

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

Istituto Comprensivo “R. Franceschi”

Via Concordia, 2/4 – 20090 Trezzano s/n (MI)

Tel. 02/48402046 – fax 02/48490197

email: miic89000v@istruzione.it;

www.icfranceschi.edu.it

C.F.80104370152

##### RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE-MEDICAZIONI- APPARECCHI GESSATI

Di norma la presenza di medicazioni, suture o apparecchi gessati non controindica da un punto di vista medico la frequenza scolastica e pertanto non richiede specifica certificazione; al massimo può essere prevista una **dichiarazione di responsabilità dei genitori**, per quanto attiene ad aspetti di natura non medica (Allegato 1).

Nel caso in cui la scuola sia in possesso di un referto medico con indicazione di una prognosi (ad esempio in seguito ad un infortunio avvenuto all’interno della scuola o al di fuori delle attività scolastiche), per la riammissione anticipata rispetto al periodo di prognosi di guarigione indicato nel referto, **è necessario un certificato in cui sia specificato che da un punto di vista medico non vi sono ostacoli a che l’alunno possa frequentare le lezioni**; il certificato non è richiesto se tale indicazione è contenuta nel referto medico relativo all’incidente (Allegato 2). La suddetta certificazione è necessaria per superare le norme antinfortunistiche che, in presenza di specifiche prognosi, impedirebbero la frequenza scolastica per lunghi periodi. Il Dirigente Scolastico adotterà poi le eventuali misure organizzative ritenute opportune per la permanenza negli ambienti scolastici dell’allievo con suture o apparecchi gessati.

Certificazioni scolastiche: **Allegato 1**

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

#### I sottoscritti …………………………………………………………………………….

genitori (o chi ne fa le veci) dell’alunno/a ………………………….……………… iscritto/a a codesta Scuola, Classe ………….. Sez …….. Plesso ………………….

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell’alunno durante la permanenza nell’ambiente scolastico.

Luogo ……………………… In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data ……/……/….… ………………………………..

Certificazioni scolastiche: **Allegato 2**

## CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI

#### Si certifica che l’alunno ………………………..…………. nato il ……/……/….……….

In seguito all’infortunio o evento avvenuto il ……/……/….… che ha comportato un trattamento con prognosi di …….… giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di ………………………………….su propria richiesta.

Luogo ……………………… In fede

Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/….… ………………………………..

**RIENTRO A SCUOLA DOPO MALATTIA**

A norma dell'art. 42 del DPR 22/12/1967 n. 1518, è necessaria la presentazione di certificato medico per la riammissione a seguito di assenze per malattia di durata superiore ai 5 giorni consecutivi (compresi i festivi), ovvero se lo studente rientra a scuola dal 7° giorno in poi. Non è necessaria certificazione medica per assenze programmate dovute a motivi non sanitari (ad esempio motivi familiari, vacanze, etc)

Il certificato deve essere rilasciato da un medico che, in caso di malattia infettiva, verifica il rispetto dei periodi contumaciali previsti dalla Circolare Ministero della Sanità n. 4 del 13/3/98. I periodi contumaciali previsti per le principali malattie infettive sono riportati in allegato 3.

Qualora il rientro (entro i 6 giorni) sia successivo ad un allontanamento originato dal riscontro di esantema, congiuntivite purulenta o diarrea, il genitore è tenuto a contattare il proprio medico curante: sia nel caso in cui venga posta diagnosi di malattia infettiva soggetta a interventi di isolamento, sia nel caso non si tratti di patologia infettiva, il genitore deve autocertificare al responsabile della collettività di essersi attenuto alle indicazioni ricevute dal medico (Allegato 4). In tale evenienza, così come in tutti i casi di assenze di durata non superiore ai 5 giorni, non è prevista la presentazione di certificazione medica.

Per le malattie di maggiore rilievo (ad esempio morbillo, tifo, epatite A, meningite batterica, tubercolosi, salmonellosi, scabbia), è a cura della ASL la sorveglianza sanitaria nel rispetto dei tempi e dei modi previsti. Analogamente, in caso di malattie per le quali sia individuata dalla ASL la necessità di interventi sui contatti scolastici (soggetti che sono stati vicini al malato durante la fase di incubazione), vengono disposti i necessari interventi di informazione, educazione sanitaria, accertamenti sanitari, eventuali vaccinazioni. Se necessario, soprattutto in presenza di focolai epidemici, l’ASL procede anche ad una verifica delle procedure di prevenzione generale messe in atto nella scuola.

