



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
Istituto Comprensivo Statale "Ai nostri caduti"
Via Pietro Nenni 2 - 20056 Trezzo sull'Adda (Mi)

Scuola dell'Infanzia Trezzo-Scuole Primarie Trezzo e Concesa-Scuola Secondaria di I Grado Trezzo

Cod.Fisc.: 91546630152 - Cod.Mecc.: MIIC8B2008 - Cod.Univ.Uff.: UFY1XJ

TEL.: 02.90933320 - MAIL: MIIC8B2008@istruzione.it - PEC: MIIC8B2008@pec.istruzione.it

WEB: www.ictrezzo.edu.it

Circ. n. 328

Trezzo sull'Adda, 19/08/2020

AI DOCENTI
AI COLLABORATORI SCOLASTICI
AL PERSONALE DI SEGRETERIA

Oggetto: Test Covid-19 volontario e gratuito per Docenti e Ata
Integrazione informazioni fornite con Circolare n.327 del 13/8/2020

Regione Lombardia ha reso noto un documento, che allego per vostra conoscenza (vd. ALL.1), con il quale comunica altre e più precise informazioni sulle modalità di effettuazione del test sierologico (facoltativo e gratuito) riservato (per ora) ai Docenti e al Personale Ata di ruolo per accertare l'eventuale possesso di anticorpi Covid-19.

L'impianto organizzativo dell'iniziativa rimane sostanzialmente confermato come annunciato con Circolare del Ministero della Sanità n. 8722 del 7.8.2020, con 2 utili specifiche:

- L'esame sierologico, al quale segue obbligatoriamente quello molecolare (o tampone) se il precedente risulta positivo agli anticorpi, PUO' ESSERE SVOLTO PRESSO IL MEDICO DI BASE CHE HA ADERITO ALL'INIZIATIVA (un link segnala i nominativi) OPPURE IN UNA DELLE STRUTTURE SANITARIE ATTREZZATE A TALE SCOPO (un altro link segnala i presidi sanitari);
- Il MODULO DELL'AUTOCERTIFICAZIONE - senza il quale non è possibile effettuare l'esame sierologico - è stato reso noto da Regione Lombardia e il nostro IC lo propone in versione word per agevolare chi di Voi aderirà all'iniziativa (vd. ALL.2).

Grazie per l'attenzione.

Vi saluto cordialmente, augurandoVi una serena conclusione delle vacanze.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Patrizia Santini

Atto firmato digitalmente ai sensi della Legge 82/2005

Documento informatico conservato all'interno del registro protocollo AOO/ufficio protocollo.

ALL. 1 e 2 come descritti

L'emergenza Covid-19 non è ancora conclusa.
Ma le nostre Scuole vogliono ripartire: sicure e con tutti i servizi necessari.



INDICAZIONI OPERATIVE PER L'EFFETTUAZIONE SU BASE VOLONTARIA DEI TEST SIEROLOGICI SUL PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE OPERANTE NEI NIDI, NELLE SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIE E SECONDARIE PUBBLICHE, STATALI E NON STATALI, PARITARIE E PRIVATE E NEGLI ISTITUTI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DI REGIONE LOMBARDA

Con ordinanza del 24 luglio 2020 n. 17 (GU n. 187 del 27-7-2020), il Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 ha fornito una serie di indicazioni operative finalizzate all'effettuazione su base volontaria del programma di test sierologici per la ricerca di anticorpi specifici nei confronti del virus SARS-CoV-2 sul personale docente e non docente delle scuole nell'intero territorio nazionale.

Il Ministero della Salute con la circolare n. 0008722 del 07/08/2020 ha fornito indicazioni operative che declinano le modalità di svolgimento di questo programma.

In particolare lo screening è rivolto al personale docente e non docente, operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale.

L'adesione alla campagna – che prenderà il via lunedì 24 agosto p.v. - **è volontaria.**

La campagna di screening viene effettuata mediante la somministrazione di un test rapido che avviene attraverso la digitopuntura (raccolta di sangue capillare attraverso una piccola puntura del polpastrello).

In caso di esito **negativo** al test il cittadino non ha obblighi né adempimenti da rispettare.

