

MALATTIE INFETTIVE E COLLETTIVITÀ SCOLASTICA

Nell'ambito del recente "Piano di revisione e riordino degli interventi di prevenzione delle malattie infettive", promosso dalla regione Lombardia successivamente all'entrata in vigore della L.R. 12/03 (D.G.R. n. 7/18853 del 30 settembre 2004), sono state riviste, puntualizzate e, ove necessario, modificate tutte le fasi di sorveglianza, notifica e controllo della patologia infettiva diffusiva, analizzando le procedure in atto anche alla luce della normativa europea, delle linee guida predisposte da Servizi Sanitari di altri Paesi, nonché della letteratura nazionale e internazionale.

Si riportano di seguito alcune indicazioni per la collettività scolastica, così spesso coinvolta in eventi infettivi, tratte dal documento regionale.

LA SORVEGLIANZA

La patologia infettiva, in virtù della diffusibilità degli agenti che la determinano, costituisce, da sempre, uno dei principali problemi di sanità pubblica: ciò sia in termini sostanziali, cioè di impatto quali-quantitativo sulla salute della popolazione, sia per le ricadute sociali, soprattutto in relazione alla percezione di rischio ad esse correlato.

La sorveglianza sanitaria nei confronti delle malattie infettive e diffuse assume, dunque, una notevole importanza strategica nell'ambito del sistema sanitario: una buona sorveglianza consente sia di conoscere e, pur con certi limiti, prevedere l'andamento epidemiologico delle malattie, sia di programmare e valutare l'efficacia dei servizi addetti alla prevenzione ed al controllo del contagio.

Un evento da considerare nell'ambito della sorveglianza è costituito dal possibile insorgere di casi acuti di malattie di cui si sospetti la natura infettiva nell'ambito di collettività scolastiche. In tali situazioni può essere il Dirigente Scolastico il primo ad apprendere, dalla famiglia o diretti conoscenti, di casi di malattia infettiva di particolare gravità.

Se pure non sia evidentemente possibile includere i Dirigenti Scolastici tra i soggetti con titolarità alla segnalazione di malattia infettiva, tuttavia, allo scopo di migliorare ulteriormente soprattutto la tempestività della sorveglianza sanitaria e, in taluni casi, anche l'estensione della griglia di osservazione, è da prevedere che, quando essi vengano a conoscenza di casi per cui sia stato posto da un medico il sospetto di malattia infettiva, ne diano comunicazione all'ASL per i successivi approfondimenti, la cui responsabilità e titolarità è comunque in capo alle ASL.

La segnalazione potrà essere fatta all'ufficio Malattie Infettive del Servizio MPC tramite il fax riservato (0371.372452) o telefonicamente (0371.374413).

LE MISURE DI PREVENZIONE DI CARATTERE GENERALE

Le più recenti acquisizioni in materia igienistica hanno evidenziato come la prevenzione di molte infezioni si debba fondare non tanto su misure di controllo a fronte dei casi, ma sull'adozione routinaria di norme comportamentali, individuali e collettive: si parla di "precauzioni universali", ossia da utilizzare indipendentemente dall'insorgenza di casi di malattia.

La catena epidemiologica di importanti malattie infettive e diffuse può essere, infatti, interrotta con la regolare e continua adozione di una serie di misure di prevenzione generali che dovrebbero essere utilizzate sia in ambiente familiare che, a maggior ragione, in ambienti di vita collettiva (scuola, ambienti di lavoro, ambienti ricreativi).

Di seguito sono indicate, in dettaglio, le diverse misure coinvolte nella prevenzione delle malattie infettive, da considerare in ogni ambiente di vita ed in particolare in famiglia ed in collettività.

A. Lavaggio delle mani

E' la principale misura comportamentale di tipo preventivo, in grado di incidere praticamente nei confronti di tutte le patologie infettive.

Il lavaggio delle mani va effettuato:

- prima e dopo la manipolazione o il consumo di alimenti,
- dopo l'utilizzo dei servizi igienici,
- prima e dopo l'effettuazione del cambio del pannolino ad un bimbo piccolo,
- prima e dopo l'accudimento (pulizia generale, medicazione) di un soggetto non autosufficiente,
- dopo la manipolazione di oggetti sporchi o potenzialmente contaminati.

B. Utilizzo e igiene di oggetti ed indumenti personali

L'igiene personale prevede innanzitutto un uso strettamente individuale di taluni oggetti, quali salviette, spazzolini da denti, pettini, indumenti, biancheria personale in genere. Tale misura assume una particolare importanza negli ambienti di vita collettiva.

