



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



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

Giovanni Leoni

Presidente OMCeO Venezia - Vicepresidente FNOMCeO



Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



In Italia esiste il diritto di morire?

Lunedì 20 Marzo 2023 17:30 - Aula Magna

Programma accademico

Convegno sul "fine-vita" dedicato alla socia Maria Luisa Semi

In Italia esiste il diritto di morire?

Introduce e coordina **Antonella Magaraglia**

Interventi di Illo Mannauci Pacini, Antonio Da Re, Giovanni Leoni, Cristina Zorzi

In Italia esiste il diritto di morire?

Giovanni Leoni

Presidente OMCeO Venezia - Vicepresidente FNOMCeO

UN PROBLEMA DELLA MEDICINA: IL CLINICO, OGGI, FRA PERSONA E MOLECOLE

Il medico non ha a che fare soltanto con un circuito elettrico , sia pure estremamente complesso, ma con un suo simile, con una *persona* che vive, spera, progetta, ama, si dispera, detesta, esattamente come lui.

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Venezia

Cos'è l'Ordine

Le professioni di medico-chirurgo e di odontoiatra rientrano tra le professioni intellettuali c.d. “protette” per le quali la legge richiede la speciale abilitazione dello Stato e l’iscrizione in uno specifico Albo.

Il loro esercizio è sottoposto a precise condizioni, per la rilevanza sociale e la specificità delle competenze necessarie, che lo Stato vuole garantire ai cittadini nell’ambito della “pubblica necessità”.

L’Ordine professionale è stato quindi costituito con legge dello Stato come

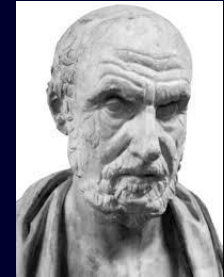
“Ente sussidiario dello stato con l’attribuzione di specifiche competenze” per garantire:

il corretto esercizio della professione dei soggetti in possesso dei requisiti voluti dalla legge,

il controllo della correttezza comportamentale del professionista nei confronti dei cittadini, e a tutela del decoro della professione.

Il **codice di deontologia medica** è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, **vincolanti** per gli iscritti all'ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale.

Il moderno giuramento professionale prende le mosse dal cosiddetto Giuramento di Ippocrate, il primo testo deontologico della storia della medicina.



Il rispetto della vita e della dignità del malato, la perizia e la diligenza nell'esercizio della professione: questi solo alcuni dei doveri che ogni medico deve rispettare.

Deontologia e medicina

- “mai come oggi, nella tormentata e contraddittoria epoca che stiamo vivendo vi è stato tanto **bisogno di deontologia**”
- “**Il bisogno di deontologia e di codici deontologici, cresce di pari passo con il progressivo venir meno di un’etica unanimemente condivisa**”

BUSNELLI F.D., Prefazione, in FINESCHI V. (a cura di), Il codice di deontologia medica, Giuffrè, 1996

Etica e Morale

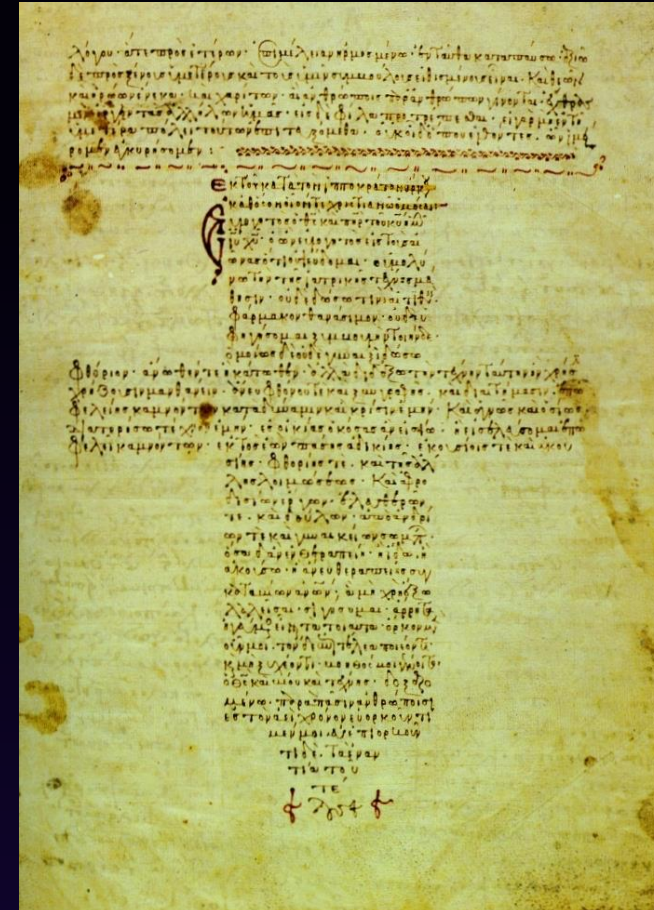
- In senso generale la morale può essere definita come **quell'insieme di valori e di regole**, su cui vengono elaborate norme di carattere generale a guida dei comportamenti umani, fondati sulla coscienza individuale e collettiva di ciò che è bene e di ciò che è male, condivise da un gruppo sociale in una determinata epoca storica, **in rapporto a un determinato pensiero religioso, filosofico, culturale, politico**: *la m. cattolica, socialista, islamica, ebraica, laica etc*