Certificazioni scolastiche: **Allegato 3**

(*da Igienistionline – Soc Italiana di Igiene, settembre 2012*).

|  |  |
| --- | --- |
| **MALATTIA** | **Periodo minimo di allontanamento dalla comunità** |
| **CAMPILOBATTERIOSI** | Fino a **guarigione clinica** (feci formate) o dopo almeno 3 giorni di terapia con macrolide |
| **CONGIUNTIVITE EPIDEMICA** | Fino a **24 ore** dall’inizio del trattamento |
| **DERMATOFITOSI (TIGNA)** | Fino all’**avvio del trattamento** (in caso di *Tinea corporis*, *cruris* e *pedis*: esclusione della frequenza di palestre e piscine per tutto il periodo del trattamento) |
| **DIARREE INFETTIVE** | Fino a **24 ore** dopo l’ultima scarica diarroica |
| **EPATITE A** | **7 giorni** dalla comparsa dell’ittero (esordio clinico), precauzioni per l’apparato gastro intestinale per 15 giorni dall’esordio |
| **EPATITE B** | **Nessuna restrizione** |
| **EPATITE C** | **Nessuna restrizione** |
| **EPATITE E** | Fino a **14 giorni** dall’esordio clinico |
| **FARINGITE STREPTOCOCCICA** | Fino a **48 ore** dall’inizio del trattamento + assenza di febbre da 48 ore |
| **FEBBRE TIFOIDE E PARATIFOIDE** | Fino a **negatività di 3 coprocolture**, eseguite a giorni alterni dopo almeno 48 ore dalla fine del trattamento antibiotico |
| **GIARDIASI (LAMBLIASI)** | Fino a **guarigione clinica** (feci formate) o al completamento del trattamento |
| **HERPES SIMPLEX** | **Nessuno.** In caso di gengivostomatite e mancato controllo delle secrezioni salivari, il bambino deve essere allontanato |
| **HERPES ZOSTER (FUOCO DI S.ANTONIO)** | Fino all’**essiccamento delle vescicole** (da valutare comunque in base alla sede delle lesioni e all’età) |
| **IMPETIGINE** | Fino a **24 ore** dall’inizio del trattamento (coprire le lesioni) |
| **INFLUENZA** | Fino a **guarigione clinica** |
| **MALATTIA INVASIVA DA HIB** | Fino a **24 ore** dall’inizio del trattamento |
| **MENINGITE MENINGOCOCCICA** | Fino a **24 ore** dall’inizio del trattamento |
| **MENINGITE PNEUMOCOCCICA** | **Nessuna restrizione** |
| **MONUCLEOSI INFETTIVA** | **Nessuna restrizione** |
| **MORBILLO** | **5 giorni** dall’esordio dell’esantema |
| **OSSIURIASI** | Per almeno **24 ore** e riammissione in collettività dal giorno successivo l’effettuazione del trattamento |
| **PAROTITE** | **9 giorni** dall’esordio (comparsa tumefazione parotidea) |
| **PERTOSSE** | * **5 giorni** dall’inizio del trattamento
* **3 settimane** in assenza di trattamento
 |
| **QUINTA E SESTA****MALATTIA (eritema infettivo e roseola)** | **Nessuna restrizione** |
| **ROSOLIA** | **7 giorni** dall’esordio dell’esantema |
| **ROTAVIRUS** | Fino a **guarigione clinica** (scomparsa da vomito e feci formate) |
| **SALMONELLOSI MINORI** | Fino a **guarigione clinica** (feci formate), non è richiesta l’effettuazione di coprocoltura |
| **SCABBIA** | Fino al **giorno successivo al completamento del trattamento** |
| **SCARLATTINA** | Fino a **48 ore** dall’inizio del trattamento antibiotico + assenza di febbre da 48 ore |
| **VARICELLA** | **5 giorni** dall’esordio dall’esantema |

Certificazioni scolastiche: **Allegato 4**

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI MALATTIA INFETTIVA O NON INFETTIVA**

#### I sottoscritti …………………………………………………………………………….

genitori (o chi ne fa le veci) dell’alunno/a ………………………….……………… iscritto/a a codesta Scuola, Classe ………….. Sez …….. Plesso ………………….

dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro (entro i 6 giorni) a Scuola del proprio figlio/a dopo il riscontro di malattia infettiva o non infettiva, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e di essersi attenuti alle indicazioni ricevute dal medico e di conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto.

Luogo ……………………… In fede

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data ……/……/….… ………………………………..