Con particolare riguardo alle comunità di bimbi di età inferiore ai 6 anni è quindi opportuno:

- ricorrere a materiale monouso (asciugamani, fazzoletti di carta, tovaglioli)
- porre attenzione all'uso promiscuo di scarpe, cappelli, equipaggiamento per il lettino
- evitare di mantenere a lungo indumenti/biancheria imbrattata (es.: tovaglie di stoffa usate per più pasti, bavaglino con cambio non giornaliero), preferendo in tal caso materiale monouso;
- effettuare, almeno settimanalmente, il lavaggio di lenzuolini, federe, ecc.. (evitando l'uso di brandine in stoffa non ricoperte dal lenzuolino)
- effettuare quotidianamente la detersione e sanificazione di giochi che possono essere imbrattati di saliva (in lavatrice o con uso di ipoclorito di sodio);
- nel caso di uso di biberon, tettarelle, ecc., conservarli, dopo l'uso e l'accurato lavaggio, in un contenitore asciutto; prima dell'utilizzo effettuare un nuovo risciacquo; non è raccomandato il mantenimento in contenitori con liquidi disinfettanti.
- le stoviglie debbono essere lavate e sanificate dopo ogni uso.

C. Preparazione e somministrazione di alimenti

Gli alimenti costituiscono il veicolo di infezioni che trovano il loro ingresso per via orale: ciò vale specie in Paesi ove vi è larga diffusione ambientale di agenti patogeni, ma anche in Italia le infezioni e tossinfezioni alimentari costituiscono un problema di sanità pubblica largamente diffuso.

Va dunque ricordato che è essenziale:

- lavarsi accuratamente le mani prima di toccare gli alimenti in preparazione e, durante la preparazione, quando si toccano alimenti diversi;
- non consumare carne, uova e pollame crudi o poco cotti: la temperatura di cottura, anche nelle parti più interne, deve raggiungere i 60°C;
- non consumare uova il cui guscio sia rotto; non lavare e strofinare le uova, ma rimuovere delicatamente le tracce di terra o sporco eventualmente presenti;
- mantenere a 4°C le uova e tutti gli alimenti freschi (maionese, creme, salse) e consumarli appena preparati, senza conservarli a lungo;

- consumare immediatamente gli alimenti cotti; riporre immediatamente gli avanzi di cibi cotti in frigorifero (non mantenerli a temperatura ambiente) e riscaldarli alla temperatura di almeno 60°C prima del successivo consumo;
- evitare la contaminazione incrociata tra alimenti mantenendo separate le carni/verdure/uova crude da quelle cotte e lavando accuratamente tutti gli utensili utilizzati per manipolare il cibo crudo.

N.B. Alimenti provenienti dall'esterno

Si ricordi che non è consentito introdurre a scuola, per il consumo collettivo, alimenti preparati a casa: possono essere consumati insieme solo gli alimenti prodotti in laboratori autorizzati.

D. Contatti in ambienti di vita collettiva

A differenza che in passato, le possibilità di permanenza in ambienti di vita collettiva, al di fuori dell'ambito familiare, si sono decisamente moltiplicate, aumentando così le occasioni di esposizione ad agenti patogeni derivanti da portatori sani o asintomatici, come pure da soggetti con malattie in fase di incubazione.

Vi sono alcune misure comportamentali che, senza annullare il rischio, possono contenere le possibilità di trasmissione e, quindi, incremento di incidenza di malattie infettive nell'ambito delle collettività scolastiche dove il principale rischio è costituito dalle infezioni trasmesse per via aerea e per contatto diretto di cute e mucose.

Sono misure precauzionali di carattere generale:

- aerazione degli ambienti di vita e controllo del microclima: particolare attenzione dovrà essere posta nei confronti del grado di umidità, che, se inferiore al 60-70%, facilita l'insorgenza di infezioni delle prime vie aeree; a tal fine, specie negli ambienti con riscaldamento ad aria/pannelli, dovranno essere utilizzati umidificatori;
- utilizzo di materiale monouso per l'igiene personale: fazzoletti, asciugamani, tovaglioli debbono essere utilizzati e smaltiti rapidamente; da evitarsi il mantenimento di fazzoletti o asciugamani, umidi o sporchi, negli ambienti di vita;
- lavaggio delle mani, oltre che nelle situazioni generali precedentemente citate, anche dopo il gioco in aree aperte o sabbionarie, le esercitazioni con materiali didattici particolari (pitture, creta, argilla, ecc.), l'attività sportiva o in palestra;
- manutenzione degli eventuali impianti di condizionamento, con riguardo ai filtri della componente di umidificazione;
- sanificazione quotidiana e rimozione rapida dei rifiuti.

