

*Pordenone, lì 20 ottobre 2020*

Cari Genitori,

in questi giorni ci è stata consegnata l'Ordinanza del Presidente della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia che ha per oggetto "Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019".

Nel segno della collaborazione e in continuità con le attenzioni sottoscritte con il "Patto di corresponsabilità" d'inizio anno scolastico, crediamo possa esservi d'aiuto, portarvi a conoscenza di alcune indicazioni della suddetta Ordinanza.

In particolare, l'Ordinanza segnala che, nel caso ci fosse a scuola un caso sospetto di COVID-2019, "i tamponi antigenici nei contatti scolastici, potranno essere effettuati direttamente nel contesto della struttura scolastica da parte di un operatore sanitario (Assistente Sanitario, Medico, Infermiere) avvalendosi eventualmente anche del supporto dei medici delle USCA. L'adesione a tale modalità sarà su base volontaria con acquisizione, da parte del dirigente scolastico, del consenso da parte del genitore (o tutore legale del minore) anche in forma preventiva rispetto al verificarsi del caso confermato".

Per farci trovare pronti ad ogni evenienza, alleghiamo alla presente il modulo del "Consenso informato preventivo per l'effettuazione del test di screening per sars-cov-2 a scuola" da compilare e riconsegnare firmato all'insegnante di riferimento.

Restiamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Vi auguro ogni bene.

Il Presidente  
Martin don Flavio  


# LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEI CONTATTI DI CASI CONFERMATI DI COVID-19 ALL'INTERNO DELLE SCUOLE DEI SERVIZI PER L'INFANZIA del 13 ottobre 2020

## INDICAZIONI GENERALI

Il presente documento fornisce la linea di indirizzo per la gestione dei casi confermati di COVID-19 e dei loro contatti in ambito scolastico e servizi per l'infanzia e ha la finalità di uniformare in tutto il territorio regionale le procedure di limitazione della diffusione del contagio, assicurando per quanto possibile la continuità delle attività educative.

Ogni singolo caso verrà comunque valutato dagli operatori di sanità pubblica del territorio che di volta in volta definiranno le strategie più opportune.

Considerate le difficoltà a effettuare in tempi rapidi il tampone nasofaringeo e la relativa analisi molecolare per la diagnosi di tutti i numerosi casi sospetti in ambito scolastico, vista la diffusione delle infezioni respiratorie non sostenute da SARS CoV2 nella popolazione pediatrica, in tale contesto si raccomanda l'utilizzo come test diagnostico il "Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2", sia per i casi sospetti di COVID-19, sia per i contatti scolastici di un caso confermato in accordo con le indicazioni nazionali.

**In caso di esito positivo del test rapido** per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, in attesa della conferma con test di biologia molecolare, saranno comunque avviate tutte le azioni di sanità pubblica finalizzate al contenimento del rischio di diffusione (tracciamento dei contatti e esecuzione del test rapido nei contatti stessi).

**In caso di negatività al test antigenico**, in presenza di sintomatologia altamente suggestiva di COVID-19 attestata dal Medico curante o sulla base di evidenze epidemiologiche del Dipartimento di Prevenzione, potrà essere indicato un test di biologia molecolare di conferma o, in alternativa, ripetere il test antigenico a distanza di uno o più giorni.

## MODALITÀ OPERATIVE

In caso di comparsa di sintomatologia legata al COVID19 in un bambino/studente durante l'orario scolastico, il referente COVID della scuola contatta: il referente COVID del Dipartimento di prevenzione o il medico

dell'unità speciale di continuità assistenziale (USCA), nelle modalità che verranno fornite dall'Azienda Sanitaria competente, che farà una prima valutazione della sintomatologia e potrà intervenire direttamente a scuola per l'esecuzione del test antigenico rapido.

Il Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale (rispettivamente PLS e MMG) in caso di sospetto di COVID-19, al di fuori dell'orario scolastico, in assenza di indicazioni epidemiologiche o patologie note del paziente (emicrania, allergia, asma e simili) richiede il test diagnostico (test antigenico/tampone nasofaringeo per Sars-Cov-2)

**in presenza di almeno uno dei seguenti sintomi:**

- Insorgenza di Febbre  $>37.5$  in almeno due misurazioni.
- Sintomi respiratori acuti come tosse con difficoltà respiratoria (non legati a fattori del paziente noti) in base alla valutazione del pediatra.
- Vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere).
- Diarrea (tre o più scariche al dì con feci semiliquide o liquide accompagnati da malessere).
- Perdita del gusto e/o perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore).
- Mal di testa intenso.

