



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

REGIONE DEL VENETO



ULSS3  
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO



ULSS4  
VENETO ORIENTALE



# FRONTIERE DELLA CURA, CONFINI DELL'ESISTERE DIALOGHI SUL FINE VITA TRA ETICA, MEDICINA E SOCIETÀ

**SABATO 16 MAGGIO 2026**

Centro Pastorale Cardinal Urbani | Via Visinoni 4/C | Zelarino Venezia

**ORE 9.30 | LA DISTINZIONE TRA CURA E GUARIGIONE:  
DEFINIRE L'ETICA DEL "PRENDERSI CURA" (TO CARE)  
ANCHE QUANDO NON È PIÙ POSSIBILE "GUARIRE" (TO CURE)**

Cristiano Samueli, Vicepresidente OMCeO Venezia



# GIOVANNI PAOLO II

*«L'atteggiamento davanti al malato terminale  
è spesso il banco di prova  
del senso di giustizia e di carità,  
della nobiltà d'animo, della responsabilità  
e della capacità professionale  
degli operatori sanitari,  
a cominciare dai medici».*

- ❖ **Art. 13 della Costituzione:** *sancisce l'inviolabilità della libertà personale che può essere soggetta a restrizione solo in presenza di un atto volontario dell'autorità giudiziaria e solo nei casi e nei modi previsti dalla legge;*
- ❖ **Art. 32 della Costituzione:** *nel tutelare il diritto della persona alla salute, afferma che nessuno può essere sottoposto ad un determinato trattamento sanitario, contro la sua volontà, e fatto salvo che lo stesso non sia previsto come obbligatorio per espressa disposizione di legge.*



Ogni dibattito dovrebbe iniziare con la domanda: che significato preciso vogliamo dare alle parole che concordiamo di utilizzare?

Ma questo raramente accade.

Emile Poulat

Dir. Resp.: Roberto Papetti



## «No alla morte aiutata e no all'accanimento»

*Cristiano Samuelli presidente di "Decisioni Fine Vita": «Più dialogo fra medici, pazienti, famiglie»*

**Annamaria Bacchin**

È il presidente nazionale dell'Associazione per le Decisioni di Fine Vita e, da molti anni, prende le distanze tanto dall'eutanasia quanto dall'accanimento terapeutico. Per Cristiano Samuelli (in foto), medico veneziano, esiste infatti un unico percorso possibile per chi si trova ad affrontare una malattia inguaribile: l'accompagnamento sostenuto non solo da terapie farmacologiche, ma anche dalla terapia del dolore, dal supporto psicologico e dal conforto religioso. «Non bisogna mai confondere il termine "inguaribile" con "incurabile" – sottolinea Samuelli - Perché un paziente deve essere sempre curato; anche, e soprattutto, quando la patologia non lascia spazio ad un'eventuale guarigione».

**Il Nordest, intanto, sembra essersi schierato favorevolmente sul tema della "buona morte": quasi il 70% della popolazione pare sia d'accordo sull'eutanasia.**

«Credo non ci sia un'adeguata consapevolezza, o coscienza sufficiente formata, su questo argomento così importante, che meriterebbe invece di essere maggiormente approfondito in veri e propri dibattiti pubblici. Forse si capirebbe che l'eutanasia presuppone innanzitutto un gesto agghiacciante: un medico che uccide un paziente, che volontariamente l'ha chiesto. Non c'è mol-

to altro da raccontare. Mentre, molto da dire c'è su tutti gli itinerari alternativi grazie ai quali una persona che soffre può arrivare alla fine della propria esistenza».

**Quando si parla di malati terminali, purtroppo, emerge anche la questione dell'accanimento terapeutico.**

«L'accanimento terapeutico non deve essere chiaramente un percorso da seguire, come tra l'altro recita l'articolo 16 del codice deontologico dei medici; e questo vale sia per il "fine vita" con esagerate ed inutili chemio o radioterapie, ma sarebbe ovviamente accanimento terapeutico anche prescrivere 30 giorni di antibiotici per un banale raffreddore. E di accanimento si può parlare anche in fase diagnostica. Prescrivendo troppe ed inutili indagini ad un paziente. Insomma, il codice deontologico e l'etica di ciascuno impone saggezza ed equilibrio. E, se i pazienti iniziassero a studiare un po' il codice deontologico dei medici sarebbe certamente un passo in avanti nella conoscenza e nella consapevolezza».

