



Data 26/01/2022

Protocollo N° 0036049

Class. 101.01.1

Fasc.

Allegati N° tot. pag. 4

Oggetto: test di sorveglianza dei contatti scolastici presso le Farmacie

Al
Direttore Generale
Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

e, p.c.
Assessore Sanità, Servizi Sociali e
Programmazione Socio-Sanitaria
Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza
Alimentare, Veterinaria
Direttore Direzione Programmazione
Sanitaria
Direttore Direzione Farmaceutico-Protesica-
Dispositivi Medici
Regione del Veneto

Direttore Generale
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Aziende ULSS

Direttore Generale
Azienda Zero

Con la presente si comunica che la Regione del Veneto ha ampliato i punti di accesso per l'esecuzione dei tamponi per la popolazione scolastica, sia come contatti che per fine quarantena e fine isolamento, coinvolgendo anche le Farmacie di Comunità al fine di allargare l'offerta di test per SARS-CoV-2.

Per tale ragione si comunica che gli alunni/bambini identificati come **contatti scolastici (incluse le scuole dell'infanzia)**, sulla base dei protocolli previsti, **potranno rivolgersi alle Farmacie** oltre che ai Punti Tampone delle Aziende ULSS, ai MMG/PLS e le Strutture Sanitarie Private secondo le modalità già in essere. L'accesso ai Punti Tampone delle Aziende ULSS e alle Strutture Sanitarie Private avviene secondo le modalità e gli accordi definiti con le Aziende ULSS competenti per territorio.

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia – tel. 041/2793540-3447-3522-3460
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it - pec.: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it



Le famiglie dei bambini e degli alunni, per accedere a tali test senza oneri, potranno presentare la comunicazione dell'Azienda ULSS oppure una comunicazione dell'Istituto Scolastico da redigere secondo i Fac-Simili Allegati (Fac-Simile 01, 02, 03). Tali Format saranno adattati dalle singole Aziende ULSS includendo eventuali specificità organizzative locali e trasmessi alle Scuole del proprio territorio. Tale modalità di accesso è stata individuata al fine di semplificare e velocizzare il più possibile l'accesso delle famiglie ai test di sorveglianza previsti per i contatti scolastici e il conseguente rientro in presenza. Restano ferme invece le modalità già comunicate per accedere ai test di auto-sorveglianza previsti per i ragazzi delle scuole secondarie (art. 5 DL 1/2022, accedendo direttamente dal Medico Curante o in Farmacie muniti di prescrizione elettronica del Medico Curante).

Si informa che sono state ripetutamente portate all'attenzione dei Ministeri competenti le criticità nell'attuazione del protocollo previsto dalle normative nazionali nell'attuale scenario epidemiologico ed è attualmente in fase di discussione a livello nazionale in materia di contact tracing, compreso il contesto scolastico. Si resta pertanto in attesa di aggiornamenti per garantire le legittime aspettative delle famiglie in un'ottica di sostenibilità sia per il servizio sanitario che per il mondo della scuola.

Distinti saluti

Il Direttore Generale
Dr. Luciano Flor
(firmato digitalmente)

copia cartacea composta di 2 pagine, di documento amministrativo informatico firmato digitalmente da LUCIANO FLOR, il cui originale viene conservato nel sistema di gestione informatica dei documenti della Regione del Veneto - art.22.23.23 ter D.Lgs 7/3/2005 n. 82

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia – tel. 041/2793540-3447-3522-3460

e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it - pec.: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

INTESTAZIONE SCUOLA

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI SCUOLE SECONDARIE

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nella classe _____

della scuola _____ del Comune di _____.

Tutti gli alunni del Gruppo Classe possono, su base volontaria, effettuare un test di auto-sorveglianza (art. 5 DL 1/2022), gratuitamente, contattando il proprio Medico Curante (Medico di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta) per effettuarlo o per richiederne la prescrizione per farlo in Farmacia.

Qualora fosse disposta l'interruzione della didattica in presenza per l'identificazione di 2 casi in relazione allo stato vaccinale (o di guarigione da COVID-19), dovrà essere effettuato un test di fine quarantena prima di rientrare in presenza a scuola. Si precisa che per il rientro a scuola dovrà essere presentata l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato.

MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TEST DI FINE QUARANTENA

I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, presentando questa comunicazione presso:

- Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS;
- Farmacie di Comunità;

I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.

[L'AZIENDA ULSS RIPORTA LE EVENTUALI PRECISAZIONI LOCALI SULLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE/ACCESSO AI TEST]

Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia effettuati presso altre strutture.

In caso di comparsa di sintomi deve essere contattato il proprio Medico Curante.

In caso di esito **POSITIVO** è sempre vietato rientrare in classe in presenza e devono essere seguite le indicazioni per l'isolamento domiciliare.

Si comunica che qualora fosse notificata la presenza di almeno 3 casi positivi nella classe, sarà prevista la sospensione della didattica in presenza per 10 giorni.

Si ricorda che queste sono indicazioni standard, che in qualsiasi momento potrebbero essere aggiornate dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'Azienda ULSS in base alla situazione specifica. Si ringrazia per la collaborazione e per il senso di responsabilità nel seguire le indicazioni formulate al fine di tutelare la salute di tutti.

