

**Verbale per seduta del 04-03-2013 ore 11:00**CONSIGLIO COMUNALE
I COMMISSIONE

Consiglieri componenti la Commissione: Maurizio Baratello, Pierantonio Belcaro, Sebastiano Bonzio, Renato Boraso, Claudio Borghello, Cesare Campa, Giampietro Capogrosso, Antonio Cavaliere, Bruno Centanini, Pasquale Ignazio "Franco" Conte, Ennio Fortuna, Nicola Funari, Valerio Lastrucci, Marta Locatelli, Gian Luigi Placella, Andrea Renesto, Luca Rizzi, Emanuele Rosteghin, Gabriele Scaramuzza, Camilla Seibezzi, Christian Sottana, Raffaele Speranzon, Davide Tagliapietra, Gianluca Trabucco, Simone Venturini, Alessandro Vianello, Stefano Zecchi, Michele Zuin.

Consiglieri presenti: Pierantonio Belcaro, Sebastiano Bonzio, Claudio Borghello, Cesare Campa, Giampietro Capogrosso, Antonio Cavaliere, Bruno Centanini, Pasquale Ignazio "Franco" Conte, Ennio Fortuna, Marta Locatelli, Gian Luigi Placella, Andrea Renesto, Luca Rizzi, Emanuele Rosteghin, Gabriele Scaramuzza, Camilla Seibezzi, Davide Tagliapietra, Gianluca Trabucco, Giuseppe Caccia (convocato), Saverio Centenaro (sostituisce Michele Zuin), Sebastiano Costalonga (sostituisce Raffaele Speranzon), Luigi Giordani (convocato), Giacomo Guzzo (convocato), Jacopo Molina (convocato), Alessandro Scarpa (sostituisce Stefano Zecchi), Renzo Scarpa (convocato).

Altri presenti: Assessore Tiziana Agostini, Coadiutore del Sindaco per la Sanità, Dirigente Stefano Savini, Presidente dell'Ordine dei Medici, Dott. Maurizio Scassola, Presidente Associazione Italiana per le Decisioni di Fine vita Dott. Cristiano Samuelli, Consulta per la Tutela della Salute, Consigliere comunale Sebastiano Bonzio, Consigliera comunale Camilla Seibezzi, Consigliere comunale Giuseppe Caccia, Consigliere comunale Giacomo Guzzo, Consigliere comunale Jacopo Molina, Consigliere comunale Renzo Scarpa, Consigliere comunale Andrea Renesto, Consigliere Comunale Pierantonio Belcaro, Consigliere comunale Luigi Giordani.

Ordine del giorno seduta

1. Audizione del Presidente dell'Ordine dei Medici, Dott. Maurizio Scassola e del Presidente dell'Associazione Italiana per le Decisioni di Fine vita, Dott. Cristiano Samuelli sul tema dell'istituzione del Registro comunale dei Testamenti Biologici.
2. Audizione della Consulta per la Tutela della Salute sul tema dell'istituzione del Registro comunale dei Testamenti Biologici.
3. Discussione [dell'interpellanza nr. d'ordine 1243 \(nr. prot. 89\)](#) con oggetto "Istituzione Registro Testamento Biologico e sala per commiato laico.", inviata da Giacomo Guzzo
4. Prosecuzione esame della proposta di deliberazione PD n.493 del 23/07/2012 con oggetto:"ISTITUZIONE DEL REGISTRO COMUNALE DEI TESTAMENTI BIOLOGICI. APPROVAZIONE DEL "REGOLAMENTO COMUNALE PER IL REGISTRO DEI TESTAMENTI BIOLOGICI-DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO".

Verbale seduta

Alle ore 11.16, il Vicepresidente, Gianluca Trabucco, assunta la presidenza della Commissione e constatata la presenza del numero legale, dichiara aperta la seduta spiegando che la Presidente, Marta Locatelli, arriverà a breve. Dà la parola al Dott. Scassola.

