Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Statale di Istruzione Superiore "Guido Galli"
Via Mauro Gavazzeni, 37 – 24125 Bergamo (BG) - ☏ +39 035 319338 - Cod. Fisc. 80028780163
PEC: bgis03800b@pec.istruzione.it - PEO : bgis03800b@istruzione.it - Cod. Mecc. BGIS03800B

DISP. ANTICOVID N. 003 **Bergamo, 16 settembre 2020**

AGLI STUDENTI E ALLE LORO FAMIGLIE
AI DOCENTI
AL PERSONALE ATA

Oggetto: indicazioni regionali sulla gestione di casi e focolai di covid-19 e relative certificazioni
Agg.to 24/09/2020 - ANNULLA E SOSTITUISCE LA DISP. ANTICOVID N. 2 DEL 16/09/2020

La presente Disposizione annulla e sostituisce la DISP. ANTICOVID N. 2 del 16/09/2020 pubblicata a seguito alla nota prot. 81789 del 15/09/2020 emessa da Regione Lombardia concernente *"Avvio attività scolastiche e servizi educativi dell'infanzia – gestione di casi e focolai di CoviD-19"* in quanto il 22/09/2020 Regione Lombardia ha emesso una ulteriore nota avente per oggetto *"nota Protocollo G1.2020.0031152 del 14/09/2020 precisazioni in merito alla gestione dei contatti di caso sospetto frequentante servizi educativi per l'infanzia e scuola*"; la stessa nota è stata poi integrata dall'aggiornamento del "*Documento di indirizzo a supporto degli istituti scolastici della provincia di Bergamo per l'avvio dell'anno scolastico 2020/2021"* aggiornato da ATS Bergamo in data odierna.

I richiamati documenti hanno apportato delle modifiche a quanto indicato dalla richiamata nota di Regione Lombardia prot. 81789 che di seguito si riportano:

DEFINIZIONI UTILI

Incubazione: tempo tra contagio e sviluppo della malattia (dai 2 ai 14 giorni, in media 5 – 6 giorni).
Modalità di trasmissione: avviene tramite "droplet", goccioline emesse dalla bocca della persona infetta che cadono nel raggio di circa 1 metro dalla fonte di emissione e possono contaminare bocca, naso o occhi di una persona sufficientemente vicina. I droplet possono contaminare le superfici e determinare il contagio per via indiretta, tramite le mani che toccano questi oggetti o superfici e vengono poi portate alla bocca, al naso o agli occhi. Anche il contatto diretto con una persona infetta può costituire rischio di contagio.
Caso confermato: Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS−CoV−2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da laboratori Regionali di Riferimento, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.
Caso probabile: Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS−CoV−2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS−CoV−2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan−coronavirus.
Contatto stretto con un caso COVID-19, da ricercarsi tra:

- persona che è venuta a contatto con un caso COVID-19 da due giorni prima dell'insorgenza dei sintomi e fino a quando il malato è stato isolato;
- persona che è venuta a contatto con un caso COVID-19 asintomatico da due giorni prima l'effettuazione del tampone, risultato positivo, e fino a quando il malato è stato isolato.

Nell'ambito scolastico/educativo trovano concreta applicazione le seguenti definizioni di contatto stretto (DGR Regione Lombardia XI/3525 del 05.08.2020):

- essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso confermato di COVID-19, per più di 15 minuti, a distanza inferiore a 2 metri;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per es. la stretta di mano);
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa) con un caso COVID-19 in assenza di dispositivi di protezione individuali (DPI) idonei e usati correttamente;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, autobus o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19.

IMPORTANTE: **I contatti di caso sospetto legati all'ambito scolastico non sono da porre in isolamento domiciliare fiduciario: ciò sia applica sia ai famigliari conviventi che ai compagni di classe.**
La disposizione della misura quarantenaria deve essere attivata solo per i contatti di caso confermato o probabile, pertanto unicamente a seguito di esito positivo al test per la ricerca di RNA di SARS-CoV-2 mediante tampone naso-faringeo (vedansi nota RL del 22/09/2020 e Documento ATS di Bergamo del 24/09/2020).