La Morale è soggetta a mutamenti nel corso della storia dell'umanità

- Inizio della vita (aborto)
- Disposizione della propria vita (suicidio, rifiuto di terapia)
- Disposizione della vita altrui (guerra santa)
- Schiavismo

L'etica medica appare più stabile della morale nei principi fondamentali che, nella cultura occidentale, si riconoscono nel giuramento di Ippocrate

- Giuro per Apollo medico e Asclepieo e Igea e Panacea
- Di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprendere, senza richiedere compensi né patti scritti
- Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa.



I principi dell' etica medica

Non maleficità : non fare il male

Giustizia : trattare gli uguali come uguali

Autonomia : rispettare la volontà del “paziente”

Beneficità : fare il bene del “paziente”

Il bene del paziente

- **Il bene biomedico:** il bene clinico, riferito solo agli aspetti strettamente biologici
- **Il bene soggettivo:** la percezione da parte del paziente del proprio bene nel momento e nelle circostanze particolari
- **Il bene del paziente in quanto persona,** il bene che corrisponde all'insieme dei bisogni della persona
- **Il bene ultimo:** il bene a cui il paziente dà il valore supremo, quello che ha il significato più importante per lui

**IL MEDICO E' TENUTO A PROMUOVERE IL PIU' POSSIBILE OGNUNO DI QUESTI
4 SIGNIFICATI DEL BENE**

E. Pellegrino - D. Thomasma, "Per il bene del paziente", Paoline Milano 1992

Scopi della medicina di costruzione sociale

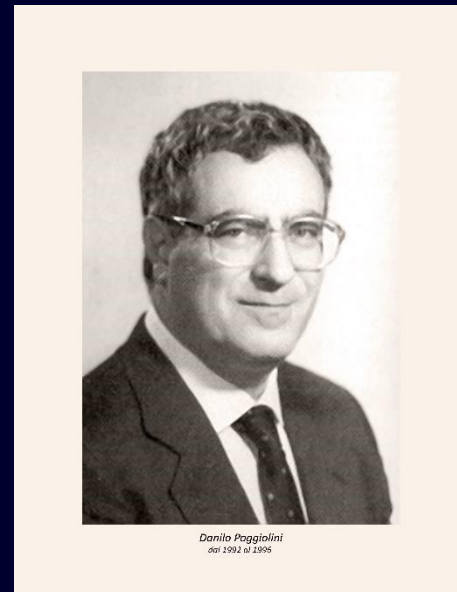
con il cambiare delle epoche e delle culture cambiano notevolmente anche la natura della medicina e i suoi scopi

di conseguenza, anche le **conoscenze e le abilità necessarie** nella pratica della medicina, **si modificano** nel tempo in base a cambiamenti della società

Codice di deontologia medica 1995

FNOMCeO

Presidente: Danilo Poggiolini



- **Divieto di accanimento terapeutico**
- **Introduzione dell'espressione "consenso informato" e del dovere di rispettare il dissenso**
- **Scompare il "privilegio informativo", pur con l'opportunità di "attenuare" l'informazione, fornendola «con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza»**

Codice di deontologia medica 1998

FNOMCeO

Presidente: Aldo Pagni



Il termine “**paziente**” viene sostituito con quello di “**cittadino**”

Sviluppo ed estensione degli articoli sul **consenso informato**; introduzione delle **volontà anticipate di trattamento**; dovere del medico di tener conto della **volontà espressa dal minore o dall’infermo di mente (Convenzione di Oviedo, 1997)**

Segreto professionale in linea con la **Legge sulla privacy (675/1996)**

Prescrizione e trattamenti: necessità di una diagnosi circostanziata, in linea con la normativa “contro” la **terapia Di Bella (23/1998)**

Introduzione del concetto di “**uso appropriato delle risorse**” come declinazione del **principio di giustizia ed equità**

Divieto di **pratiche non convenzionali** fuori dall’«esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico»

Codice di deontologia medica 2006

FNOMCeO

Presidente: Amedeo Bianco



- Ricezione della normativa sulla **RMA** (Legge 40/2004)
- Potenziamento norma sull'**educazione alla salute** e il **rapporto con l'ambiente**
- Ricezione circa il **trattamento dei dati sensibili** (Decreto Legislativo 135/1999)
- Introduzione del concetto di "**rischio clinico**"
- Sostituzione dei termini "clausola o cautela di coscienza" con quelli di "**autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica**"
- Introduzione della figura dell'**amministratore di sostegno** (Legge 6/2004)
- "**Direttive**" (non più "volontà") **precedentemente espresse**, «in modo certo e documentato», **ma sempre non vincolanti**
- Introduzione del dovere di **promuovere l'informazione e la cultura sui trapianti** (Legge 91/1999)

