

PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE O LIMITAZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL SARS-COV-2 E DELLA PATOLOGIA CORRELATA

PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA

Anno scolastico 2021-2022

Razionale

Alla luce dell'andamento epidemiologico e del volume delle segnalazioni nonché degli indirizzi dati dagli organismi preposti si inviano chiarimenti su percorsi di quarantena ed isolamento e modulistica per ottimizzare le segnalazioni nel rispetto della normativa.

INDICE

| | |
|---|---------|
| 1. PERCORSI DI COMUNICAZIONE ASL – SCUOLA – FAMIGLIA – MMG/PLS | Pag. 2 |
| 2. LE MISURE DI ISOLAMENTO, QUARANTENA E SORVEGLIANZA CON TESTING | Pag. 4 |
| 3. SCREENING CON TAMPONI NASO-FARINGEI E SALIVARI CON TEST ANTIGENICI E MOLECOLARI | Pag. 12 |
| 4. MODULISTICA E ALLEGATI | Pag. 13 |
| - SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL CASO | |
| - SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORE SCOLASTICO | |
| - FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MALATTIE INFERIORI O UGUALI A 3/5 GIORNI | |
| - FAC SIMILE PER AUTOCERTIFICAZIONI IN CASO DI ASSENZE PER MOTIVI DIVERSI DA MALATTIA | |
| - NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TEST ANTIGENICO MEDIANTE TAMPONE NASO/FARINGEO | |
| - NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TEST MOLECOLARE MEDIANTE TAMPONE SALIVARE | |
| - NOTA INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PER TEST ANTIGENICO SU SALIVA | |
| 4. INFORMATIVA GENERALE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI | Pag. 28 |

Allo scopo di definire un percorso uniforme che risponda all'esigenza di ottimizzare le risorse disponibili e ridurre l'impatto che l'emergenza COVID sta generando nel contesto scolastico e sanitario si definisce, il processo di comunicazione tra ASL e SCUOLA al fine di rendere più rapide ed efficaci le comunicazioni.

1. Intercettazione del caso con sintomatologia sospetta per covid

A. La sintomatologia è evidenziata a scuola

Studente: Il Referente COVID scuola segnala il caso ai genitori e attiva le procedure di allontanamento

Operatore scolastico: segnala la sua situazione al Referente Covid e torna al proprio domicilio

B. La sintomatologia è evidenziata a casa

Studente: i genitori comunicano la situazione alla scuola e mantengono il figlio a casa

Operatore scolastico: segnala la sua situazione al Referente Covid della scuola e rimane a casa

2. Comunicazione al PLS o MMG per la valutazione del caso:

I soggetti di cui al punto 1 dovranno contattare il proprio medico curante che, valutata la situazione, stabilirà l'eventuale necessità di **effettuare test diagnostico antigenico o molecolare**.

A. Qualora sottoposto a test, in attesa dell'esito, il soggetto **osserva la misura** dell'isolamento precauzionale, **non sono necessarie ulteriori misure fino ad esito del test**

B. Se non sottoposto a test o con test negativo il soggetto potrà essere riammesso a scuola secondo quanto previsto dalla **nota della Reg. Lazio U0719344 del 15 settembre 2021** (certificazione /autodichiarazione /altro) **allegati 3 e 4**

3. Intercettazione del caso con positività al tampone antigenico o molecolare

A. Nel caso di **positività al tampone antigenico** qualitativo o quantitative con COI < a 10, il soggetto dovrà eseguire al più presto un tampone molecolare di controllo e rimanere in isolamento fino ad esito del test. In via cautelativa ed al fine di limitare ulteriori contatti, i genitori degli alunni della stessa classe verranno invitati a mantenere a casa i bambini, in attesa del risultato del tampone molecolare;

C. Nel caso di **positività al tampone molecolare** o all'**antigenico quantitativo con COI > 10** (che non necessita di conferma con molecolare), si procede con la **segnalazione del caso / autocertificazione** mediante allegati 1 e 2, e con la **disposizione di isolamento** per il soggetto positivo.

- Il Referente COVID/Dirigente Scolastico comunica all'Equipe Covid Scuola nome, cognome, numero di telefono, data di esecuzione test, eventuale giorno di esordio sintomi e ultimo giorno di presenza a scuola, a mensa e utilizzo dello scuolabus;

- Invia la lista dei "contatti scolastici" con le autocertificazioni degli operatori (docent e non docent);

4. Indagine epidemiologica:

L'Unità Covid Scuola effettua l'indagine epidemiologica per il tracciamento dei contatti scolastici in stretta collaborazione col Referente COVID/Dirigente della scuola anche mediante la raccolta delle informazioni utili come da scheda in **allegato 1**, da compilare in tutte le sue parti.

Va ricordato che il tracciamento dei contatti si estende alle 48 ore precedenti la data di insorgenza dei primi sintomi o, nei soggetti asintomatici, la data di esecuzione del tampone, scegliendo comunque la data più lontana.

5. Comunicazione delle disposizioni:

L'Unità Covid Scuola, sulla base delle risultanze dell'attività di contact tracing, comunica l'inizio del periodo di quarantena o di sorveglianza con testing, per le classi e gli operatori interessati, al Dirigente scolastico e/o al referente COVID del plesso/istituto interessato tramite specifica disposizione. Tale disposizione sarà poi inoltrata dalla scuola agli operatori e/o ai genitori degli alunni interessati.

Gli operatori scolastici e gli studenti posti in isolamento o quarantena o sorveglianza con testing (se minorenni tramite i propri genitori), dovranno subito comunicare tale stato al proprio MMG o PLS che provvederà a redigere le specifiche certificazioni, stabilendo il periodo di quarantena sulla base dello stato vaccinale del soggetto, secondo quanto disposto dalla circolare del Ministero della Salute num. 36254 del 11/08/2021 (*Aggiornamento delle misure di quarantena e di isolamento*) e dalla nota della Regione Lazio num. U0719344 del 15/09/2021 (*COVID-19 Certificazioni mediche per assenza scolastica*).

IMPORTANTE

Per accelerare i tempi e diversificare i percorsi si raccomanda, ai Dirigenti Scolastici ed ai Referenti Covid, di utilizzare i seguenti indirizzi mail, secondo le indicazioni sotto riportate:

covidscuola.positivi@asl.vt.it

da utilizzare esclusivamente per

- segnalazioni di casi positivi (a test antigenici e/o molecolari)
- trasmissione di autocertificazioni degli operatori (docente non) quali contatti di positivo

covid.scuola@asl.vt.it

per ogni altra comunicazione non riguardante i positivi

6. Disposizione di quarantena per i contatti ad alto rischio

La ASL trasmette alla scuola la disposizione di quarantena per i soggetti definiti contatti ad alto rischio del caso confermato (di cui è già stato disposto isolamento) che, salvo differenti risultanze, riguarderà tutti i soggetti presenti in classe nelle date di potenziale trasmissione del contagio da parte del caso positivo.

Il referente scolastico provvederà quindi ad inoltrare la disposizione esclusivamente alle singole famiglie degli alunni interessati dal provvedimento. Nella disposizione saranno indicate:

- La classe contatto del positivo
- I giorni di presenza da considerare per l'attribuzione dello status di contatto

7. Sorveglianza della quarantena

Il genitore dello studente, lo studente se maggiorenne o l'operatore scolastico posto in quarantena o in isolamento dovrà subito comunicare tale stato al MMG o PLS monitorando la comparsa di febbre o altri sintomi correlati al COVID-19.

8. Disposizione di Sorveglianza con testing per i contatti a basso rischio:

La ASL trasmette alla scuola la disposizione di **Sorveglianza con testing** per i soggetti definiti come contatti a basso rischio del caso confermato.