Inoltre, sarebbe opportuno che le misure sopra indicate di carattere generale fossero riportate in apposita modulistica così da essere poste alla continua attenzione degli operatori: tale modalità, ampiamente sperimentata in campo sanitario, ha dimostrato di incidere nell'implementare l'adozione effettiva di comportamenti teoricamente condivisi, ma praticamente inapplicati.

E. Sanificazione degli ambienti

La rimozione dello sporco e la conseguente riduzione della carica batterica costituiscono una importante misura nella prevenzione.

La sanificazione degli ambienti di vita - domestici e scolastici - deve così essere svolta:

- pavimenti, servizi igienici, superfici utilizzate per il consumo dei pasti:
 - **quotidianamente** deve essere effettuata la rimozione dello sporco (con scopa o straccio, partendo da un punto e seguendo un circuito che non preveda un secondo passaggio in nessun punto), la sanificazione con detergente (prodotti

comunemente in commercio); eventuali imbrattamenti (materiale fecale, altri materiali biologici, residui alimentari) devono essere immediatamente rimossi e la zona deve essere sanificata;

- **settimanalmente** si provvederà a rimozione dello sporco, sanificazione e passaggio con disinfettante (ipoclorito di sodio, lisoformio; l'ammoniaca è sconsigliata per la tossicità);
- pareti piastrellate, superfici non destinate al consumo di alimenti (tavoli, superfici di lavoro, ecc.):
 - **settimanalmente** si provvederà alla sanificazione degli stessi; la disinfezione si renderà necessaria in caso di imbrattamento.
- Superfici particolari: **fasciatoi**
 - le superfici adibite al cambio dei pannolini devono essere lisce e lavabili; devono essere sottoposte a detersione e sanificazione dopo ogni uso o essere ricoperte, per ogni cambio, da fogli di carta monouso. In caso di imbrattamento si pulirà e disinfetterà la superficie.

F. Comportamento in caso di esposizione a sangue o altri liquidi biologici (feci, urine, ecc.)

In caso di fuoriuscita di sangue in seguito a ferita, epistassi o altro motivo, si deve evitare il contatto tra esso e la cute di altri soggetti. A tal fine è necessario che:

- vi sia una dotazione di guanti monouso, facilmente reperibili, da indossare prima di qualsiasi azione che possa comportare contatto con sangue o altri liquidi biologici;
- l'uso di spazzolini da denti sia strettamente personale (ciò non deve precludere l'effettuazione del lavaggio dei denti in collettività scolastiche);
- nel caso che comunque si verifichi l'esposizione, provvedere ad un immediato e approfondito lavaggio delle parti esposte;
- in caso di puntura accidentale con siringhe abbandonate rivolgersi prontamente al Pronto Soccorso per l'effettuazione degli interventi di profilassi più opportuni;
- materiali contaminati con sangue (fazzoletti utilizzati per il soccorso, materiale di medicazione, guanti monouso, ecc.) siano raccolti in un sacco di plastica che dovrà essere ben chiuso e smaltito con i rifiuti immediatamente (possibilmente mettendovi all'interno ipoclorito di sodio).

LE MISURE DI CONTROLLO

A. Allontanamento

Spesso l'esordio di una malattia infettiva avviene in modo improvviso e dunque può verificarsi nel momento in cui il soggetto si trova nella collettività scolastica.

Naturalmente, in tale fase, non è diagnosticabile l'eventuale contagiosità del malessere, poiché i sintomi d'esordio sono generalmente aspecifici – febbre, cefalea, artralgie, astenia, ecc. – e, quindi, neppure tipici di malattia infettiva.

Tuttavia, specie per quanto riguarda bambini e ragazzi, è bene evitare i contatti ravvicinati con gli altri soggetti e informare tempestivamente il genitore affinché provveda il prima possibile al rientro in famiglia se non, nei casi più gravi, all'invio presso strutture sanitarie.

