



**Circolare studenti n.17**

Cantù, 26.9.2021

**Circolare docenti n.25**

**Circolare ATA n.12**

A tutti gli studenti e alle famiglie

A tutti i docenti di Cantù e  
Lomazzo

Al personale ATA

**A integrazione della circolare del 18.9.2021 n. 9 studenti/ n. 16 docenti/ n.6 ATA**

**OGGETTO: PRECISAZIONI GESTIONE DEI CASI POSITIVI COVID-19 A SCUOLA E A CASA**

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

**ACCESSO A SCUOLA**

E' vietato l'ingresso 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, dei bambini e dei soggetti esenti)

**IN CASO DI SINTOMI A SCUOLA L'ALUNNO**

- Viene accompagnato in un apposito ambiente isolato dove rimane sorvegliato da personale scolastico 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 (**ALLEGATO 1**) 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)
- Verificare 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 (**ALLEGATI 3-4-5**).

### **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/alunno maggiorenne dovranno compilare una AUTOCERTIFICAZIONE per il rientro (**ALLEGATO 2**).

### **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			
<p>* Fermo restando che siano state rispettate le misure universali di prevenzione durante tutto l'orario di lavoro e di permanenza sul luogo di lavoro, ponendo particolare attenzione ai comportamenti di prevenzione anche non in aula (es: riunioni, pausa caffè e mensa, etc.)</p> <p>** Se supporta la docente nelle attività didattiche ed educative</p> <p>*** effettuano tampone molecolare e proseguono l'attività lavorativa (anche nel periodo di attesa dell'esito del tampone).</p>				

I docenti vengono considerati contatti stretti:

- 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 o antigenico 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 screening 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 online 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.

-----

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>

Il Dirigente Scolastico

Arch. Anna Proserpio

[Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. Lgsvo n. 39/93]

A seguire gli allegati

**ALLEGATO 1**

**OGGETTO: DISPOSIZIONE DI ALLONTANAMENTO**

Si dichiara che l'alunno:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

frequentante la Scuola/Istituto \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_

presenta febbre > di 37,5°C e/o sintomi suggestivi di sospetta infezione da SARS-CoV-2 come nel DPCM del 07/09/2020.

In applicazione del decreto n. 87 del 06.08.2020 del Ministero dell'Istruzione " *Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19*", del DPCM del 07/09/2020, viene disposto l'allontanamento cautelativo dalla frequenza della collettività.

La persona sopra indicata o che esercita la potestà genitoriale è stata invitata a recarsi al proprio domicilio ed a contattare tempestivamente il proprio medico curante.

La riammissione potrà avvenire solo a seguito di presentazione alla scuola di:

- Attestazione per riammissione in comunità in quanto è stato seguito il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per COVID-19;

*oppure*

- Attestazione che il/la ragazzo/a può essere riammesso in comunità per patologia non riferibile a COVID.

Data.....

Il Dirigente Scolastico o suo delegato

.....

Per accettazione:

Il Genitore

.....

**ALLEGATO 2**

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

(da consegnare all'ingresso)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e

residente in \_\_\_\_\_

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

(in caso di alunno maggiorenne non compilare questa seconda parte)

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_,

**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 la collettività,**

**DICHIARA**

di aver consultato il proprio Pediatra di Famiglia/Medico di Medicina Generale, 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;

**CHIEDE**

pertanto che il proprio figlio (in caso di studente maggiorenne CHE IL SOTTOSCRITTO) venga riammesso a scuola in quanto **GUARITO**.

Luogo e data

Il genitore o lo studente maggiorenne (o il titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3 - MINORI** - per eseguire il tampone presso uno dei punti tampone

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

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



**ALLEGATO 4 – MAGGIORENNI** - per eseguire il tampone presso uno dei punti tampone

**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.

**ALLEGATO 5 – PERSONALE SCOLASTICO** - per eseguire il tampone presso uno dei punti tampone

**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.