SPAZIO RISERVATO ALLO STUDENTE (se MAGGIORENNE) O AL GENITORE/TUTORE

IO SOTTOSCRITTO _____ DICHIARO CHE
MIO FIGLIO _____ CF _____ ,
NATO A _____ IL _____ , FREQUENTA LA CLASSE
INTERESSATA E OGGETTO DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE DELLA SCUOLA E PERTANTO DEVE SOTTOPORSI AL
TEST INDICATO PER LA SORVEGLIANZA DEI CONTATTI SCOLASTICI.

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____

INTESTAZIONE SCUOLA

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI SCUOLA E SERVIZI PER L'INFANZIA

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nel gruppo/sezione

della scuola _____ del Comune di _____.

Per tutti i bambini del Gruppo/Sezione l'attività in presenza è sospesa per 10 giorni. I bambini del Gruppo/Sezione non dovranno recarsi a scuola, rimanendo a casa.

L'attività in presenza a scuola sarà ripresa a partire dal giorno __/__/____ presentando l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato.

MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TEST

I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, presentando questa comunicazione presso:

- Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS;
- Farmacie di Comunità;

I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.

[L'AZIENDA ULSS RIPORTA LE EVENTUALI PRECISAZIONI LOCALI SULLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE/ACCESSO AI TEST]

Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia effettuati presso altre strutture.

In caso di comparsa di sintomi deve essere contattato il proprio Medico Curante.

In caso di mancata effettuazione del test al termine dei 10 giorni sarà possibile rientrare a scuola in presenza solo dopo 14 giorni.

In caso di esito **POSITIVO** è sempre vietato rientrare in classe in presenza e devono essere seguite le indicazioni per l'isolamento domiciliare.

Si ricorda che queste sono indicazioni standard, che in qualsiasi momento potrebbero essere aggiornate dal Servizio Igiene e Sanità pubblica (SISP) dell'Azienda ULSS in base alla situazione specifica. Si ringrazia per la collaborazione e per il senso di responsabilità nel seguire le indicazioni formulate al fine di tutelare la salute di tutti.

SPAZIO RISERVATO AL GENITORE/TUTORE

IO SOTTOSCRITTO _____ DICHIARO CHE
MIO FIGLIO _____ CF _____ ,
NATO A _____ IL _____ , FREQUENTA LA CLASSE
INTERESSATA E OGGETTO DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE DELLA SCUOLA E PERTANTO DEVE SOTTOPORSI AL
TEST INDICATO PER LA SORVEGLIANZA DEI CONTATTI SCOLASTICI.

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____

INTESTAZIONE SCUOLA

COMUNICAZIONE AVVIO PROCEDURE GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI SCUOLE PRIMARIE

Si avvisa che è stato riscontrato un caso di COVID-19 nella classe _____

della scuola _____ del Comune di _____.

Tutti gli alunni del Gruppo Classe devono effettuare un test di sorveglianza appena possibile.

Gli alunni potranno rientrare a scuola in presenza dopo aver effettuato un test con esito **NEGATIVO**. Si precisa che per il rientro a scuola dovrà essere presentata l'attestazione di effettuazione del tampone e dell'avvenuto rilascio del relativo risultato. Non sono necessarie altre certificazioni rilasciate dal SISP o dal Medico Curante.

MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL TEST

I test potranno essere effettuati prima del rientro in presenza, senza oneri a carico della famiglia, presentando questa comunicazione presso:

- Punti Tampone attivati dalle Aziende ULSS;
- Farmacie di Comunità;

I test potranno essere effettuati anche dal Medico Curante secondo le modalità già in essere.

[L'AZIENDA ULSS RIPORTA LE EVENTUALI PRECISAZIONI LOCALI SULLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE/ACCESSO AI TEST]

Sono comunque validi anche eventuali test effettuati con oneri a carico della famiglia effettuati presso altre strutture.

In caso di comparsa di sintomi deve essere contattato il proprio Medico Curante.

In caso di esito **POSITIVO** è sempre vietato rientrare in classe in presenza e devono essere seguite le indicazioni per l'isolamento domiciliare.

Si comunica che qualora fosse notificata la presenza di più casi positivi nella classe, sarà sospesa la didattica in presenza per 10 giorni.

Si ricorda che queste sono indicazioni standard, che in qualsiasi momento potrebbero essere aggiornate dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'Azienda ULSS in base alla situazione specifica. Si ringrazia per la collaborazione e per il senso di responsabilità nel seguire le indicazioni formulate al fine di tutelare la salute di tutti.

SPAZIO RISERVATO ALLO STUDENTE (se MAGGIORENNE) O AL GENITORE/TUTORE

IO SOTTOSCRITTO _____ DICHIARO CHE
MIO FIGLIO _____ CF _____ ,
NATO A _____ IL _____ , FREQUENTA LA CLASSE
INTERESSATA E OGGETTO DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE DELLA SCUOLA E PERTANTO DEVE SOTTOPORSI AL
TEST INDICATO PER LA SORVEGLIANZA DEI CONTATTI SCOLASTICI.

DATA E LUOGO _____ FIRMA _____