Ministero dell'istruzione
Istituto Comprensivo "Como Borgovico"
Via Borgovico, 193 – 22100 Como
Tel. 031572990 – 031574110 - C.F. 80014720132
e-mail ministeriale: coic845005@istruzione.it - pec: coic845005@pec.istruzione.it
e-mail: segreteriafoscolo@scuolamediafoscolo-co.191.it - sito web: www.iccomoborgovico.edu.it

Circ. n. 16 Como, 23 settembre 2021

A tutto il personale

Alle famiglie degli alunni

Loro sedi

Oggetto: gestione dei casi positivi COVID-19 a scuola e a casa.

Raccogliendo le linee di indirizzo di ATS Insubria si forniscono le seguenti informazione per la gestione dei casi di positività e delle quarantene.

ACCESSO A SCUOLA

E'vietato l'ingesso a scuola a chiunque presenti le seguenti condizioni:

- TEMPERATURA uguale o superiore a 37,5 gradi. La temperatura deve essere OBBLIGATORIAMENTE misurata a casa TUTTI I GIORNI prima di venire a scuola.
- SINTOMATOLOGIA COVID: Tosse, raffreddore, mal di gola, febbre, dolori, diarrea
- ESSERE STATO CONTATTO STRETTO con persona positiva al virus negli ultimi 14 giorni
- ESSERE UN CASO CONFERMATO di Covid-19
- ESSERE IN ATTESA DELL'ESITO DI TAMPONE MOLECOLARE eseguito in seguito a sintomi
- ESSERE PRIVI DI GREEN PASS (ad esclusione degli alunni)

IN CASO DI SINTOMI A SCUOLA L'ALUNNO

- Viene accompagnato in un apposito ambiente isolato dove rimane con un adulto munito di DPI in attesa del genitore
- In caso di sintomatologia grave la scuola, oltre i genitori, contatta il 112
- Il personale scolastico consegna un foglio di allontanamento timbrato con l'indicazione di contattare il pediatra o il medico di medicina generale. Per tornare a casa non devono essere utilizzati mezzi pubblici.
- Dopo la consultazione con il medico l'allievo può essere accompagnato, munito di autocertificazione che si allega, ad uno dei seguenti punti tampone:

IN PROVINCIA DI COMO

- **ASST LARIANA**
- **Como - Via Napoleona 60:** dal lunedì al sabato dalle 9:00 alle 13:00 (ingresso da Via Colonna - attività sospesa nei giorni festivi)

- **Cantù - Via Martiri di Nassiriya:** dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 12:00 (attività sospesa nei giorni festivi)
- **Menaggio - parco dell'ospedale:** dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 12:00 (attività sospesa nei giorni festivi)
- Verifica le modalità di accesso sulla pagina dedicata dell'ASST Lariana.

IN CASO DI SINTOMI A CASA DI UN ALUNNO:

- Consultare al più presto il pediatra o un medico di medicina generale che valuterà la necessità di tampone. Il tampone può essere eseguito presso uno dei punti tampone compilando il modulo di autocertificazione allegata.

RIENTRO A SCUOLA CON ESECUZIONE DI TAMPONE

Se il tampone è negativo l'alunno resta a casa fino ad avvenuta guarigione e può rientrare con attestazione medica o con esito negativo di un tampone validato (non saranno ritenuti utili i tamponi fai da te)

Se il tampone è positivo potrà tornare a scuola solo al termine del periodo di quarantena disposto da ATS con attestazione di guarigione o attestazione di fine isolamento. Il periodo di isolamento in assenza di variante è di norma di 10 gg al termine dei quali ATS disporrà l'esecuzione di un tampone. Se quest'ultimo è negativo l'isolamento è concluso, se è positivo la persona continua l'isolamento ed effettua un nuovo tampone dopo 7 gg, se gli ultimi tre sono senza sintomi.

Se anche il tampone risultasse positivo l'alunno può rientrare in comunità al termine dei 21 gg, di cui almeno gli ultimi 7 senza sintomi con attestazione di fine isolamento o certificazione di rientro sicuro del pediatra o del medico di base.

RIENTRO A SCUOLA SENZA ESECUZIONE DEL TAMPONE

Se il medico decidesse di non sottoporre l'alunno a tampone i genitori dovranno compilare una AUTOCERTIFICAZIONE per il rientro (allegato2)

CASO DI ALUNNO POSITIVO

In caso di alunno positivo verranno posti in quarantena da ATS i contatti stretti presenti nelle 48 ore precedenti (o 10 gg in caso di variante).

Per la definizione di "contatto stretto" si fa riferimento alla seguente tabella:

SOGGETTO POSITIVO (Isolamento Obbligatorio)	QUARANTENA			
	COMPAGNI DI CLASSE / ALUNNI	DOCENTE DI CLASSE	INSEGNANTE DI SOSTEGNO	COLLABORATORI SCOLASTICI
Alunno positivo, dal nido alla scuola dell'infanzia	SI	SI	SI se interagisce in modo continuativo con tutta la classe **	SI se hanno prestato assistenza diretta al soggetto positivo
Alunno positivo, dalla primaria alla secondaria di 2° grado	SI	NO***	SI, se positivo il soggetto assistito e se non possono essere garantiti utilizzo mascherina e distanziamento	NO
Docente di classe/educatore positivo di ogni ordine e grado	SI	NO*	NO*	NO*
Insegnanti di sostegno positivo dal nido alla scuola dell'infanzia	SI se interagisce in modo continuativo con tutta la classe ** - altrimenti solo soggetto assistito	NO*	NO*	NO*
Insegnanti di sostegno positivo dalla primaria in poi	Solo soggetti assistiti *	NO	//	NO
Collaboratori Scolastici positivi, dal nido alla scuola dell'infanzia	Si, solo soggetti assistiti direttamente	Contattare il medico competente dell'Istituto scolastico al fine di stabilire, in base alle misure di prevenzione adottate, gli eventuali contatti stretti in ambito lavorativo		
Collaboratori Scolastici positivi dalla scuola primaria in poi	NO			

* Fermo restando che siano state rispettate le misure universali di prevenzione durante tutto l'orario di lavoro e di permanenza sul luogo id lavoro, ponendo particolare attenzione ai comportamenti di prevenzione anche non in aula (es: riunioni, pausa caffè e mensa, etc.)

