

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rovigo

Via Silvestri n° 6 – 45100 – Rovigo - Tel.: 0425 28426 – Fax: 0425 28620 - C.F. 00197260292 - E-Mail segreteria@ordinemedicirovigo.it

prot.n.1750.-

A tutti gli iscritti
Loro mail

A seguito di dubbi interpretativi sul rilascio di certificazioni mediche per il rientro a scuola, si ritiene opportuno rappresentare i seguenti chiarimenti alla luce delle disposizioni emanate dal Ministero della Salute e dalla Regione Veneto:

SINTOMATOLOGIA SOSPETTA PER SARS-COV2

-Esito del test diagnostico (tamponi) NEGATIVO: la certificazione medica per il rientro a scuola va redatta, dopo guarigione clinica, con attestazione di conclusione del percorso diagnostico-terapeutico raccomandato

-Esito del test diagnostico POSITIVO: la certificazione medica, a seguito dell'iter procedurale dopo segnalazione al SISP, va redatta con attestazione dell'effettuazione di due tamponi risultati negativi

SINTOMATOLOGIA NON SOSPETTA PER SARS-COV2

il Genitore presenta specifica autodichiarazione e NON va redatta alcuna certificazione medica.

Si allegano per comodità operativa:

-Flow-chart redatta dalla Regione Veneto

Fac-simile autodichiarazione assenza da scuola per motivi di salute non sospetti per SARS-COV2

Un caro saluto

Il Presidente
Dott. Francesco Noce



Rovigo, 28 settembre 2020

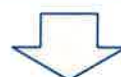


A DOMICILIO

1. il soggetto con sintomi resta a casa;
2. se operatore scolastico comunica l'assenza dal lavoro per motivi di salute, con certificato medico;
3. se alunno, i genitori dello studente comunicano alla scuola l'assenza scolastica per motivi di salute.

A SCUOLA

1. il soggetto indossa la mascherina chirurgica e, nel caso di alunno minore, viene accompagnato ed assistito, nel rispetto della distanza interpersonale, da un operatore scolastico, anch'esso dotato di mascherina chirurgica, in una stanza dedicata, in attesa di essere affidato al genitore/tutore legale;
2. il soggetto si allontana dalla struttura e rientra al proprio domicilio; nel caso si tratta di alunno, devono essere chiamati i genitori perché prelevino il bambino;
3. si puliscono e disinfettano superfici e ambienti e si favorisce il ricambio d'aria.



1. il soggetto contatta il Medico curante (PLS o MMG) per la valutazione clinica del caso;
2. il Medico curante (PLS o MMG) se indicato richiede il test diagnostico;
3. se prescritto, il soggetto esegue il test diagnostico;
4. **se il test è positivo:**
 - a. il Medico curante (PLS o MMG) segnala al SISP;
 - b. il SISP avvia le attività di indagine epidemiologica, *contact tracing* e disposizioni di isolamento o quarantena dei contatti stretti individuati;
 - c. il referente scolastico COVID-19 collabora con il SISP per fornire l'elenco degli alunni nonché degli operatori scolastici e comunque di tutti i soggetti venuti a contatto con il caso confermato nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi;
 - d. il SISP indica alla scuola le azioni di sanità pubblica da intraprendere, inclusi i necessari interventi di sanificazione straordinaria e, in collaborazione con il Dirigente Scolastico, predispone idonea comunicazione/informazione alle famiglie;
 - e. per il rientro in comunità del caso confermato si attende la guarigione clinica e la conferma di avvenuta guarigione attraverso l'effettuazione di due tamponi risultati negativi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro con attestazione rilasciata da PLS o MMG;
5. **se il test è negativo:**
 - a. il soggetto rimane a casa fino a guarigione clinica seguendo le indicazioni del Medico curante (PLS o MMG);
 - b. il Medico curante (PLS o MMG) per il rientro a scuola dell'alunno redige un'attestazione di conclusione del percorso diagnostico-terapeutico raccomandato.

**Se l'alunno è assente per condizioni cliniche non sospette per COVID-19,
per la riammissione a scuola il genitore presenta specifica autodichiarazione**

All. 2 - FAC-SIMILE
AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DA SCUOLA
PER MOTIVI DI SALUTE NON SOSPETTI PER COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di

nato/a a _____ il _____.

**consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e
consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di
COVID-19 per la tutela della salute della la collettività,**

DICHIARA

che il proprio figlio può essere riammesso al servizio/scuola poiché nel periodo di assenza dallo stesso **NON HA PRESENTATO** i seguenti sintomi potenzialmente sospetti per COVID-19:

- febbre (> 37,5° C)
- tosse
- difficoltà respiratorie
- congiuntivite
- rinorrea/congestione nasale
- sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, diarrea)
- perdita/alterazione improvvisa del gusto (ageusia/disgeusia)
- perdita/diminuzione improvvisa dell'olfatto (anosmia/iposmia)
- mal di gola
- cefalea
- mialgie

In caso di presenza di questi sintomi, il genitore dovrà contattare il medico curante (Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale) per le valutazioni cliniche e gli esami necessari, prima della riammissione al servizio/scuola.

Luogo e data

Il genitore
(o titolare della responsabilità genitoriale)