Si ricorda che la valutazione del singolo caso è comunque in carico al DdP che, sulla base del contact tracing (valutato il tempo di permanenza nella sezione/gruppo/stanza, la presenza a ricreazione o a mensa, le dimensioni degli ambienti, la ventilazione etc.) definisce lo status di contatto ad alto o basso rischio.

Definizione di contatto ad alto e a basso rischio

Il “**contatto ad alto rischio**” di un caso confermato è definito come:

- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti

Il “**contatto a basso rischio**” di un caso confermato è definito come:

- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti

Isolamento

L'**isolamento** dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità, per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione.

Quarantena

La **quarantena**, invece, si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, per la durata del periodo di incubazione, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

Il rientro a scuola per soggetti sottoposti a quarantena potrà avvenire con certificazione del medico curante (Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta), come da Circolare della Regione Lazio Z00065 del 05 novembre 2020.

Sorveglianza con testing

La **sorveglianza con testing** è un nuovo provvedimento introdotto con la nota del Ministero della Salute n. 0050079- 03/11/2021-DGPRES-DGPRES-P, nell'ambito della revisione del sistema di gestione dei contatti dei casi confermati di infezione da SARS-CoV- in contesti di riduzione della circolazione virale, da rivalutare in caso di modifica della situazione epidemiologica.

Questo provvedimento può essere disposto esclusivamente per i contatti scolastici definibili a basso rischio, per i quali, sulla base del contact tracing (limitato tempo di permanenza nella sezione/gruppo/stanza, assenza a ricreazione o a mensa, etc.), si ritiene non sia strettamente necessaria la quarantena.

Come si svolge la sorveglianza con testing

i soggetti sottoposti a sorveglianza con testing, dovranno attenersi a quanto prescritto nelle tabelle 1-2-3-4 presenti nella nota del Ministero della Salute n. 0050079- 03/11/2021, con eventuale tampone iniziale al tempo zero (T0) e dopo 5 giorni (T5). Durante tutto il periodo di sorveglianza è richiesto di evitare le frequentazioni sociali e le altre attività di comunità (ad esempio attività sportive in gruppo, frequentazione di feste, assembramenti, visite a soggetti fragili) e di mantenere, in maniera rigorosa, il distanziamento fisico e l'uso della mascherina incontrando altre persone, oltre ai familiari. È fortemente raccomandato l'utilizzo del mezzo privato per raggiungere la scuola, e gli alunni interessati da questo provvedimento devono consumare i pasti preferibilmente in classe.

La prenotazione dei test al T0 e al T5 sarà effettuata con disposizione della ASL o in autonomia con prescrizione del medico curante preferibilmente presso uno dei punti/centri accreditati dalla Regione ovvero prenotando sul sito www.salutelazio.it/prenota-drive-in senza bisogno di ricetta medica.

Tempo zero (T0): il tampone definito Tempo zero (T0) deve essere effettuato al più presto dal momento in cui si è stati informati del provvedimento di "Sorveglianza con testing" (possibilmente entro le 48h dall'esposizione).

- **In caso di risultato negativo** si può rientrare a scuola con esibizione del referto negativo e/o attestazione del MMG (Regione Lazio 920260 dell'11/11/21), salvo riscontro di ulteriori casi positivi. Il test dovrà essere ripetuto al 5° giorno dall'ultima esposizione (T5).
- **In caso di risultato positivo** il soggetto o, se minore, l'esercente la patria potestà, dovrà immediatamente informare il MMG/PLS e la scuola che, a sua volta avviserà la ASL. Il soggetto è in **isolamento** e non si reca a scuola. Il referente scolastico COVID-19/dirigente scolastico sarà informato secondo le procedure per i casi positivi occorsi tra gli studenti e gli operatori scolastici.

Tempo 5 (T5): ulteriore test dopo 5 giorni dal momento T0.

- **In caso di risultato negativo** si può rientrare a scuola con esibizione del referto negativo e/o attestazione del MMG (Regione Lazio 920260 dell'11/11/21), salvo riscontro di ulteriori casi positivi.
- **In caso di risultato positivo** il soggetto o i genitori dovrà immediatamente informare il MMG/PLS e la scuola che, a sua volta avviserà la ASL. Il soggetto è in **isolamento** e non si reca a scuola. Il referente scolastico COVID-19/dirigente scolastico sarà informato secondo le procedure per i casi positivi occorsi tra gli studenti e gli operatori scolastici.

Dopo aver eseguito il tampone il soggetto rimane presso il proprio domicilio fino a risposta di negatività.

Si precisa che la “sorveglianza con testing” potrà avere seguito esclusivamente qualora sia il test al T0 sia quello al T5 vengano effettuati da almeno il 70% (arrotondato per eccesso) dei soggetti sottoposti a tale disposizione. In caso contrario la disposizione di “sorveglianza con testing” sarà trasformata immediatamente in disposizione di quarantena secondo le modalità vigenti.

I soggetti che scelgono di non aderire alla sorveglianza con testing o che non effettuano i tamponi nei tempi e nei modi stabiliti, sono posti immediatamente in quarantena.

1. A seguito di test T0 con risultato negativo il Referente COVID/Dirigente Scolastico:
 - a. qualora sia rispettata la proporzione di soggetti sottoposti a test, procede alla riammissione dei contatti scolastici;
 - b. invia comunicazione all'Equipe Scuola, fornendo i nomi dei soggetti che si sono sottoposti a test con il rapporto soggetti testati / totale soggetti in sorveglianza con testing.
2. Valutate le informazioni ricevute, l'Equipe Covid Scuola:
 - a. procede secondo le modalità indicate dalle tabelle di cui alla nota tecnica in oggetto;
 - b. Programma, per i soggetti eleggibili, e secondo le modalità organizzative regionali, i test al T5.

Qualora emergessero ulteriori casi ai test T0 o T5, il Referente COVID/Dirigente Scolastico ne dà immediata comunicazione all'Equipe Covid Scuola, che fornirà, secondo le modalità indicate dalla nota in oggetto, ulteriori disposizioni (quarantene, quarantene differenziate, prosieguo della sorveglianza con testing per i soggetti eleggibili, ecc.). Per quanto attiene la valutazione circa lo stato vaccinale o la pregressa infezione soggetti individuate come “contatti scolastici a basso rischio”, questa avverrà sulla base di attestazione da parte del MMG/PLS.

CIRCOLARE MINISTERO SALUTE DEL 11/08/2021

La circolare Ministero Salute del 11/08/2021, sulla base delle acquisite conoscenze scientifiche ed epidemiologiche e valutazioni del CTS (Comitato Tecnico Scientifico), diversifica i percorsi delle persone soggette sia ad isolamento che a quarantena, prevalentemente in relazione alla presenza o meno di sintomatologia e dello step relativo al ciclo vaccinale così come di seguito schematizzato.

CASI CONFERMATI DA TEST MOLECOLARE POSITIVO

Tabella 1: indicazioni alla sospensione dell'isolamento

| | ASINTOMATICI | SINTOMATICI | POSITIVI A LUNGO TERMINE |
|--|---|---|--|
| Casi COVID-19 confermati da variante VOC <u>non</u> Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento | 10 giorni di isolamento + Test molecolare o antigenico* NEGATIVO | 10 giorni di isolamento di cui almeno ultimi 3 giorni senza sintomi + Test molecolare o antigenico* NEGATIVO | Al termine dei 21 giorni di cui almeno ultimi 7 giorni senza sintomi |
| Casi COVID-19 con VOC Beta sospetta o confermata | 10 giorni di isolamento + Test molecolare NEGATIVO | 10 giorni di isolamento di cui almeno ultimi 3 giorni asintomatici + Test molecolare NEGATIVO | Test molecolare NEGATIVO |

*al fine di stabilire il termine dell'isolamento di un caso confermato COVID-19, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere a test antigenici, quali i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità $\geq 80\%$ e specificità $\geq 97\%$, con un requisito di sensibilità più stringente ($\geq 90\%$) in contesti a bassa incidenza).

