



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Dipartimento di Prevenzione
Direttore Dott. Mario Marino

fimp
Cosenza

Federazione Italiana
Medici Pediatrici



F.I.M.G.
M

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
AMANTEA - CAMPORA - AIELLO C.

19 OTT 2020

Prot. N°

2416

Tit.

A/362

Modalità operative per il rientro a scuola

In relazione alle modalità di rientro dei bambini a scuola (Infanzia, primaria e secondaria di 1° e 2° grado), visto quanto disposto dalle sottostanti norme vigenti:

1. DPCM del 07/Agosto/2020 - Art 1 comma 6 - punto a
2. Documento di indirizzo e orientamento ripresa attività in presenza del Ministero dell'Istruzione del 03/ Agosto/ 2020.
3. DPR n° 1518 del 1967- Art 42
4. Rapporto ISS Covid-19 n° 58/2020 del 21/Agosto /2020
5. Seduta Straordinaria Conferenza Unificata Stato- Regioni atto 108/cu del 28 /Agosto/ 2020
6. Ordinanza del Presidente della Regione n° 65 del 08/Settembre/ 2020
7. DGPRES n° 0030847 del 24/09/2020 - Circolare Applicativa Ministero della Salute
8. DPR 445/2000 - art 76 (dichiarazioni mendaci, atti falsi)
9. DPCM n° 0032850 del 12/10/2020

Si indicano le seguenti modalità operative per giustificare le assenze, avvenute per motivi di salute o per motivi diversi da quelli di salute.

Scuola dell'infanzia (0-6 Anni)

Giorni di assenza	Motivazione	Modalità di riammissione a Scuola
Assenze uguali o inferiori a 3(tre) giorni	1) Motivi diversi da quelli di salute 2) Malattia diversa da sospetto Covid-19	AUTODICHIARAZIONE MODELLO A
Assenze superiori a 3(tre) giorni (4 o + gg di assenza)	Malattia diversa da sospetto Covid-19	Certificazione del M.M.G. o P.di F. attestante, allo stato, buone condizioni di salute e idoneità al reinserimento nella comunità scolastica.

Scuola primaria e secondaria 1° e 2° grado

Giorni di assenza	Motivazione	Modalità di riammissione a Scuola
Assenze uguali o inferiori a 5 (cinque)giorni	1) Motivi diversi da quelli di salute 2) Malattia diversa da sospettoCovid-19	AUTODICHIARAZIONE MODELLO B
Assenza superiore a 5(cinque) giorni (6 o + gg di assenza)	Malattia diversa da sospettoCovid-19	Certificazione del M.M.G. o P.di F. attestante, allo stato, buonecondizioni di salute e idoneità al reinserimento nella comunitàscolastica.

Tutti i gradi di scuola

Giorni di assenza	Motivazione	Modalità di riammissione a Scuola
Assenze di qualsiasi durata	Sintomatologia Suggestiva di Malattia Da SARS-COV-2	Per reinserimento necessario ATTESTATO da parte del MMG/PLS che il bambino/studente abbia eseguito percorso diagnostico-terapeutico con esito negativo per Covid-19
Assenze di qualsiasi durata	Risultato positivo al Tampone Naso – Faringeo Molecolare	Per reinserimento necessario percorso Covid, secondo le modalità previste dal D.D.P. territoriale di competenza e successivo attestato rilasciato dal MMG/PLS
Assenze superiori A 6 gg	Motivi di famiglia comunicati e concordati preventivamente con gli istituti scolastici.	AUTODICHIARAZIONE MODELLO B

Legenda

-DPCM del 07/Agosto/2020 - Art 1 comma 6 - punto a

(omissis....i soggetti con infezione respiratoria caratterizzata da febbre (maggiore di 37,5°) devono rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio medico curante; omissis)