DOTT. SCASSOLA (Presidente dell'Ordine dei Medici) spiega che i medici, in questa fase sono disorientati e che si aspettavano decisioni politiche che non sono arrivate, come la ratifica della Convenzione di Oviedo che non c'è ancora. C'è una cornice di estrema precarietà. Le Comunità si sono fatte carico di una vacanza dello Stato e devono farsi carico di rendere estremamente condiviso ciò che si sta facendo oggi in quanto sarebbe pericoloso che ogni singolo Comune adottasse il proprio Registro. Spiega che ci si trova di fronte a due autonomie, del paziente e del medico ed il Registro deve, responsabilmente, capire che si è di fronte a queste due autonomie. Il professionista deve essere libero da qualsiasi ingerenza politica perché la sicurezza e l'efficacia della cura è assicurata dal perfetto equilibrio fra queste due autonomie. Si è di fronte ad una questione piccola ma di grande valore. È un momento delicato ed invita la politica veneziana a farsi capo-cordata presso gli altri Comuni, affinché venga predisposto un documento comune che funga da volano per una legge nazionale. I medici fanno comunque riferimento alla Convenzione di Oviedo, anche in assenza della ratifica. Procede con la lettura della seguente relazione:" Il Codice di Deontologia Medica (CDM) è l'espressione condivisa, la sintesi, delle tante sensibilità e culture che rappresentano la ricchezza della professione medica. Il dibattito che si svolge nella nostra Comunità veneziana sul tema del Registro sui Testamenti Biologici è una grande occasione di

riflessione sui nostri valori comuni. Come Presidente dell'OMCeO della Provincia di Venezia ringrazio la Prima Commissione per l'invito a riferire sul punto di vista della Professione medica; come cittadino veneziano considero questo mio coinvolgimento una grande occasione di confronto e di impegno civile. Il CDM, nel complesso delle sue norme, orienta il medico all'interno dei principi che sostengono il suo agire garantendo dignità, libertà, appropriatezza e sicurezza alla persona che ha in cura. L'autonomia del cittadino si esprime come consenso, dissenso informato; questo è il punto di partenza di ogni relazione; la relazione tra persone si fonda sul riconoscimento di autonomia e pari dignità; la relazione tra medico e persona ammalata si fonda sul riconoscimento anche del ruolo, delle competenze, delle responsabilità e della autonomia della professione medica. In questo delicato equilibrio il medico ha molti più obblighi delle altre persone perché deve curare ed è proprio in questa visione di responsabilità di ruolo che il medico deve essere tutelato nel rispetto della propria libera, autonoma e responsabile professione di aiuto. Il CDM non è un mero strumento di tracciabilità contrattuale ma è lo strumento di garanzia che unisce gli interessi della persona all'agire medico. Un Ordine Professionale ha significato di esistere solo quando traduce la vigilanza sulla Professione nell'ottica della responsabilità verso la persona assistita (questa è vera, concreta alleanza terapeutica). Sottolineo ancora come il moderno esercizio della Professione debba esprimersi attraverso i grandi principi etici che nell'ambito specifico della mia relazione sono sostanzialmente il principio di autodeterminazione della persona e il principio di autonomia e responsabilità del medico. Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ha ribadito (Documento del Consiglio Nazionale della FNOMCeO sulle DAT del 2009) "...che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini:

1. Sul piano tecnico professionale, deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza e appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile
2. Sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla Costituzione
3. Sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia della nostra Deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo...".