CONTATTI STRETTI DI UN CASO POSITIVO POSTI IN QUARANTENA

Tabella 2: indicazioni alla sospensione della quarantena

| | ALTO RISCHIO (contatti stretti) | BASSO RISCHIO |
|--|--|---|
| Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni | | |
| Contatti di casi COVID-19 confermati compresi casi da variante VOC sospetta o confermata (tutte le varianti) | 7 giorni di quarantena + Test molecolare o antigenico NEGATIVO oppure 14 giorni di quarantena anche in assenza di test diagnostico | Non necessaria quarantena. Mantenere le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.) |
| | Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio | |
| Soggetti non vaccinati o che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni | | |
| Contatti di casi COVID-19 confermati da variante VOC <u>non Beta</u> sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento | 10 giorni di quarantena + Test molecolare o antigenico NEGATIVO oppure 14 giorni di quarantena anche in assenza di test diagnostico | Non necessaria quarantena. Mantenere le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.) |
| | Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio | |
| Contatti di casi COVID-19 da variante VOC <u>Beta</u> sospetta o confermata | 10 giorni di quarantena + Test molecolare o antigenico NEGATIVO | 10 giorni di quarantena + Test molecolare e antigenico NEGATIVO |
| | Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio | Sorveglianza passiva se operatori sanitari/personale di laboratorio |

Si raccomanda in ogni caso di prevedere l'esecuzione di un test diagnostico a fine quarantena per tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con **soggetti fragili e/o a rischio di complicanze**.

I “**contatti dei contatti**”, non sono sottoposti ad alcuna restrizione né all'esecuzione di tamponi, a meno che il loro “contatto” non si positivizzi, fermo restando particolari situazioni attenzionate dal SISF.

NOTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE N. 0050079 - 03/11/2021

Il documento "Indicazioni per l'individuazione e la gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2. in ambito scolastico", inviato con nota del Ministero della Salute n. 0050079- 03/11/2021, contiene una revisione del sistema di gestione dei contatti dei casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 al fine di favorire la didattica in presenza. Il documento prevede l'implementazione di una attività di testing gratuita e valida ai fini diagnostici nelle tempistiche indicate nelle Tabelle 1 - 2 - 3 - 4 del documento

I provvedimenti di sorveglianza con testing previsti nella nota **si applicano esclusivamente per i contatti definibili a basso rischio**, per i quali si ritiene non necessaria la quarantena, in contesti di riduzione della circolazione virale. Tali indicazioni sono da rivalutare in caso di modifica della situazione epidemiologica.

Tabella 1. Scuola: **INFANZIA 0-6 anni** Caso positive: **BAMBINO**

Sistema integrato di educazione e di istruzione 0-6 anni: indicazioni per individuazione e gestione dei contatti in presenza di un **caso positivo tra i bambini**

| CONTATTI | DESCRIZIONE | PROVVEDIMENT O PREVISTO | TEST TO** | TEST FINALE* | NOTE |
|---|---|-----------------------------|-----------|----------------|--|
| Bambini | Bambini appartenenti alla stessa sezione o gruppo del caso positivo | Quarantena (10 giorni)* | SI | SI, TQ10 | |
| Educatori e insegnanti | Educatori che hanno svolto attività in presenza nella sezione/gruppo del caso positivo | Quarantena (7 o 10 giorni)* | SI | SI, TQ7 o TQ10 | La valutazione del singolo caso è comunque in carico al DdP (tempo di permanenza nella sezione/gruppo/stanza, contatto diretto con il caso positivo, etc.). |
| Altri insegnanti e operatori scolastici | Altri operatori scolastici che hanno svolto attività in presenza nella sezione/gruppo del caso positivo | Quarantena (7 o 10 giorni)* | SI | SI, TQ7 o TQ10 | La valutazione del singolo caso è comunque in carico al DdP (tempo di permanenza nella sezione/gruppo/stanza, contatto diretto con il caso positivo, etc.). |
| Altre sezioni e gruppi | Altre sezioni/gruppi della stessa scuola | Secondo valutazione del DdP | NO | NO | Nessun provvedimento automatico, salvo diverse valutazioni derivanti da indagine epidemiologica. Eventuali bambini che hanno svolto attività di intersezione con la sezione/gruppo interessata dal caso positivo necessitano di valutazione specifica. |

* La durata qui riportata implica un test di uscita negativo. La durata della quarantena, il timing per l'effettuazione dei test diagnostici e la tipologia degli stessi seguono le indicazioni contenute nella circolare del Ministero della Salute n. 36254 dell'11 agosto 2021.

** Al fine di descrivere la situazione epidemiologica dell'entità della circolazione nel gruppo, Il test dovrebbe essere effettuato appena possibile e comunque indicativamente nelle 48 ore successive all'identificazione del caso indice.

Sistema integrato di educazione e di istruzione 0-6 anni: indicazioni per individuazione e gestione dei contatti in presenza di un **caso positivo tra gli educatori/insegnanti/operatori scolastici**

| CONTATTI | DESCRIZIONE | PROVVEDIMENTO PREVISTO | TEST TO** | TEST FINALE * | NOTE |
|---|---|---|-----------|---------------|---|
| Bambini | Bambini delle sezioni/gruppi in cui l'insegnante ha svolto attività in presenza | Quarantena (10 giorni) * | SI | SI, TQ10 | La valutazione del singolo caso è comunque in carico al DdP (tempo di permanenza nella classe, contatto diretto con il caso positivo, etc.). |
| Educatori e Insegnanti | Educatori che hanno svolto attività in compresenza con l'insegnante o operatore scolastico positivo | Se vaccinati o negativizzati negli ultimi 6 mesi, sorveglianza con testing. Rientro a scuola dopo risultato del test a TO negativo. | SI | SI, T5 | Gli educatori o insegnanti vaccinati o negativizzati negli ultimi 6 mesi se hanno rispettato le misure di prevenzione incluso l'uso delle protezioni respiratorie, in presenza di un singolo caso nella sezione, non sono soggetti a quarantena salvo diversa valutazione del DdP. In presenza di uno o più casi positivi tra il personale scolastico oltre al caso indice, quarantena per tutti educatori/insegnanti che hanno svolto attività in compresenza al caso indice |
| | | Se non vaccinati/negativizzati da più di 6 mesi, quarantena | SI | SI, TQ10 | |
| Altri insegnanti e operatori scolastici | Altri operatori scolastici che hanno svolto specifiche attività di intersezione con il gruppo e sezione interessata dal caso positivo | Nessuno (vedi note a fianco) | NO | NO | Se sono stati rispettati i protocolli anti-contagio, non dovrebbero esserci contatti stretti con altri operatori scolastici. Nel caso di operatori che hanno svolto specifiche attività insieme al caso si applicano le stesse indicazioni previste per gli educatori. |
| Altre sezioni e gruppi | Altre sezioni e gruppi della stessa scuola | Nessuno | NO | NO | Nessun provvedimento, salvo diverse valutazioni derivanti da indagine epidemiologica. |

* La durata qui riportata implica un test di uscita negativo. La durata della quarantena, il timing per l'effettuazione dei test diagnostici e la tipologia degli stessi seguono le indicazioni contenute nella circolare del Ministero della Salute n. 36254 dell'11 agosto 2021

**Al fine di descrivere la situazione epidemiologica dell'entità della circolazione nel gruppo, il test dovrebbe essere effettuato appena e comunque indicativamente nelle 48 ore successive all'identificazione del caso indice

