REGISTRO UFFICIALE.I.0084045.22-09-2020.h.14:15

Regione Lombardia

Regione Lombardia - Giunta
DIREZIONE GENERALE WELFARE

Piazza Città di Lombardia n.1
20124 Milano

Tel 02 6765.1

www.regione.lombardia.it
welfare@pec.regione.lombardia.it

Alle Direzioni Generali ATS

e, p.c.

Alle Direzioni Generali ASST

Alle Direzioni Generali Fondazioni IRCCS di diritto pubblico

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.

Stante il pieno avvio delle attività scolastiche e l'aumentato turn-over dei casi sospetti nei minori, verificate le definizioni di caso sospetto, caso probabile, caso confermato attualmente in uso in Italia, considerato l'avvio del percorso per addivenire in tempi rapidi alla conferma di *caso*, si indica **che i contatti di *caso sospetto* legati all'ambito scolastico e ai servizi educativi per l'infanzia non sono da porre in isolamento domiciliare fiduciario**: ciò sia applica sia ai famigliari conviventi che ai compagni di classe o ad altri contatti stretti.

La disposizione della misura quarantenaria deve essere attivata per i contatti di *caso confermato*[1] in coerenza con quanto indicato da ISS[2] .

— –

[1] Come da indicazioni della circolare n. 00018584 del 29/05/2020 del Ministero della Salute avente oggetto "Ricerca e gestione de contatti di casi COVID -19 (Contact tracing) ed App Immuni"

[2] Rapporto ISS COVID-19 n. 53/2020 . Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19 https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+53_2020.pdf/297291bd-ff0e-54e8-dbbb-c7f62a4e7c37?t=1593158956057

Responsabili del procedimento:
MARIA GRAMEGNA Tel. 02/6765.3118
DANILO CEREDA Tel. 02/6765.2037

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.

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.

Si sottolinea l'importanza di monitorare i tempi di processazione e refertazione dei tamponi e di mantenere il costante raccordo con USP e Dirigenti scolastici e con i PLS/MMG affinché siano veicolate alle famiglie le corrette informazioni: in particolare occorre richiamare che il tampone è uno strumento diagnostico nelle mani dei clinici e non degli assistiti e che va utilizzato all'interno di una più complessiva strategia di contenimento del contagio.

Inoltre, come già definito nella nota Protocollo n. G1.2020.0031152 del 14/09/2020, in tema di gestione dei contatti stretti di caso confermato o probabile, facendo riferimento alla nota Protocollo G1.2020.0030821 del 09/09/2020 che richiamava la nota Protocollo n. G1.2020.0022959 del 15/06/2020, si precisa che il periodo di isolamento fiduciario, in assenza di sintomi, si conferma essere di 14 giorni con previsione di esecuzione di un unico tampone anziché di due (come invece era previsto da nota Protocollo n. G1.2020.0022959 del 15/06/2020), da effettuarsi alla fine dei 14 giorni, a meno di eventuale esordio sintomi durante il periodo di isolamento, per cui si rende opportuna l'esecuzione del tampone in concomitanza della manifestazione sintomatica. **Si precisa che per i contatti stretti con esito negativo al tampone effettuato durante il periodo di isolamento fiduciario, l'isolamento di 14 giorni (periodo di incubazione della malattia) deve comunque essere mantenuto fino al suo termine.**

In sintesi:

- Contatto stretto asintomatico → tampone al termine dei 14 di isolamento fiduciario;
- Contatto stretto sintomatico, o che diventa sintomatico → tampone entro le 24-48 ore dall'esordio dei sintomi, se il soggetto risulta positivo diventa caso, se esito negativo si mantiene l'isolamento fino al suo termine (14 giorni) e si ripete eventualmente il tampone.

Si allegano i Moduli 1, 2 e 3 aggiornati.

Ringraziando per la collaborazione, si inviano cordiali saluti

IL DIRETTORE GENERALE

MARCO TRIVELLI

Allegati:

File MODULO 1_21_09.docx
File MODULO 2_21_09.docx
File MODULO 3_21_09.docx

Responsabili del procedimento:
MARIA GRAMEGNA Tel. 02/6765.3118
DANILO CEREDA Tel. 02/6765.2037

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 ≥ 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

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.