



**SCUOLA DELL'INFANZIA
COMENDUNO "GIOVANNI XXIII"**

Via Santa Maria, 11/13 – Comenduno – 24021 ALBINO (BG)
Tel e fax 035751668
maternacomenduno@alice.it

OGGETTO: Gestione di casi e focolai di CoviD-19 e simil CoviD e certificazioni relative

Vista la **Circolare della Regione Lombardia Prot. G1.2020.0031152** del 14 Settembre 2020 concernente "Avvio attività scolastiche e servizi educativi dell'infanzia – gestione di casi e focolai di CoviD-19", si comunicano, schematicamente, le indicazioni operative relative alla gestione dei casi Covid-19 e simil Covid-19, nonché alle certificazioni relative.

▪ **STUDENTE CHE MANIFESTA A CASA UNO O PIÙ DEI SEGUENTI SINTOMI:**

- 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 $\geq 37,5^{\circ}$

La famiglia deve contattare il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di base (PLS). In caso di indicazione al tampone, il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 1 – in allegato)

▪ **STUDENTE CHE MANIFESTA A SCUOLA UNO O PIÙ DEI SINTOMI DI CUI SOPRA:**

La scuola contatta il genitore, il quale deve venire a prendere il proprio figlio.

Il genitore contatta il proprio PLS/MMG e in caso di indicazione al tampone, accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 1 – in allegato). Il genitore ha poi il dovere di tenere informata la scuola circa l'evolversi della situazione.

▪ **PERSONALE SCOLASTICO CHE MANIFESTA A SCUOLA O A CASA UNO O PIÙ DEI SINTOMI DI CUI SOPRA:**

La persona contatta nel più breve tempo possibile il proprio MMG. In caso di indicazione di sottoporsi al tampone, la persona si reca al punto tampone con modulo di autocertificazione

ATTESTAZIONE DI RIAMMISSIONE E MODALITA' DI RILASCIO

Lo stato di riammissione sicura a scuola ricomprende le seguenti casistiche:

1. **soggetto sintomatico a cui è stata esclusa la diagnosi di Covid-19 (tampone negativo):** 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.
L'attestazione di riammissione sicura in collettività viene rilasciata dal MMG/PLS che acquisisce l'informazione del tampone negativo dal paziente,
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 da ATS.

Nel caso di sintomatologia dell'allievo/studente NON RICONDUCEBILE 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, per il rientro non è richiesta alcuna certificazione/attestazione medica, ma la scuola richiede una semplice dichiarazione da parte del genitore dei motivi dell'assenza, non necessariamente legati a malattia (Modulo 2- in allegato).

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	Azione in capo al MMG/PLS
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)	Effettua segnalazione su sMAINF
	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	Effettua segnalazione su sMAINF solo nel caso di un sospetto Covid-19 o di caso confermato dal tampone
	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)	

AZIONI PRELIMINARI ALL'AVVIO DEL PROCESSO DI IDENTIFICAZIONE DEI CASI DI COVID-19 NELLA COLLETTIVITÀ SCOLASTICA

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

1. rilevazione di sintomi a scuola
2. rilevazione di sintomi fuori dall'ambiente scolastico a seguito di indicazione del MMG/PLS
 - I punti tampone sono accessibili tutti i giorni dal lunedì al sabato indicativamente dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e garantendo una offerta di almeno 4 ore al giorno
 - In fase di accesso vengono registrati i dati anagrafici della persona da testare (nome, cognome, data di nascita e Codice Fiscale) e il numero di telefono a cui fare riferimento
 - I laboratori devono processare i tamponi che provengono dai punti tampone in giornata e provvedere a caricarne gli esiti sul flusso tamponi entro le ore 23.00 e caricano gli esiti sul Fascicolo Sanitario Elettronico
 - Il MMG/PLS visualizza l'esito dei tamponi sul Fascicolo Sanitario Elettronico oppure su Cruscotto Sorveglianza (la cui attivazione è prevista a fine settembre 2020) secondo la medesima tempistica prevista per le ATS oppure secondo le indicazioni di ATS

Al fine di consentire una migliore gestione dei flussi sul territorio, le ATS rendono disponibili alle istituzioni scolastiche/educative l'elenco dei punti tampone, identificando per le singole scuole il punto ove afferire preferenzialmente.

ASST Bergamo Est

Da mercoledì 16 settembre 2020 presso i punti prelievo degli ospedali di

Alzano L.do (Via Giuseppe Mazzini, 88),

Lovere (Via Cavaliere Filippo Martinoli, 9),

Piario (Via Groppino, 22)

Seriate (Via Paderno, 21) - dalle ore 09.00 alle ore 14.00

MODULO 1 - 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



**SCUOLA DELL'INFANZIA
COMENDUNO "GIOVANNI XXIII"**

Via Santa Maria, 11/13 – Comenduno – 24021 ALBINO (BG)

Tel e fax 035751668

maternacomenduno@alice.it

MODULO 2

Il sottoscritto _____

Genitore di _____

Frequentante la sezione _____

DICHIARA

Che l'assenza del proprio/a figlio/a è stata dovuta

- A malattia per la quale **NON HA PRESENTATO** sintomi riconducibili a Covid-19 e non è sottoposto/a a tampone (rientro a scuola concordato dal pediatra)

- A motivi famigliari

Luogo e data

Firma
