



Scheda informativa

Avvio delle attività scolastiche: indicazioni sulla gestione dei casi di Covid-19

Rivolto a: **Cittadini**

Il DPCM del 7 settembre 2020 ha previsto che le istituzioni scolastiche continuino a predisporre ogni misura utile all'avvio delle attività didattiche/educative, anche sulla base delle indicazioni operative per la gestione dei casi e focolai di SARS-COV-2 elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

In attuazione del DPCM 7 settembre 2020 Regione Lombardia ha fornito le prime indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia, che verranno aggiornate in base all'evoluzione del quadro epidemiologico e delle conoscenze scientifiche.

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.

A tal fine le ATS e le ASST consentono, all'interno della rete erogativa attuale, **l'accesso al test (tampone) senza prenotazione, gratuitamente e con autocertificazione della motivazione, sia per gli studenti (a partire dalla prima infanzia), sia per il personale scolastico docente e non docente, che presentino sintomi a scuola o fuori dall'ambiente scolastico.**

Le ATS hanno reso disponibili alle istituzioni scolastiche/educative l'elenco dei punti tampone dedicati alla scuola (vedi paragrafo punti tampone in fondo alla pagina).

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. L'accesso ai punti tampone è consentito solo su presentazione del modulo di autodichiarazione (disponibili in allegato) che deve essere consegnato in fase di accettazione.

I laboratori processano i tamponi che provengono dai punti tampone in giornata. Gli esiti sono disponibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

PERCORSO DI IDENTIFICAZIONE DEI CASI NELLE SCUOLE

Il percorso previsto varia a seconda del soggetto interessato (studente o docente), dell'età dello studente e del contesto in cui si presenta la sintomatologia (scuola o domicilio).

PERSONALE SCOLASTICO

Se un soggetto appartenente al personale scolastico afferente ai servizi educativi dell'infanzia e alle scuole di ogni ordine 

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)

STUDENTI DA 0 A 13/14 ANNI (dal servizio educativo per la prima infanzia a tutto il ciclo di scuola secondaria di primo grado)

- Se i sintomi si presentano a scuola, il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (vedi Modulo 2 allegato) e comunque prende 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 e, in caso di indicazione di sottoporre il figlio a tampone, lo accompagna al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 2)

STUDENTI DA 13/14 ANNI (a partire dalla scuola secondaria di secondo grado)

- Se i sintomi si presentano a scuola, il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (vedi Modulo 2 allegato) e comunque prende contatti con il proprio PLS/MMG. Se lo studente è maggiorenne può autopresentarsi al punto tampone con modulo di autocertificazione (vedi Modulo 3 allegato)
- Se i sintomi si presentano al proprio domicilio, il genitore, o lo studente maggiorenne, contatta nel più breve tempo possibile il proprio PLS/MMG. In caso di indicazione di effettuare il tampone, il genitore accompagna il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 2). Se lo studente è maggiorenne può autopresentarsi al punto tampone con modulo di autocertificazione (Modulo 3)

GESTIONE DEI CONTATTI STRETTI

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.

RIAMMISSIONE IN COLLETTIVITA'

La riammissione in collettività avviene:

- A seguito di esito negativo del tampone effettuato al soggetto sintomatico (**il pediatra o il medico curante valuta se ripetere il test a distanza di 2-3 giorni**). Il soggetto deve comunque restare a casa fino a guarigione clinica e a conferma negativa del secondo test. L'accesso al punto tampone non prevede prenotazione.
- A seguito di esito negativo del tampone effettuato dal soggetto in isolamento domiciliare fiduciario in quanto contatto stretto di caso (tampone preferibilmente eseguito in prossimità della fine della quarantena)
- A seguito di guarigione dal Covid-19 (quarantena di almeno 14 giorni - doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)

Il medico o il pediatra, acquisita l'informazione del tampone negativo del paziente, rilascia l'attestazione di riammissione sicura in collettività.

Nel caso in cui lo studente 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 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.

PUNTI TAMPONE

L'elenco dei punti tampone è disponibile sui siti web delle singole ATS:

[ATS BERGAMO](#)

[ATS BRESCIA](#)

[ATS BRIANZA](#)

[ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO](#)

[ATS INSUBRIA](#)

[ATS MONTAGNA](#)

[ATS PAVIA](#)

[ATS VALPADANA](#)

Allegati



Modulo 1 - Autodichiarazione personale scolastico

Documento OpenOffice - 15 KB



Modulo 2 - Autodichiarazione studenti minorenni

Documento OpenOffice - 20 KB



Modulo 3 - Autodichiarazione studenti maggiorenni

Documento OpenOffice - 19 KB

Ultimo aggiornamento 23/09/2020

© Copyright Regione Lombardia tutti i diritti riservati - C.F. 80050050154 - Piazza Città di Lombardia 1 - 20124 Milano



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 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.

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

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

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000 – Studente maggiorenne

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 essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle misure di isolamento domiciliare fiduciario fino ad esito tampone
- ✓ Di essere consapevole dell'obbligo di rispetto delle 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)

DICHIARA ALTRESI'

BARRARE UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

Che nelle 24 ore precedenti ha avuto durante lo svolgimento delle attività scolastiche (*):

- 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 da parte del Medico di Medicina Generale

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 - 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 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.