

ISTITUTO COMPRENSIVO "G.CURIONI"

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di Primo Grado

Sede: Vicolo Asilo, 3 - 28078 Romagnano Sesia (NO)

Tel. 0163/833131 - Fax 0163/820896

e.mail: noic812006@istruzione.it - www.gcurioni.edu.it

Codice Fiscale: 82003890033

Comunicazione n.15 del 12.10.2021

Alle famiglie degli alunni
Scuola PRIMARIA
Grignasco
Prato Sesia
Romagnano Sesia

Oggetto: Piano scuola sicura 2021-222 – attuazione del progetto per la scuola primaria, con test salivari antigenici rapidi “screening volontario studenti.

In merito a quanto in oggetto, facendo seguito alle indicazioni Regionali del 22/09/2021, si comunica che sarà organizzato un programma di screening, rivolto agli studenti della scuola primaria.

Il programma è su base volontaria e gratuito. Lo screening prevede l'utilizzo di tamponi antigenici rapidi su campione salivare. Il test è di semplice esecuzione e scarsamente invasivo. E' allegato un breve video esplicativo sulle modalità di esecuzione del test che vi verrà inviato successivamente.

L'adesione al programma di screening ha lo scopo di monitorare l'andamento di circolazione di SARS-CoV-2 e di limitare la diffusione dell'infezione.

Sarà compito dell'ASL VC fornire le indicazioni e il materiale, secondo un calendario programmato, successivamente alla raccolta delle adesioni.

Il consenso “esecuzione test salivare”, consegnato in forma cartacea ad ogni alunno, **dovrà essere restituito entro venerdì 15/10/2021 alle docenti.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Antonella LORA

(firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi dell'art. 3 c.2 del D.lgs. 39/1993)

Allegati:

- Informativa per la scuola primaria



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

INFORMATIVA PER SCUOLA PRIMARIA

Nell'ambito del Progetto "Scuola Sicura", la Regione Piemonte, tra le attività di controllo dell'epidemia Covid-19, ha individuato le linee di indirizzo per lo screening con impiego di test salivari antigenici rapidi finalizzati all'identificazione precoce dei casi Covid-19.

I test per la sorveglianza del virus SARS CoV-2 saranno gratuiti e dovrebbero essere eseguiti in ambito scolastico.

QUALI SONO GLI SCOPI DELLO SCREENING?

L'attività di screening nelle fasce di popolazione target del presente progetto è un fondamentale contributo alla lotta alla pandemia.

OBIETTIVI:

- 1) monitoraggio della diffusione di eventuali contagi all'interno delle classi;
- 2) contenimento tempestivo del contagio.

Lo screening potrà individuare eventuali casi, anche asintomatici, nelle classi di riferimento; lo screening sarà a cura dell'ASL, con raccordo operativo tra SISP Scuola e il Referente COVID Scolastico.

L'adesione è su base volontaria previo consenso informato e il test avrà cadenza quindicinale.

Alla luce degli scopi epidemiologici ed organizzativi, è previsto come test di primo livello l'utilizzo di tampone salivare antigenico rapido. In caso di positività al test salivare antigenico rapido verrà eseguito, nel più breve tempo possibile, il tampone molecolare rinofaringeo che potrà confermare o meno la presenza del virus SARS-CoV-2.

COSA SIGNIFICA UN TEST SALIVARE ANTIGENICO RAPIDO POSITIVO?

Un test salivare antigenico rapido positivo indica che l'organismo potrebbe avere un'infezione in atto da parte del virus. Per questo motivo si devono applicare da subito le misure contumaciali (isolamento del bambino) previste dalla normativa vigente.

Un test salivare rapido antigenico negativo indica, invece, con un discreto livello di probabilità che l'organismo non è venuto a contatto con il virus SARS-CoV-2, ma non è assoluta garanzia dell'assenza di infezione.

COME FUNZIONA?

L'esame prevede la raccolta di materiale biologico (saliva) in apposito contenitore e la relativa procedura che verrà illustrata al momento della consegna del test stesso.

È necessario seguire alcune accortezze prima della raccolta del campione: non aver lavato i denti, non aver bevuto e mangiato cibo o gomma da masticare nei 30 minuti precedenti l'esecuzione del test. Il prelievo di materiale biologico sarà eseguito da personale sanitario, volontario, o personale scolastico (previo accordo con gli istituti scolastici) adeguatamente formato, utilizzando materiale sterile monouso.



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020
Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI
Tel. +39 0161 5931 – Fax +39 0161 210284
www.aslvc.piemonte.it
Postacertificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

Consenso da parte degli aventi diritto in caso di minore

Io sottoscritto/a _____, nato/a _____,
in data _____, residente in _____,
via _____, codice fiscale _____,
recapito telefonico _____,
indirizzo email _____,

☐ genitore del minore _____
☐ genitore affidatario del minore _____
☐ familiare affidatario del minore _____
☐ tutore del minore _____,
incaricato dal Tribunale di _____ in data ____/____/____

Istituto _____, classe _____,
alla luce di quanto sopra esposto e consapevole del fatto che l'adesione all'indagine è individuale e volontaria:

☐ Manifesto la volontà di sottoporre il minore _____
all'esecuzione del test antigenico o del tampone molecolare da parte del personale sanitario abilitato della ASL VC, di farlo aderire al percorso definito in caso di positività (tampone molecolare di conferma) e di averlo esaurientemente informato con modalità comprensibili, coerenti e rassicuranti in base alla sua età e capacità di comprensione e di condivisione.

Firma _____ Data ____/____/____

☐ Qualora nell'ASL non siano attivate forme di comunicazione dell'esito di tipo informatico (Fascicolo Elettronico, Referto On Line, ecc., esprimo il mio consenso a ricevere il referto per via telefonica (D N.36 19/11/09 Garante Privacy) e mi obbligo a comunicare immediatamente l'esito al Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale curante e al Referente Covid dell'Istituto Scolastico.

Firma _____ Data ____/____/____

☐ Manifesto il mio diniego a sottoporre il minore _____
all'esecuzione del test antigenico e a farlo aderire al percorso definito in caso di positività.

Firma _____ Data ____/____/____

☐ Allego copia di documento di identità in corso di validità

Consenso al trattamento dei dati sanitari sensibili*

☐ Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali. I dati personali saranno trattati 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'ASL "VC" in contitolarità con le strutture sanitarie abilitate allo svolgimento dell'indagine e conseguente test molecolare. Per quanto riguarda le azioni di contrasto all'emergenza COVID-19, Regione Piemonte, Aziende Sanitarie Locali e le strutture sanitarie (pubbliche e private) abilitate al test antigenico operano in regime di contitolarità ai sensi dell'art. 26 Regolamento UE 679/2016.

Firma _____ Data ____/____/____

***da leggere attentamente.**