



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Direzione Generale
Via Assarotti, n. 38 – 16122 Genova
Direzione-liguria@istruzione.it www.istruzioneeliguria.it

Genova, data segnatura

Ai Dirigenti delle istituzioni scolastiche del territorio Asl 3

Ai Coordinatori didattici delle Scuole Paritarie del territorio Asl 3

Al Dirigente dell' AT di Genova

Ai Referenti Covid – 19 scuola territorio Asl 3

OGGETTO: trattamento sanitario volontario ai fini preventivi per il contenimento dell'epidemia covid-19

Come è noto, nelle settimane intercorse dall'inizio delle lezioni, sono stati accertati alcuni casi di positività al virus COVID 19, che sono stati gestiti grazie alla collaborazione tra le scuole e il dipartimento di prevenzione ASL; nonostante le difficoltà del momento, le comunità scolastiche hanno dato prova di grande senso di responsabilità e le procedure adottate a seguito delle delibere regionali sono state scrupolosamente seguite, in modo da affrontare tempestivamente le diverse situazioni che si sono create. E di questo le comunità territoriali tutte devono essere riconoscenti.

Tenuto conto dell'importanza di un "tracciamento precoce, questo Ufficio è stato contattato dai responsabili sanitari dell'ASL 3, che hanno messo a punto un programma di screening dedicato proprio alle scuole ove siano stati accertati casi di positività al virus.

Tanto premesso, con la presente si porta a conoscenza delle SS.LL. che Asl 3 proporrà dai prossimi giorni uno screening volontario negli istituti scolastici dove vi sia almeno un caso accertato di positività a COVID – 19.

La procedura consiste in un tracciamento mediante Test antigenico rapido.

Il test avrà una risposta entro 15 minuti e nel caso di positività il soggetto verrà immediatamente sottoposto a tampone molecolare per la conferma.

Tale procedura potrà essere utilizzata dal personale della scuola, dagli alunni maggiorenni che dichiarino il loro consenso e dagli alunni minorenni le cui famiglie abbiano espresso il consenso preventivo.

Le procedure, analiticamente descritte nella documentazione allegata, avverranno direttamente all'interno del plesso scolastico nelle ore immediatamente successive all'accertamento della positività in un soggetto, previo contatto di Asl 3 con l'istituto.

Gli alunni verranno testati direttamente nelle loro classi al banco, per il personale l'istituzione scolastica dovrà provvedere a dotarsi di locale apposito.

Le procedure, l'informativa, le istruzioni operative ed il modulo di consenso sono state redatte da Asl 3 e allegate alla presente.

Un ulteriore allegato file excel è stato preparato per i Referenti Covid – 19 scuola, su tale modulo dovranno essere riportati i dati degli alunni con consenso ottenuto dalle famiglie.

Certo della massima diffusione ed adesione all'iniziativa, che, lo si ribadisce, ha carattere volontario, ma è finalizzata a perseguire una maggior tutela degli alunni, delle famiglie e del personale tutto della scuola, colgo l'occasione per porgere un cordiale saluto e un augurio di buon lavoro.

Il Direttore Generale

Dott. Ettore Acerra



Firmato digitalmente da ACERRA
ETTORE
C = IT
O = MINISTERO DELL'ISTRUZIONE



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

Direzione Socio Sanitaria

Tel. 010 849 7707

direzionesociosanitaria@asl3.liguria.it

Alla Direzione Scolastica
Ai Docenti
Al personale scolastico
Agli studenti o genitori/esercanti la patria potestà
in caso di minorenni

OGGETTO: informazioni relative al trattamento sanitario volontario ai fini preventivi per il contenimento dell'epidemia covid-19

In base alle disposizioni del Ministero della Salute e alle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, la ASL 3 sta predisponendo le misure di monitoraggio della situazione di diffusione dell'epidemia e gli interventi necessari per intercettare il più tempestivamente possibile i soggetti positivi al coronavirus SAR-CoV-2. Con la ripresa delle attività scolastiche sono state previste azioni preventive mirate al sostegno delle scuole e al monitoraggio dei dati dei contagi tra gli studenti, i docenti e il personale scolastico in generale. Tra i vari interventi, qualora se ne verificassero le condizioni, è previsto lo screening esteso all'intero plesso tramite Tampone Antigenico Rapido e in caso di positività successivo Tampone molecolare rinofaringeo.

