



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CHIOGGIA 2

Via S. Marco, 25 – 30015 CHIOGGIA VE

Cod. Min. VEIC853008 Cod. Fiscale 91020320270 Distretto Scolastico n. 56

TEL. 041 5507012 - 0415509259 – FAX 041400821

EMAIL veic853008@istruzione.it – PEC veic853008@pec.istruzione.it



Circolare n. 36

Agli **STUDENTI**
Alle **FAMIGLIE**
Al **PERSONALE DOCENTE**
Al **PERSONALE A.T.A.**

Oggetto: **Modifiche e integrazioni al Protocollo Covid dell'I.C. Chioggia 2**

Si informano tutti gli interessati che, in seguito all'emanazione della Nota a firma congiunta "Indicazioni attuative per la Regione del Veneto in merito alle modalità per il rientro a scuola o al servizio per l'infanzia in seguito ad assenza per malattia" prot. n. 17760 del 05.10.2020, nonché in relazione all'attuale scenario epidemiologico, al Protocollo Covid già adottato dall'IC Chioggia2 sono state apportate integrazioni e modifiche come di seguito riportato.

1. **Alunno con sintomi compatibili Covid-19 presso il proprio domicilio**

In presenza di almeno uno fra i sintomi compatibili con Covid-19

- L'alunno deve restare a casa e i genitori devono informare il medico curante.
- I genitori dell'alunno **non devono comunicare** l'assenza alla scuola

Si allegano le schede informative della Regione Veneto rivolte alle famiglie e relative al comportamento corretto da tenere in caso di sintomatologia sospetta Covid-19 (Allegato 1) e la schematizzazione del percorso dai primi sintomi al rientro a scuola (Allegato 2).

2. **Rientro a scuola dopo un'assenza**

In caso di rientro a scuola dopo un'assenza si distinguono casi differenti:

• **Ritorno a scuola di un alunno sospetto e risultato positivo al test diagnostico per SARS-CoV-2.**

L'alunno rientrerà a scuola con la normale giustificazione accompagnata dall'*Attestato rilasciato dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di avvenuta negativizzazione*, secondo i criteri vigenti. In mancanza di tale attestazione l'alunno non potrà essere riammesso a scuola.

• **Ritorno a scuola di un alunno sospetto e risultato negativo al test diagnostico per SARS-CoV-2.**

Se il test diagnostico richiesto dal medico curante è negativo, l'alunno potrà accedere a scuola con la normale giustificazione accompagnata dall'*Attestazione* rilasciata dallo stesso medico curante o, in alternativa, con *Referto di esito negativo del test diagnostico per SARS-CoV-2* rilasciato direttamente dal servizio che lo ha effettuato. In mancanza di tale attestazione l'alunno non potrà essere riammesso a scuola.

• **Rientro a scuola di un alunno dopo assenza per sintomatologia che, sulla base della valutazione clinica del medico curante, non è risultata sospetta per COVID-19.**

In tal caso non sono più previste certificazioni sanitarie per il rientro a scuola: l'alunno è riammesso con normale giustificazione di assenza. Pertanto, i genitori non dovranno più presentare l'autocertificazione di Ammissione a scuola.

- **Rientro a scuola di un alunno dopo assenza per sintomatologia diversa da COVID-19 o per raffreddore non accompagnato da febbre e/o altri sintomi.**

In tal caso non sono più previste certificazioni sanitarie per l'ammissione a scuola; lo studente è riammesso con normale giustificazione di assenza. Pertanto, i genitori non dovranno più presentare l'autocertificazione di Ammissione a scuola

- **Ritorno a scuola di un alunno convivente o contatto stretto di una persona con infezione da COVID-19.**

In questo specifico caso, l'alunno rientrerà a scuola con *Attestato rilasciato dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)*. Si precisa che i contatti dei contatti di un caso confermato di COVID-19 non sono soggetti a disposizioni di isolamento e/o quarantena e pertanto non sono previste per gli stessi restrizioni alla vita di comunità.

Una copia degli eventuali attestati dovranno essere consegnati al docente che giustifica l'assenza.

3. Test rapidi a scuola

In seguito alla revisione del 2 ottobre 2020 delle "Linee di indirizzo per la gestione dei contatti di casi confermati di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia" da parte della Regione Veneto, si introduce la possibilità di effettuare i tamponi antigenici (test rapidi) direttamente nel contesto della struttura scolastica, in collaborazione con il Referente COVID-19 della Scuola e sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione. I test potranno essere effettuati da parte di un operatore sanitario (Assistente Sanitario, Medico, Infermiere) avvalendosi anche del supporto dei medici delle USCA laddove necessario.