Di seguito sono individuate, in relazione all'età, le condizioni per le quali è comunque necessario, a prescindere dall'infettività presunta, disporre l'allontanamento dalla collettività:

ETA'	FEBBRE - MALESSERE	DIARREA	ESANTEMA	CONGIUNTIVITE PURULENTA
0-3 anni (asili nido)	SE > 38,5°C	SE più di 3 scariche liquide in 3 h	SE ad esordio improvviso e non altrimenti motivato da patologie preesistenti	SI, in caso di occhi arrossati e secrezione purulenta
3-5 anni (scuola materna)	SE > 38,5 °C	SE più di 3 scariche liquide in 3 h	SE di esordio improvviso e non altrimenti motivato da patologie preesistenti	SI, in caso di occhi arrossati e secrezione purulenta
6-10 anni (scuola elementare)	NO, se non altra sintomatologia(*)	SE senza controllo sfinteri	SE non altrimenti motivato	NO(*)
11-13 anni (scuola media inferiore)	NO, se non altra sintomatologia(*)	NO(*)	SE non altrimenti motivato	NO(*)
14-19 anni (scuola media superiore)	NO, se non altra sintomatologia(*)	NO(*)	SE non altrimenti motivato	NO(*)

(*) Non è previsto l'allontanamento inteso come misura di carattere preventivo rispetto alla collettività, pur essendo evidente la necessità di salvaguardia dell'individuo e, quindi, l'opportunità di un rientro a casa quando non sia in grado di partecipare alle normali attività scolastiche.

L'allontanamento è disposto dal Dirigente Scolastico o suo delegato ed effettuato tramite avviso al genitore che è tenuto a provvedere.

Nel periodo che precede l'effettivo allontanamento è sempre necessario:

- mantenere il soggetto che presenti uno o più sintomi tra quelli indicati in tabella, in uno spazio separato, non a diretto contatto con i compagni;
- evitare i contatti ravvicinati – inferiori ai 50 cm di distanza – e bocca-bocca;
- utilizzare guanti monouso ogni qualvolta vi siano liquidi biologici (sangue, vomito, feci, ecc.).

B. Assenza per malattia e ritorno in collettività

Le più recenti conoscenze in materia di malattie infettive e loro diffusione hanno evidenziato che il pericolo di contagio, massimo durante la fase di incubazione, si riduce a livelli compatibili con la presenza in collettività, passati i cinque giorni dall'esordio clinico.

Dunque, trascorsi i cinque giorni di assenza, il soggetto non presenta livelli di contagiosità da ritenersi pericolosi per la convivenza in collettività e, pertanto, non vi è motivo per cui il rientro debba essere vincolato alla presentazione del certificato in questione.

A riprova di ciò vi è il fatto che, sinora, in vigenza del certificato di riammissione, il diffondersi di epidemie in ambito scolastico ha seguito il decorso naturale, mentre invece questo è stato modificato da ben altri interventi, quali quelli di profilassi specifica e generica, non da ultimo il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie delle abitazioni e dello stato nutrizionale della popolazione.

Il paventato timore di una riduzione della sicurezza per alunni o studenti, pur comprensibile, non trova dunque fondatezza scientifica, considerato che gli interventi di profilassi nei confronti delle patologie di rilievo (tubercolosi, meningiti meningococciche, scabbia, infezioni da HIV, epatiti virali, ecc.) a cura dell'ASL

permangono invariati e sono già stati ampiamente regolamentati a livello regionale e anche da ogni singola ASL.

Pertanto la nuova procedura contemplata nel "Piano di revisione e riordino degli interventi di prevenzione delle malattie infettive" prevede che il rientro in asilo nido, scuola materna e scuola elementare successivo ad un allontanamento, quando quest'ultimo sia stato originato dal riscontro di esantema, congiuntivite purulenta o diarrea, comporterà che il genitore contatti il proprio medico curante: sia nel caso in cui venga posta diagnosi di malattia infettiva soggetta ad interventi di isolamento, sia nel caso non si tratti di patologia infettiva, il genitore autocertificherà al Responsabile della collettività di essersi attenuto alle indicazioni ricevute dal medico ([allegato](#)).

L'assenza dalla collettività per malattia infettiva e diffusiva si verifica però, più spesso, senza il preventivo allontanamento, poiché l'esordio sintomatico avviene al di fuori del contesto scolastico.

In entrambi i casi si pone il problema del **rientro in collettività**, che non deve comportare rischi per i contatti: è pur vero che il problema del contagio si presenta soprattutto in fase pre-sintomatica e prodromica, quando il soggetto sta incubando l'infezione; tuttavia è necessario che, a fronte di specifiche malattie per le quali è dimostrata una contagiosità successiva all'esordio clinico, il rientro avvenga superato tale momento (periodo contumaciale).