In caso di esito **positivo** o **dubbio** al test, il cittadino

- deve essere sottoposto al tampone nasofaringeo, che sarà effettuato entro le 48 ore successive all'effettuazione del test sierologico;
- deve restare in isolamento domiciliare fino alla comunicazione dell'esito del tampone (quindi a partire dal momento dell'effettuazione del test sierologico).

In caso di esito negativo al tampone il cittadino interromperà l'isolamento; se positivo diventerà caso accertato COVID-19, sarà sottoposto all'isolamento obbligatorio e sarà contattato da ATS per l'avvio della sorveglianza e per l'indagine epidemiologica.

La responsabilità della consegna del referto del tampone è in capo alla struttura che lo effettua.

La comunicazione dell'esito del test rapido verrà effettuata direttamente dal medico/operatore che effettua il test e non prevede la consegna di un referto.

Verrà invece regolarmente rilasciato il referto del tampone conseguente ad eventuale test rapido con esito positivo.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE AL PERCORSO DI SCREENING

Sono previste due modalità per l'esecuzione del test rapido:

- presso gli studi dei Medici di Medicina Generale che hanno aderito alla campagna;
- presso gli ambulatori territoriali dedicati messi a disposizione dalle strutture pubbliche (ASST e IRCCS).

EFFETTUAZIONE DEL TEST PRESSO IL PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il personale docente e non docente il cui Medico di Medicina Generale ha aderito alla campagna potrà contattare il proprio Medico (o il personale dello studio) per concordare/prenotare l'accesso per l'effettuazione del test.



L'elenco dei medici aderenti è disponibile sul sito di ATS, all'indirizzo <https://www.ats-milano.it/portale/CAMPAGNA-DI-SCREENING-PER-IL-PERSONALE-SCOLASTICO>

I cittadini che effettueranno il test presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale, in caso di esito positivo/dubbio al test rapido saranno contattati dal personale di ATS per l'esecuzione del tampone nasofaringeo.

EFFETTUAZIONE DEL TEST PRESSO AMBULATORI TERRITORIALI DEDICATI

In caso di personale docente e non docente che vorrà partecipare alla campagna ma il cui MMG non aderisce, o che non ha un MMG nel luogo di domicilio lavorativo, o che pur avendo il medico aderente preferirà recarsi presso un ambulatorio territoriale, questi potrà svolgere il test presso gli ambulatori dedicati presenti sul territorio di ATS. Per l'effettuazione del test è necessaria la prenotazione.

L'elenco degli ambulatori presso cui è possibile svolgere il test è disponibile sul sito di ATS, all'indirizzo <https://www.ats-milano.it/portale/CAMPAGNA-DI-SCREENING-PER-IL-PERSONALE-SCOLASTICO>

Per prenotare il test saranno disponibili due modalità:

- telefonticamente, chiamando il numero verde regionale **800.638.638** e seguendo le indicazioni dell'albero vocale (è messa a disposizione un'opzione dedicata per la prenotazione del test sierologico da parte del *personale scolastico*);
- via internet, collegandosi al sito www.prenotasalute.regione.lombardia.it o all'app SALUTILE prenotazioni e procedere con la prenotazione attraverso la funzione "prenotazione senza ricetta" selezionando la prestazione "personale scolastico test sierologico".

Sarà possibile effettuare le prenotazioni telefoniche o tramite internet per l'effettuazione del test presso gli ambulatori territoriali **a partire dalle ore 9.00 della giornata di giovedì 20 agosto**.

Per i cittadini che effettueranno il test presso gli ambulatori territoriali, in caso di esito positivo al test rapido, il tampone verrà effettuato immediatamente presso la medesima struttura (i tempi per avere l'esito del test rapido sono di norma entro i 15'). Pertanto i cittadini dovranno attendere l'esito del test in appositi spazi prima di lasciare l'ambulatorio.

CONSENSO INFORMATO E AUTOCERTIFICAZIONE

Il personale docente e non docente che intende sottoporsi alla campagna di screening dovrà sottoscrivere il consenso informato allegato alle presenti indicazioni operative e consegnare il medesimo al momento di effettuazione del test (presso lo studio del MMG o presso gli ambulatori territoriali).

Il modulo di raccolta del consenso contiene una autocertificazione in cui il cittadino che si sottopone al test dichiara sotto la propria responsabilità di rientrare fra il personale docente e non docente destinatario della presente campagna di screening.

