

	ISTITUTO COMPRENSIVO CESARE CANTÙ Via Dei Braschi 12 Milano ☎ 0288448318 026468664 Cf 80124430150 – Codice mecc. MIIC8CF006 Pec: miic8cf006@pec.istruzione.it; www.icscantu.edu.it	
Scuola dell'Infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria I grado	Via Dora Baltea 24 tel 0288446937 Cesare Cantù – via Dei Braschi 12 tel 0288448318 Anna Frank – via Dora Baltea 16 tel 0288448371 Umberto Saba – via Del Volga 3 tel 0288447211 fax 0266204676	

Circ. n° 19

Milano, 17 settembre 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 17/09/2020

Come da Circ. n. 7 e n.15, 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>

fornisce le indicazioni operative attualmente in vigore e che potranno essere aggiornate in base all'evoluzione del quadro epidemiologico e delle conoscenze scientifiche.

Rispetto a quanto di competenza della Istituzione Scolastica, risultano **confermate le modalità di gestione dei casi sospetti** già presentate.

- I genitori di alunni che presentano sintomi sospetti a scuola prendono 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 ed accompagnare, su indicazione del medico, il figlio al punto tampone con modulo di autocertificazione (vedi Modulo 2 allegato).
- 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:

- a seguito di caso COVID certificato, appurata la negatività del tampone, il pediatra deve rilasciare **l'attestazione di riammissione sicura in collettività**.
- 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 e indicherà le modalità per il rientro al servizio educativo/scuola.

Si specifica che, per altre motivazioni di assenza prolungata, è necessaria la giustificazione con dichiarazione da parte del genitore dei motivi dell'assenza stessa, come da nostro modulo disponibile sul sito web <https://www.icscantu.edu.it/segreteria/modulistica-interna/modulistica-per-le-famiglie/>

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.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Francesca Amendola

Allegato 1 – Modulo 1 – Autodichiarazione personale scolastico

Allegato 2 – Modulo 2 – Autodichiarazione alunni minorenni

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

(Firma del dichiarante)

Data

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 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