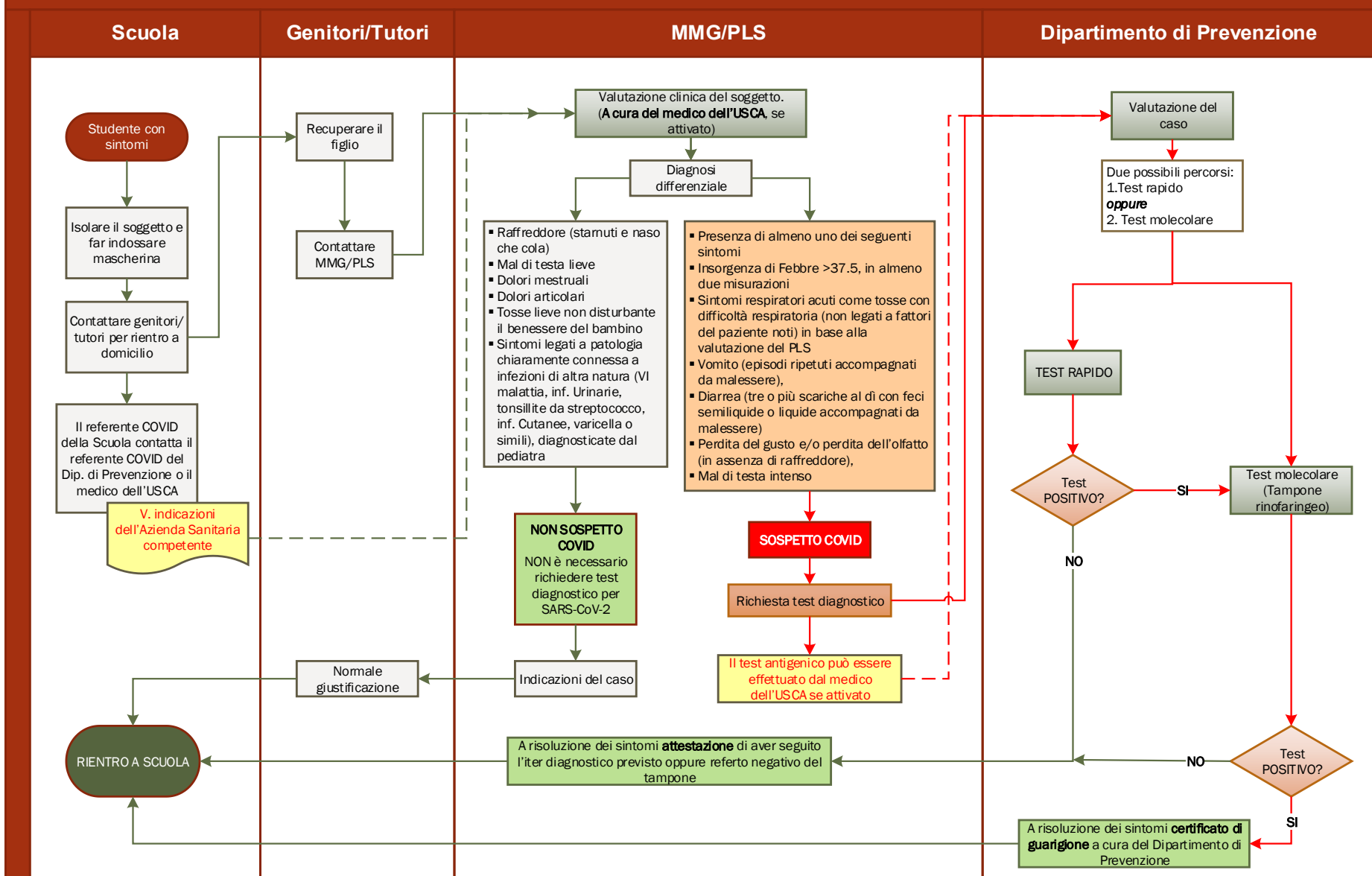
**Non è necessario richiedere il test diagnostico per Sars-Cov-2 in caso dei seguenti sintomi:**

- Raffreddore (starnuti e/o naso che cola).
- Mal di testa lieve.
- Dolori articolari.
- Tosse lieve non disturbante il benessere del bambino.
- Sintomi legati a patologia chiaramente connessa a infezioni di altra natura (VI malattia, infezioni urinarie, tonsillite da streptococco, infezioni cutanee, varicella o simili), diagnosticate dal pediatra.

**Non vi sono controindicazioni alla frequenza della scuola/asilo nido per:**

- Naso chiuso senza rinorrea.
- Mal di testa lieve.
- Dolori articolari.
- Tosse lieve non disturbante il benessere del bambino.

### Gestione di caso sospetto COVID+



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

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ genitore (o tutore legale)  
di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**ACCONSENTE** in via preventiva che il personale sanitario dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone rino-faringeo presso la struttura scolastica frequentata.

Il presente test verrà effettuato, su valutazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria, quando, a seguito della segnalazione di un caso che ha frequentato la struttura scolastica, sia ravvisata la necessità di attivare uno screening per evidenziare l'eventuale presenza di ulteriori casi.

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, 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*) \_\_\_\_\_