

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
PG/2020/67954 del 10/03/2020 ore 17:32
Mitt.: ASL Nuoro Distretto di Sorgono
Dest: MEDICI DI BASE E PEDIATRI DI LIB
Class: 1. Fasc: 50 del 2020



Ai Sigg.ri MMG
Ai Sigg.ri PLS

e,p.c. Ai Sigg.ri Sindaci

Oggetto: Misure straordinarie urgenti per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019 nel territorio regionale della Sardegna.

Visti i DPCM dell' 8 e del 9 marzo 2020;

Viste le ordinanze del Presidente della Regione Autonoma della Sardegna, n. 4 dell'8/3/2020 e n. 5 del 9/3/2020;

Considerato che :

- è stata data la massima diffusione, attraverso vari mezzi di comunicazione, a tutte le prescrizioni e le misure straordinarie per l'emergenza COVID,
- sono pervenute a questa Direzione alcune segnalazioni;
- si ribadisce che l'art. 1 prevede:
 - " Tutti i soggetti in arrivo, nonché quelli che abbiano fatto ingresso in Sardegna nei quattordici giorni antecedenti alla data di emanazione della presente ordinanza hanno l'obbligo
 - a) di osservare la permanenza domiciliare con isolamento fiduciario per 14 giorni, con divieto di spostamenti e viaggi nel territorio regionale fatto salvo il tragitto strettamente necessario a lasciare stabilmente l'Isola, da compiersi muniti dei prescritti dispositivi di protezione individuale per la prevenzione di eventuali contagi ai conviventi dei soggetti in permanenza domiciliare con isolamento fiduciario dovranno attenersi alle condotte prescritte dal Ministero della Salute ed all'Istituto superiore di sanità;
 - b) di comunicare tale circostanza al proprio medico di medicina generale ovvero al pediatra di libera scelta o all'operatore di sanità pubblica del servizio di sanità pubblica territorialmente competente;
 - c) di compilare il modulo allegato sotto la lettera "A" alla precedente ordinanza n.4 in data 08.03.2020 secondo le modalità indicate nella sezione "NUOVO CORONAVIRUS" accessibile dalla homepage del sito istituzionale della Regione Sardegna;
 - d) di rimanere raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza in caso di comparsa di sintomi, di avvertire immediatamente il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o l'operatore di sanità pubblica territorialmente competente per ogni conseguente determinazione.

Tutti i cittadini di cui all'art. 1 dell'ordinanza su citata, dovranno provvedere a compilare l'allegato A dell'ordinanza n. 4 dell'8/3/2020, che ad ogni buon fine si allega alla presente, trasmettendolo al proprio Medico di Medicina Generale e/o Pediatra di Libera Scelta (se iscritti nelle liste anagrafiche di Medicina di Base di questo Distretto) o al Servizio di Igiene Pubblica territorialmente competente.

Si dispone che i MMG ed i PLS del Distretto Sanitario di Sorgono assicurino la necessaria e dovuta assistenza ai propri assistiti e la trasmissione dell'allegato A ai seguenti indirizzi:

mariavalentinaeugenia.marras@atssardegna.it (Direttore Servizio Igiene Pubblica Area Nuoro)
gianmauro.loche@atssardegna.it (Dirigente Medico Igiene Pubblica Sorgono)

Per i cittadini non residenti e non risultanti iscritti nelle lista di Medicina di Base di questo Distretto l'allegato A dovrà essere trasmesso al Servizio di Igiene Pubblica territorialmente competente.

Si invitano Sindaci, a cui viene trasmessa la presente comunicazione per conoscenza, di segnalare a questa Direzione eventuali problematiche riscontrate.

Ringraziando per la collaborazione si porgono cordiali saluti.

Il Dirigente Medico Distrettuale
Dott.ssa Monica Randazzo



Il Direttore del Distretto
Dott.ssa Paola Raspitzu





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO "A"
all'Ordinanza n. 4 del 08.03.2020

Misure straordinarie urgenti per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019 nel territorio regionale della Sardegna.

Il/La sottoscritt _____ residente a _____ (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

Documento di identità tipo carta di identità, patente, passaporto n° _____

avendo fatto ingresso in Sardegna con volo nave proveniente da _____

ed avendo residenza/domicilio/dimora o essendo transitato nei territori della Regione Lombardia o dalle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ex artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

- di osservare l'isolamento fiduciario, mantenendo lo stato di isolamento per 14 giorni, presso il seguente domicilio in Sardegna

COMUNE di _____

Via/Piazza/loc. _____

N° _____ CAP _____ Prov _____

- di aver comunicato/comunicare tempestivamente tale circostanza al proprio medico di medicina generale ovvero al pediatra di libera scelta o all'operatore di sanità pubblica del servizio di sanità pubblica territorialmente competente,
- di osservare il divieto di spostamenti e viaggi,
- di rimanere raggiungibile per ogni eventuale attività di sorveglianza presso il domicilio eletto ed ai seguenti recapiti telefonici personali _____
- in caso di comparsa di sintomi, di avvertire immediatamente il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o l'operatore di sanità pubblica territorialmente competente per ogni conseguente determinazione

In fede.

DATA _____

Firma

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità

