



ISTITUTO COMPRENSIVO Via AGNESI

Scuola dell'Infanzia "S. Maria" – Scuole Primarie "Via Agnesi" e "Via Diaz" – Scuola Secondaria di 1° grado "Pirotta"
Cod. Ministero dell'Istruzione MBIC879001 - Cod. Fisc. 83010550156 – ic-agnesidesio.edu.it
e.mail mbic879001@istruzione.it – mbic879001@pec.istruzione.it
Via Stadio, 13 - 20832 **DESIO** (MB) - Tel 0362/392314 Fax 0362/629863

Circolare n. 24

Desio, 16 settembre 2020

Ai Genitori
Ai Docenti
Al personale ATA
Al RE e al sito web
dell'IC "Via Agnesi"

Oggetto: **Indicazioni dell'ATS Brianza per la gestione di casi e focolai di Covid-19 nelle scuole**

Si comunica che l'ATS Brianza ha comunicato di aver predisposto un "piano anticovid per le scuole" che consente, in caso di sintomi sospetti per studenti e personale scolastico, l'accesso diretto all'effettuazione dei tamponi, con motivazione ben definita. L'isolamento scatta per le positività accertate.

Per patologie con sintomi 'no covid', non serve certificazione del medico per il rientro in classe.

Il processo di identificazione dei casi di Covid-19 nella collettività scolastica è rappresentato nella tabella sottostante.

Tabella - Percorso di identificazione dei casi di Covid-19 nella collettività scolastica

Soggetto interessato da eventuale sintomatologia suggestiva per Covid-19	Scenario di insorgenza dei sintomi	Azione in capo alla persona interessata
Personale scolastico	scuola	La persona contattata nel più breve tempo possibile il proprio MMG. In caso di indicazione di sottoporsi a tampone, la persona si reca al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 1)
	domicilio	
Allievo/studente da 0 a 13/14 anni dal servizio educativo per la prima infanzia a tutto il ciclo di scuola secondaria di primo grado	Scuola	Il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 2) e comunque prende contatti con il proprio PLS
	Domicilio	Il genitore del bambino contatta nel più breve tempo possibile il proprio PLS. In caso di indicazione di sottoporre il figlio a tampone, il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 2)

MMG = medico di medicina generale

PLS= pediatra di libera scelta

I PUNTI TAMPONE DELLA ATS BRIANZA

È possibile accedere solamente con la modulistica adeguata correttamente compilata e con la tessera sanitaria. Il referto sarà reso disponibile sul FSE (fascicolo sanitario elettronico)

ASST LECCO : Ospedale Manzoni di Lecco, Via dell'Eremo 9/11

Dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 15.30 - Il sabato dalle 9.00 alle 12.00

Gli utenti provenienti dalle istituzioni scolastiche accederanno nella hall di ingresso dell'ospedale Manzoni a Lecco dove saranno indirizzati all'ambulatorio Covid +.

ASST VIMERCATE: Ospedale di Vimercate Via Santi Cosma e Damiano, 10

Dal lunedì a sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00

*Gli utenti provenienti dalle istituzioni scolastiche **accederanno in auto all'apposita zona dedicata del parcheggio (drive through)**;*

*l'accompagnatore consegnerà al personale sanitario della tensostruttura l'attestazione necessaria per l'esecuzione del tampone, lo **studente ed attenderà la chiamata in auto**; il referto sarà reso disponibile sul FSE o, in alternativa, ai totem informatizzati degli ospedali di Carate, Giussano, Seregno e Vimercate, nonché del poliambulatorio di Lissone.*

ASST MONZA

- Ambulatorio ospedaliero di ospedale San Gerardo Via Pergolesi 33- Centro prelievi dietro scala mobile

Dal lunedì a sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00 domenica dalle 8.00-14.00

- Ambulatorio tamponi di ospedale di Desio Via Mazzini 1

Dal lunedì a venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.00

ATTESTAZIONI E MODALITA' DI RILASCIO

Lo stato di riammissione sicura in collettività ricomprende le seguenti casistiche:

1. soggetto sintomatico a cui è stata esclusa la diagnosi di CoviD-19 (tampone negativo) – fattispecie questa della attestazione di percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19, come da report ISS "Se il tampone naso-oro faringeo è negativo, in paziente sospetto per infezione da SARS-CoV-2, a giudizio del pediatra o medico curante, si ripete il test a distanza di 2-3 gg. Il soggetto deve comunque restare a casa fino a guarigione clinica e a conferma negativa del secondo test." La valutazione circa l'effettuazione del secondo test di cui sopra è in capo al Medico Curante che lo prescrive; l'accesso al punto tampone non prevede prenotazione.
2. soggetto in isolamento domiciliare fiduciario in quanto contatto stretto di caso (tampone negativo preferibilmente eseguito in prossimità della fine della quarantena)
3. soggetto guarito CoviD-19 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

L'attestazione di riammissione sicura in collettività viene rilasciata dal MMG/PLS che acquisisce l'informazione del tampone negativo dal paziente, come da indicazioni di ATS oppure mediante Cruschetto Sorveglianza, oppure Fascicolo Sanitario Elettronico e può rilasciare tale attestazione.

Nel caso di sintomatologia dell'allievo/studente non riconducibile a CoviD-19 e non sottoposto a tampone il PLS/MMG gestirà la situazione indicando alla famiglia le misure di cura e concordando, in base all'evoluzione del quadro clinico, i tempi per il rientro al servizio educativo/scuola. In coerenza con le indicazioni regionali sull'abolizione degli obblighi relativi al certificato di riammissione di cui alla LR 33/2009 art. 58 comma 2, non è richiesta alcuna certificazione/attestazione per il rientro, analogamente non è richiesta autocertificazione da parte della famiglia, ma si darà credito alla famiglia e si

valorizzerà quella fiducia reciproca alla base del patto di corresponsabilità fra comunità educante e famiglia. Eventualmente la scuola potrà richiedere una dichiarazione da parte del genitore dei motivi dell'assenza (es. consultazione dal PLS/altri motivi non legati a malattia).

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al link dell'ATS Brianza:

<https://www.ats-brianza.it/it/azienda/news-online/2267-avvio-attivita-scolastiche-e-servizi-educativi-dell-infanzia-gestione-di-casi-e-focolai-di-covid-19.html>

Si allega:

- Modulo 1: Autodichiarazione Personale Scolastico docente e non docente
- Modulo2: Autodichiarazione Minori che frequentano comunità scolastiche/educative
- Autodichiarazione da parte dei genitori dei motivi dell'assenza dell'alunna/o non legati a Covid-19

Il dirigente scolastico
Prof.ssa Paola Signorini
(Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

**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.

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 ALTRESÌ

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.

Al Dirigente Scolastico
dell'IC via Agnesi
Desio

AUTODICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)
di _____,
nato/a a _____ il _____,

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 l'alunna/o Cognome Nome

frequentante l'Istituto comprensivo "Via Agnesi" di Desio

Plesso classe Sezione.....

è stato assente dalle attività scolastiche NON per motivi di salute/NON per sintomatologia riconducibile a Covid-19.

Data.....

Firma