



## DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA

## DISPOSIZIONE DI QUARANTENA DOMICILIARE o AUTOSORVEGLIANZA

Provvedimento: \${provvedimento.id\_provvedimento}

Si dispone per motivi di sanità pubblica, in quanto contatto di caso covid19, per il Sig./Sig.ra

NOME e COGNOME	\${paziente.nome} \${paziente.cognome}
CODICE FISCALE	\${paziente.codice_fiscale}
DATA di NASCITA	\${paziente.data_nascita}
DOMICILIO	\${paziente.comune_domicilio} – \${paziente.indirizzo_domicilio}

Come previsto dal D. L. 7 gennaio 2022, n. 1 e la Circolare Ministeriale 0001782 del 08/01/2022 e dal D.L 30/12/2021 n229 e dalla Circolare Ministeriale 60136 del 30/12/2021

Il provvedimento di seguito specificato che si applica in maniera diversa in relazione alla scuola e allo stato vaccinale:

**Alunni nido/servizi educativi per l'infanzia/primaria**

- L'alunno è posto **IN QUARANTENA CON ISOLAMENTO DOMICILIARE** della durata di **10 giorni** dall'ultimo contatto col soggetto positivo. Al termine di tale periodo deve essere eseguito un test tampone molecolare o antigenico con risultato negativo

**Alunni secondaria di primo grado/secondaria di secondo grado**

- L'alunno **NON vaccinato** o che **NON abbia concluso il ciclo vaccinale primario** o che **lo abbia concluso da più di centoventi giorni** o che sia **guarito da più di centoventi giorni** e che non abbia ricevuto la dose di richiamo **È POSTO IN QUARANTENA CON ISOLAMENTO DOMICILIARE** della durata di **10 giorni** dall'ultimo contatto col soggetto positivo. Al termine di tale periodo deve essere eseguito un test tampone molecolare o antigenico con risultato negativo
- L'alunno che **abbia concluso il ciclo vaccinale primario**, o che sia **guarito da meno di centoventi giorni** o che abbia ricevuto la **dose di richiamo**, **È POSTO IN AUTOSORVEGLIANZA SENZA ISOLAMENTO DOMICILIARE** della durata di **5 giorni** con vigilanza sulla comparsa di sintomi sospetti di COVID19 e obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni dall'ultimo contatto con il soggetto positivo. Alla prima comparsa dei sintomi è prevista l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare (test prescritto dal medico curante)

**Personale scolastico nido/servizi educativi e scuole di ogni ordine e grado**

- **Soggetto NON vaccinato** o che al momento del contatto con il positivo NON abbia completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, **È POSTO IN QUARANTENA CON ISOLAMENTO DOMICILIARE** della durata di **10 giorni** dall'ultimo contatto col soggetto positivo. Al termine di tale periodo deve essere eseguito un test tampone molecolare o antigenico con risultato negativo
- **Soggetto vaccinato** che al momento del contatto con il positivo abbia completato il ciclo vaccinale da più di 120 giorni e che abbia tuttora in corso di validità il green pass, se asintomatico: **È POSTO IN QUARANTENA CON ISOLAMENTO DOMICILIARE** della durata di **5 giorni** dall'ultimo contatto con il soggetto positivo. Al termine di tale periodo deve essere eseguito un test tampone molecolare o antigenico con risultato negativo
- **Contatto vaccinato** che abbia ricevuto la dose booster o che abbia completato il ciclo vaccinale nei 120 giorni precedenti, o che sia guarito da infezione da SARS-CoV-2 nei 120 giorni precedenti, **È POSTO IN AUTOSORVEGLIANZA SENZA ISOLAMENTO DOMICILIARE** della durata di **5 giorni** con vigilanza sulla comparsa di sintomi sospetti di COVID19 e obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per almeno 10 giorni



dall'ultimo contatto con il soggetto positivo. Alla prima comparsa dei sintomi è prevista l'effettuazione di un test antigenico rapido o molecolare (test prescritto dal medico curante)

Le suddette disposizioni si intendono attive

DAL GIORNO \${provvadimento.data\_inizio}\*

Il tampone antigenico rapido di fine quarantena gratuito verrà eseguito esibendo il presente provvedimento di quarantena presso:

- Le Farmacie del territorio che erogano tale servizio <https://www.farmacia-aperta.eu/>
- Il proprio medico o pediatra di famiglia (se aderente al programma testing)

La presente attestazione, se rispettate le condizioni sopra indicate, è da ritenersi valida per il termine del periodo di quarantena o autosorveglianza.

Si specifica che:

- Un tampone negativo effettuato prima dei termini previsti non interrompe la quarantena
- Per ogni problematica di carattere clinico e sanitario durante il periodo di isolamento occorre fare riferimento al proprio medico curante; in particolare, in caso di comparsa di SINTOMI COMPATIBILI CON INFEZIONE DA COVID-19 SI INVITA A RIVOLGERSI TEMPESTIVAMENTE AL PROPRIO MEDICO CURANTE per le opportune valutazioni
- La presente comunicazione deve essere prodotta al proprio medico curante per il rilascio di certificazione ai fini dell'astensione lavorativa
- **E' FATTO OBBLIGO AVVISARE IL DIRIGENTE SCOLASTICO/REFERENTE SCOLASTICO COVID-19 IN CASO DI ESITO POSITIVO DEL TAMPONE DI AUTOSORVEGLIANZA O DI FINE QUARANTENA (O DI ALTRI TAMPONI ESEGUITI)** ; si specifica che i tamponi autosomministrati (test rapidi "fai da te") NON hanno valore diagnostico in quanto non somministrati da personale sanitario e non validati al pari di quelli di farmacie/studi medici/laboratori (pertanto in caso di esito positivo non sono da segnalare neanche al dirigente scolastico)

Luogo, \${provvadimento.time\_creazione}

**Il Direttore del Dipartimento**  
di Igiene e Prevenzione Sanitaria  
Dr. XXXXXX

*Documento prodotto da un sistema informativo automatizzato. La firma autografa è sostituita con indicazione a stampa del soggetto responsabile dell'adozione dell'atto, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. 39/1993.*

La disposizione è trasmessa per la dovuta comunicazione al Medico Curante, a valere anche per l'eventuale certificazione di astensione dall'attività lavorativa ai fini INPS (circolare INPS HERMES 25 febbraio 2020 n.0000716).

*Si rilascia il presente attestato per i fini consentiti dalla Legge*