La persona incapace a manifestare le proprie volontà è esponenzialmente fragile e pone al medico questioni ineludibili come l'offerta di un progetto di cura efficace e proporzionato nell'ottica del raggiungimento di una più dignitosa qualità della vita e del fine vita (accompagnamento nella costanza della cura). Lo sviluppo delle tecniche e delle procedure di mantenimento delle funzioni vitali o di recupero in emergenza delle funzioni vitali poi sostenute per un tempo indeterminato pone alla nostra attenzione situazioni sempre più frequenti: pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti. Le DAT intervengono anche in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso che, al momento informato, consapevole e capace, dichiara (ora per allora) i suoi orientamenti per l'eventualità di una sua sopravvivenza in condizioni di irreversibile incapacità a esprimere le proprie volontà. Gli articoli 35 – 36 – 37 – 38 – 39 del CDM entrano profondamente nel merito delle questioni in essere e pongono anche la questione, alcune volte drammatica, del bilanciamento degli interessi: autonomia del medico e autonomia della persona assistita non sono ontologicamente conflittuali. E' d'altra parte evidente che la presa in carico di queste fragilità non può essere lasciata al solo intervento medico ma necessita di una assunzione di responsabilità globale: la presa in carico della Comunità. Riprendo in mano il documento della FNOMCeO per formulare alcune conclusioni sulle DAT: il CDM ha forza giuridica e etica e le sue previsioni (in via di ridefinizione nel Nuovo CDM che presumibilmente verrà approvato a fine 2013) sono idonee a orientare e legittimare le decisioni assunte dal medico in alleanza terapeutica con la persona ammalata. Chiediamo al legislatore ma anche alle istituzioni che vanno a deliberare Registri sui Testamenti Biologici di intervenire con leggi, normative e strumenti miti senza invadere l'autonomia dei soggetti coinvolti nella relazione di cura che ha in se le dimensioni etiche, civili, giuridiche e tecnico professionali per garantire l'individuo e al collettività. In estrema sintesi:

1. Vanno definite le condizioni nelle quali le DAT assumono valore giuridico di espressione di una persona capace ovvero quelle condizioni che configurano una incapacità ad esprimere volontà attuali;
2. Le DAT possono essere revocate o aggiornate in qualsiasi momento e non possono contenere volontà eutanasiche e richiesta di trattamenti futuri o sproporzionati;
3. Le DAT vanno attualizzate prevedendone una scadenza temporale al termine della quale la persona deve essere allertata e invitata a espletare il loro rinnovamento (confirmatorio o integrato da nuove volontà);
4. Le DAT vanno contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale al fine di rivalutare le condizioni cliniche che le hanno suggerite;
5. Negli stati vegetativi si devono attuare tutte le migliori pratiche cliniche e le migliori evidenze scientifiche che devono essere validate in protocolli diagnostico-terapeutici a livello nazionale;
6. La nutrizione e la idratazione artificiale sono trattamenti di esclusiva competenza medica e indicano procedure con rischio clinico; devono essere precedute dal consenso informato in ragione dei rischi connessi alla loro preparazione e assunzione nel tempo.

Desideriamo sottolineare come i Registri sui Testamenti Biologici devono essere inseriti nella presa in carico della Comunità che si esprime concretamente con l'adozione di tutti gli strumenti appropriati dal punto di vista assistenziale, delle risorse finanziarie, strutturali e organizzative, del rispetto della legislazione e delle normative. I Registri dovrebbero rappresentare anche uno strumento di accesso ai diritti; dobbiamo prioritariamente analizzare i bisogni delle persone e del loro contesto familiare per sostenere le loro fragilità inserendole in un progetto di protezione socio-assistenziale. Solo con questa premessa i Registri diverranno un vero strumento di attuazione delle volontà per un progetto di vita degna. Il Comune di Venezia come Capoluogo ha una responsabilità di leadership istituzionale e potrebbe farsi promotore di tutte le iniziative atte ad uniformare, sul Territorio metropolitano, gli strumenti a garanzia del rispetto della autonomia della Persona come il Registro sui testamenti Biologici; questo rappresenta un esempio di buona pratica di convivenza civile e di sintesi intorno ai valori che ci caratterizzano come Comunità. L'OMCeO di Venezia si rende disponibile nel collaborare con il Comune di Venezia a sviluppare tutte le riflessioni che possano portare alla redazione di documenti e allo svolgimento di eventi per sviluppare, nella nostra popolazione e nelle istituzioni locali, un cammino pienamente

consapevole e responsabile sui temi dell'Etica dei comportamenti per il bene della persona e della collettività”.

Alle ore 11.30 entrano i Consiglieri Guzzo, Rizzi e Locatelli.

DOTT. SAMUELI (Presidente Associazione Italiana per le Decisioni di Fine vita) . Legge un intervento fatto a Venezia, nel 2009, in occasione della conferenza stampa di presentazione della petizione per la creazione di un Registro per i Testamenti Biologici a Venezia, di seguito riportata.