Suole primarie e secondarie: Indicazioni per individuazione e gestione dei contatti in presenza di un **caso positivo tra gli alunni**

| CONTATTI | DESCRIZIONE | PROVVEDIMENTO PREVISTO* | TEST T0** | TEST FINALE* | NOTE |
|----------------------------|---|---|-----------|--------------|--|
| Alunni | Gli alunni che hanno frequentato la stessa classe del caso positivo | Sorveglianza con testing. Rientro a scuola dopo risultato del test a T0 negativo | SI | SI, T5 | In presenza di un ulteriore caso positivo oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - soggetti vaccinati/negativizzati negli ultimi 6 mesi: sorveglianza con testing - soggetti non vaccinati o negativizzati da più di 6 mesi: quarantena In presenza di due casi positivi oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - quarantena per tutta la classe |
| Docenti | I docenti che hanno svolto attività in presenza nella classe del caso positivo | Sorveglianza con testing. Rientro a scuola dopo risultato del test a T0 negativo | SI | SI, T5 | La valutazione del rischio e le conseguenti misure da adottare devono tenere in considerazione le misure anti-contagio attuate. In presenza di un ulteriore caso positivo (tra studenti e docenti) oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - soggetti vaccinati o negativizzati negli ultimi 6 mesi: sorveglianza con testing - soggetti non vaccinati o negativizzati da più di 6 mesi: quarantena In presenza di due casi positivi (tra studenti e docenti) oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - quarantena per tutta la classe. |
| | | Se non vaccinati o negativizzati da più di sei mesi, quarantena | SI | SI, TQ10 | |
| Altri operatori scolastici | Altri operatori scolastici che hanno svolto attività in presenza nella classe del caso positivo | Sorveglianza con testing. Rientro a scuola dopo risultato del test a T0 negativo | SI | SI, T5 | La valutazione del rischio è in carico all'operatore di Sanità Pubblica (es. tempo di permanenza nella classe, contatto diretto con gli alunni, etc.). Nel caso di operatori che hanno svolto attività insieme al caso si applicano le stesse indicazioni previste per i docenti. |
| Altre classi | Altre classi della stessa scuola | Nessuno | NO | NO | Salvo diverse valutazioni del DdP. Eventuali alunni che hanno svolto attività di intersezione con la classe del caso positivo necessitano di valutazione specifica. |

* La durata qui riportata implica un test di uscita negativo. La durata della quarantena, il timing per l'effettuazione dei test diagnostici e la tipologia degli stessi seguono le indicazioni contenute nella circolare del Ministero della Salute n. 36254 dell'11 agosto 2021

** Al fine di descrivere la situazione epidemiologica dell'entità della circolazione nel gruppo, il test dovrebbe essere effettuato appena possibile e comunque indicativamente nelle 48 ore successive all'identificazione del caso indice

Suole primarie e secondarie: indicazioni per individuazione e gestione dei contatti in presenza di un **caso positivo tra gli insegnanti/operatori scolastici**

| CONTATTI | DESCRIZIONE | PROVVEDIMENTO PREVISTO* | TEST T0** | TEST FINALE* | NOTE |
|----------------------------|---|---|-----------|--------------|--|
| Alunni | Gli alunni delle classi in cui l'insegnante ha svolto attività in presenza | Sorveglianza con testing. Rientro a scuola dopo risultato del test a T0 negativo | SI | SI, T5 | Se il docente/operatore ha rispettato le misure di prevenzione, per gli alunni è prevista un'attività di sorveglianza con testing. In presenza di un ulteriore caso positivo oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - soggetti vaccinati o negativizzati negli ultimi 6 mesi: sorveglianza con testing - soggetti non vaccinati o negativizzati da più di 6 mesi: quarantena In presenza di due casi positivi oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - quarantena per tutta la classe. |
| Docenti | Insegnanti che hanno svolto attività in compresenza con l'insegnante o operatore scolastico positivo | Sorveglianza con testing. Rientro a scuola dopo risultato del test a T0 negativo | SI | SI, T5 | I docenti, se hanno rispettato le misure di prevenzione, in presenza di un singolo caso, non sono in genere soggetti a quarantena ma dovranno comunque effettuare i test di screening. La valutazione del rischio è in carico all'operatore di Sanità Pubblica. In presenza di un ulteriore caso positivo tra i docenti oltre al caso indice: <ul style="list-style-type: none"> - soggetti vaccinati o negativizzati negli ultimi 6 mesi: sorveglianza con testing - soggetti non vaccinati o negativizzati da più di 6 mesi: quarantena In presenza di due casi positivi oltre al caso indice: quarantena per tutta la classe. |
| | | Se non vaccinati o negativizzati da più di 6 mesi: quarantena. | SI | SI, TQ10 | |
| Altri operatori scolastici | Altri operatori scolastici che hanno svolto specifiche attività di intersezione con la classe interessata dal caso positivo | Nessuno (vedi note a fianco) | NO | NO | Se sono stati rispettati i protocolli anti-contagio, non dovrebbero esserci contatti stretti con altri operatori scolastici. Nel caso di operatori che hanno svolto attività insieme al caso si applicano le stesse indicazioni previste per i docenti. |
| Altre classi | Altre classi della stessa scuola | Nessuno | NO | NO | Nessun provvedimento salvo diverse valutazioni del DdP. |

* La durata qui riportata implica un test di uscita negativo. La durata della quarantena, il timing per l'effettuazione dei test diagnostici e la tipologia degli stessi seguono le indicazioni contenute nella circolare del Ministero della Salute n. 36254 dell'11 agosto 2021

**Al fine di descrivere la situazione epidemiologica dei contatti scolastici, il test viene programmato appena possibile e comunque indicativamente nelle 48 ore successive all'identificazione del caso indice.

SCREENING CON TAMPONI NASO-FARINGEI E SALIVARI CON TEST ANTIGENICI E MOLECOLARI

Le attività di screening mediante tampone nasofaringeo con test antigenico o molecolare

Le attività di screening mediante test antigenico o molecolare sulla popolazione scolastica potranno essere attuate definendo le priorità d'intervento sulla base di appropriate valutazioni epidemiologiche (numero di casi confermati presso il plesso scolastico, numero totale della popolazione scolastica, presenza di soggetti fragili). Per questo sarà necessaria la raccolta dei consensi dei genitori per i soggetti minorenni, **Allegati 5, 5a, 5b**.

Le attività di screening mediante tampone salivare con test molecolare o antigenico

Le attività di screening mediante test salivare molecolare o antigenico sulla popolazione scolastica si inseriscono nell'ambito del "*Piano per il monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado*" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'adesione alla campagna di screening è subordinata all'acquisizione del consenso previsto, da parte dell'Istituto Scolastico. **Allegati 6, 6a, 7, 7a**

Tale consenso è valido per tutto il periodo di attività del monitoraggio previsto da settembre 2021 a giugno 2022, e potrà essere revocato dai genitori in qualsiasi momento dandone comunicazione alla scuola.

L'esecuzione del Test potrà prevedere, nelle prime fasi, la supervisione di operatori ASL in ambito scolastico, e successivamente verrà effettuato a domicilio in modalità di autosomministrazione.

Nel caso di test in ambito scolastico il genitore dovrà essere informato preventivamente e potrà scegliere di essere presente nel momento della sua effettuazione.

Test di screening in caso di focolaio e raccolta preventive del consenso con Allegato 8

Nel caso in cui si dovesse evidenziare un rapido aumento dei casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico, la ASL VT potrà proporre un'intervento di screening sulla popolazione scolastica, per identificare ed enucleare eventuali altri soggetti positivi, al fine di garantire la normale prosecuzione delle attività didattiche in presenza sempre nell'ottica della massima sicurezza.

Dal momento che per i soggetti minorenni è indispensabile il preventivo consenso dei genitori, **per ottimizzare i tempi e snellire la procedura, la scuola dovrà procedere alla raccolta dei consensi in maniera proattiva**, possibilmente subito dopo il ricevimento del presente patto, specificando alle famiglie che il consenso depositato presso l'istituto consentirà di procedere celermente con lo screening qualora se ne dovesse presentare la necessità, **Allegato 8**.

