



*Emergenza Covid :
vademecum sanitario per le istituzioni scolastiche*

L'ASP per la Scuola...!

Prevenzione: esecuzione test sierologici rapidi e test rinofaringei per comune

Distretto di Ragusa (Ragusa, Santa Croce Camerina, Chiaramonte Gulfi, Giarratana e Monterosso Almo)

- **Ragusa:** martedì e mercoledì dalle ore 15:00 alle ore 17:00, presso il poliambulatorio di via A. Licitra;
- **Santa Croce Camerina:** lunedì e giovedì dalle ore 9:00 alle 11:00, presso il poliambulatorio di via G. Di Vittorio;
- **Chiaramonte Gulfi, Giarratana e Monterosso Almo:** martedì e giovedì, dalle ore 9:00 alle 11:00 presso i poliambulatori di riferimento;

Distretto di Vittoria (Vittoria, Comiso, Acate)

- **Vittoria:** lunedì e mercoledì dalle ore 15:00 alle ore 17:00, presso il poliambulatorio sito in via G. Cascino 26/A;
- **Comiso:** Martedì e Giovedì dalle ore 15:00 alle ore 17:00, presso il PTA dell'ospedale "R. Margherita";
- **Acate:** Martedì dalle ore 9:00 alle ore 12, presso il poliambulatorio di via Veneto;

