

Alla CA Ministero della Salute

Ministro Orazio Schillaci

Email/PEC: seggen@postacert.sanita.it

Ufficio Legislativo Ministero della Salute

Capo e Vice Capo Dott. Vampa Rocco

PEC: leg@postacert.sanita.it

Per conoscenza

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi

e degli Odontoiatri (FNOMCEO)

Presidente dott. Filippo Anelli

PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

OGGETTO: PETIZIONE DI SENSIBILIZZAZIONE

Spettabile Ministro della Salute Schillaci,

Tutela del Diritto Soggettivo mette a disposizione consulenze sulla normativa vigente di diritto amministrativo, contrattuale e privacy e la consulente Ghisla Alessandra diventa promotrice di una PETIZIONE NAZIONALE DI SENSIBILIZZAZIONE, riguardante le criticità riscontrate nelle strutture sanitarie, ospedaliere o di pronto soccorso di sua competenza, dove a centinaia di cittadini viene negato l'accesso, il ricovero oppure la prosecuzione di interventi programmati se non portano **OBBLIGATORIAMENTE** il risultato di un test diagnostico per SARS-CoV-2 (TAMPONE NASO-FARINGEO).

PRESO ATTO CHE:

In data 27 dicembre 2023 è stata emessa un'ordinanza del Ministero della Salute (GU n. 302 del 29-12-2023) con titolo: "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie" dove vengono prorogate fino al 30 giugno 2024 le disposizioni della precedente ordinanza del ministero della Salute del 28 aprile 2023 (GU n. 100 del 29-04-2023) con titolo: "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie" dove,



ALESSANDRA GHISLA - Consulente

Cell. 320 4213677

alessandraghisla@tuteladirittosoggettivo.it

www.tuteladirittosoggettivo.it

P.IVA IT07223270484

all'art. 1 possiamo leggere: **“5. La decisione sull'esecuzione di tampone diagnostico per infezione da SARS-CoV-2 per l'accesso ai Pronto soccorso è rimessa alla discrezione delle direzioni sanitarie e delle autorità regionali. Si rammenta infatti che non sussiste obbligo a livello normativo dal 31 ottobre 2022**, in quanto l'art. 2-bis «Misure concernenti gli accessi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie» del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, come modificato dall'art. 4, comma 1 lettera b) del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, e' stato abrogato dall'art. 7-ter, comma 2, decreto-legge 31 ottobre 2022, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 2022, n. 199”.

In data 01 luglio 2024 l'ordinanza in questione ha cessato i suoi effetti ed il Ministero della Salute ha comunicato a tutte le direzioni sanitarie territoriali una circolare ministeriale 0019476-01/07/2024 con OGGETTO: **“Strategie di sequenziamento per l'identificazione delle varianti di SARS-CoV-2 ed il monitoraggio della loro circolazione in Italia – Indicazioni ad interim – Versione del 03-06-2024”**, dove viene indicato: “(omiss) l'attività relativa alle indagini periodiche sarà organizzata considerando un campionamento mensile per le analisi molecolari da soggetti con sospetta infezione da SARS-CoV-2 **basato sia sulla raccolta di campioni provenienti da persone afferenti a strutture ospedaliere o extraospedaliere**, in particolare da pazienti con malattia grave da COVID-19 e/o con infezione persistente da SARS-CoV2”. Queste indicazioni sono a strascico della precedente circolare 0039123-15/12/2023 con OGGETTO: “Indicazioni per l'effettuazione dei test diagnostici per SARS-CoV-2 per l'accesso e il ricovero nelle strutture sanitarie”, dove veniva indicato: “Facendo seguito alla nota Circolare n. 27648 dell'8 settembre 2023 e considerato l'attuale andamento clinico-epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2, **si ritiene indispensabile che le strutture sanitarie attivino e potenzino percorsi sempre più ampi di sorveglianza epidemiologica con la ricerca di tutti i microorganismi** (omiss)”.