Venezia 30 luglio 2009 - Quando pochi giorni fa mi è stato illustrato il progetto di creare un registro comunale dei testamenti biologici anche a Venezia, ho accettato di sottoscriverlo per vari motivi. Come cittadino innanzitutto che riconosce l'autorità del Parlamento in materia legislativa. Per questo mi richiamo all'art.6 del testo sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento attualmente in discussione alla Camera e nello specifico al paragrafo 1 dove si dice che “Le Dichiarazioni Anticipate di trattamento (DAT) non sono obbligatorie né vincolanti, sono redatte in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenne, in piena capacità di intendere e di volere dopo una compiuta e puntuale informazione medico clinica” ed all'articolo 3 dove si dice che “Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento devono essere formulate in modo chiaro, libero e consapevole, manoscritte o dattiloscritte, nonché sottoscritte con firma autografa”. Ritengo quindi che l'indicazione sia che tutte le Dichiarazioni Anticipate di trattamento debbano essere raccolte da un organo istituzionale meglio se locale che faccia da garante e da custode delle volontà sul fine vita dei cittadini. Inoltre un registro comunale dei testamenti biologici è importante perché nel rispetto del diritto di ogni persona di poter scegliere dà la possibilità di avere un luogo certo dove siano custodite le espressioni della volontà dei cittadini sia che vogliano utilizzare ogni risorsa della medicina sia che intendano accettare la fine naturale della vita, se un giorno perdessero la coscienza e con essa la possibilità di esprimersi. Questo dell'indipendenza dei cittadini nella scelta delle terapie è un diritto scritto nella Costituzione all'art 32 che recita “...Nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge...” e viene ripreso dall'art. 53 del Codice di Deontologia Medica, che afferma che: “Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi ... se è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative coercitive né collaborare a manovre coercitive di Nutrizione Artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla”. Come medico ritengo importante l'istituzione del registro comunale dei testamenti biologici anche rifacendomi al documento della Fnomceo redatto a Terni il 13 giugno 2009 ed in cui fra l'altro si dice che “Ai medici pertanto spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo della sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse”. Il medico deve creare un'alleanza terapeutica “quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli. L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.” Ecco l'utilità professionale per il medico di avere un luogo di riferimento in cui siano poste le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento dei cittadini che fossero oggetto delle sue cure in situazione di fine vita. Questo perché il medico nella sua attività professionale deve tenere conto del Codice Deontologico che recita all'art.35 “Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente” ed all'art.38 “Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato”. Le dichiarazioni Anticipate di Trattamento intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato, consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desideri o non desideri essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà. “Tali dichiarazioni” continua il documento della Fnomceo “vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione. In tale contesto vanno chiaramente definite le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà “capace”, ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell'ambiente configuranti quindi una incapacità ad esprimere volontà attuali.” Sicuramente un registro comunale dei testamenti biologici dovrà prevedere l'individuazione della figura del “Delegato/Fiduciario”, che eserciti “una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.” Desidero sottolineare come questa circostanza della richiesta di un registro comunale dei testamenti biologici sia anche l'occasione che fa capire come nel nostro Paese stia crescendo la consapevolezza di quello che sempre nel documento di Terni si dice cioè che “Le dichiarazioni anticipate rappresentano scelte libere e consapevoli che possono essere in ogni momento revocate o aggiornate e non devono contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futuri e sproporzionati (accanimento terapeutico).” In questo senso aggiungo che, come è stato scritto sui giornali dopo il Secondo Simposio Nazionale sulle decisioni di fine vita del maggio 2009, “tra un nichilismo terapeutico ed un accanimento si colloca la desistenza terapeutica come espressione di quell'etica dell'accompagnamento che è in sintonia con la deontologia medica.” Ricordo che con desistenza terapeutica si intende l'atteggiamento terapeutico con il quale il medico desiste dalle terapie futuri ed inutili e che ha la sua base nel concetto di accompagnamento alla morte secondo dei criteri bioetici e di deontologia medica già stabiliti.