REQUISITI DI ACCESSO A SCUOLA

Per alunni, genitori o persona delegata, personale docente e non docente, visitatori, **vige il divieto di accesso nelle strutture scolastiche, con l'obbligo di restare al proprio domicilio nei seguenti casi**:

- in presenza di temperatura oltre i 37,5 °C, o di altri sintomi simil-influenzali
- provenienza da zone a rischio, se non dopo conclusione della quarantena e/o essersi sottoposti al test molecolare previsto;
- essere stati a contatto stretto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti o essere caso confermato di COVID-19, se non dopo conclusione della quarantena ed acquisizione dell'attestazione di fine isolamento rilasciato dal MMG/PLS o dall'autorità sanitaria locale (ATS).

ASSENZA DA SCUOLA DI ALUNNO/OPERATORE SCOLASTICO PER SINTOMATOLOGIA COMPATIBILE CON COVID-19

L'alunno/operatore scolastico con comparsa di sintomi sospetti:

- 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°

deve restare a casa, ed inoltre:

- deve contattare nel più breve tempo possibile il proprio PLS/MMG;
- deve recarsi (o accompagnare il minore da parte del genitore) al punto di esecuzione del tampone di competenza territoriale utilizzando il modulo adeguato:
  1) **Autodichiarazione ai sensi dell’art.47 D.P.R. n. 445/2000 – Personale scolastico docente e non docente (Modulo 1 - in allegato)**
  2) **Autodichiarazione ai sensi dell’art.47 D.P.R. n. 445/2000 - Minori che frequentano comunità scolastiche/educative (Modulo 2 - in allegato)**
  3) **Autodichiarazione ai sensi dell’art.47 D.P.R. n. 445/2000 – Studente maggiorenne (Modulo 3 - in allegato).**

In caso di riscontro di negatività al primo tampone, il PLS/MMG potrà richiedere dopo 2-3 giorni un secondo tampone.

Tutti i modelli sono scaricabili dal Portale di ATS Bergamo, nella sezione dedicata al CORONAVIRUS (http://www.ats-bg.it/servizi/notizie/notizie_fase02.aspx?ID=17314&categoriaVisualizzata=19), dove può essere reperito anche l’elenco dei punti tampone, a cui accedere senza prenotazione e con le attestazioni sopra indicate.

ALLONTANAMENTO DEGLI STUDENTI CON SINTOMI SOSPETTI.

Nel caso in cui uno studente manifesti a scuola uno o più dei sintomi di cui sopra:

- va separato immediatamente dalla classe;
- va dotato di mascherina chirurgica, se tollerata;
- vanno avvisati i genitori o loro delegato della disposizione di allontanamento; se irreperibili contatta il 112;
- in attesa dell’arrivo dei genitori, l’alunno dovrà essere posto in un locale isolato e comunque in un’area separata, sorvegliato da un adulto, se è necessario per età o per condizioni personali.
- L’adulto, che effettua la sorveglianza, deve essere dotato di mascherina e mantenere una distanza minima di 2 metri. Se lo studente ha condizioni particolari che non consentono il distanziamento, l’adulto dovrà indossare anche una visiera e i guanti.

In caso di minore:
viene consegnato a chi esercita la potestà genitoriale il modello di “Autodichiarazione ai sensi dell’art.47 D.P.R. n.445/2000 Minori che frequentano comunità scolastiche/educative” (Modulo 2 - in allegato), per poter accedere al punto di esecuzione del test molecolare (tampone) di competenza territoriale, e con l’indicazione di contattare il proprio pediatra.

In caso di alunno maggiorenne:
viene consegnato il modello di “Autodichiarazione ai sensi dell’art.47 D.P.R. n.445/2000 – Studente maggiorenne” (Modulo 3- in allegato), per poter accedere al punto di esecuzione del test molecolare (tampone) di competenza territoriale, e con l’indicazione di contattare il proprio medico curante.

Nel caso di manifestazione di sintomi in studente in ambito scolastico, nella fase di affidamento del minore al genitore o di allontanamento dello studente maggiorenne, si deve apporre la timbratura da parte della scuola sul modulo di autocertificazione da presentare per effettuare il tampone (modulo 2 o 3), fermo restando comunque il raccordo con il curante. Tale ultimo punto, secondo quanto, illustrato in occasione di una conferenza di servizio dei dirigenti scolastici con ATS Bergamo, va inteso nel senso che la famiglia cui è stato consegnato il modello di autodichiarazione

timbrato dalla scuola non si reca direttamente ai punti tampone, ma sente prima il Medico Curante attenendosi alle sue indicazioni.