E' assolutamente comprensibile la confusione, data da numerosi ordini di servizio dalle direzioni generali al personale sanitario ed ospedaliero, visto che le Circolari Ministeriali vengono emanate dagli organi amministrativi, al fine di precisare i criteri applicativi per la corretta attuazione dei principi legislativi, dato esse abbiano efficacia esclusivamente all'interno dell'amministrazione a cui si rivolge e viene inviata ad una pluralità di destinatari per impartire ordini, dare disposizioni o trasmettere informazioni. Far credere al potere discrezionale delle direzioni generali e sanitarie di poter decidere se obbligare o meno un cittadino ad un esame medico è gravissimo. Potrebbe essere interpretata come istigazione a delinquere su un ordine di servizio che vincola comunque il dipendente. Infatti, sulla raccolta delle testimonianze di centinaia di cittadini,



ci sta mostrando come alcune circolari Ministeriali, soprattutto queste, accanto a parti di carattere meramente ricognitivo della normativa in materia, hanno un'indubbia portata precettiva, che travalicano i limiti imposti dalla legge, arrivando a:

- modificare il tenore di norme cogenti;
- imporre ad aziende e cittadini prescrizioni che nessuna norma ha previsto;
- estendere in maniera indiscriminata prescrizioni ad ambiti soggettivi di applicazione diversi da quelli previsti dalle leggi.

Eppure i più altri gradi della magistratura hanno più volte chiarito che le circolari dell'Amministrazione non vincolano cittadini e aziende, non costituendo fonte di diritto, quindi nessun tipo di obbligo e dovrebbero limitarsi a fornire indicazioni utili agli uffici preposti sul territorio all'attuazione delle norme stesse.

CONSIDERATO CHE:

Nel Decreto-Legge 7 ottobre 2020, n. 125 convertito con modificazioni dalla L. 27 novembre 2020, n. 159 troviamo all'Art. 4 - Attuazione della direttiva (UE) 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020, concernente l'inserimento del SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo – al comma 1. "All'allegato XLVI del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, nella sezione VIRUS, dopo la voce: «Coronaviridae - 2» è inserita la seguente: «Sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2)(0a) - 3»; La Direttiva (UE) 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020 che modifica l'allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'inserimento del SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione, dove riassumiamo con "La direttiva 2000/54/CE, al di sopra delle Leggi ordinarie nazionali, stabilisce norme per la protezione dei lavoratori contro i rischi che derivano o possono derivare per la loro sicurezza e salute dall'esposizione agli agenti biologici durante il lavoro, ivi comprese norme per la prevenzione di tali rischi. Essa si applica alle attività in cui i lavoratori sono o possono essere esposti ad agenti biologici a causa della loro attività lavorativa e stabilisce, per qualsiasi attività che possa comportare un rischio di esposizione ad agenti biologici, le misure da adottare al fine di determinare la natura, il grado e la durata dell'esposizione dei lavoratori a tali agenti (omiss) Tenuto conto delle prove scientifiche più recenti e dei dati clinici disponibili nonché dei pareri forniti da esperti che rappresentano tutti gli Stati membri, il SARS-CoV-2 dovrebbe quindi essere classificato come patogeno per l'uomo del gruppo di rischio 3 (omiss). La direttiva (UE) 2019/1833 ha modificato anche gli allegati V e VI della direttiva 2000/54/CE, che stabiliscono le misure e i livelli di contenimento per i laboratori, i servizi veterinari e



l'industria (aziende a rischio biologico)". **Per Gruppo di rischio 3 si intende: elevato rischio individuale, basso rischio collettivo.** In questo gruppo sono presenti tutti gli agenti patogeni che causano gravi malattie nella singola persona e hanno una bassa-moderata probabilità di diffondersi nella comunità. Tra questi ricordiamo il virus dell'epatite C, il virus dell'epatite B, il virus dell'immunodeficienza umana, il Mycobacterium tuberculosis ed il SARS CoV-2. Detto questo i DPI sono già predisposti e riguardano SEMPRE le aziende a rischio biologico e non generico. MAI si trova menzione delle "varianti" di Sars Cov-2 che, ad oggi, non sono regolamentate quindi giuridicamente irrilevanti per i cittadini e lavoratori.

