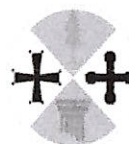




Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento di Prevenzione  
Direttore Dott. Mario Marino



## 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. DGPRE 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<br><br>2) Malattia diversa da sospetto Covid-19 | AUTODICHIARAZIONE<br><br>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<br><br>2) Malattia diversa da sospetto Covid-19 | AUTODICHIARAZIONE<br><br>MODELLO B  |
| Assenza superiore a 5 (cinque) giorni (6 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. |

# Tutti i gradi di scuola

| <b>Giorni di assenza</b>    | <b>Motivazione</b>  | <b>Modalità di riammissione a Scuola</b>  |
|-----------------------------|---|---|
| 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<br>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 domicilio ....omissis)*

**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**

*(omissis .....In 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 \_\_\_\_\_ 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

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Per motivi non collegati al proprio stato di salute |
|--------------------------|---|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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 periodi uguali 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

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Per motivi non collegati al proprio stato di salute |
|--------------------------|---|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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 \_\_\_\_\_