** Se supporta la docente nelle attività didattiche ed educative

*** effettuano tampone molecolare e proseguono l'attività lavorativa (anche nel periodo di attesa dell'esito del tampone).

I docenti vengono considerati contatti stretti:

- Nelle scuole dell'infanzia
- Nel caso di variante Beta
- Se si positivizza un collega della classe in quarantena
- Se sono mancate le misure di prevenzione (mascherina, distanza, disinfezione, areazione)

I soggetti vaccinati con ciclo completato da almeno 14 gg possono rientrare dopo aver trascorso in quarantena senza sintomi:

- 7 giorni con tampone molecolare negativo
- 14 giorni senza tampone

I soggetti non vaccinati possono rientrare dopo 10 gg con tampone negativo o 14 gg senza tampone. In caso di variante Beta il tampone al termine della quarantena è obbligatorio.

In caso di focolai ATS potrà valutare la sospensione delle attività in presenza per tutto il plesso o una attività di *sceening* tramite tampone salivare molecolare.

In caso di alunno contatto stretto la quarantena non è rivolta anche al resto dei familiari che possono continuare le loro attività.

RIENTRO DALL'ESTERO

Chi rientra in Italia dall'estero deve obbligatoriamente segnalare il proprio rientro tramite un modulo on-line presente al seguente indirizzo: https://www.ats-insubria.it/aree-tematiche/covid-19/ingresso-in-italia-e-frontalieri

ATS fornirà al viaggiatore tutte le indicazioni su quarantene e controlli.

TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO PER ALUNNI ASINTOMATICI 6 -11 ANNI

Per consentire la ripresa in sicurezza dell'anno scolastico, in Regione Lombardia è possibile effettuare gratuitamente due test antigenici rapidi (uno ogni 15 giorni) a bambini e ragazzi di età compresa tra 6 e 11 anni.

La prenotazione può essere effettuata tramite il sistema regionale www.prenotasalute.regione.lombardia.it che fornisce in automatico l'appuntamento sulla base delle disponibilità delle agende delle farmacie.

L'elenco delle farmacie, che offrono il servizio in convenzione con il SSR, è disponibile sul portale di Federfarma.

In caso di esito positivo del tampone antigenico il farmacista provvederà a prenotare immediatamente un tampone molecolare di conferma, mentre il soggetto positivo dovrà rispettare la quarantena preventiva in attesa dell'esito del tampone molecolare.
Se la positività verrà confermata dal tampone molecolare, il soggetto diventerà un caso e sarà tenuto a comunicare l'esito al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, proseguendo l'isolamento. Se il tampone molecolare dovesse risultare negativo, non è necessario procedere con il test molecolare.

Le presenti indicazioni potrebbero subire una variazione sulla base dell'evoluzione pandemica

Eventuali approfondimenti possono essere visionati ai seguenti link:

https://www.ats-insubria.it/component/jdownloads/send/640-approfondimenti/3012-piano-scuola-allegato-2-sintesi-misure-in-base-al-rischio-epidemiologico-rev-17-09-2021

https://www.ats-insubria.it/component/jdownloads/send/640-approfondimenti/3010-piano-scuola-anno-scolastico-2021-2022-rev-17-09-2021

Allegato 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 _____ (_____)

Carta di Identità n._____ Rilasciata da _____

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 ≥ 37,5°

☐ 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 prudenziale 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

Allegato 2

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_____

Carta di Identità n. _____ Rilasciata da_____

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 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.

Allegato 3

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO DELL'ALUNNO A SCUOLA IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

(da consegnare all'insegnante di classe)

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a a_____il_____
residente in_____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) dell'alunno/a

cognome_____nome_____classe_____sez.

_____plesso_____

□Scuola infanzia □ scuola primaria □ scuola secondaria I° grado

☐ Assente dal_____al_____,

DICHIARA*

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

☐ Di aver sentito il Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale Dott._____ il quale non ha ritenuto necessario sottoporre l'alunno al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

☐ Di non avere richiesto alcun parere medico poiché i sintomi rilevati non erano suggestivi di COVID-19, pertanto la famiglia si assume la piena responsabilità della valutazione dello stato di salute del minore.

CHIEDE

pertanto la riammissione a scuola dell'alunno.

Data_____

Il genitore / titolare della responsabilità genitoriale

firma_____

***NOTA BENE: consultare il medico è obbligatorio in caso di allontanamento da scuola per sintomi suggestivi di COVID-19**

ATTESTAZIONE RELATIVA A SOGGETTI FRAGILI

Rilasciata ai sensi di
Rapporto ISS n. 58/2020 del 28/08/2020
Ordinanze 590, 594, 596 di Regione Lombardia di Luglio e Agosto 2020
Circolare 31152 del 14/09/2020 della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia

SI ATTESTA CHE

l'alunno/operatore scolastico.....
nato il ..... a .....

è affetto da patologie pregresse e attuali che espongono il paziente ad un maggiore rischio clinico in caso di infezione da Sars-CoV-2.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

In fede,

_____
Timbro e firma del medico