Agosto 2008. “Chi di voi ha passato qualche giorno nelle stanze dove vivono le tante Eluane?”, “Chi di voi vorrebbe sottoporsi a tutto questo senza avere alcuna percezione del mondo e senza una ragionevole speranza di recuperare

l'integrità intellettuale? Io non lo vorrei, lo confesso. E se mi capitasse vi prego di tenere in considerazione queste parole". Così disse il Sen. Ignazio Marino e per la prima volta un testamento biologico entra a far parte degli atti del Senato.

PRES. LOCATELLI ringrazia i due medici per gli interventi e chiede loro di poter acquisire agli atti le rispettive relazioni.

CONTE chiede di poter acquisire l'intera relazione, compresa quella del convegno del 2009, del Dottor Samuelli e la relazione del Dottor Scassola.

SEIBEZZI chiede se esista un equivalente del codice deontologico o del contenuto degli articoli 16 e 17 nei paesi in cui viene praticata l'eutanasia. Ritiene serva, in una sede politica, una approccio assolutamente laico.

Alle ore 11.40 esce il Consigliere A. Scarpa

DOTT. SAMUELI fa una distinzione fra malati terminali e malati inguaribili. Riporta il pensiero del Dott. Luciano Orsi il quale afferma che tutta la recente discussione di bioetica parla di eutanasia come l'uccisione del paziente da parte del medico. L'eutanasia non ha nulla a che vedere con la desistenza. Aggiunge che il principio di fondo è che il medico non può praticare l'eutanasia in quanto previsto dal codice di deontologia medica. Ricorda i casi di Eluana Englaro e Piergiorgio Welby in cui i medici furono scagionati perché non si trattava di eutanasia ma di desistenza. Nell'alleanza terapeutica si fa un percorso condiviso fra paziente e medico. Per questo motivo, se nella dichiarazione si scrive di voler ricorrere all'eutanasia, ciò non si potrebbe fare per motivazioni etiche, deontologiche e legali. Fa alcune considerazioni sulla terapia del dolore e sull'uso della morfina che non deve essere criminalizzato.

Alle ore 11.50 entrano i Consiglieri R. Scarpa e Belcaro ed esce il Consigliere Borghello.

Alle ore 11.55 esce il Consigliere Costalonga.

PLACELLA sembrerebbe che il codice definisse in modo netto i limiti del professionista e sembrerebbe esaustiva dei passaggi del comportamento del medico. Chiede dove possa nascere la contrapposizione fra il codice di deontologia ed una Legge nazionale. Chiede dove si configura la possibilità dell'obiezione di coscienza ed infine, ritiene di doversi riferire, da laico, solo alla Costituzione, che è la bibbia laica per eccellenza.

CONTE non ritiene ci sia una gerarchia o una connivenza delle fonti.

DOTT. SCASSOLA spiega che esiste una eterogeneità dei codici e che c'è un tentativo di fare un codice europeo, un codice comune. È giusto che ogni comunità rifletta all'interno del proprio ambito. C'è bisogno di uno strumento che sia in grado di delimitare senza vincolare i due soggetti, paziente e medico. Invita, come comunità veneziana, a porre la questione anche a livello nazionale. Risponde al Consigliere Placella affermando che questo drammatico contrasto c'è quando manca uno strumento che dia delle linee guida. Spiega che si può accelerare il processo che porta alla morte del paziente anche alimentandolo ed idratandolo, facendolo tra l'altro soffrire. Invita, pertanto, a non prendere posizioni pregiudiziali nei confronti della nutrizione e dell'idratazione.

Alle ore 12.20 escono i Consiglieri Tagliapietra e Belcaro.

DOTT. SAMUELI l'idratazione e l'alimentazione, così come sono concepiti, sono atti medici e se il paziente li rifiuta ed il medico acconsente, quest'ultimo va contro il codice deontologico.