-Rapporto ISS Covid-19 n° 58/2020 del 21/Agosto /2020

1. Preparazione alla riapertura delle scuole in relazione alla risposta ad eventuali casi/focolai di COVID-19

*Omissis.....punto 11 - provvedere ad una **adeguata comunicazione** circa la necessità, per gli alunni e il personale scolastico, di rimanere presso il proprio domicilio, contattando il proprio pediatra di libera scelta o medico di famiglia, in caso di sintomatologia e/o temperatura corporea superiore a 37,5°C. Si riportano di seguito **sintomi più comuni di COVID-19 nei bambini**: febbre, tosse, cefalea, sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea), faringodinia, dispnea, mialgie, rinorrea/congestione nasale; **sintomi più comuni nella popolazione generale**: febbre, brividi, tosse, difficoltà respiratorie, perdita improvvisa dell'olfatto (anosmia) o diminuzione dell'olfatto (iposmia), perdita del gusto (ageusia) o alterazione del gusto (disgeusia), rinorrea/congestione nasale, faringodinia, diarrea (ECDC, 31 luglio 2020); omissis)*

Scenari :

2.1.1 *Nel caso in cui un alunno presenti un aumento della temperatura corporea al di **sopra di 37,5°C o un sintomo** compatibile con COVID-19, in ambito scolastico omissis)*

2.1.2 *Nel caso in cui un alunno presenti un aumento della temperatura corporea al di **sopra di 37,5°C o un sintomo** compatibile con COVID-19, presso il proprio domicilioomissis)*

2.1.3 *Nel caso in cui un operatore scolastico presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di **37,5°C o un sintomo** compatibile con COVID-19, in ambito scolastico....omissis)*

2.1.4 *Nel caso in cui un operatore scolastico presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di **37,5°C o un sintomo** compatibile con COVID-19, al proprio domicilio...omissis)*

-DGPRES n° 0030847 del 24/09/2020 - Ministero della Salute

*(omissisIn presenza di sintomatologia sospetta, il pediatra di libera scelta (PLS)/medico di medicina generale (MMG), richiede **tempestivamente** il test diagnostico e lo comunica al **Dipartimento di Prevenzione (DdP)**, o al servizio preposto sulla base dell'organizzazione regionale.*

*Il DdP, o il servizio preposto sulla base dell'organizzazione regionale, **provvede all'esecuzione del test diagnostico**. Se il caso viene confermato, il DdP si attiva per l'approfondimento dell'indagine epidemiologica e le procedure conseguenti.*

Si sottolinea che gli operatori scolastici e gli alunni hanno una priorità nell'esecuzione dei test diagnostici ... omissis)

Modulo A

Istituto _____

Autodichiarazione

Rientro a scuola di Bambini /Alunni assenti per periodi uguali o inferiori a 3(tre) giorni, per
motivi diversi da quelli di salute o malattia diversa da sospetto Covid-19

Il sottoscritto, Cognome _____ Nome _____

C.Fisc. _____ Data di Nascita _____

Residenza _____ Via _____ N° _____

Tel _____; Mail _____

In qualità di genitore del minore

Cognome _____ Nome _____

Frequentante la classe _____ di questo istituto, sotto la propria responsabilità,
consapevole delle conseguenze penali previste dall'art 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni
false, falsità negli atti e l'uso di atti falsi

Dichiara

Che il/la proprio/a figlio/a è stato assente per

Per motivi non collegati al proprio stato di salute

Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

<input type="checkbox"/>	Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
<input type="checkbox"/>	Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto.

Data _____

Firma leggibile

Modulo B

Istituto _____

Autodichiarazione

-Rientro a scuola di Bambini /Alunni assenti periodiuuguali o inferiori a 5(cinque) giorni, per motivi di famiglia o di salute non inerenti al Covid-19

-Rientro a scuola di Bambini /Alunni per assenze di lunga durata per motivi di famiglia o altri motivi non di salute, concordate preventivamente con l'istituto scolastico.

Il sottoscritto, Cognome _____ Nome _____

C.Fisc. _____ Data di Nascita _____

Residenza _____ Via _____ N° _____

Tel _____; Mail _____

In qualità di genitore del minore

Cognome _____ Nome _____

Frequentante la classe _____ dei questo istituto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per dichiarazioni false, falsità negli atti e l'uso di atti falsi

Dichiara

Che il/la proprio/a figlio/a è stato assente per

Per motivi non collegati al proprio stato di salute

Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19

E dichiara inoltre che il proprio/a figlio/a

<input type="checkbox"/>	Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C
<input type="checkbox"/>	Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto.
<input type="checkbox"/>	Non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni
<input type="checkbox"/>	Non è stato in contatto con persone positive, per quanto di mia conoscenza, negli ultimi 14 giorni e nella 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi
<input type="checkbox"/>	Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio

Data _____

Firma Leggibile