Istruzione operativa

- La scuola procederà a raccogliere i consensi, come da allegato 8, in maniera proattiva, possibilmente subito dopo il ricevimento del presente patto, specificando alle famiglie che il consenso depositato consentirà di procedere celermente con lo screening anche qualora ci fosse un caso positivo a scuola (ad esclusione dei soggetti in quarantena che seguono il percorso indicato precedentemente).
- Nel caso di eventuale intervento di screening, la scuola comunicherà l'iniziativa ai genitori e procederà alla compilazione di un file excel con i dati anagrafici degli aderenti (Nome, cognome, cod. Fiscale e cellulare di un genitore) che sarà inviato all'indirizzo covidscuola.positivi@asl.vt.it
- I referti saranno accessibili tramite credenziali inviate con SMS al recapito telefonico indicato sull'elenco di adesione inviato dalla scuola.

MODULISTICA E ALLEGATI

SCHEDA DI COMUNICAZIONE DI POSITIVO
(da inviare via mail a covidscuola.positivi@asl.vt.it)

alunno **Operatore**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Cellulare _____

Istituto _____ Plesso _____

Classe/i _____

Referente Covid e/o Dirigente _____ Cellulare _____

Ultimo giorno di presenza a scuola _____ **Data inizio sintomi** _____

Data effettuazione del tampone _____

Motivo del tampone _____

Allegare:

- Referto del tampone se disponibile
- Elenco dei contatti scolastici del soggetto positive: **Sono presi in considerazione esclusivamente i contatti intervenuti nelle 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi del caso oppure nelle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se il caso è asintomatico, per es: se il primo giorno di sintomi fosse stato il 5/11/2020 dovremmo considerare i contatti avuti il 4 e il 3 novembre)**
- Elenco dei possibili contatti a basso rischio a cui poter applicare il protocollo di *"Sorveglianza con testing"*

Data _____

Firma _____

Allegato 2

SCHEDA DI AUTOCERTIFICAZIONE PER OPERATORE SCOLASTICO
da compilare in quanto possibile contatto stretto di caso confermato
(da inviare via mail a covidscuola.positivi@asl.vt.it)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a _____ (____) Via _____ n° _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Via _____ n° _____

Recapiti: Tel. _____ E-mail _____ @ _____

Medico curante _____

SCUOLA _____ CLASSE/I _____

RUOLO:

- Studente
- Docente della materia _____
- Personale amministrativo
- ATA
- Altro _____

Dichiaro:

DI AVER SVOLTO LE LEZIONI:

- DALLA CATTEDRA
- ANCHE CON SUPERVISIONE TRA I BANCHI
- ALTRO _____

CHE DURANTE LA RICREAZIONE ERO:

- ALL'INTERNO DELLA CLASSE CON LA MASCHERINA
- ALL'INTERNO DELLA CLASSE ED HO MANGIATO O BEVUTO QUALCOSA
- ALL'ESTERNO DELLA CLASSE
- ALTRO _____

CHE DURANTE IL PRANZO:

- ERO ALL'INTERNO DELLA SALA MENSA MA NON HO PRANZATO
- ERO ALL'INTERNO DELLA SALA MENSA ED HO PRANZATO
- ERO IN ALTRO AMBIENTE
- ALTRO _____

CHE HO POTUTO OSSERVARE LE REGOLE DI DISTANZIAMENTO FISICO E DI UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DURANTE L'ORARIO DI LAVORO E:

- CHE LA DISTANZA MINIMA AVUTA CON IL SOGGETTO POSITIVO È STATA DI METRI _____
- CHE IL TEMPO DI CONTATTO È STATO DI _____
- CHE LA MASCHERINA DA ME INDOSSATA ERA DI TIPO _____
- CHE LA MASCHERINA INDOSSATA DAL SOGGETTO POSITIVO ERA DI TIPO _____
- CHE HO CONDIVISO LA SEGUENTE SITUAZIONE (pausa caffè, mensa, scambio di materiali ecc.) _____

DI NON ESSERE IN GRADO DI AFFERMARE CON CERTEZZA QUANTO SOPRA

- SEGNALO I SEGUENTI COMPORAMENTI A RISCHIO

(Facoltativo):

HO EFFETTUATO IL VACCINO ANTI-COVID19: _____

DATA ULTIMA DOSE _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione (D.P.R. 445/2000);

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Data _____

Firma _____

Allegato 3

FAC SIMILE PER AUTO DICHIARAZIONE - ASSENZE
(fac simile ad uso delle Scuole, da personalizzare secondo le esigenze di ciascun istituto)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____) _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO

- ┌ Che il pediatra/medico di medicina generale è stato informato della sintomatologia presentata dal bambino e che ha stabilito che il caso non rientra nel percorso COVID né necessita di giorni di malattia superiori a 3/5 e conseguentemente non è necessaria per il rientro alcuna certificazione medica
- ┌ Che al momento del rientro a scuola il minore non presenta alcuno dei sintomi che hanno determinato l'assenza, né altri sintomi simil-influenzali o riferibili a COVID – 19 (temperatura corporea al di sopra di 37.5°C, tosse, mal di gola, diarrea, perdita o alterazione del gusto, perdita o diminuzione dell'olfatto, etc.)

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____ (firma leggibile)

Allegato 4

FAC SIMILE PER AUTO DICHIARAZIONE-ASSENZE PROGRAMMATE
(fac simile ad uso delle Scuole, da personalizzare secondo le esigenze di ciascun istituto)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

Via _____ n° _____

Recapiti: ☎ _____ } _____

In qualità di genitore/tutore del minore:

_____, *studente di questo istituto*

DICHIARO CHE

] Il minore sarà assente dal _____ al _____, per motivi diversi da malattia

] Nessun membro della famiglia, in tale periodo o nei 14 giorni precedenti, soggiorerà o transiterà in zone considerate a rischio come da ultimo DPCM

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare immediatamente alle Autorità Sanitarie competenti l'insorgere, su sé stesso o su minori per cui si esercita la potestà, (di) qualunque sintomo tra quelli indicati nonché ad osservare tutte le misure di prevenzione (uso di mascherine e distanziamento fisico) indicate a livello nazionale e regionale.

Lì _____ Data _____

Il dichiarante _____

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TEST ANTIGENICO MEDIANTE TAMPONE NASO/FARINGEO

PREMESSA

Gentili Famiglie, cari ragazzi la sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è il nome dato al nuovo ceppo coronavirus del 2019 non identificato precedentemente nell'uomo. COVID-19 è il nome dato alla malattia associata al virus. La pandemia di COVID-19 del 2019-2020 è la pandemia attualmente in corso della cosiddetta "malattia da nuovo coronavirus".

Le evidenze scientifiche, al momento disponibili, indicano che SARS-Cov-2, il virus causa della sindrome COVID-19, si trasmette per contatto diretto nella popolazione attraverso *droplets* (goccioline) prodotte con la tosse e altre emissioni da soggetti contagiati dal virus, siano essi: malati e quindi sintomatici, soggetti pauci-sintomatici ovvero con scarsi segni e sintomi di infezione, soggetti convalescenti in via di risoluzione o soggetti totalmente asintomatici.

Fermo restando che la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 viene effettuata ricercando il virus nelle secrezioni respiratorie con test per la ricerca molecolare (RT-PCR) e che questo test può essere eseguito solo nei Laboratori inseriti nella rete COROnet Regionale, ad oggi esiste la possibilità di indagini con ulteriori strumenti diagnostici e di screening mediante test antigenico.

L'adesione all'indagine da parte degli interessati è individuale, volontaria e gratuita.

