



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
“G. PERLASCA”

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) tel. 02/9027951 - fax 02/902795122  
[www.icsperlasca.edu.it](http://www.icsperlasca.edu.it) email: [miic86700t@istruzione.it](mailto:miic86700t@istruzione.it)

Circ.n. 11

Bareggio, 11/9/2020

A tutti i docenti  
A tutte le famiglie  
A tutto il personale ATA

**Oggetto: Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di Sars- CoV2 e riammissione in comunità scolastica - Aggiornato al 16/09/2020**

Come da Circ. **18**, che risulta confermata, 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 alla pagina web:

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

ha fornito le indicazioni operative attualmente in vigore (aggiornate al 15/9/20).

In particolare, 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 studenti che per il personale docente.

**Per l'identificazione dei casi di Covid-19:**

- **I genitori di alunni che presentano sintomi sospetti a scuola** accompagnano subito il figlio al punto tampone (aperti tutti i giorni dal lunedì al sabato indicativamente dalle ore 9.00 alle ore 13.00) con modulo di autocertificazione (vedi Modulo 2 allegato) e comunque prendono contatti con il proprio Pediatra di Libera scelta (PLS).
- **I genitori di alunni che presentano sintomi sospetti al proprio domicilio**, devono contattare nel più breve tempo possibile il proprio pediatra.
- 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)

Rispetto al **rientro di alunni nella comunità scolastica**, si segnala invece che:

- il pediatra deve rilasciare l'**attestazione di riammissione sicura in collettività** nei seguenti tre casi:
  - a. soggetto sintomatico a cui è stata esclusa la diagnosi di Covid-19 (tampone negativo);
  - b. soggetto in isolamento domiciliare fiduciario in quanto contatto stretto di caso positivo COVID (tampone negativo preferibilmente eseguito in prossimità della fine della quarantena);
  - c. 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 per il rientro al servizio educativo/scuola. **Non è richiesta alcuna certificazione/attestazione per il rientro** ma, nel rispetto e fiducia reciproci, come esplicitato nell'integrazione al patto di corresponsabilità educativa, sarà sufficiente la giustificazione dell'assenza con dichiarazione da parte del genitore.

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.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Allegato 1 – Modulo 1 – Autodichiarazione personale scolastico

Allegato 2 – Modulo 2 – Autodichiarazione alunni minorenni

## 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.

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.**