CENTANINI chiede se alimentazione ed idratazione, in certi casi, possano essere un inutile allungamento della vita. Invita ad una attenta riflessione su questo perché è vero che ci sono persone inguaribili ma non è vero che ci sono persone incurabili. Spiega com'è stato affrontato in Francia il problema del fine vita. Legge il rapporto fatto dal presidente onorario dei bioetici, Didier Sicard, a capo della commissione incaricata, dal Presidente francese Holland, di valutare l'introduzione di un'assistenza medicalizzata per concludere dignitosamente la vita. "Sarebbe illusorio pensare che l'avvenire dell'umanità si riassume nell'affermazione, senza limite, di una libertà individuale dimenticando che la persona umana non vive e non si inventa che nel legame con altri e dipende da altri. Un vero accompagnamento alla fine della vita non ha senso che nel quadro di una società solidale che non si sostituisce alla persona ma le testimonia ascolto e rispetto alla fine della sua esistenza". Si deve tener conto della diversità fra la libertà individuale e la società solidale. Ricorda che ogni religione ha un diverso pensiero e punto di vista. Chiede al Dott. Samuelli di chiarire il concetto secondo il quale ai medici sono vietate le terapie che accelerino il fine vita. Propende per documenti molto semplici, tipo quello della Fondazione Veronesi.

DOTT. SAMUELI afferma che si deve lavorare sempre nell'alleanza terapeutica medico-paziente e anche l'uso della morfina, in quest'ottica, va bene anche se è vero che alti dosaggi possono portare alla morte del paziente. Sottolinea che qualunque atto medico è soggetto al consenso informato ad alla volontà del paziente. Ritiene che il testamento biologico dovrebbe essere calibrato assieme al professionista.

Alle ore 12.33 esce il Consigliere Rizzi.

MALAGUTI (Pres. Consulta per la Tutela della Salute) informa che la questione è stata sottoposta agli esperti in seno alla Consulta, uno dei quali medico, e delle associazioni di volontariato.

Alle ore 12.35 esce il Consigliere Fortuna.

LEDA COSSU ricorda fine vita è una condizione umana. Di tutta il documento, salvano la prima pagina e quella relativa al fiduciario. Anche le parole hanno una loro valenza e se questo protocollo serve ad aprire dei dibattiti, va bene ma se crea un vincolo non va più bene. Rileva il problema delle relazioni umane e di alleanza col medico e con gli infermieri professionali che vanno salvaguardate. Rileva che negli ospedali c'è una prevalenza del personale medico. Chiede la possibilità di portare i morenti nelle proprie abitazioni. Il questionario sul dolore è fatto in modo inadeguato e non tiene conto di altri disagi. Lascerebbe la libertà di cura, di relazione umana ed il non prevalere del ruolo del medico. Non si può fare un affidamento generalizzato ma si deve poter scegliere il medico. Sul "fine vita" ci si deve occupare dell'agio e del disagio e vanno richieste le risorse necessarie.

Alle ore 12.45 rientra il Consigliere Costalonga.

SCARAMUZZA compito di una legge è quello di coprire una vacanza e costruire e garantire quella riserva entro la quale si incontrino volontà del malato ed autonomia del medico. Chiede ai due medici di capire rispetto agli elementi di base delle dichiarazioni, quali questi possano essere. Si deve avere il coraggio di costruire un percorso collettivo su questi temi. Ci si deve commisurare con la morte quale modo di stare al mondo.

Alle ore 12.55 esce il Consigliere Campa.

SEIBEZZI ha trovato importante il contributo dei medici. Nella composizione eterogenea dei codici esistenti chiede qual è il denominatore comune che fa sì che la coscienza di un medico svizzero sia più libera di quella di un medico italiano e quale sia il codice a maglie più larghe.

Alle ore 12.58 esce il Consigliere Capogrosso.

CONTE ritiene che oggi i due medici abbiano facilitato la convergenza in un'ottica, appunto, di convergenza. Invita a non cedere ad una prospettiva di eutanasia causata, molte volte, dalla solitudine del malato e della sua famiglia. Oggi è sortito il concetto che non è mai in gioco il rispetto del termine naturale della vita. Gli è parso interessante l'intervento del Consigliere Centanini che ha affermato che il diritto soggettivo non deve prevalere sul diritto della società civile. Chiede in quale modo si possa accompagnare la proposta di deliberazione con atti (ordini del giorno) che la possano aiutare nel suo percorso.