Si riportano di seguito informazioni sintetiche ed aggiornate sulla valenza ed i limiti del test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV2 per coloro che aderiscono a questa indagine.

- 1. Cosa è il test per l'identificazione dell'antigene virus SARS-CoV2:** I test antigenici sono test di screening immunologici che rilevano la presenza di uno o più antigeni specifici virali, indicativi di una infezione virale in corso. La *performance* clinica di tali test dipende in gran parte dalle circostanze in cui vengono utilizzati e danno risultati migliori se la persona è sottoposta ad indagine nelle prime fasi dell'infezione da SARS- CoV-2 quando la carica virale è generalmente più alta. Rispetto ai test molecolari hanno sensibilità minore e buona specificità. I test antigenici sono adatti a condurre attività di screening su persone asintomatiche facenti parte di gruppi di popolazione con bassa probabilità pre-test di infezione in corso come i contesti scolastici al fine di individuare ed isolare tempestivamente casi positivi^{1,2}.
- 2. Cosa prevede il test per l'identificazione dell'antigene virus SARS-CoV2:** si tratta di un tampone rinofaringeo, effettuato utilizzando un bastoncino con una sorta di cotton fioc posizionato all'estremità. Il tampone viene strofinato leggermente sulla mucosa del naso, inserendo il tampone nelle due narici e procedendo fino a raggiungere la parete posteriore del rino-faringe (parte superiore della faringe).
- 3. L'esito del test sarà immediato.**
- 4. Cosa significa un test antigenico negativo:** un risultato negativo al test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV-2 non esclude che il soggetto abbia un'infezione in corso con una carica virale non elevata.
- 5. Cosa significa un test antigenico positivo:** un risultato positivo al test per l'identificazione dell'antigene del virus SARS-CoV-2 indica un'elevata probabilità che il soggetto abbia in corso un'infezione. In questo caso è prevista l'esecuzione di un tampone molecolare di coenferma presso uno dei Drive-in attivi sul territorio.
- 6. Esito positivo del test molecolare:** in caso di positività del test diagnostico molecolare, il soggetto sarà posto in isolamento (nel suo domicilio o in altra struttura) e dovrà seguire le istruzioni del suo medico curante per i provvedimenti del caso.

¹ Regione Lazio nota n. 0803366 del 18/9/2020.

² Regione Lazio notan. 0810509 del 21.09.2020. "Indicazioni operative ad interim per la gestione di casi e focolai di SARS- CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi del Lazio, e presa in carico dei pazienti pediatrici"

ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2

ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO (Maggiorenni)

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
in data _____, residente in _____ via _____
Codice fiscale _____
doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
iscritto presso l'Istituto _____

**Alla luce di quanto sopra esposto, consapevole del fatto che
l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita,
liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza,
manifesto la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei miei confronti.**

Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Viterbo, _____

(Firma leggibile dello studente maggiorenne/operatore scolastico)

**ADESIONE AL TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ANTIGENE DEL VIRUS SARS-Co-V2
ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO DEI GENITORI**

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
in data _____, residente in _____ via _____ doc.
identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
nonchè

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____
in data _____, residente in _____ via _____
doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____

- nella nostra qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale del minore*
- tutori/e del minore*
- amministratore di sostegno del minore*

(Nome del minore) _____, nato/a _____
in data _____, residente in _____ via _____
doc. identità n. _____ scad. il _____ rilasciato da _____
Codice fiscale _____
iscritto presso l'Istituto _____

**alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è
individuale, volontaria e gratuita,
liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza,
manifestiamo la volontà di accettare l'atto sanitario proposto nei confronti del minore.**

Dichiaro/i, inoltre, di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

- Accettiamo che il referto, disponibile in tempo reale, venga consegnato al minore

(Firma leggibile del genitore /tutore/ amministratore di sostegno) ** _____

(Firma leggibile del genitore) _____

*barrare la casella che interessa

** cancellare le voci che non interessano

**NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER IL
TEST MOLECOLARE MEDIANTE TAMPONE SALIVARE**

**PIANO PER IL MONITORAGGIO DELLA CIRCOLAZIONE DEL SARS-COV-2 NELLE SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE
DI PRIMO GRADO**

Nota informativa

Per l'anno scolastico 2021/2022, la Struttura Commissariale per l'emergenza COVID-19 ha predisposto un "Piano per il monitoraggio della circolazione del SARS-COV-2 nelle scuole primarie e secondarie di primo grado". Il Piano di monitoraggio ha l'obiettivo di controllare la circolazione del SARS-CoV-2 (il virus responsabile dei casi di COVID-19) nelle scuole, e tutelare quindi lo svolgimento della didattica in presenza. La sorveglianza prevede l'individuazione di "scuole sentinella" e la successiva offerta di test salivari ad un campione di studenti delle scuole primarie e secondarie di primo grado. Nel Lazio, il Piano prevede l'effettuazione di oltre 5.000 test salivari ogni 15 giorni.

Il Vostro Istituto scolastico è stato individuato come "scuola sentinella". Per questo motivo, ad alcuni alunni la ASL offre la possibilità di effettuare un test salivare per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Il prelievo di saliva è un metodo semplice, meno invasivo rispetto al tampone naso-orofaringeo, ed altamente attendibile nei risultati. *La raccolta del campione salivare è realizzata direttamente al proprio domicilio **OPPURE** La raccolta del campione salivare è realizzata all'interno del plesso scolastico, con il supporto del personale sanitario della ASL.* Il campione viene raccolto facendo impregnare di saliva all'alunno/a una spugnetta sterile per almeno 60 secondi. Il prelievo deve essere effettuato appena svegli e a digiuno oppure a distanza di almeno 30 minuti dall'assunzione di cibo o bevande e dalla pulizia dei denti. La ASL ha predisposto materiale illustrativo dettagliato per guidare alunni e famiglie nella semplice attività di prelievo della saliva. Il campione verrà raccolto secondo le indicazioni fornite dal referente ASL e/o referente della Scuola e quindi analizzato da uno dei Laboratori di riferimento della ASL per l'effettuazione di un test molecolare, che identifica la presenza del materiale genetico del virus SARS-CoV-2.

La invitiamo ad aderire a questa iniziativa nazionale che prevede l'effettuazione di un test salivare da parte di suo figlio/a. **L'adesione all'iniziativa è individuale, volontaria e gratuita**, previo consenso firmato da parte del genitore/tutore legale dell'alunno/a.

I risultati dei test negativi verranno comunicati il giorno successivo alla raccolta del campione al genitore/tutore legale *attraverso SMS o via e-mail*. **In caso di test positivo**, Lei sarà tempestivamente contattato telefonicamente dalla ASL ed il soggetto positivo dovrà essere posto in isolamento domiciliare e seguire le istruzioni del medico curante e dei servizi della ASL di Viterbo, per i provvedimenti più opportuni del caso. La informiamo, inoltre, che i Suoi dati verranno registrati su una piattaforma aziendale della ASL di Viterbo (nome, cognome, data di nascita, residenza, telefono ed indirizzo di posta elettronica, ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19): tutto ciò verrà utilizzato e trattato per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 ss.mm.ii.)

**MODULO DI CONSENSO PER IL
TEST MOLECOLARE MEDIANTE TAMPONE SALIVARE**

Adesione e Consenso all'iniziativa

Per l'alunno:, classe....., sezione.....

Io sottoscritto..... nato a

....., il Residente a

.....(prov.), in Via

e-mail Cellulare

alla luce di quanto sopra esposto, e in accordo con l'altro genitore

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all'esecuzione del test molecolare su saliva per la ricerca di SARS-CoV-2,

Firma _____

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività.

Firma _____

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale.