Molti credono che in Italia la sanità sia gratuita, invece è finanziata da soldi pubblici, pagati da ogni cittadino italiano contribuente, un po' come l'assicurazione dell'automobile. Tutti la sottoscrivono ma non tutti poi la utilizzano. Sia per una visita dal medico che una prestazione sanitaria od ospedaliera con ricovero, secondo l'orientamento maggioritario, la responsabilità ascrivibile in capo all'ente ospedaliero è di tipo contrattuale, risultando essa fondata sul cd. contratto di speditività, ossia il contratto in forza del quale la struttura sanitaria si obbliga a fornire al paziente una complessa prestazione di assistenza sanitaria (consistente nella predisposizione degli spazi necessari, di personale sanitario sufficiente ed efficiente e di attrezzature e macchinari adeguati). Ricondotta l'obbligazione della struttura sanitaria al contratto di speditività, la giurisprudenza configurava la relativa responsabilità civile come contrattuale ex artt. 1218 c.c. e ss, il quale dispone testualmente che "il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno se non prova che l'inadempimento o il suo ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile". Si parla di inadempimento contrattuale e risarcimento del danno nell'ipotesi in cui, nell'ambito di un contratto tra due parti, la prestazione non sia eseguita da parte di uno di esse al momento dovuto, nel luogo dovuto o secondo le modalità convenute. **L'inadempimento all'obbligazione, pertanto, deve essere desunto non già semplicemente dal mancato raggiungimento del risultato, bensì della diligenza richiesta ai fini dell'esecuzione della prestazione professionale.** "In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione assistenziale, l'onere di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa imprevedibile, inevitabile e non imputabile alla stessa sorge solo ove il danneggiato abbia provato la sussistenza del nesso causale tra la condotta attiva od omissiva dei sanitari e il danno sofferto (Cass.Civ. sez. III, 26/07/2017 n. 18392). **Il Consenso informato è un atto precontrattuale in cui si forma e si orienta la volontà dell'assistito e in cui le parti sono tenute ad operare in buona fede** (art. 1377 CC) nel rispetto dei diritti tutelati dagli artt. 2, 13, 32 della Costituzione (Corte Cost. n.438/08). In tema di responsabilità sanitaria la dimostrazione dell'assolvimento



dell'obbligo (di avere posto il paziente nelle condizioni) di prestare il consenso informato, che si qualifica quale obbligo contrattuale ex articolo 1218 del codice civile grava sulla struttura ospedaliera. **La violazione di tale obbligo ha potenzialmente rilievo a prescindere dall'esito favorevole o meno della prestazione medica, in quanto in grado di incidere sulla capacità di autodeterminazione del paziente.** La dimostrazione – invece – di un nesso causale tra la lesione del diritto di autodeterminazione e danno effettivamente subito, spetta al paziente, rientrando tale elemento tra gli oneri in capo all'attore qui dicet (Cass. Sez.Civ. III n. 21/06/2018 n. 16324). L'inadempimento all'obbligazione, pertanto, deve essere desunto non già semplicemente dal mancato raggiungimento del risultato, bensì della diligenza richiesta ai fini dell'esecuzione della prestazione professionale. "In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria per l'inesatto adempimento della prestazione assistenziale, l'onere di provare l'impossibilità sopravvenuta della prestazione per causa imprevedibile, inevitabile e non imputabile alla stessa sorge solo ove il danneggiato abbia provato la sussistenza del nesso causale tra la condotta attiva od omissiva dei sanitari e il danno sofferto

