestione dei casi stretti**

L'isolamento domiciliare fiduciario dei contatti stretti può essere disposto dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria (DIPS) delle ATS solo in presenza di segnalazione di caso accertato Covid-19. Sono considerati contatti stretti di caso gli studenti dell'intera classe (presenti nelle 48 ore precedenti).

È comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l'utilizzo di mezzi pubblici.

Spettano comunque al Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria (DIPS) delle ATS le valutazioni per la disposizione di isolamento domiciliare fiduciario di tutti i soggetti ritenuti contatti stretti.

Il personale scolastico che abbia osservato le norme di distanziamento interpersonale, igienizzazione frequente delle mani e l'utilizzo della mascherina chirurgica non è da considerarsi contatto di caso a meno di differenti valutazioni in relazione ad effettive durata e tipologia dell'esposizione.

## **Riammissione a scuola**

La riammissione a scuola avviene:

- A seguito di *esito negativo del tampone effettuato al soggetto sintomatico* (il pediatra o il medico curante valuta se ripetere il test a distanza di 2-3 giorni). Il soggetto deve comunque restare a casa fino a guarigione clinica e a conferma negativa dell'eventuale secondo test. L'accesso al punto tampone non prevede prenotazione.
- A seguito di *esito negativo del tampone effettuato dal soggetto in isolamento domiciliare fiduciario* in quanto contatto stretto di caso (tampone preferibilmente eseguito in prossimità della fine della quarantena).
- A seguito di *guarigione dal Covid-19* (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro). Il medico o il pediatra, acquisita l'informazione del tampone negativo del paziente, rilascia l'attestazione di riammissione sicura in collettività.

- Nel caso in cui lo studente non venga sottoposto a tampone in quanto la sua *sintomatologia non è riconducibile a Covid-19*, il medico curante o il pediatra indicherà alla famiglia le misure di cura e, in base all'evoluzione del quadro clinico, valuterà i tempi per il rientro al servizio educativo/scuola. Se il pediatra non ritiene di far sottoporre l'alunno a tampone, in quanto i sintomi non sono riconducibili al Covid-19, non sarà richiesta l'attestazione da parte del pediatra, ma sarà richiesta al genitore una dichiarazione sui motivi dell'assenza (**Modulo 4** allegato).

Si confida nell'attenta collaborazione delle famiglie e nel senso di responsabilità rispetto allo stato di salute proprio e dei propri figli, consapevoli che le raccomandazioni fornite dal CTS e dell'Istituto Superiore della Sanità si basano su un presupposto di alleanza tra famiglie, Istituzioni Scolastiche, Pediatri di Libera Scelta/Medici di Medicina Generale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Prof.ssa Miriam Chiappa)

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Studente maggiorenne**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

**DICHIARA ALTRESI'**

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche (\*):

- SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
- DISSENTERIA
- CONGIUNTIVITE
- FORTE MAL DI TESTA
- ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
- AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
- DOLORI MUSCOLARI
- DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
- FEBBRE  $\geq 37,5^{\circ}$

Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24ore precedenti da parte del Medico di Medicina Generale

In fede

Data

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

**NOTA BENE:** Nel setting scolastico ai "contatti stretti di caso sospetto" in attesa dell'esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E' comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l'utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

**(\*)** In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l'effettuazione del tampone naso faringeo

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**DEL MINORE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di far rispettare al minore le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone

**DICHIARA ALTRESI'**

**BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:**

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche/educative (\*):
  - SINTOMI RESPIRATORI (TOSSE, MAL DI GOLA, RAFFREDDORE)
  - DISSENTERIA
  - CONGIUNTIVITE
  - FORTE MAL DI TESTA
  - ANOSMIA (PERDITA OLFATTO)
  - AGEUSIA (PERDITA GUSTO)
  - DOLORI MUSCOLARI
  - DISPNEA (DIFFICOLTA RESPIRATORIA, AFFANNO)
  - FEBBRE  $\geq 37,5^{\circ}$
- Di aver ricevuto indicazione ad effettuazione tampone nelle 24 ore precedenti da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

**NOTA BENE:** Nel setting scolastico ai “contatti stretti di caso sospetto” in attesa dell’esito del tampone NON si applica la quarantena fino ad eventuale esito positivo del tampone del caso sospetto.

E’ comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudentiale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori): utilizzo delle mascherine in ogni situazione, evitare ove possibile o comunque ridurre i momenti di socialità e l’utilizzo di mezzi pubblici.

Si richiama quindi il senso di responsabilità per garantire il giusto equilibrio tra una sostanziale sicurezza rispetto alla patologia Covid-19 e la possibilità di condurre le attività quotidiane (lavoro, etc.).

In fede

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

**(\*)** In caso di esordio sintomi a scuola SI RAMMENTA DI CONTATTARE IL PROPRIO PEDIATRA DI FAMIGLIA al quale segnalare tempestivamente lo stato di salute del minore e l’effettuazione del tampone naso faringeo

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 - Personale Scolastico docente e non docente**

Il sottoscritto COGNOME \_\_\_\_\_

NOME

CF \_\_\_\_\_

Data

di

Nascita \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ✓ Di aver ricevuto dal proprio Medico di Medicina Generale indicazione ad effettuazione tampone nelle 24ore precedenti l'accesso al test
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare le misure di isolamento domiciliare obbligatorio fino a guarigione in caso di esito positivo al tampone (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

In fede

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del dichiarante)

Il presente modulo sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.

Licei Santagostino*	Allegato 4 alla Circolare n. 18

**DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a

nato/a a \_\_\_\_\_ il

e \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ in

in qualità di genitore (o di titolare della responsabilità genitoriale) di:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il

frequentante la classe \_\_\_\_\_

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,**

**DICHIARA**

che il proprio figlio assente dal giorno \_\_\_\_\_

può essere riammesso a scuola poiché l'assenza è dovuta a:

- Motivi di famiglia;
- Motivi di salute non legati a sintomatologia riconducibile al COVID-19 (febbre superiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto e /o dell'olfatto, mal di gola, cefale, mialgie);
- Aver osservato quarantena fiduciaria perché proveniente da paesi dichiarati a rischio secondo le indicazioni del Ministero della Salute;
- Vaccinazione;



○ Altro,

specificare:

---

Nel caso in cui l'assenza sia dovuta a motivi di cui al punto 2, il/la sottoscritto/a dichiara altresì che:

- è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale;
- non è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale.

Inoltre, dichiara che

- in questo momento lo studente non manifesta sintomatologia riconducibile al COVID-19 (febbre superiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali, perdita/alterazione improvvisa del gusto e /o dell'olfatto, mal di gola, cefalee, mialgie);
- non è stato a contatto con persone positive al COVID per quanto di propria conoscenza negli ultimi 14 giorni.

Luogo e Data  
genitoriale)

Il genitore  
(o titolare della responsabilità

---

---