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell'art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 "è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri" e classificati ai sensi dell'art. 9 lett. h), g), i) "il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica". Il titolare del trattamento è l'IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate all'effettuazione del test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test molecolare-operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data

(firma leggibile)

NOTA INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO PER TEST ANTIGENICO SU SALIVA

Sorveglianza di Covid-19 nelle scuole attraverso utilizzo di test antigenici

Nota informativa e modulo di consenso

Nell'ambito delle attività regionali di controllo e gestione della emergenza sanitaria da COVID-19, la ASL di Viterbo intende effettuare un monitoraggio dell'infezione da SARS-CoV-2 nella popolazione studentesca del Vostro Istituto scolastico, attraverso l'utilizzo di **test antigenici salivari** di laboratorio. Questa tipologia di test è basata sulla ricerca, in un campione di saliva, di proteine virali (antigeni).

Il prelievo di saliva è un metodo semplice, meno invasivo rispetto al tampone naso-orofaringeo, ed altamente attendibile nei risultati. *La raccolta del campione salivare è realizzata direttamente al proprio domicilio **OPPURE** La raccolta del campione salivare è realizzata all'interno del plesso scolastico, con il supporto del personale sanitario della ASL.* Il campione viene raccolto facendo impregnare di saliva all'alunno/a una spugnetta sterile per almeno 2 minuti. Il prelievo deve essere effettuato appena svegli e a digiuno oppure a distanza di almeno 30 minuti dall'assunzione di cibo o bevande e dalla pulizia dei denti. La ASL ha predisposto materiale illustrativo dettagliato per guidare alunni e famiglie nella semplice attività di prelievo della saliva.

La invitiamo ad aderire a questa iniziativa regionale che prevede l'effettuazione di un test salivare da parte di suo figlio/a. **L'adesione all'iniziativa è individuale, volontaria e gratuita**, previo consenso firmato da parte del genitore/tutore legale dell'alunno/a. Il campione verrà raccolto secondo le indicazioni fornite da ASL/Scuola e quindi analizzato da uno dei Laboratori di riferimento della ASL per l'effettuazione di un test antigenico su saliva.

I risultati dei test negativi verranno comunicati il giorno successivo alla raccolta del campione al genitore/tutore legale attraverso *SMS o via e-mail*. Via e-mail. **In caso di test positivo** sarà eseguito un test molecolare di conferma (che identifica la presenza del materiale genetico del virus SARS Cov-2) sullo stesso campione di saliva, qualora la saliva prelevata sia sufficiente. In caso di positività anche del test molecolare, Lei sarà tempestivamente contattato telefonicamente dalla ASL ed il soggetto positivo dovrà essere posto in isolamento domiciliare e seguire le istruzioni del medico curante e dei servizi della ASL di Viterbo, per i provvedimenti più opportuni del caso. La informiamo inoltre che i Suoi dati verranno registrati su una piattaforma aziendale della ASL di Viterbo (nome, cognome, data di nascita, residenza, telefono ed indirizzo di posta elettronica, ed eventuali sintomi riferibili a COVID-19): tutto ciò verrà utilizzato e trattato per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, esclusivamente per il periodo di tempo necessario alla gestione delle azioni utili a contrastare l'emergenza COVID-19. I campioni ed i suoi dati saranno trattati e conservati nelle strutture deputate e non ceduti in nessun modo a terzi, in linea con il GDPR 2016/679, con il D. Lgs. 196/2003, come modificato dal D. Lgs 101/2018 e secondo le disposizioni specifiche in materia emergenziale (es. art. 14 del DL n.14 9/03/2020 e 17 bis del DL 18/2020 come introdotto dalla L. 27/2020 s.m.i.)

MODULO DI CONSENSO PER IL TEST ANTIGENICO SU SALIVA

Adesione e Consenso all’iniziativa

Per l’alunno:, classe....., sezione.....

Io sottoscritto/a..... nato/a a,

il Residente a(prov.),

in Via,

e-mail Cellulare

alla luce di quanto sopra esposto, e in accordo con l’altro genitore

manifesto la volontà a sottoporre mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale all’esecuzione del test antigenico su saliva per la ricerca di SARS-CoV-2

Firma

esprimo il mio consenso al ritiro dei referti relativi al test effettuato on-line (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare al MMG o PLS il risultato, in caso di positività.

Firma

esprimo il mio consenso al Trattamento dei dati personali che riguardano mio/a figlio/a o il minore di cui sono tutore legale.

I dati personali saranno trattati, coerentemente con la disciplina di cui alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020, ai sensi dell’art. 6 lett. e) del GDPR 2016/679 “è necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri” e classificati ai sensi dell’art. 9 lett. h), g), i) “il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica”. Il titolare del trattamento è l’IRCCS INMI Spallanzani in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate all’effettuazione del test antigenico e della eventuale conferma con test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all’emergenza COVID-19, Regione Lazio, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico e molecolare operano in regime di contitolarità ai sensi dell’art. 26 Regolamento UE 679/2016 ed alla D.G.R. 209/2020 e determinazione del 12 maggio 2020.

Data

(firma leggibile)

MODULO DI CONSENSO PER IL TEST MOLECOLARE SU SECREZIONI NASOFARINGEE

Adesione e Consenso all'iniziativa

Nome del minore _____

DATI GENITORE 1/ TUTORE/ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) in data _____

residente in _____ (____) via _____

doc. identità N° _____ scad. _____ rilasciato da _____

¹**N.B: Necessari dati e firme di entrambi i genitori, salvo i casi di tutela esclusiva di un genitore/ tutore/ amm.re di sostegno.**

DATI GENITORE 2¹:

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) in data _____

residente in _____ (____) via _____

doc. identità N° _____ scad. _____ rilasciato da _____

genitori esercenti la potestà genitoriale del minore²

in qualità di: tutori/e del minore²

amministratore di sostegno del minore²

Alla luce di quanto sopra esposto, consapevoli del fatto che l'adesione all'indagine è individuale, volontaria e gratuita, liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza, MANIFESTIAMO LA VOLONTÀ DI ACCETTARE il seguente atto sanitario proposto nei confronti del minore³:

TEST MOLECOLARE CON TAMPONE NASOFARINGEO

Dichiaro/iamo di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Inoltre, In caso di positività, acconsent/o/iamo all'eventuale INVIO REFERTO per E-MAIL

Firma leggibile di entrambi i genitori/ genitore che esercita potestà genitoriale esclusiva/ tutore/ amministratore di sostegno⁵:

Genitore 1/ genitore che esercita potestà genitoriale/ tutore/ amm. di sostegno: _____

Genitore 2¹: _____

Luogo: _____ Data: _____

Firma del sanitario che ha fornito l'informazione _____

¹N.B.: Necessari dati e firme di entrambi i genitori, salvo i casi di tutela esclusiva / tutore/ amministratore di sostegno.

²barrare la casella che interessa

³di cui Art. 3 legge 219/2017

⁴Ai sensi del DPCM. 8.8.13

⁵ sottolineare la voce che interessa

DATI MINORE:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente a _____ (____)

Via _____ n. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Via _____ n. _____

Codice fiscale: _____

Iscritto presso l'ISTITUTO SCOLASTICO _____

sede di _____ classe e sezione _____

Tel. _____ Mail _____

Medico curante _____

Il genitore/ genitore che esercita potestà genitoriale esclusiva/ tutore/ amministratore di sostegno dichiara che il soggetto minorenne:

- Non presenta al momento alcun sintomo di malattia
- Ha avuto storia di positività al virus SARS-COV-2 in data: ____/____/____
- Ha già eseguito tampone molecolare in data: ____/____/____ con esito _____
- Ha già eseguito tampone antigenico in data: ____/____/____ con esito _____

La seguente dichiarazione viene resa nella conoscenza delle norme che regolano l'emergenza COVID-19 e nella piena consapevolezza che comportamenti difformi alle vigenti disposizioni ed a quanto dichiarato saranno puniti secondo l'art. 650 del C. P., salvo che i fatti addebitati comportino più gravi reati. Acconsento l'invio del Referto mediante e-mail all'indirizzo sopra indicato.