L'adesione a tale modalità sarà su base volontaria con acquisizione del consenso da parte del genitore (o tutore legale del minore) anche in forma preventiva rispetto al verificarsi del caso confermato

Si allega a tal fine (Allegato 3) il modulo per il consenso che dovrà essere consegnato ai docenti entro il 15 ottobre p.v. (i referenti di plesso raccoglieranno e consegneranno in segreteria i moduli).

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Monica Guaraldo



TENIAMO COVID-19 A CASA!

COSA FARE IN CASO DI SOSPETTO DI COVID-19

SINTOMI COVID-19

ALMENO UNO TRA

- SINTOMI RESPIRATORI ACUTI COME TOSSE E RINITE CON DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA
 - VOMITO (EPISODI RIPETUTI ACCOMPAGNATI DA MALESSERE)
 - DIARREA (TRE O PIÙ SCARICHE CON FECI SEMILIQUIDE O LIQUIDE)
 - PERDITA DEL GUSTO*
 - PERDITA DELL'OLFATTO*
 - MAL DI TESTA INTENSO
- FEBBRE SUPERIORE A 37.5 °C (ANCHE IN ASSENZA DI ALTRI SINTOMI)
- * IN ASSENZA DI RAFFREDDORE



**NON ANDARE
A SCUOLA!**

IN CASO DI FEBBRE O SINTOMI COVID-19, NON ANDARE A SCUOLA E CONTATTARE IL PEDIATRA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE CHE VALUTERÀ SE EFFETTUARE UN TAMPONE PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

NB: SE LA FEBBRE O I SINTOMI DOVESSERO PRESENTARSI A SCUOLA, L'ALUNNO SARÀ POSTO IN ISOLAMENTO IN UNA STANZA DEDICATA E SARANNO AVVISATI I GENITORI PER ESSERE RIPORTATO A CASA. SARÀ NECESSARIO CONTATTARE IL MEDICO CURANTE

PER LE FAMIGLIE



**NON PRECLUDONO
LA FREQUENZA
SCOLASTICA**

- RAFFREDDORE, NON ACCOMPAGNATO DA FEBBRE E/O ALTRI SINTOMI
- ALTRI SINTOMI COME MAL DI TESTA LIEVE, DOLORI MESTRUALI, ECC.

DAI SINTOMI AL RIENTRO A SCUOLA!

COSA FARE IN CASO DI SOSPETTO DI COVID-19

PER LE FAMIGLIE



ALUNNO CON SINTOMI



RAFFREDDORE (NON ACCOMPAGNATO DA FEBBRE E/O ALTRI SINTOMI) **O ALTRI SINTOMI** (MAL DI TESTA LIEVE, DOLORI MESTRUALI, ECC.)

SINTOMI COMPATIBILI CON COVID-19



NB: RICORRERE SEMPRE OVE NECESSARIO ALLA VALUTAZIONE CLINICA DEL MEDICO CURANTE PER IL PERCORSO DI DIAGNOSI E CURA.

FEBBRE >37,5, SINTOMI RESPIRATORI ACUTI COME TOSSE E RINITE CON DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA, VOMITO (EPISODI RIPETUTI ACCOMPAGNATI DA MALESSERE), DIARREA (TRE O PIÙ SCARICHE CON FECI SEMILIQUIDE O LIQUIDE), PERDITA DEL GUSTO E/O PERDITA DELL'OLFATTO (IN ASSENZA DI RAFFREDDORE), MAL DI TESTA INTENSO.

MEDICO CURANTE

NON SOSPETTO COVID-19

SOSPETTO COVID-19



TEST NEGATIVO

TEST POSITIVO

IN CASO DI ASSENZA: NORMALE GIUSTIFICAZIONE DI ASSENZA DA SCUOLA (NON È PREVISTA ALCUNA CERTIFICAZIONE SANITARIA)