Distretto di Modica (Modica, Scicli, Ispica e Pozzallo)

- **Modica:** martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle ore 17:00, presso il poliambulatorio di via Vittorio Veneto (secondo piano);
- **Scicli:** martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle ore 17:00, presso il PTA dell'ospedale "Busacca";
- **Pozzallo:** martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle ore 17:00, presso il poliambulatorio di via Orione;
- **Ispica:** martedì e giovedì dalle ore 15:30 alle ore 17:00, presso il poliambulatorio di via Sardegna;

Prevenzione : attivazione nucleo aziendale di Medicina Scolastica

Distretto di Ragusa (Ragusa, Santa Croce Camerina, Chiaramonte Gulfi, Giarratana e Monterosso Almo)

refentescuola.ragusa@asp.rg.it

Distretto di Vittoria (Vittoria, Comiso, Acate)

referentescuola.vittoria@asp.rg.it

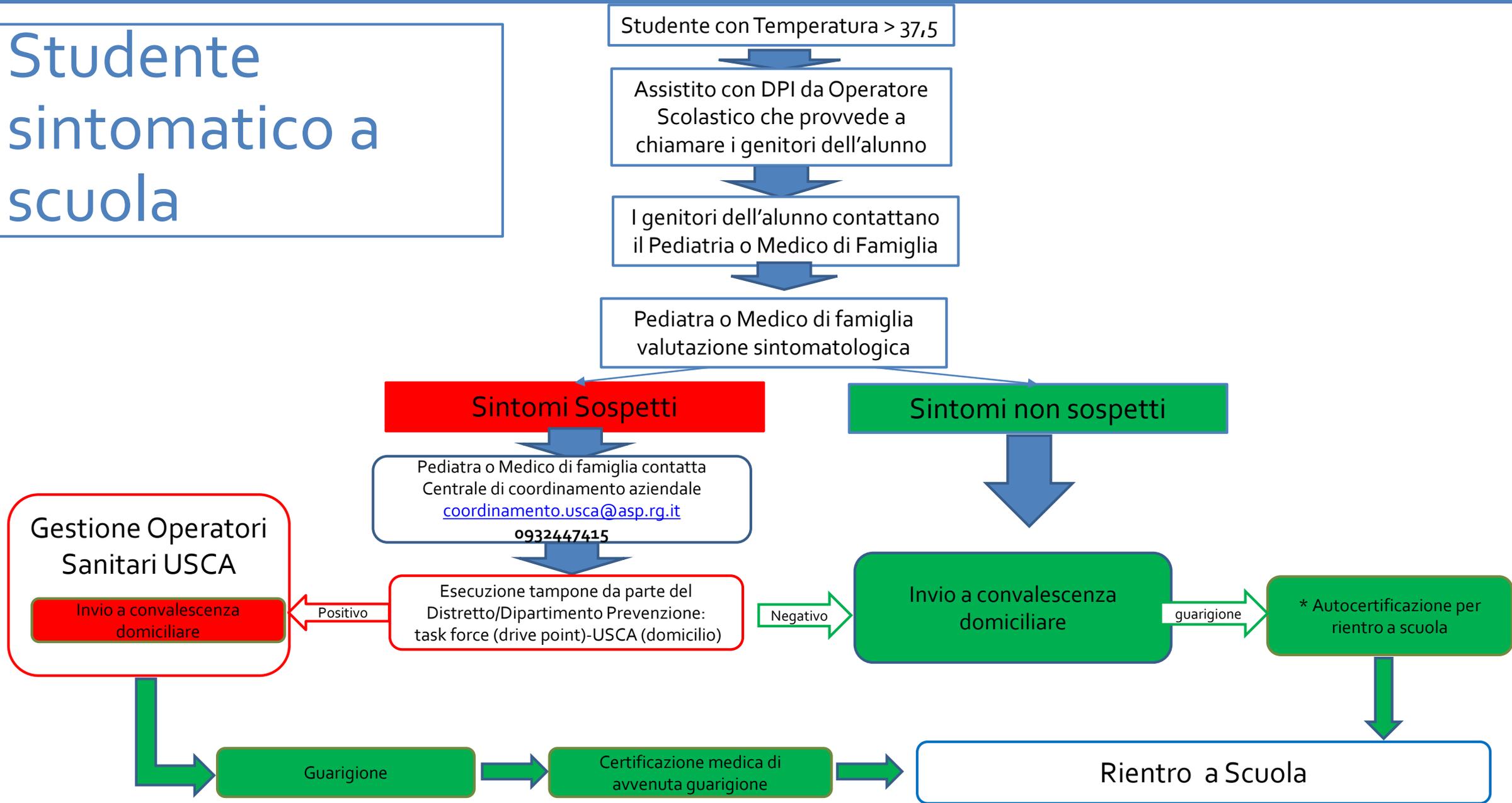
Distretto di Modica (Modica, Scicli, Pozzallo, Ispica)

