

Allegato: bozza di modulo per la valutazione di non idoneità alla vita nel CPR

Il sottoscritto Dr _____, dipendente dall'ente del SSN _____ e da questo incaricato di produrre una certificazione di idoneità alla vita in comunità ristretta per il Sig./la Sig.ra _____.

A seguito del colloquio avuto con il paziente e della valutazione clinica, sulla base di cui mi viene richiesto di produrre la suddetta certificazione:

- Tenuto conto dell'oggettiva incompletezza dell'esito delle verifiche come sopra effettuate, condizionato dall'indisponibilità di una documentata anamnesi e del ridottissimo tempo concesso per l'effettuazione di un approfondimento clinico meritevole invece di ben altri tempi, competenze e mezzi diagnostici anche multidisciplinari;
- Considerato che il paziente è destinato alla detenzione presso il CPR di _____, struttura che ha solo un presidio sanitario di base h24 e che, quindi, risulta assente la possibilità di accedere tempestivamente a cure mediche specialistiche;
- Considerata la struttura e l'organizzazione del Centro di Permanenza per il rimpatrio di _____, caratterizzato dall'assenza di adeguate misure di prevenzione e cura di patologie e condizioni psicofisiche ostative alla vita in comunità ristretta;
- Considerati gli artt. 3, 6 e 24 del Codice di Deontologia Medica relativi all'appropriatezza delle prestazioni tecnico-professionali dei medici, nonché l'art. 32 dello stesso Codice secondo cui i medici sono tenuti a tutelare i soggetti vulnerabili dalla permanenza o dall'inserimento in un ambiente che non sia "idoneo a proteggere la loro salute, la dignità e la qualità della vita";
- Considerata la Legge del 22 dicembre 2017, n. 219 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"), che vieta accertamenti diagnostici, oltre che trattamenti, in assenza di informazione e raccolta del consenso del soggetto interessato;

nell'ambito di una valutazione complessiva, dell'esito clinico dell'accertamento da me effettuato alla luce delle evidenze ora illustrate, **esprimo in scienza e coscienza la valutazione di NON IDONEITÀ del paziente al trattenimento nel suddetto CPR.**

Luogo e Data

Il medico certificatore