**Quanto conta il rapporto tra medico e paziente nel percorrere itinerari terapeutici efficaci ed adeguati?**

«La relazione tra paziente e medico deve basarsi sulla reciproca fiducia che giunge da un'informazione comprensibile e completa da parte del medico

e dalla libertà di scelta del paziente di seguire le raccomandazioni».

**Informare e comunicare significa anche spiegare che, oltre alla terapia farmacologica, esistono altre cure per chi si trova ad affrontare una patologia non guaribile. Come la terapia del dolore.**

«L'Italia è penultima in Europa per utilizzo di morfina ed oppiacei nella terapia del dolore. La ragione? Non la conosco. Probabilmente si vive di timori che la morfina possa provocare gravi danni all'uomo. Ma è chiaramente una questione di somministrazione. Anche l'aspirina se presa in dosi eccessive può essere pericolosa».

**In Olanda circa 15mila persone l'anno muoiono per eutanasia. Quasi il 4% dei decessi.**

«E ora c'è di più, purtroppo: recentemente è stata proposta una legge per consentire l'accesso alla "morte assistita" anche a chi -non malato terminale- considera semplicemente "esaurita" la propria vita e quindi intende porvi fine. Forse, si dovrebbe fare una legge per arginare solitudine e depressione della popolazione, specie degli anziani. L'istinto umano, del resto, è votato sempre alla sopravvivenza. E quando questo istinto viene meno il problema non è solo medico ma di reti familiari e sociali inesistenti».

# Accanimento terapeutico

“...la persistenza nell’uso di procedure diagnostiche così come pure di interventi terapeutici, allorchè è comprovata la loro inefficacia ed inutilità sul piano di un’evoluzione positiva e di un miglioramento del paziente sia in termini clinici che di qualità della vita.”

CNB: “Questioni Bioetiche relative alla fine della vita umana”; 14/7/1995

Dal concetto di “ACCANIMENTO TERAPEUTICO” a quello di “PROVVEDIMENTI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI INAPPROPRIATI PER ECCESSO”

“Provvedimenti che **non sono in grado di contrastare un processo di morte** a breve termine ma che **possono solo prolungare la fase finale della malattia inguaribile senza un miglioramento della qualità della vita;**

essi si definiscono come **cl clinicamente futili** e la loro applicazione non deve essere né prospettata né attuata”

## Art. 16

### Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

*Codice di Deontologia medica 2014*

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

Giovanni Paolo II  
*Lettera enciclica Evangelium vitae*  
(25 marzo 1995)

Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare **se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento.**

**La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia;** esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

Tutta la più recente riflessione bioetica identifica l'“**eutanasia**” con qualsiasi **azione che porta intenzionalmente e deliberatamente a morte il malato per porre termine con esso alla sua sofferenza**. Per “eutanasia”, nell'accezione più appropriata del termine, si deve quindi intendere esclusivamente la **soppressione intenzionale della vita di un paziente**.

Nulla a che vedere quindi con la **desistenza da provvedimenti terapeutici che abbiano come unica conseguenza il prolungamento del processo del morire, e con esso l'agonia del malato terminale, senza alcuna utilità per il malato stesso**.

Questo errore porta a confondere il “**lasciar morire**” (appropriata desistenza o limitazione terapeutica) un paziente terminale, senza travolgerlo con trattamenti per lui di nessuna utilità, con il “**dargli la morte**” (eutanasia in senso stretto).

*Dott. Luciano Orsi*  
*direttore Unità Terapie Palliative*  
*Ospedale Maggiore di Crema*



## ARTICOLO 17

nuovo codice di deontologia medica

### “Eutanasia”

*Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocarne la morte.*

Negli ultimi 40 anni il **progresso tecnico-scientifico** ha fornito al medico di Terapia Intensiva nuove possibilità di intervento sui pazienti in condizioni critiche, come l'abolizione della coscienza mediante sedazioni prolungate o la sostituzione di funzioni vitali come la respirazione e la pompa cardiaca, oppure la possibilità di diagnosticare la morte con criteri neurologici, rendendo così possibile il trapianto di organi.