Le direzioni generali e sanitarie come anche il Ministero della Salute od il Governo, non possono obbligare i cittadini al tampone naso-faringeo o alla presentazione di un suo risultato, dato che oltretutto questo sia un esame medico non diagnostico, senza ulteriori esami a conferma, che necessita di consenso informato da parte del paziente. E' ormai indiscusso che la Legge n. 145 del 28 marzo 2001, con la ratifica della Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, ha introdotto: "Capitolo II – Consenso - Articolo 5 – Regola generale **“Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”**, abrogando tacitamente OGNI obbligo sanitario, anche TUTTE le vaccinazioni pediatriche, lavorative e generalizzate. Il 29 ottobre 2004 si è svolta a Roma la cerimonia della firma del Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa, dove all'articolo II-63 troviamo: "Diritto all'integrità della persona - 1. Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica; 2. **Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: a) il consenso libero e informato della persona interessata**, secondo le modalità definite dalla legge. Proprio nella recente Legge 219/2017 possiamo leggere all'articolo 1: "1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali



dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge” ed inoltre: “2. **E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.** Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria”. **Questa regola fa risaltare l'autonomia del paziente nel suo rapporto con i professionisti sanitari e porta a diminuire quegli approcci che ignorerebbero la volontà del paziente. Il paziente deve ritenersi libero di rifiutare in tutto od in parte qualsiasi protocollo medico-ospedaliero.** La Legge n. 219 del 2017, ha inoltre imposto che il consenso/dissenso informato, sia esso verbale o scritto, debba essere inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico e non fa distinzioni tra i vari trattamenti ed esami dove leggiamo: “Art. 1 comma 3. **Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi**” dove al “Comma 5. **Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso**” seppur curativo o salvavita, anche se fosse sicuro, efficace ed in assenza di reazioni avverse. Per essere LIBERO il consenso deve pertanto essere esente da vizi, coercizioni, inganni, errori, pressione psicologica al fine di influenzare la volontà del paziente e la minaccia di perdere il Diritto alle Cure e Guarigione NON è accettabile. Il medico, davanti alla piena capacità di intendere e di volere del paziente, deve: “Art. 1 comma 6 **Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale[omiss]”.** **Il consenso del paziente deve formarsi liberamente ed essere immune da violenza, dolo, errore (Codice di Norimberga);** esso non deve essere contrario all'ordine pubblico o al buon costume. “**Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla libertà di curarsi liberamente espressa dalla persona(...).**”



In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, **il medico deve desistere** dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona (Art. 34, 1° e 4° comma Codice di Deontologia Medica)”. **Il medico non può obbligare il paziente a curarsi.** "Ne consegue che il rifiuto scritto all’invito del medico ad eseguire una terapia necessaria o a sottoporsi ad un ricovero ospedaliero non è altro che un mezzo idoneo a meglio dimostrare che tale invito sia stato formulato, con precisazione della necessità dei detti interventi - ma la prova di una condotta altrettanto risoluta da parte del medico ben può essere fornita diversamente, fermo restando per le prove testimoniali, il doveroso vaglio dell’attendibilità delle dichiarazioni sia sotto il profilo soggettivo che quello oggettivo. **La previsione del consenso scritto nel Codice di deontologia medica non solo non è una norma cogente, ma ha la mera finalità di responsabilizzare il medico, il quale, se ha comunque adeguatamente informato il paziente, pur non ottenendo risposta scritta (che certamente non può essere imposta), non può ritenersi negligente"** (Cass. Sez. penale IV sentenza 4 luglio-21 ottobre 2005, n. 38852). **“Il medico è obbligato a rispettare la volontà del paziente, senza indagarne le motivazioni** ma promuovendo comunque l’adesione alla proposta terapeutica (Cass., sez. IV, 27 marzo 2001, Cicarelli).

L’espressione *informed consent* è stata semplicemente trasposta in italiano e traslitterata in modo grossolano ed ambiguo nella locuzione consenso informato, per quanto, al contrario, dovrebbe dirsi **“informazione per il consenso”** nel rispetto non solo concettuale ma sicuramente per una decifrazione più corretta ed una interpretazione più precisa in rapporto ai notevoli concetti che presuppone e racchiude. L’informazione ed il consenso possono essere paragonati alle due facce della stessa medaglia. Sono i due importanti pilastri che coincidono e si unificano dando contenuto alla responsabilità medica in tema di consenso all’atto sanitario: da una parte l’acquisizione del consenso, dopo corretta e sincera informazione interpretata e decifrata come una importante fase ed essenziale indicatore della buona condotta e diligenza medico-professionale e dall’altra il consenso stesso direttamente concepito come obbligo finalizzato al pieno rispetto del diritto all’autodeterminazione, all’indipendenza ed alla autonomia del malato visto come persona. Infatti sulla dualità dell’obbligo di informazione e sulla scelta del paziente, nel Codice Deontologico del Medici si legge chiaramente: **“Art. 17 Rispetto dei diritti del cittadino - Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona”**.