Coloro che eseguono il tampone in quanto sospetti e pertanto segnalati dal PLS/MMG, sono tenuti a rispettare l'isolamento in attesa dell'esito del test molecolare.
Quando un alunno/studente viene sottoposto a tampone per sospetto COVID, **i contatti di caso sospetto, sia famigliari conviventi che compagni di classe, non sono da porre in isolamento domiciliare fiduciario**.
E' comunque fortemente raccomandato un atteggiamento prudenziale in particolare per i contatti stretti continuativi (ad esempio i genitori), con utilizzo delle mascherine in ogni situazione ed evitare ove possibile, o comunque ridurre, i momenti di socialità e l'utilizzo di mezzi pubblici. Solo ad esito positivo del tampone tutti i contatti stretti (familiari e sezione) saranno messi in quarantena per 14 giorni e sottoposti a tampone a fine quarantena (vedansi nota RL del 22/09/2020 e Documento ATS di Bergamo del 24/09/2020).

ALLONTANAMENTO DEGLI OPERATORI SCOLASTICI CON SINTOMI SOSPETTI.

Nel caso in cui un operatore scolastico manifesti a scuola uno o più dei sintomi di cui sopra:

- va allontanato immediatamente dalla scuola ed invitato a recarsi al proprio domicilio con proprio mezzo e con mascherina chirurgica. In caso di impossibilità la scuola provvederà al trasporto al domicilio in sicurezza;
- va consegnato il modello di "Autodichiarazione ai sensi dell'art.47 D.P.R. n. 445/2000 – Personale scolastico docente e non docente" (Modulo 1 - in allegato) per recarsi, su indicazione del proprio Medico di Medicina Generale (MMG), al punto di esecuzione del tampone di competenza territoriale;
- è tenuto a rispettare l'isolamento in attesa dell'esito del test molecolare.

Analogamente a quanto detto in precedenza tale punto va inteso nel senso che l'operatore scolastico cui è stato consegnato il modello di autodichiarazione timbrato dalla scuola non si reca direttamente ai punti tampone, ma sente prima il Medico Curante attenendosi alle sue indicazioni.

RIENTRO A SCUOLA DOPO ALLONTANAMENTO/ASSENZA PER MALATTIA INFETTIVA, PERSONALE SCOLASTICO ED ALUNNI

Nei seguenti casi, per la riammissione a scuola è necessaria l'attestazione di riammissione sicura in collettività rilasciata dal MMG:

- **soggetto guarito COVID-19** (quarantena di almeno 14 giorni- doppio tampone negativo a distanza di 24/48 ore l'uno dall'altro)
- **soggetto in isolamento domiciliare fiduciario in quanto contatto stretto di caso** (tampone negativo eseguito a fine quarantena)
- **soggetto sintomatico con uno o due tamponi negativi** (il secondo ripetuto a giudizio del pediatra/ medico curante), con indicato che è stato eseguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19.

Non è richiesta alcuna certificazione/attestazione o autocertificazione da parte della famiglia per il rientro a scuola nei casi di sintomatologia non riconducibile a COVID-19 e che non ha richiesto esecuzione del tampone (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).
La scuola potrà richiedere una dichiarazione da parte del genitore dei motivi dell'assenza (anche per motivi non legati a malattia).

NB: La presente comunicazione è, a tutti gli effetti, una sintesi dei documenti richiamati; pertanto, in caso di dubbi, si rinvia alla lettura dei documenti integrali.

Si ringrazia per la collaborazione.

In allegato alla presente:

1. **Modulo 1 - Personale Scolastico docente e non docente**
2. **Modulo 2 - Minori che frequentano comunità scolastiche/educative;**
3. **Modulo 3- Studente maggiorenne;**

Il Dirigente Scolastico
dott. Brizio Luigi Campanelli
Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Modello 1

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 _____

(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.

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035/385.111 – fax 035/385.245 C.F./P.IVA 04114400163

Modello 2

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 ≥ 37,5°

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035/385.111 – fax 035/385.245 C.F./P.IVA 04114400163

☐ 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

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035/385.111 – fax 035/385.245 C.F./P.IVA 04114400163

Modello 3

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 ≥ 37,5°

☐ 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.

Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo
Via F. Gallicciolli, 4 – 24121 Bergamo – Tel. 035/385.111 – fax 035/385.245 C.F./P.IVA 04114400163