ALLEGATO: Modello consenso informato

Modello di consenso informato per l'adesione volontaria a screening sierologico da parte del personale docente e non docente, operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale di Regione Lombardia

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ Via _____ con codice fiscale (*) _____
_____ e reperibile al seguente recapito telefonico diretto (*) _____,
indirizzo e-mail (*) _____

(*) i recapiti sono obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA, a norma del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.i.i.

di appartenere al corpo docente () o non docente () operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale di Regione Lombardia

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE

E' necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test aderisca in maniera volontaria e sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito le specifiche circa l'esito del test e circa gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
- ✓ la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di tampone nasofaringeo;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario, che dovrà essere rispettato dalla persona sino ad esito del tampone;
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso la digitopuntura (raccolta di sangue capillare attraverso una piccola puntura del polpastrello), procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA

FIRMA LEGGIBILE _____

ED ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE E ALLE CONSEGUENTI PROCEDURE IN CASO DI ESITO POSITIVO O DUBBIO

FIRMA LEGGIBILE _____

DICHIARO ALTRESÌ DI AVER PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE REPERIBILE SUL SITO DI ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA E DELL'AZIENDA CHE EROGA LA PRESTAZIONE E ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI ED ALLE CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI INDISPENSABILI PER LE FINALITA' DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI SCREENING IN OGNI SUA FASE

FIRMA LEGGIBILE _____

LUOGO _____ DATA _____

Modello di consenso informato

per l'adesione volontaria a screening sierologico da parte del personale docente e non docente, operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale di Regione Lombardia

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____)

il ____/____/____ e residente in _____ (____) Via/n° _____

codice fiscale (*) _____ reperibile al seguente recapito telefonico

diretto (*) _____ e-mail (*) _____

(*) dati obbligatori per poter accedere all'effettuazione del test

CONSAPEVOLE delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità DICHIARA a norma del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.i.i.

di appartenere al corpo docente () o non docente () operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie, secondarie, pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli istituti di formazione professionale di Regione Lombardia

Data ____/____/____

Firma _____

INFORMATIVA PER LE PERSONE CHE ESPRIMONO CONSENSO A SOTTOPORSI A EFFETTUAZIONE RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE

È necessario che la persona a cui viene data la possibilità di sottoporsi al test aderisca in maniera volontaria e sia a conoscenza del significato dell'esito e delle azioni conseguenti.

Di seguito le specifiche circa l'esito del test e circa gli adempimenti che dovranno essere rispettati:

- ✓ l'adesione al test è volontaria ed integrale, ovvero a tutte le fasi del percorso di screening;
- ✓ il test fornisce risultati preliminari, pertanto non è prevista la consegna di referto alla persona che si sottopone al medesimo;
- ✓ la positività al test comporta l'invio della persona ad accertamento diagnostico di ricerca dell'RNA virale mediante effettuazione di tampone nasofaringeo;
- ✓ la positività al test comporta l'attivazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella lettura dell'esito, delle procedure dispositive l'isolamento domiciliare fiduciario, che dovrà essere rispettato dalla persona sino ad esito del tampone;
- ✓ in caso di esito dubbio al test, il soggetto segue lo stesso percorso previsto per esito positivo;
- ✓ l'esecuzione del prelievo avviene attraverso la digitopuntura (raccolta di sangue capillare attraverso una piccola puntura del polpastrello), procedura praticamente priva di rischi clinici per il paziente.

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SOPRA RIPORTATA

-FIRMA LEGGIBILE _____

ESPRIMO LA MIA ADESIONE VOLONTARIA E INFORMATA, ALLA LUCE DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, A SOTTOPORMI ALLA RICERCA ANTICORPI ANTI-SARS-COV2 MEDIANTE TEST COVID-19 IgG/IgM RAPID TEST DEVICE E ALLE CONSEGUENTI PROCEDURE IN CASO DI ESITO POSITIVO O DUBBIO

-FIRMA LEGGIBILE _____

DICHIARO ALTRESÌ DI AVER PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE REPERIBILE SUL SITO DI ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA E DELL'AZIENDA CHE EROGA LA PRESTAZIONE E ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI ED ALLE CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI INDISPENSABILI PER LE FINALITA' DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA DI SCREENING IN OGNI SUA FASE

-FIRMA LEGGIBILE _____

LUOGO _____ DATA ____/____/____