



URGENTE

Ai Direttori Generali
e, per il loro tramite

- Ai Direttori Sanitari
- Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
- Ai Direttori dei SISP
- Ai Direttori Dipartimenti Cure Primarie
- Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari
 - *delle Aziende Sanitarie Locali*

Al Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale

Al Presidente ANCI Puglia

Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:

- dei MMG/PLS
- delle Farmacie pubbliche e private convenzionate
- delle strutture private accreditate

Agli Ordini Professionali

e, per conoscenza

- Al Responsabile regionale Flussi Covid-19
- Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento
- Al Dirigente Struttura Comunicazione Istituzionale
- Al Dirigente Sezione Protezione Civile regionale
- All' Assessore alla Sanità e Benessere animale
- All' Assessore alla Formazione e Lavoro, Politiche per il lavoro, Diritto allo studio, Scuola, Università, Formazione Professionale
- Al Presidente della Giunta Regionale

OGGETTO: Gestione dei contatti di casi di infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico – Indicazioni operative – Integrazione.

Con riferimento alla circolare prot. AOO/005/0000379 del 14.01.2022 con la quale sono state impartite indicazioni operative attuative del nuovo modello organizzativo definito, in particolare, con Circolare interministeriale prot. 0000011 del 08.01.2022, si precisa e si chiarisce quanto segue.

L'emissione della richiesta del test (**T0, T5, T10**) a carico del Servizio Sanitario Regionale avviene da parte del PLS/MMG solo sulla base della presentazione da parte del familiare del bambino/alunno della dichiarazione (Allegato 1), debitamente compilata e sottoscritta da parte del Dirigente dell'Istituto scolastico.

Pertanto, il Dirigente dell'Istituto scolastico, acquisite le indicazioni del Referente Covid-19 del SIS/Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente, dovrà compilare, sottoscrivere e consegnare ai familiari del bambino/alunno minorenni o all'alunno maggiorenne **la dichiarazione Allegato 1** la quale contiene l'indicazione ad effettuare il test antigenico rapido nelle tempistiche che devono essere indicate (per es. esecuzione dalla data del ...).

Il familiare del bambino/alunno minorenni o l'alunno maggiorenne dovrà consegnare questa dichiarazione al PLS o al MMG curante.

Il PLS o MMG, limitatamente ai propri assistiti, sulla base della dichiarazione presentatagli dal familiare del bambino/alunno minorenni o dall'alunno maggiorenne, effettuerà direttamente il test antigenico rapido presso il proprio ambulatorio (se organizzato in tal senso) oppure **effettuerà la richiesta di test antigenico rapido**



utilizzando esclusivamente le funzionalità del sistema informativo regionale "IRIS", come da istruzioni operative regionali.

La richiesta del test dovrà essere stampata dal MMG/PLS affinché possa essere presentata all'erogatore dai familiari del bambino/alunno minorenni o dall'alunno maggiorenne.

Il test antigenico rapido così prescritto potrà essere erogato in qualsiasi punto della rete regionale SARS-CoV-2 (farmacie, laboratori di analisi, punti erogazione ASL), con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Gli erogatori dovranno accedere al sistema informativo regionale "IRIS" e richiamare, **mediante le funzionalità di "Gestione semplificata", il numero di richiesta** in modo da registrare i dati richiesti con particolare attenzione allo stato clinico e all'esito del test.

In caso di **esito negativo al test antigenico rapido**, alla fine della procedura, il bambino/alunno potrà essere riammesso a scuola, senza ulteriori certificazioni, esibendo unicamente l'attestazione di esito negativo del test antigenico rapido prodotta dal sistema informativo regionale "IRIS".

Per il rientro in presenza nonché per le misure di quarantena o isolamento si rimanda a quanto già previsto dalla circolare prot. AOO/005/0000379 del 14.01.2022.

In caso di **esito positivo al test antigenico rapido**, il bambino/alunno minorenni o all'alunno maggiorenne dovrà osservare l'isolamento domiciliare.

Gli **attestati di esito** potranno essere stampati dal MMG/PLS per i propri assistiti, fermo restando che i familiari del bambino/alunno minorenni o l'alunno maggiorenne potranno, comunque, recuperare il documento accedendo ai servizi on line del Portale regionale della salute della Regione Puglia (<https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/esito-tampone-covid-19>).

Resta fermo l'obbligo a carico dei Dirigenti degli Istituti scolastici di inviare gli elenchi in formato elettronico al Referente Covid-19 ASL dei SISP/Dipartimenti di Prevenzione delle ASL territorialmente competenti al fine di evidenziare l'andamento dei casi in ambito scolastico in modo da permettere le attività di sorveglianza, monitoraggio e l'emissione dei provvedimenti di competenza.

Si invitano le SS.LL. a prendere atto di quanto comunicato e a dare massima diffusione dei contenuti a tutte le articolazioni organizzative di competenza.

P.O. Prevenzione e Promozione della Salute

Nehludoff Albano

Il Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere

Onofrio Mongelli

Il Direttore del Dipartimento

Vito Montanaro



Allegato 1 – Modello dichiarazione dirigente scolastico (rev.01)

**DICHIARAZIONE PER ESECUZIONE
TEST ANTIGENICO RAPIDO SARS-CoV-2
PER FINALITA' DI SORVEGLIANZA IN AMBITO SCOLASTICO**

La/il sottoscritta/o:

Nome	Cognome

in qualità di Dirigente dell'Istituto scolastico qui sotto riportato:

Codice Ministeriale Istituto / Plesso *	Descrizione Istituto / Plesso

Comune	Prov.	Indirizzo

DICHIARA

acquisite le indicazioni del Referente Covid-19 del SIS/Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente, che ricorrono le condizioni di cui alle circolari del Ministero della Salute e alle circolari attuative emanate dalla Regione Puglia e che, pertanto, per finalità di sanità pubblica e di sorveglianza epidemiologica, **deve essere eseguito un test antigenico rapido** per la ricerca di SARS-CoV-2 in favore del bambino / alunno frequentante l'Istituto scolastico / plesso sotto indicati:

Nome	Cognome	Codice fiscale *

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Documento di identità

Comune di residenza	Prov.	Indirizzo

Recapito telefonico *	e-mail *

il test antigenico rapido dovrà essere effettuato (*selezionare la voce che ricorre*):

- entro il ____ / ____ / ____ (per i test T0);
 non prima del ____ / ____ / ____ (per i test T5, T10).

Dichiara, altresì, che l'interessata/o ovvero il suo genitore/tutore/affidatario è stata/o informata/o circa le misure di prevenzione e contenimento del contagio da porre in essere e che i propri dati e quelli dei "contatti scolastici" saranno trattati, nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti, attraverso sistemi informatici della Regione Puglia, delle Aziende Sanitarie, Enti e Strutture del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità sopra richiamate connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Data, _____

Il Dirigente dell'Istituto Scolastico
(*timbro e firma*)

Avvertenze:

I dati contrassegnati dall'asterisco sono obbligatori. Il presente documento deve essere consegnato al soggetto esecutore del test antigenico rapido per SARS-CoV-2 il quale è obbligato a conservarlo, nel rispetto delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati e di gestione documentale. L'esecutore



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL
BENESSERE ANIMALE**

del test è tenuto alla registrazione immediata dell'esito nel sistema informativo regionale "IRIS" selezionando come motivo della richiesta la voce "sorveglianza scolastica".