

**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.*

1. *DPR n° 1518 del 1967- Art 42*
2. *Rapporto ISS Covid-19 n° 58/2020 del 21/Agosto /2020*
3. *Seduta Straordinaria Conferenza Unificata Stato – Regioni atto 108/cu del 28 /Agosto/ 2020*
4. *Ordinanza del Presidente della Regione n° 65 del 08/Settembre/ 2020*
5. *DGPRE n° 0030847 del 24/09/2020 - Circolare Applicativa Ministero della Salute*
6. *DPR 445/2000 - art 76 (dichiarazioni mendaci, atti falsi )*
7. *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 sospetto Covid-19 | AUTODICHIARAZIONE  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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 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)*

**-DGPRE 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Per motivi non collegati al proprio stato di salute |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Per motivi di salute non riconducibili alla sintomatologia Covid-19 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C |
|  | 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Non presenta in data odierna e non ha presentato nei giorni precedenti sintomatologia respiratoria e/o febbre superiore a 37.5° C |
|  | Non accusa al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia(stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto. |
|  | Non è stato in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni |
|  | 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 |
|  | Non è rientrato in Italia negli ultimi 14 giorni da uno stato Estero o da zona ad alto rischio di contagio |

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Leggibile**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**