La Corte di Cassazione in merito all'onere dell'acquisizione del consenso informato previsto dalla legge n.219/2017, **ha stabilito che è un dovere proprio di chi prescrive ed effettua la prestazione sanitaria acquisire personalmente il consenso informato**, il medico in rapporto alla responsabilità specifica di propria diretta competenza dell'intervento proposto. (Cass.sez Civile III° n.29709/2019, n.28985/2019 e ord.n.16892/2019). Ai sensi dell'art. 27 del codice penale la responsabilità è personale. Quindi non può essere delegato a terzi un compito proprio preliminare alla propria prestazione, come è l'acquisizione del consenso informato per un atto medico. L'art.35 del codice deontologico medico 2014 afferma: **L'acquisizione del consenso informato o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, "non delegabile"**. La centralità del diritto all'autodeterminazione porta il Tribunale a sottolineare un passaggio centrale della pronuncia della Corte di Cassazione Penale SS.UU.2 n. 2437/2008 (c.d. Giulini), ossia che: "il presupposto indefettibile che giustifica il trattamento sanitario va rinvenuto nella scelta, libera e consapevole della persona che a quel trattamento si sottopone" con la conclusione che **"in presenza di un documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona"**.

Obbligare al tampone, come a qualsiasi altro esame o trattamento, potrebbe essere violenza privata ed un trattamento non necessario sul quadro clinico, potrebbero esporre il paziente a rischi inutili. Il tampone naso-faringeo non viene reputato pericoloso ma lo è la procedura che richiederebbe anche uno specialista. Bisogna avere molto chiaro che una cura o un esame non motivato, anche il meno invasivo, per il cittadino è un inutile rischio per la salute dove anche tutti gli esami possono dare esiti sbagliati. Sia perché non identificano un disturbo (falsi negativi), sia perché lo identificano quando non c'è (falsi positivi). Questo può creare una catena di conseguenze dannose: nel caso dei falsi positivi, ad esempio, una serie di nuovi esami inutili, con tutte le ansie, i rischi e le spese conseguenti. Un esame in eccesso potrebbe essere un guadagno per il fornitore ed un danno patrimoniale per il paziente, portando anche alla probabile estorsione. La discrezionalità del medico ha poi dei limiti. **Il trattamento contro la volontà dell'assistito configura una responsabilità penale a carico del sanitario** (Cass. sez. Pen. V° n.38914/2015 e n.50497/2018). La sentenza nr. 23406/2022 della Corte di Cassazione, sancisce che **il non voler visitare un paziente può incorrere in rifiuto d'atti d'ufficio**, trasformandosi così in gravi sanzioni disciplinari nonché in onerose richieste di risarcimento danni e, si aggiunge, cagionando anche l'interruzione di pubblico servizio.



SI PROPONE:

Per non infrangere il patto sociale tra organi istituzionali e cittadini, cioè coloro che accettano spontaneamente le leggi conformi che vengono loro imposte, perdendo così una parte della loro assoluta libertà come Esseri Umani, per assicurarsi però una maggiore tranquillità e sicurezza sociale, non possiamo che suggerire dei comportamenti da parte del personale sanitario che potrebbero bilanciare sia il Diritto Naturale dell'Individuo che l'interesse collettivo e solidaristico perseguito. Consigliare ed incentivare da parte del personale sanitario un test diagnostico per SARS-CoV-2 (TAMPONE NASO-FARINGEO) può anche essere un consiglio medico se non in eccesso sulla diagnosi del paziente ma, se un cittadino non acconsente è lecito e legittimo annotare il rifiuto sulla cartella clinica, come diritto previsto per Legge, e proseguito senza pregiudizio né tentennamento il suo percorso di cura e guarigione. Si può tranquillamente richiedere il consenso per una ricerca sugli anticorpi Covid-19 con le analisi del sangue, già previste per l'intervento, che non sarebbero in eccesso sul paziente. Si potrebbe anche proporre una camera singola seppur non si abbia nessuna diagnosi precisa, come previsto dal "Protocollo operativo per la prevenzione e il contenimento delle infezioni ospedaliere", ricordando che il Sars CoV-2 è stato inserito nella tabella del Dlgs 81/08 come Biorischio 3, non apportando ulteriori novità in merito. Il personale sanitario sarà già adeguatamente protetto con appositi DPI, sia per l'operazione che il pre o post della stessa e la scelta in fatto di cura non inciderebbe assolutamente sul buon andamento della struttura sanitaria/ospedaliera coinvolta.

RICHIESTA DELLA PETIZIONE:

Ogni persona sul suolo Italiano potrebbe aver bisogno in qualsiasi momento di rivolgersi a delle strutture sanitarie e trovarsi con l'obbligo di presentare un tampone naso-faringeo SARS-CoV-2 per accedervi. La petizione di sensibilizzazione è una istanza fatta da più individui insieme, con lo scopo di concentrare l'attenzione su un tema di interesse sociale o politico e non serve un numero minimo di firme né la validazione di quelle raccolte. La richiesta specifica di questa petizione è di chiedere ad un Ministero un intervento di sua competenza per soddisfare esigenze comuni e chiedere adeguati provvedimenti amministrativi.



CHIEDIAMO

al **MINISTERO DELLA SALUTE**, nella forma pro tempore del suo Ministro dott. **Schillaci**, di emettere entro **10 giorni** dalla ricezione una circolare ministeriale per definire a termine di Legge le azioni di accesso e permanenza nelle strutture sanitarie, ospedaliere e di pronto soccorso su tutto il territorio italiano, sperando di interrompere d'ufficio questo cattivo comportamento, specificando a tutto il personale sanitario e direzioni generali o sanitarie che, per effetto del l'art. 1 comma 5 della Legge 219/2017: “Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso”, test diagnostico per SARS-CoV-2 (TAMPONE NASO-FARINGEO) o protocollo ospedaliero compreso. Ma non solo ribadire il diritto sopra ogni Legge di poter rifiutare qualsiasi trattamento od esame effettuato da un medico, ma anche l'obbligo per lo staff medico di acquisire il rifiuto del paziente nella sua cartella clinica ed, a prescindere dalla sua riconosciuta e rispettata autodeterminazione in scelta di cura, vanno garantiti ed assicurati sempre i più alti livelli di assistenza sanitaria consistente nella predisposizione degli spazi necessari, di personale sanitario sufficiente ed efficiente e di attrezzature e macchinari adeguati. Una circolare non rientra negli strumenti legislativi, non necessita di revisione o di attesa nella sua emissione ed il Ministero della Salute, visto l'urgenza della situazione, può emetterla nel più breve tempo possibile. Non solo la richiesta della petizione è lecita e legittima ma viene così rispettato anche il principio di efficienza o di economicità, dove un Ministero si dice che è efficiente quando adotta i mezzi più adatti e meno costosi per svolgere i propri compiti. Infatti la circolare ministeriale non serve solo per impartire ordini e disposizioni ai loro subordinati, definire linee guida di operazione e produzione, ma anche per interpretare la normativa vigente ed applicare le norme di legge secondo le indicazioni in esse contenute ed il Ministero della Salute non può ignorare la sua diretta responsabilità, ma contribuire ad evitare ulteriori danni sui cittadini.

Firma

Alessandra Ghisla – Promotrice della Petizione

**Con a seguito nr. 0000 di firme di cittadini,
raccolte, archiviate e verificate tramite documento d'identità**



ALESSANDRA GHISLA - Consulente
Cell. 320 4213677
alessandraghisla@tuteladirittosoggettivo.it
www.tuteladirittosoggettivo.it