A tal fine il medico, a fronte del riscontro di una malattia infettiva per la quale sia prevista la segnalazione alla ASL ed uno specifico periodo di contumacia (vedi tabella sottostante), rilascerà al genitore una comunicazione scritta-attestazione riportante il presumibile periodo di prognosi, comunque non inferiore al periodo contumaciale previsto.

MALATTIA INFETTIVA	PERIODO CONTUMACIALE
antrace	sino a risoluzione clinica
colera, tifo	sino a negativizzazione di 3 coproculture
diarree infettive	sino a 24 ore dopo l'ultima scarica diarroica
epatite virale A	sino a 7 giorni successivi all'esordio clinico
epatite virale E	sino a 14 giorni successivi all'esordio clinico
MALATTIA INFETTIVA	PERIODO CONTUMACIALE
meningite batterica - meningococcica	sino a 48 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica
morbillo, parotite, pertosse, varicella, rosolia	sino a 5 giorni (7 per rosolia) successivi all'esordio clinico o, per pertosse, all'inizio della terapia antibiotica
salmonellosi, amebiasi, giardiasi, teniasi	sino a risoluzione clinica e negativizzazione esami per amebiasi
scabbia	sino a verifica ASL di avvenuto trattamento
peste	sino a 3 giorni dopo l'inizio della terapia antibiotica
scarlattina	sino a 24 ore dopo l'inizio della terapia antibiotica
tubercolosi	sino a 3 settimane dopo l'inizio di terapia adeguata per tubercolosi polmonare non multiresistente

La procedura così introdotta consentirà di rendere consapevole il soggetto o genitore della necessità di cure e delle cautele nei confronti della collettività, migliorando così il sistema di prevenzione e controllo antecedente all'adozione della L.R.12/03.

Non è previsto che la comunicazione scritta-attestazione sia consegnata a scuola poiché ciò porterebbe all'individuazione dei soggetti affetti da specifica malattia infettiva e, quindi, alla violazione della normativa sulla privacy.

C. Controlli e profilassi dei contatti

Individuazione

A seguito della segnalazione di un caso di malattia per il quale sia individuata dalla ASL la necessità di interventi sui contatti, la prima misura è la loro individuazione, che viene effettuata tenendo presente la seguente classificazione.

	CONTATTO STRETTO	CONTATTO REGOLARE	CONTATTO OCCASIONALE
Convivenza (famiglia, collettività residenziale..)	Familiari; compagni di camera da letto	Persone che sono presenti in famiglia o con cui si condividono quotidianamente spazi; compagni che condividono quotidianamente spazi comuni (sala da pranzo; attività ricreative, ...)	Persone che occasionalmente visitano la famiglia o collettività
Frequenza di ambienti di vita collettiva per periodo prolungato: >4 ore/die (scuola, lavoro, centri diurni, oratori estivi, ecc.)	Studenti e professori della stessa classe (o scuola se asilo nido/scuola materna). Colleghi di uno stesso ambiente confinato (ufficio, reparto)	Studenti e professori della stessa scuola con i quali vi siano momenti quotidiani di contatto (laboratori, palestra, ecc.)	Studenti e professori della stessa scuola; colleghi della stessa ditta
Frequenza di ambienti di vita per brevi periodi: <4 ore /die (centri sportivi o ricreativi, discoteche oratorio festivo, ecc.)	Compagni di squadra o gruppo che svolge attività a stretto contatto	Frequentanti di centri sportivi/ricreativi negli stessi giorni ed orari, almeno tre volte la settimana, pur in gruppi diversi;	Frequentanti stessi centri almeno settimanalmente
	CONTATTO STRETTO	CONTATTO REGOLARE	CONTATTO OCCASIONALE
Frequenza di spazi non confinati (es.: mezzi di trasporto)	Compagni di viaggio della stessa auto, con frequenza ravvicinata (posti adiacenti)	Compagni di viaggio che quotidianamente sono a stretto contatto	Compagni di viaggio che quotidianamente frequentano lo stesso mezzo ai medesimi orari

L'individuazione dei contatti è in stretta relazione anche con il periodo di contagiosità del caso, che varia al variare della malattia.