Data: ____/____/____ Luogo: _____

Firma del genitore/ genitore che esercita potestà genitoriale esclusiva/ tutore/ amm. di sostegno _____

INFORMATIVA GENERALE
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI
PATTO DI CORRESPONSABILITÀ PER UNA SCUOLA SICURA
Informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del
Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Egregia Signora, Egregio Signore, il Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 riconosce e disciplina il diritto alla protezione dei dati personali, nel rispetto dei Suoi diritti e libertà fondamentali e della Sua dignità personale.

Nella presente informativa sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali, particolari nonché idonei a rivelare lo stato di salute, effettuati da questa Azienda Sanitaria Locale, secondo il cennato Regolamento.

I. TITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo con sede in Viterbo alla Via Enrico Fermi, 15 in persona del Direttore Generale pro-tempore, contattabile ai seguenti riferimenti: E-mail: direzione.generale@asl.vt.it PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it Tel.: 07613391

Responsabile della Protezione dei Dati personali (c.d. Data Protection Officer D.P.O.) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679 domiciliato per la funzione presso i medesimi Uffici e contattabile ai seguenti riferimenti: E-mail: dpo@asl.vt.it PEC: dpo@ergopec.it Tel.: 07613391

II. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

L'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo è azienda del Servizio Sanitario Regionale del Lazio deputata ad erogare prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione ed è autorizzata a trattare i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali demandate all'Azienda Sanitaria Locale stessa.

Il trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'azienda è finalizzato a:

- tutelare la Sua salute e la Sua incolumità fisica;
- tutelare la salute e l'incolumità fisica di altre persone o della collettività, per fini di sanità e igiene pubblica;
- svolgere attività di formazione e didattica;
- svolgere attività di ricerca scientifico-statistica e/o di prevenzione;
- prescrivere farmaci ed esami sanitari;
- accertare e certificare il Suo stato di salute e provvedere a tutti gli altri adempimenti, anche amministrativi e contabili correlati all'espletamento delle attività istituzionali connesse alla finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica.

Base giuridica:

articolo 9 paragrafo II lettera h) e paragrafo III del Regolamento (UE) 2016/679

articolo 9 paragrafo II lettera i) Regolamento (UE) 2016/679

articolo 9 paragrafo II lettera g) Regolamento (UE) 2016/679

nonché articoli 75 e successivi ed articolo 2 septies del D. Lgs. 196/03 così come modificato dal D. Lgs. 101/18; art. 17 bis del Decreto-legge 18/20 convertito con la legge n. 27/20 del 24 aprile 2020 e ss. mm. ii.

III. MODALITÀ DI TRATTAMENTO

I dati personali, quelli particolari nonché quelli idonei a rilevare lo stato di salute che La riguardano saranno trattati in conformità con quanto previsto e disciplinato dal Regolamento mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità già esplicitate, in modo lecito e secondo correttezza nonché nel rispetto del principio di minimizzazione, raccolti esclusivamente per gli scopi indicati in questa informativa o previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria o, ancora, per gli scopi od il raggiungimento di finalità necessarie e indispensabili nell'esecuzione dell'attività svolta e/o richiesta.

Quando Lei accede ad una delle strutture dell'Azienda per una prestazione sanitaria, sia in regime ambulatoriale che di ricovero, oppure in caso di attivazione delle procedure finalizzate al contrasto del Covid-19 Le vengono chiesti da parte degli operatori i dati personali (nome, cognome, codice fiscale, tipo di esenzione, etc.) necessari ed obbligatori per provvedere ad erogarLe e/o prenotarLe la prestazione richiesta (ad esempio assegnazione del medico di base, prenotazione della visita, etc).

In caso di prenotazione di visita attraverso il sistema CUP o in altra occasione di contatto con l'Azienda, oltre ai sopra citati dati personali, Le potrà essere richiesto anche un numero di telefono personale, fisso o cellulare, ed un indirizzo e-mail che potranno essere utilizzati, fino a Sua diversa indicazione, per confermarLe o ricordarLe il giorno della prenotazione o per avvisarLa in caso di annullamento della visita o per finalità di prevenzione e di tutela di sanità collettiva e igiene pubblica. In caso di ricovero ospedaliero, i Suoi dati anagrafici ed i dati relativi al reparto in cui Lei è ricoverato/a saranno trattati per agevolare l'accesso ai reparti di degenza da parte dei visitatori; nel caso in cui Lei non intenda renderli disponibili, può manifestare l'eventuale specifico dissenso all'atto del ricovero.

I dati da Lei rilasciati all'Azienda verranno trattati esclusivamente dal personale debitamente autorizzato e istruito dal Titolare, e saranno conservati in luogo idoneo ed appropriato, tutelandone la riservatezza, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Potranno inoltre essere trattati da imprese esterne, previamente nominate quali "responsabili esterni" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento, alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi dell'azienda, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra.

Si informa che non esiste presso l'Azienda alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

IV. CONFERIMENTO DATI

Ad eccezione di eventuali obblighi di legge, il conferimento dei dati personali richiesti da parte dell'ASL Viterbo è facoltativo, ma necessario al pieno raggiungimento delle finalità sopra indicate. Fatto salvo il superiore diritto alla salute dell'individuo, l'eventuale rifiuto di conferire in tutto o in parte i dati richiesti o la successiva richiesta di cancellarli potrebbe comportare per l'ASL l'impossibilità di eseguire o continuare, in tutto o in parte, l'attività richiesta o comunque inerente e/o conseguente allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali.

V. COMUNICAZIONE DEI DATI

I suoi dati, inclusi quelli relativi alla Sua storia clinica, potranno essere comunicati, quando ciò risulti necessario in relazione all'erogazione della prestazione o allo svolgimento dei compiti istituzionali attribuiti all'Azienda, a medici convenzionati, strutture convenzionate, altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, farmacie convenzionate, altri soggetti pubblici e privati, nei soli casi previsti da una norma di legge o di regolamento, nel rispetto della normativa vigente oppure su Sua specifica richiesta o indicazione.

I Suoi dati in ogni caso non potranno essere oggetto di diffusione né verranno trasferiti in Paesi Terzi o organizzazioni internazionali.

VI. TEMPO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali, sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute da Lei forniti e/o prodotti dall'Azienda verranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa. In particolare, i dati relativi a ciascun episodio di ricovero, raccolti nella relativa cartella clinica, verranno conservati a tempo indeterminato.

Le restanti tipologie di trattamento dati che l'azienda può effettuare per l'assistito e il periodo di conservazione di ciascuna tipologia di dati sono indicati dalla normativa vigente alla tipologia stessa.

I tempi di conservazione dei documenti sono indicati nella delibera DG numero 387 del 8 marzo 2019 (Massimario di conservazione e scarto dei documenti)

VII. I SUOI DIRITTI

In ogni momento potranno essere esercitati i diritti, secondo le modalità e le condizioni ivi indicate, previsti dagli articoli 15 (*Diritto di accesso dell'interessato*), 16 (*Diritto di rettifica*), 17 (*Diritto alla cancellazione ovvero diritto all'oblio*), 18 (*Diritto di limitazione di trattamento*), 20 (*Diritto alla portabilità dei dati*).

Per far valere i propri diritti, gli interessati potranno inviare una richiesta all'ASL di Viterbo, Titolare del trattamento, all'indirizzo della sede aziendale oppure contattando il Responsabile della protezione dei dati personali, presso l'ASL Viterbo, Via Enrico Fermi 15, ai contatti sopra indicati.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato dalla ASL di Viterbo avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento). La versione sempre aggiornata di questa informativa è sempre rinvenibile sul sito web istituzionale www.asl.vt.it