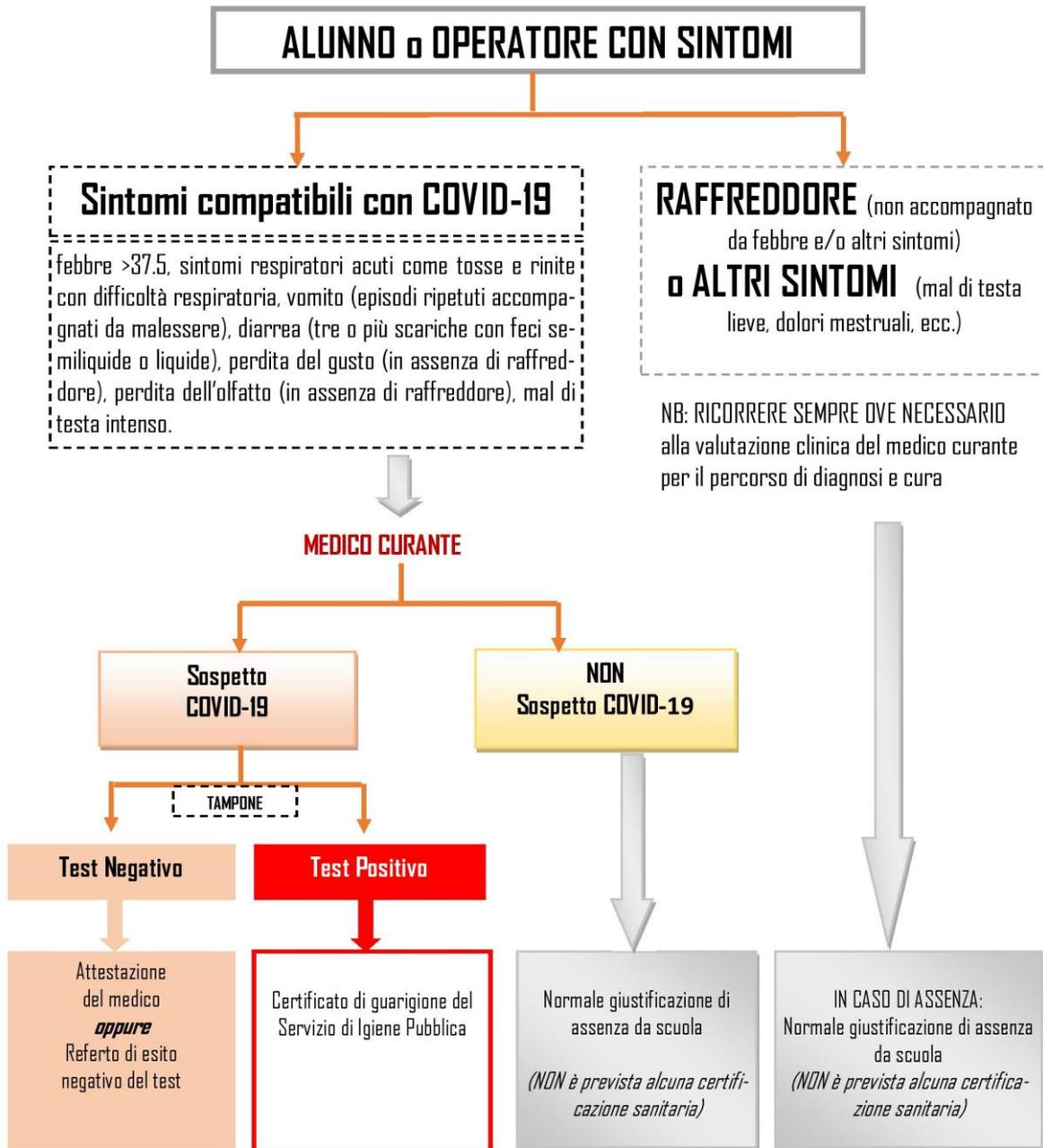
NORMALE GIUSTIFICAZIONE DI ASSENZA DA SCUOLA (NON È PREVISTA ALCUNA CERTIFICAZIONE SANITARIA)

ATTESTAZIONE DEL MEDICO **OPPURE** REFERTO DI ESITO NEGATIVO DEL TEST

CERTIFICATO DI GUARIGIONE DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA



Percorso dai sintomi al rientro a scuola



ALLEGATO 3

FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

genitore (o tutore legale) di _____

nato il _____ a _____

frequentante la classe _____ a.s. 2020/2021

acconsente, in via preventiva, che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastico/servizio per l'infanzia, sia ravvisata la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi. Il momento in cui sarà eseguito e la tipologia del test (tampone o test salivare), saranno valutati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS sulla base delle indicazioni e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Resta inteso che lo scrivente dovrà essere informato preventivamente dell'esecuzione del test di screening e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____ come sopra individuato ed identificato, autorizza altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali, propri e del proprio figlio/minore sotto tutela, forniti per le finalità sopra indicate.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale (firma leggibile) _____