Accertamenti

L'effettuazione di indagini sui contatti risponde a due tipi di finalità: individuare la fonte di contagio del caso e verificare se è avvenuta infezione determinata dal caso stesso. Nel primo caso l'accertamento deve essere tempestivo, nel secondo è generalmente necessario effettuare una duplice indagine, immediatamente dopo l'esposizione e successivamente al decorso del periodo di incubazione.

Le indagini sui contatti hanno significato in poche patologie infettive, specie quando si tratta di agenti patogeni ad elevata diffusività, essendo in tal caso evidentemente difficile ritrovare le fonti - che sono molteplici - come pure i soggetti contagiati.

La malattia tubercolare è una delle situazioni più tipiche in cui l'accertamento sui contatti è fondamentale: ha il duplice scopo di ricercare la fonte di contagio e, se trattasi di forma polmonare aperta, di individuare eventuali infettati.

In alcuni casi, invece, la ricerca di altri infetti ha significato solo quando vi siano soggetti esposti al malato che hanno manifestazioni sintomatologiche riconducibili alla malattia indagata (es.: scarlattina) in quanto, in caso di malattia, può essere indicato effettuare una terapia.

In altri casi le indagini hanno, prevalentemente, valore epidemiologico, cioè servono per una maggior conoscenza dell'episodio, come ad esempio avviene per una sospetta tossinfezione alimentare quando vengono proposti accertamenti anche a soggetti asintomatici.

In caso di malattia infettiva che si verifichi in un alunno e per la quale siano opportuni accertamenti sui contatti, la ASL utilizza spesso l'ambito scolastico per proporre tali accertamenti, dal momento che ciò consente di raggiungere la maggior parte delle famiglie coinvolte in tempi molto brevi. L'intervento degli operatori ASL è sempre preventivamente comunicato al Dirigente Scolastico o suo delegato.

Chemioprofilassi, Vaccinoprofilassi e Immunoprofilassi

Si tratta della somministrazione, prevalentemente a contatti stretti, di farmaci, vaccini o immunoglobuline, specifici per la malattia che si vuole controllare.

Vi sono sufficienti studi di efficacia che guidano nell'indicare o meno una o più di tali misure.

Ad esempio, la vaccinazione contro l'epatite virale di tipo A e l'immunoprofilassi possono essere proposte in caso di epidemia in una collettività di bambini molto piccoli.

La chemioprofilassi post-esposizione è, ad esempio, utilizzata al verificarsi di una meningite da meningococco o da *Haemophilus influenzae* di tipo b: in tali casi è necessario individuare con rigore i soggetti da sottoporre alla somministrazione, onde limitare gli effetti indesiderati ed ottimizzare i benefici.

In caso di malattia infettiva che si verifichi in un alunno e per la quale sia opportuna la somministrazione ai contatti di un farmaco, un vaccino o di immunoglobuline, la ASL potrebbe richiedere l'utilizzo dell'ambiente scolastico per tale intervento, dal momento che ciò consente di raggiungere la maggior parte delle famiglie interessate in tempi molto brevi.

Anche in questo caso il Dirigente Scolastico viene tempestivamente informato dell'intervento e, in caso di somministrazione diretta di un vaccino o di immunoglobuline, viene acquisito preventivamente il consenso della famiglia.

D. Interventi ambientali

La disinfezione o disinfestazione di ambienti confinati, successiva al manifestarsi di casi di malattia infettiva, è da ritenersi perlopiù inefficace o, meglio, inopportuna.

La totalità degli agenti patogeni coinvolti ha una sopravvivenza estremamente limitata al di fuori dell'organismo umano e, comunque, è passibile di eliminazione con i comuni interventi di sanificazione.

Altrettanto inefficace è la chiusura di ambienti di vita collettiva, come le scuole, a seguito del verificarsi di casi di malattia infettiva.

Allegato

AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTA TERAPIA
(art.2 L.15/68; art.3 L.127/97; art.2 L.191/98; art.1 D.P.R.403/98)

La/il sottoscritto¹

Nata/o a il

residente a CAP

Via /piazza..... N.

In qualità di del minore

nato a il

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essersi recato dal Dr., Medico di Fiducia del bambino/a, e di aver seguito tutte le indicazioni fornite dallo stesso in merito alla malattia del figlio/a.

Addì,

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)²

Dichiarazione esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455. Informativa ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

¹ La possibilità di utilizzare le dichiarazioni sostitutive è estesa anche agli extracomunitari con regolare permesso di soggiorno limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili in Italia da soggetti pubblici.

² La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