TRABUCCO prova a tornare sul provvedimento tralasciando questioni di etica, di fede o di convincimenti personali. Chiede un approfondimento di quanto si vuol fare col provvedimento anche in relazione al contenuto dell'articolo 35 del codice di deontologia medica. Chiede come si inquadra ciò che si sta facendo col contenuto del succitato articolo. Ricorda che nella Commissione in cui furono auditi l'Ordine dei Notai e degli Avvocati sortì la necessità di non avere un modello prestampato. Chiede come si debba configurare il consenso informato rispetto alla volontà anticipata. Non si sta facendo una delibera sul fine vita. Oggi, il tentativo è quello di rompere la gabbia di chi spesso è costretto a subire limitazioni della propria volontà e talvolta è costretto ad emigrare. È importante che il Comune di Venezia costruisca il ruolo dell'Amministrazione come prossimità col territorio. Ricorda l'esigenza della figura del medico nell'atto della stesura del testamento biologico.

CACCIA le tre testimonianze sono convergenti verso il concetto che al centro di tutto si deve mettere la persona, coi suoi diritti ed i suoi bisogni. Il punto più delicato è quando ci si trova di fronte a persone che non sono più in grado di esprimere la propria volontà. Lo strumento che si vuole adottare deve aiutare chi non è in grado di esprimere tale volontà. Si deve capire bene il ruolo della figura del fiduciario. Le audizioni di oggi rafforzano la necessità di dotarsi di questa figura. Lo convince l'approccio di tipo metropolitano evitando, però, che le competenze si sovrappongano e diventino un sovraccarico nelle scelte delle persone.

ASS. AGOSTINI ringrazia gli auditi che hanno riportato alla concretezza dell'esistenza delle persone. Il lavoro svolto in Commissione rischiava di creare una pericolosa deriva ideologica. Ritiene che, nella comunità veneziana, il dibattito sia maturo. Verrà fatto un atto amministrativo che sarà da stimolo per l'intero Paese. Sul piano concreto, si sposta il Registro da un servizio anagrafico, non possibile perché delegato dallo Stato, all'Ufficio Relazioni col Pubblico. Attendono positivamente gli esiti di questa Commissione in un'ottica di laicità che deve caratterizzare la Pubblica Amministrazione.

PRES. LOCATELLI comunica che, visto il protrarsi della Commissione, l'interpellanza iscritta al secondo punto dell'ordine del giorno.

Alle ore 13.20 esce il Consigliere Placella.

DOTT. SCASSOLA lo strumento deve essere visto come un percorso di sintesi e di arrivo. L'Europa ha sistemi e politiche antropologicamente diversi da quelli italiani. Su questo si inserisce il ruolo del medico all'estero che, molte volte, è un ruolo consulenziale. È un micro problema dal punto di vista dell'individuo ma un macro problema per la comunità e per la sua capacità di farvi fronte. Rileva, in questa Commissione, la mancanza degli infermieri professionali e degli assistenti sociali ma il responsabile ultimo della bontà e della concretezza delle cure rimane il medico. In questo provvedimento, gli allegati non dovrebbero esistere. L'Ordine dei medici, che presiede, si offre per entrare nel merito di questo strumento e per dare la propria collaborazione. Vede di buon occhio il ruolo dei notai ma solo se inserito in un contesto di lavoro di squadra.

DOTT. SAMUELI è vero che il pensiero dell'Europa è diverso da quello dell'Italia ma si deve tener conto anche dell'Olanda che è al top nelle cure palliative e l'Italia deve fare uno sforzo in questo senso. Si deve essere chiari su cosa il cittadino andrà a decidere con le D.A.T.. Nel campo del fine vita si deve parlare anche di equità. In Italia il medico è tenuto a dare la miglior terapia esistente. Non è così in altri paesi.

PRES. LOCATELLI ringrazia e rinnova la richiesta di poter avere la sintesi degli interventi e delle relazioni.

CENTANINI consegna alla Segreteria il modello della Fondazione Veronesi.

PRES. LOCATELLI alle ore 13.40, esaurito l'ordine del giorno, dichiara chiusa la seduta.