referentescuola.modica@asp.rg.it

- Supervisione misure di prevenzione;
- Valutazione dei comportamenti organizzativi;
- Valutazione epidemiologica

Attivati dal Dirigente Scolastico di ogni istituto pubblico e privato

Studente sintomatico a scuola



Studente con Temperatura > 37,5

Assistito con DPI da Operatore Scolastico che provvede a chiamare i genitori dell'alunno

I genitori dell'alunno contattano il Pediatra o Medico di Famiglia

Pediatra o Medico di famiglia valutazione sintomatologica

Sintomi Sospetti

Sintomi non sospetti

Pediatra o Medico di famiglia contatta Centrale di coordinamento aziendale
coordinamento.usca@asp.rg.it
0932447415

Esecuzione tampone da parte del Distretto/Dipartimento Prevenzione: task force (drive point)-USCA (domicilio)

Positivo

Negativo

guarigione

Gestione Operatori Sanitari USCA

Invio a convalescenza domiciliare

Invio a convalescenza domiciliare

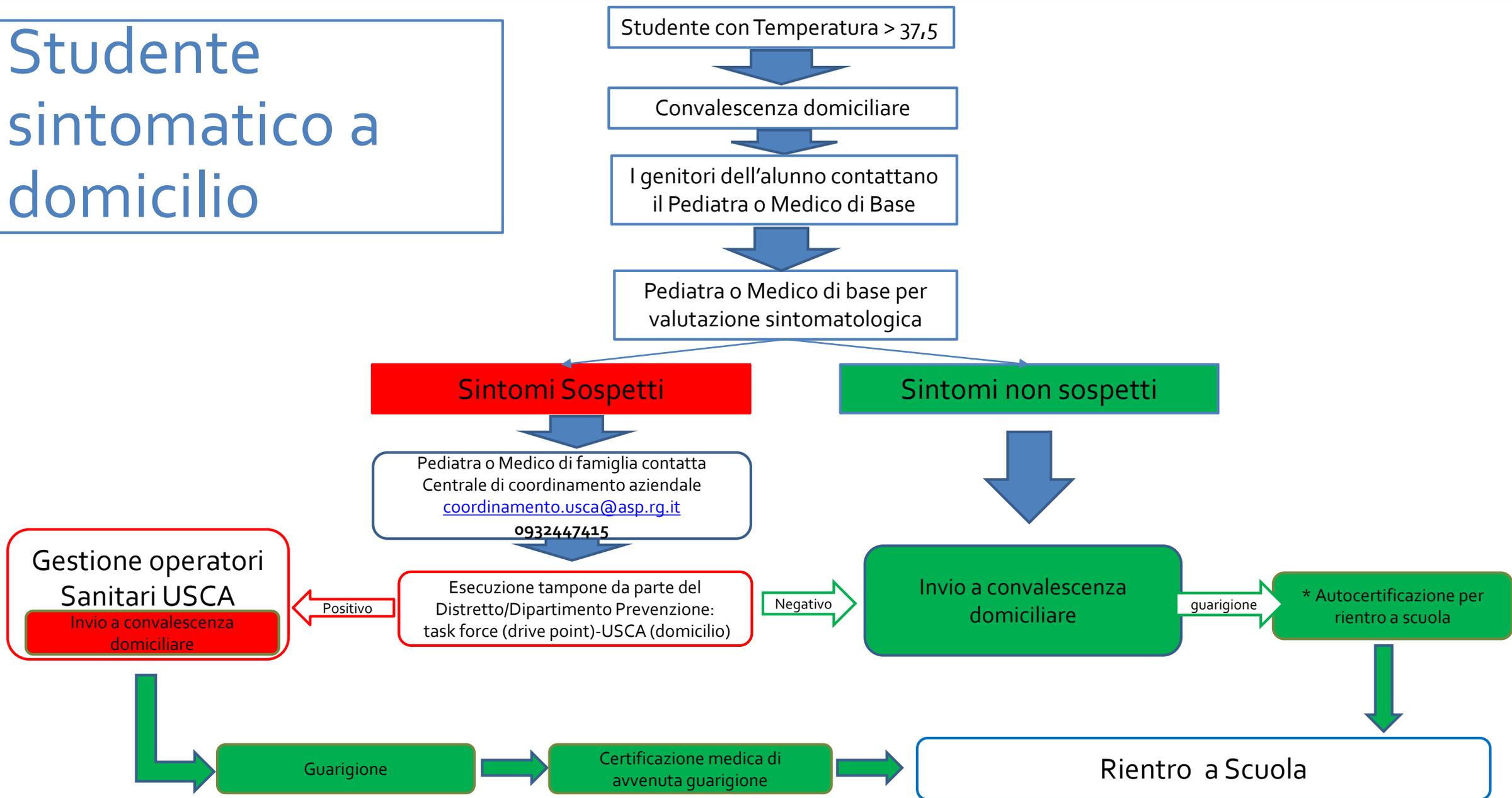
* Autocertificazione per rientro a scuola

