



Istituto comprensivo “Arbe - Zara ”

Viale Zara n. 96 (via Arbe, 21) - 20125 MILANO

C.F. 80124730153 – Cod. Mecc. MIIC8DG00L

Milano ☎ 02/6080097 -

Sito Istituto: www.icarbezara.edu.it - istituzionale: MIIC8DG00L@istruzione.it

posta certificata: MIIC8DG00L@pec.istruzione.it Codice univoco per fatturazione elettronica **UF58DE**

Circ. n. 61

Milano, 22-09-2020

Al Personale scolastico

Ai Genitori degli Alunni

Al DSGA

Agli atti

Al sito

OGGETTO: GESTIONE DEI CASI E FOCOLAI DI COVID 19 AGGIORNAMENTO (ORDINANZA REGIONE LOMBARDIA 17 SETTEMBRE 2020)

Come da Circ. n.60, nella gestione di casi sospetti, l'istituzione scolastica si attiene a quanto prescritto nelle - Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-Cov-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia,

- Versione 21 agosto 2020 Rapporto ISS COVID – 19 N.58/2020, al quale si rimanda per la trattazione completa dell'argomento.

Si sottolinea che la **Regione Lombardia** fornisce le indicazioni operative attualmente in vigore dal 17 settembre e che potranno essere aggiornate in base all'evoluzione del quadro epidemiologico e delle conoscenze scientifiche.

Rispetto a quanto di competenza della Istituzione Scolastica, risultano confermate le modalità di gestione dei casi sospetti già presentate.

- Se un soggetto appartenente al **personale scolastico** afferente ai servizi educativi dell'infanzia e alle scuole di ogni ordine e grado 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 (vedi **Modulo 1** allegato)

- I **genitori di alunni** che presentano sintomi sospetti a scuola prendono contatti con il proprio Pediatra di Libera scelta (PLS). Se i sintomi si presentano al proprio domicilio, il genitore del bambino contatta nel più breve tempo possibile il proprio pediatra di Libera Scelta ed accompagna, su indicazione del medico, il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (vedi **Modulo 2** allegato).

-E' stato ATTIVATO un percorso di accelerazione e semplificazione del processo di identificazione dei casi covid con l'accesso senza prenotazione presso I **PUNTI TAMPONE** accessibili dal lunedì al sabato dalle 9,00 alle 14,00 previa autocertificazione della motivazione (MODULO 1 per il personale scolastico - MODULO 2 per gli allievi da 0-13/14 anni).

Rispetto al **RIENTRO DI ALUNNI NELLA COMUNITÀ SCOLASTICA**, si **SEGNALA INVECE** che il pediatra **deve** rilasciare **L'ATTESTAZIONE DI RIAMMISSIONE** in collettività per personale scolastico e allievi:

- a seguito di caso COVID certificato, se il **TAMPONE RISULTA NEGATIVO**
 - per soggetto in isolamento domiciliare fiduciario in quanto contatto stretto di caso (tampone NEGATIVO eseguito entro la fine della quarantena)
 - per soggetto guarito Covid 19 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo)
- Nel caso in cui L'ALUNNO 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 e indicherà le modalità per il rientro al servizio educativo/scuola. Si specifica che, per altre motivazioni di assenza prolungata, è necessaria la **giustificazione con DICHIARAZIONE da parte del genitore dei MOTIVI DELL'ASSENZA** stessa (modulo **ALLEGATO 3**).

Per quanto riguarda la **GESTIONE DEI CONTATTI STRETTI** si precisa che:

- L'isolamento domiciliare fiduciario dei contatti stretti può essere disposto unicamente a seguito di segnalazione di caso accertato Covid-19.
- Sono considerati contatti stretti di caso gli studenti dell'intera classe (presenti nelle 48 ore precedenti), come previsto dal Rapporto ISS allegato al DPCM del 7 settembre 2020. 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.

SI STABILISCE CHE UNICAMENTE LA SEGNALAZIONE DI CASI DI ACCERTATO COVID-19 PUO' DETERMINARE LA DISPOSIZIONE DI ISOLAMENTO DOMICILIARE FIDUCIARIO DI CONTATTI STRETTI.

Il Dirigente Scolastico
Ornella Trimarchi

(Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art. 3 c. 2 Dlgs 39/93)

Allegato 1 – Modulo 1 – Autodichiarazione personale scolastico

Allegato 2 – Modulo 2 – Autodichiarazione alunni minorenni

Allegato 3 - DICHIARAZIONE MOTIVAZIONE DELL'ASSENZA DELL'ALUNNO

Allegato 4 - Prescrizione secondo tampone.

ALLEGATO 1

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 24 ore 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 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro) in caso di esito positivo al tampone
- ✓ Di essere consapevole che i conviventi/contatti stretti non scolastici sono tenuti al rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

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.

ALLEGATO 2

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
- ✓ Di essere consapevole di dover rispettare e di far rispettare a tutti i conviventi del minore le misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito del tampone

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

- Che il suddetto minore nelle 24 ore precedenti l'accesso 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 l'accesso da parte del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del suddetto minore

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

Allegato 3

DICHIARAZIONE MOTIVI DI ASSENZA

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
dell'alunno/a _____, nato/a a _____ il _____
Frequentante il PLESSO _____ 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 la collettività,

DICHIARA

Che in data odierna il figlio/a è in buona salute e

che è stato assente dal _____ al _____ per:

- 1- Motivi di famiglia;
- 2- Motivi di salute **non legati** alla presenza di sintomatologia riconducibile al Covid-19, ossia febbre superiore a 37,5° C, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite, rinorrea/congestione nasale, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia), perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia), mal di gola, cefalea, mialgie *;
- 3- Vaccinazione.

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 (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG);
- NON è stato contattato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) o Medico di Medicina Generale (MMG).

**In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.*

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)

ALLEGATO 4

PRESCRIZIONE EFFETTUAZIONE TAMPONE NASO-FARINGEO PER SOSPETTO COVID-19 A SEGUITO DI NEGATIVITA' A PRIMO TAMPONE IN SOGGETTO SINTOMATICO – SOLO PERSONALE SCOLASTICO E ALLIEVI/STUDENTI

In attuazione del punto 2.1.1 del Rapporto di ISS COVID-19 *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia* – versione 28 agosto 2020, si prescrive effettuazione di tampone naso-faringeo per ricerca di RNA di SARS-CoV-2 per l'assistito/a

COGNOME _____

NOME _____

CF _____

Data di Nascita _____

residente in _____ (_____)

Via _____

Cell _____

e-mail _____

Luogo

Data

(Firma del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta)

Il presente modulo deve essere presentato al punto tampone dalla persona interessata e sarà conservato nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.