



Unione Europea



Istituto Comprensivo  
"Carducci - V. Da Feltrina"



Regione Calabria



Ministero dell'Università  
e della Ricerca

# ISTITUTO COMPRENSIVO "CARDUCCI - V. DA FELTRE" REGGIO CALABRIA

COMUNICAZIONE N. 39

Ai Signori genitori degli alunni  
Scuola Primaria CARDUCCI e MELISSARI  
Scuola Secondaria I grado - V. DA FELTRE

Ai Signori docenti - Proprie sedi  
ALBO/SITO WEB

**Oggetto:** segnalazione caso di scarlattina nella scuola.-

In rif. all'oggetto, si informano i Signori genitori e i Signori docenti che nella nostra Istituzione scolastica, si sono verificati due casi di scarlattina.

Nell'ambito di un'azione condivisa di educazione alla salute della comunità scolastica, si intende offrire una giusta e corretta informativa in caso di malattia infettiva quale la scarlattina.

## DEFINIZIONE

La scarlattina è una malattia infettiva batterica dovuta allo Streptococco beta emolitico di gruppo A. Questo germe può essere responsabile anche di altre malattie quali la tonsillite e l'impetigine (o piodermite, che è un'infezione della cute). Poiché esistono diversi ceppi di questo Streptococco, ci si può ammalare di scarlattina più volte. E'una malattia che colpisce soprattutto i bambini in età scolare (mentre è molto rara prima dei 6 mesi di vita).

## DESCRIZIONE

### Come ci si contagia

Ci si contagia da persona a persona, tramite le goccioline respiratorie di saliva, per contatto diretto con un soggetto infetto, emesse con la tosse, gli starnuti o anche semplicemente parlando. Un soggetto è molto contagioso durante la fase acuta della scarlattina, è poco infettante nel periodo che precede la malattia e non lo è più dopo 24-48 ore dall'inizio della terapia antibiotica.

### Periodo di incubazione

In seguito al contagio, lo Streptococco si moltiplica nella gola senza dare disturbi per 1-3 giorni, poi la malattia si manifesta.

### Contagiosità

In genere i primi sintomi compaiono dopo 1-3 giorni dal contagio. Di norma un malato è contagioso da 1-2 giorni prima dell'inizio dei sintomi e per tutta la durata della malattia; se viene instaurata un'adeguata terapia antibiotica, dopo 48 ore il soggetto non è più contagioso.

### La prevenzione

L'unico sistema per evitare la scarlattina è quello di tenere lontano i soggetti sani dalle persone già contagiate.

### Cosa fare quando si verifica un caso

Essendo una malattia batterica si cura con idonei antibiotici, anche allo scopo di prevenire la malattia reumatica, per cui, nel sospetto, è sempre bene consultare il medico.

Tenere a casa la persona fino a quando è malata e, comunque, per almeno 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica, evitando il contatto diretto con altri bambini.

### Rischio di diffusione nella scuola

Medio.

La diffusione in ambito scolastico si contrasta con la diagnosi e il trattamento precoce del caso.

### Riammissione a scuola

Un bambino può tornare in comunità non prima di 48 ore dall'inizio della terapia antibiotica, in ogni caso quando ritorna ad essere in buone condizioni di salute, attestate da regolare certificato medico di pronta guarigione, da consegnare a scuola.

Per la riammissione a scuola è necessario che i genitori compilino il seguente modello di autocertificazione da consegnare in segreteria della scuola insieme al certificato del medico curante che attesta la pronta guarigione dell/la proprio/a figlio/a.

RC, 01/02/2019

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Rina Pasqualina MANGANARO

Via Cannizzaro 12 - 89123 REGGIO CALABRIA

C. M.: RCIC867007 - C. F.: 92081320803



[RCIC867007@istruzione.it](mailto:RCIC867007@istruzione.it)



[RCIC867007@pec.istruzione.it](mailto:RCIC867007@pec.istruzione.it)



[www.iccarduccidafeltre.gov.it](http://www.iccarduccidafeltre.gov.it)



0965 23504/300990/23103



0965 23504/21852

Codice Unico Fatturazione UFDW9D

## AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

Al Dirigente scolastico  
I. C. "Carducci – V. Da Feltre"  
Reggio Calabria

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (*nome e cognome*)

nato/a il \_\_\_\_\_ padre/ madre/ tutore (*sottolineare la voce corrispondente*) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ (*nome e cognome*) nato/a il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiaro di aver consultato il proprio medico dr. \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ e di essersi attenuto alle indicazioni date dal curante.

Autocertifica che il/la bambino/a può essere riammesso a frequentare la comunità scolastica.

Data, \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione

\_\_\_\_\_