- ✓ Queste nuove possibilità pongono il delicato problema di **quando sia opportuno porre dei limiti alle cure intensive.**
- ✓ In questo contesto si è inserito sempre più il concetto di *desistenza terapeutica.*

La finalità dei trattamenti effettuati in Terapia Intensiva è quella di sostenere temporaneamente le funzioni vitali di un organismo gravemente malato. **Può accadere che non sia più curabile** e ciò rende la sostituzione delle funzioni vitali progressivamente inefficace, **fino a constatare il sicuro insuccesso dei trattamenti in atto**. Quando ciò accade, diviene addirittura ***doveroso desistere da quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia*** del malato giunto alla fase terminale.



## Dott. Davide Mazzon

- coordinatore della Commissione di Bioetica della SIAARTI,
- componente del Comitato Bioetico del Veneto,
- direttore del Reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Belluno.

# OMCeo

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI  
MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Anno XXXIX - n. 85 del 5 ottobre 2007 - Euro 0,90  
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003  
conv. L. 46/2004 art. 1, comma 1, DR Venezia

**Tempo di verifiche,  
tempo di scelte**

**L'arte del compromesso**

**Un innovativo progetto  
nella AULSS 13**

**Lettera aperta del  
Presidente Nazionale CAO**

**Desistenza terapeutica**

**Parere del fiscalista su  
parcelle odontoiatriche**



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

05.07



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

## CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE

### *Dichiarazione Iura et bona sull'eutanasia*

(5 maggio 1980)

**Nell'imminenza di una morte inevitabile** nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di **rinunciare a trattamenti** che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, **senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi**. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo.

# Desistenza Terapeutica

“desistenza da trattamenti e accertamenti futili  
senza abbandono del paziente inguaribile”

# È lecita la desistenza terapeutica?

Dal punto di vista della morale teologica filiale la **desistenza terapeutica** va giustificata non in forza di una volontà autoponentesi, non per imposizione di forza di una libertà (del paziente) contro un'altra libertà (del medico) e conseguente rottura delle relazioni, ma proprio perché nella relazione di fraternità che accomuna il medico, il paziente e i familiari, si riconosce a partire da dati il più possibile oggettivi (la sproporzione delle cure, ad esempio) la volontà dell'unico Padre, ossia che quanto finora indirizzato alla cura della salute, è giusto si trasformi in una relazione – attenta, delicata e compassionevole – di **accompagnamento** alla morte.

Don Corrado Cannizzaro

**La desistenza terapeutica  
trova il suo fondamento  
nell'etica dell'accompagnamento**

La strategia dell'accompagnamento consiste nel:

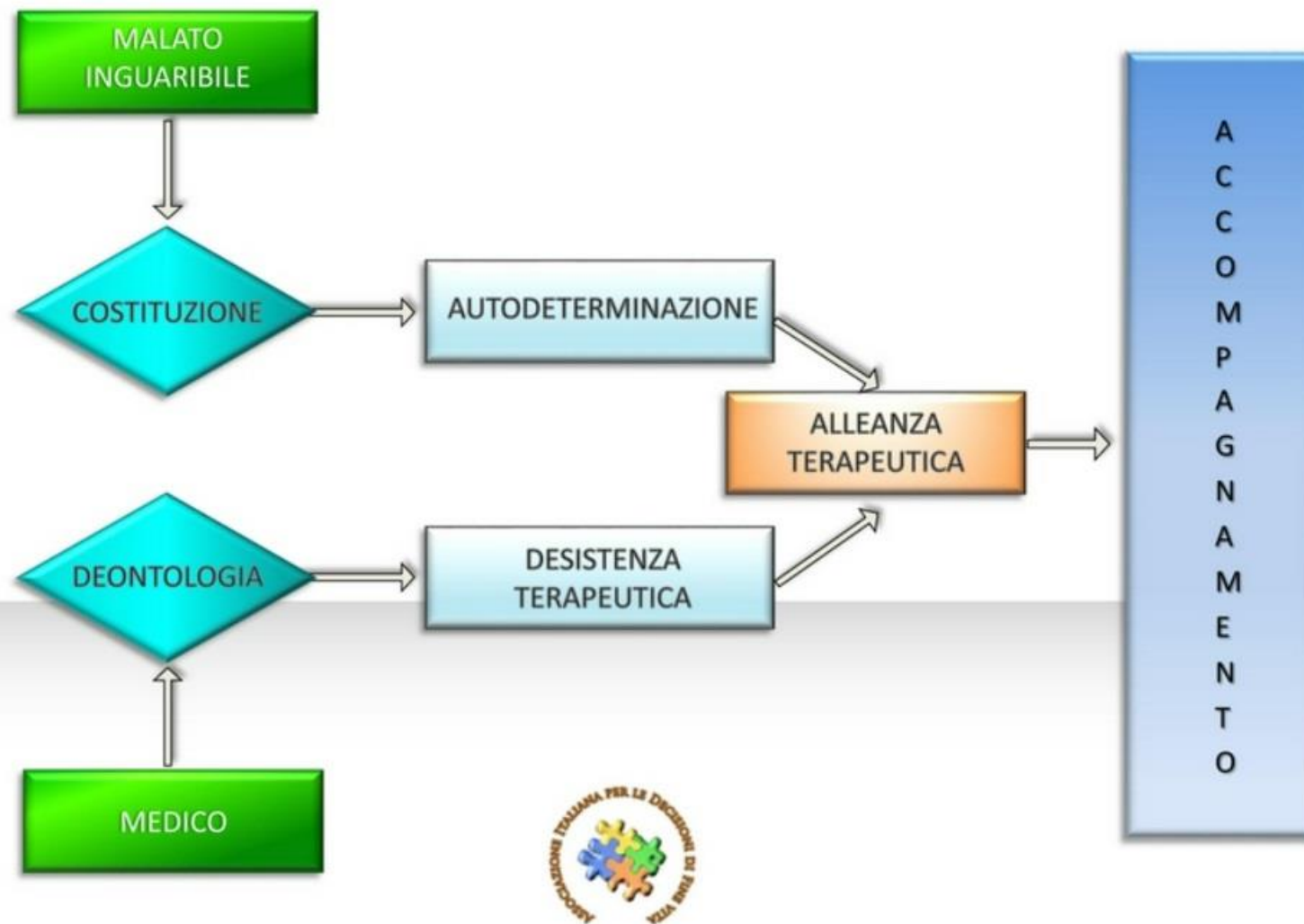
- **riconoscere i limiti della medicina** decidendo di **astenersi o interrompere trattamenti sproporzionati**;
- **spostare gli obiettivi terapeutici dal "guarire" al "prendersi cura"**, orientando gli interventi in un attento ascolto dei desideri del paziente;
- **restare vicini al malato inguaribile** dandogli la possibilità di esprimere i suoi sentimenti;
- **rispettare il tempo del morire** facendo fronte alla tentazione di affrettarne il decorso.

## Prof. Corrado Viafora

Professore di Bioetica presso la Facoltà di Scienze della Formazione e la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Padova dove è anche direttore del Corso di Perfezionamento in Bioetica



## FLOWCHART DELL'ACCOMPAGNAMENTO



Cristina Ferro  
Cristiano Samuelli

# LA DESISTENZA TERAPEUTICA

Il nuovo Approccio al FINE VITA

 youcanprint

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI VENEZIA

REGIONE DEL VENETO



ULSS3  
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO



ULSS4  
VENETO ORIENTALE



# FRONTIERE DELLA CURA, CONFINI DELL'ESISTERE DIALOGHI SUL FINE VITA TRA ETICA, MEDICINA E SOCIETÀ

**SABATO 16 MAGGIO 2026**

Centro Pastorale Cardinal Urbani | Via Visinoni 4/C | Zelarino Venezia

**ORE 9.30 | LA DISTINZIONE TRA CURA E GUARIGIONE:  
DEFINIRE L'ETICA DEL "PRENDERSI CURA" (TO CARE)  
ANCHE QUANDO NON È PIÙ POSSIBILE "GUARIRE" (TO CURE)**

Cristiano Samueli, Vicepresidente OMCeO Venezia