Guarigione

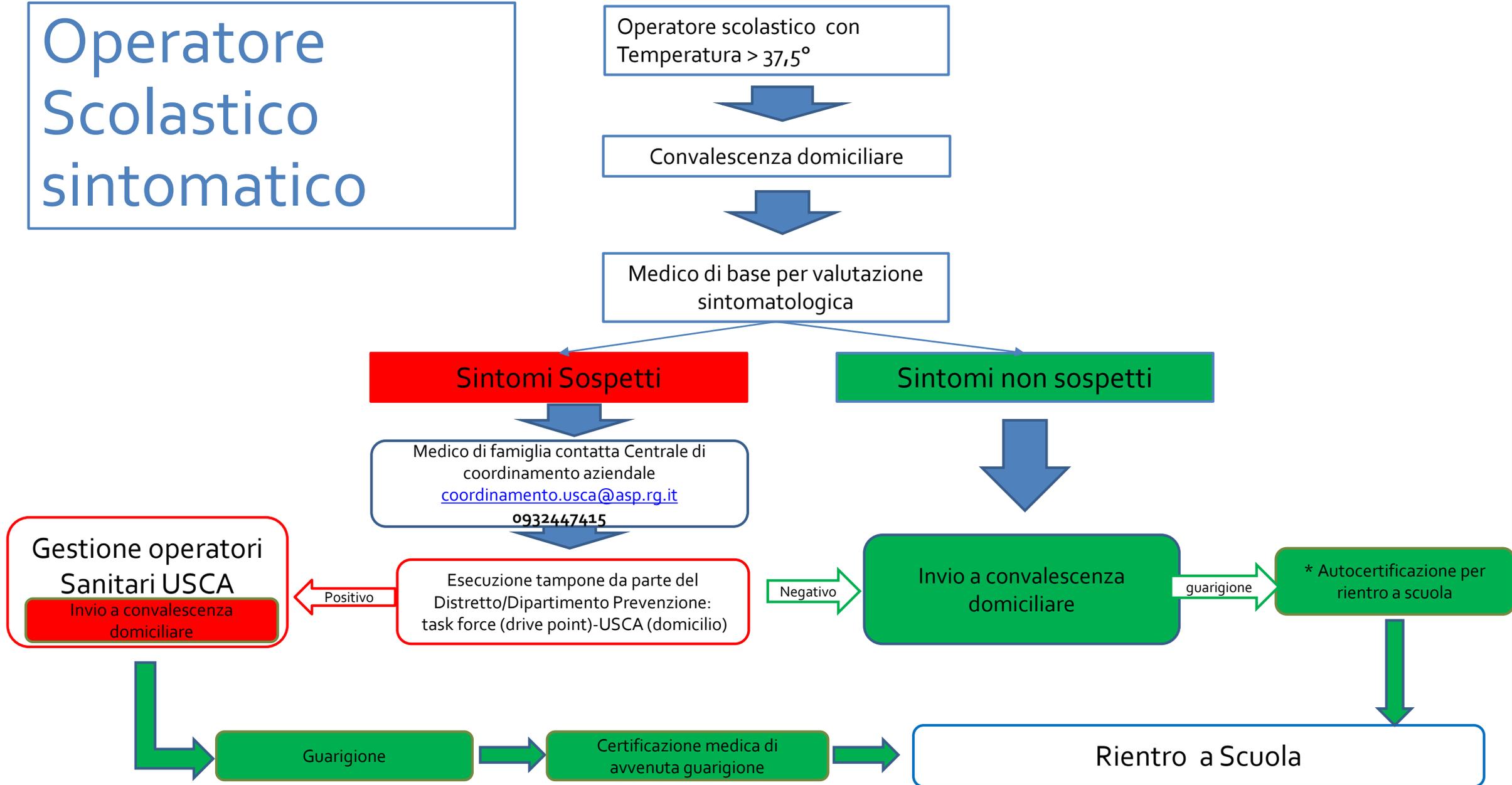
Certificazione medica di avvenuta guarigione

Rientro a Scuola

Studente sintomatico a domicilio



Operatore Scolastico sintomatico



Al Sig Dirigente Scolastico
(Da consegnare all'ingresso al docente di classe o sezione)

AUTODICHIARAZIONE
ASSENZA ALUNNO\A DA SCUOLA-ATTESTAZIONE DEL GENITORE PER LA
RIAMMISSIONE
(GIORNI INFERIORI A QUELLI PREVISTI DAL REGOLAMENTO ANTICOID)

IL/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____

e residente in _____
in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale)

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____, frequentante la classe _____
consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 D.P.R. n.445\2000 e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione finalizzate alla diffusione di COVID-19 per la tutela della salute della collettività,
DICHIARA

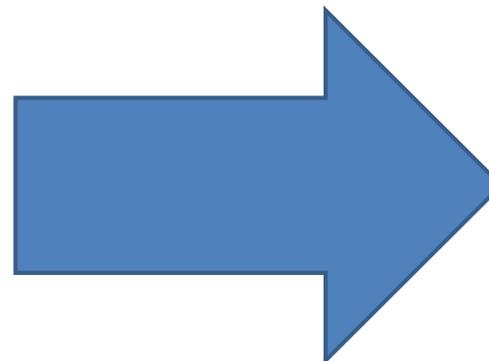
- Che il proprio figlio/a è stato assente dal _____ al _____ per giorni _____ e può essere riammesso a scuola poiché si è assentato per **MOTIVI FAMILIARI**

- Che il proprio figlio/a è stato assente dal _____ al _____ per giorni _____ per problemi di salute, a seguito della richiesta della scuola in data _____ e, dopo aver
 - contattato il Pediatra/MMG Dott _____ può' essere riammesso in classe poiché il medico non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico per Covid-19 come disposto da normativa nazionale e regionale.

- Che il proprio figlio/a si è assentato/a dal _____ al _____ per giorni _____ a causa di malessere passeggero e che può essere riammesso/a scuola poiché nel periodo di assenza **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
 - Mialgia

Palermo,

Firma del genitore



Autocertificazione a
cura del genitore per
rientro a scuola