Il Test antigenico rapido viene eseguito mediante tampone nasale con prelievo delle cellule superficiali della mucosa all'interno del naso utilizzando un piccolo bastoncino di materiale sintetico in grado di trattenere molto materiale organico. Il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima, originando, al più, un leggero fastidio nel punto di contatto. Il Test viene letto dopo 15 minuti. In caso di positività, è necessario per la conferma diagnostica l'esecuzione di un **Tampone molecolare**. In questo caso la procedura consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore (parte posteriore della bocca) e della rinofaringe (all'interno del naso); anche in questo caso il prelievo viene eseguito in pochi secondi ed ha un'invasività minima. Il tampone viene inviato al laboratorio di analisi per la ricerca dell'RNA virale.

Pertanto, nel caso si verifichino le condizioni sopra indicate, il personale della nostra ASL effettuerà lo screening presso la Vostra scuola. Il test diagnostico non ha carattere di obbligatorietà, ma è **VOLONTARIO** e pertanto è necessario che la famiglia ed il personale scolastico sottoscrivano preventivamente il consenso informato per poter procedere all'esecuzione sia del tampone rapido che del tampone molecolare, nel caso occorresse effettuarli entrambi, durante tutto il corrente anno scolastico.

E' gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO
Dottor. Lorenzo SAMPIETRO

AUTODICHIARAZIONE E CONSENSO-RIFIUTO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ANTIGENICO E/O MOLECOLARE

Da compilare se genitore o esercente la patria potestà se si tratta di minorenni

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Doc. di identità N° _____ rilasciato da _____

In qualità di genitore o esercente la patria potestà dell'alunno:

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Cellulare _____

della Scuola _____ Classe _____

Da compilare se Studente Maggiorenni o Personale Scolastico

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Cellulare _____

Doc. di identità N° _____ rilasciato da _____

della Scuola _____

Studente della classe _____ oppure Docente/operatore scolastico (barrare la casella corretta)

consapevole dell'emergenza per SARS-CoV-2 e dei rischi generali di contagio, ai sensi della Legge e degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

➤ Dichiaro sotto la mia responsabilità:

- di avere letto e compreso le informazioni relative al trattamento sanitario di somministrazione dei test antigenico e/o molecolare agli studenti e al personale scolastico;
- di avere letto e compreso le informazioni relative ai trattamenti di dati personali relativi ad attività per il contrasto del coronavirus SAR-CoV-2, consultabili anche sul sito internet aziendale dedicato al link www.asl3.liguria.it/politica della privacy aziendale;

- di essere stato informato e di avere ben compreso gli obblighi e le prescrizioni per il contenimento del contagio da coronavirus SAR-CoV-2, anche come declinate nelle procedure aziendali in materia, consultabili sul sito internet aziendale dedicato al link. [http://www.asl3.liguria.it/coronavirus/accesso-ai- servizi-e-alle- strutture-coronavirus.htm](http://www.asl3.liguria.it/coronavirus/accesso-ai-servizi-e-alle- strutture-coronavirus.htm);
- di essere consapevole che ASL 3, quale autorità sanitaria competente, tratterà i dati personali, anche particolari, raccolti per finalità di prevenzione e cura e correlate, collaborando anche con le altre Autorità ed Enti competenti nella gestione dell'emergenza coronavirus SARS-CoV-2, per la presa in carico, come da informativa parimenti consultabile sul sito internet aziendale dedicato al link. [www.asl3.liguria.it/politica della privacy](http://www.asl3.liguria.it/politica-della-privacy) aziendale, che dichiara fin d'ora di aver letto e compreso.

E

- **ACCONSENTO** all'esecuzione del TEST ANTIGENICO RAPIDO

Data _____

firma _____

Oppure:

- **RIFIUTO** di sottopormi al TEST ANTIGENICO RAPIDO

Data _____

firma _____

E INOLTRE

- **ACCONSENTO** di sottopormi al test molecolare all'esecuzione del TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO in caso di positività del test antigenico rapido.

Data _____

firma _____

Oppure:

- **RIFIUTO** di sottopormi al test molecolare all'esecuzione del TEST MOLECOLARE RINOFARINGEO in caso di positività del test antigenico rapido.

Data _____

firma _____