Art. 16 Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dalla persona assistita 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 inappropriato

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

#: variazioni dal CDM 2006

- eliminata l' espressione "accanimento terapeutico", contenuta nel titolo precedente
- esplicitati meglio i **doveri di non intraprendere né insistere** in **interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati** (nella versione precedente astenersi dall' ostinazione...)
- **la proporzionalità delle cure** è uno degli aspetti problematici della medicina, nei quali l' **etica può dare un contributo importante.**
- **"tenendo conto"** delle **volontà espresse in precedenza, che comunque non assumono carattere vincolante** (come vedremo nell' art. 38)
- nel prosieguo viene sottolineata l' **importanza del controllo efficace del dolore** e precisato che **il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso comportamenti finalizzati a provocare la morte.**

Art. 17 Atti finalizzati a provocare la morte

Il medico, anche su richiesta della persona assistita, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

#: art. 17 CDM 2006 titolava "Eutanasia"

ATTI FINALIZZATI A PROVOCARE LA MORTE

INDIRIZZI APPLICATIVI ALL'ART. 17 E CORRELATI AI SENSI DELLA SENTENZA 242/19 DELLA CORTE COSTITUZIONALE

La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare.

*APPROVATO ALL'UNANIMITA' DAL CONSIGLIO NAZIONALE
DEL 6 FEBBRAIO 2020*

Art. 17 Atti finalizzati a provocare la morte

Soltanto un medico potrà attestare la volontà del malato e con essa :

la presenza dei requisiti di carattere sostanziale che assumono rilievo in base alla sentenza n. 242/2019:

l'attualità dei trattamenti di sostegno vitale,
l'irreversibilità della patologia,
l'intollerabilità, dichiarata in modo credibile dal malato, delle sofferenze fisiche o psicologiche,

Tutto questo nonostante l'applicazione delle cure palliative.

Aiuto al suicidio

La Corte Costituzionale ha individuato una circoscritta area in cui l'incriminazione per l'aiuto al suicidio non è conforme alla Costituzione.

Si tratta dei casi nei quali l'aiuto riguarda una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale (quali, ad esempio, l'idratazione e l'alimentazione artificiale) e affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche,

ma che resta pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Se ricorrono tutte queste circostanze, oltre ad alcune condizioni procedurali,

E cosa cambierà, dunque, nella pratica?

“I Consigli di disciplina saranno chiamati a valutare ogni caso nello specifico, per accertare che ricorrano tutte le condizioni previste dalla sentenza della Corte Costituzionale – spiega Anelli -. Se così sarà, il medico non sarà punibile dal punto di vista disciplinare. In questo modo abbiamo voluto tutelare la libertà di coscienza del medico, il principio di autodeterminazione del paziente e, nel contempo, l'autonomia degli Ordini territoriali nei procedimenti disciplinari, correlandoli con la perfetta aderenza ai dettami costituzionali”.

“Abbiamo scelto di allineare anche la punibilità disciplinare a quella penale – spiega il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – in modo da lasciare libertà ai colleghi di agire secondo la legge e la loro coscienza. Restano fermi i principi dell'articolo 17, secondo i quali il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte. E ciò in analogia con quanto disposto dalla Corte, che, al di fuori dell'area dell'area delimitata, ha ribadito che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio ‘non è, di per sé, in contrasto con la Costituzione ma è giustificata da esigenze di tutela del diritto alla vita, specie delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento intende proteggere evitando interferenze esterne in una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio’.”

Art. 39 Assistenza alla persona con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla **sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze** tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali **finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.**

Cure palliative ovvero l'importanza di prendersi cura del pz critico

Alleviare il dolore

Lo si può realizzare migliorando in maniera puntigliosa la terapia farmacologica del dolore (**formazione**) ricordando che la sofferenza fisica non costituisce una scelta della persona .

Il dolore isola la persona, occupa la sua attenzione, deteriora l'esistenza residua

L'equipe professionale interviene in più momenti e **facilita questo compito**

Cure palliative

Sedare il dolore costituisce un obbligo fondamentale

Cercare la terapia ottimale con i minori effetti collaterali possibili

Ricorrere alla sedazione profonda solo quando non esiste altra alternativa.

Cure palliative

Decidere di sedare



Coinvolgere

Il malato

La famiglia

Spiegare che il sintomo refrattario non è più controllabile con la terapia in atto e che quindi è **necessario alterare lo stato di coscienza**

Cure palliative

Comprendere i bisogni

Il bisogno della verità è non tanto della malattia, quanto invece della prognosi, affinché il malato possa esercitare il principio della autodeterminazione.

Valutare i tempi del dire, venire alla sua verità.

La verità è semmai un punto di arrivo, mai di partenza

Cure palliative

Nelle Cure Palliative è fondamentale un corretto rapporto sia tra medici che tra le altre componenti professionali della equipe: infermiere, psicologo, oss, specialista.

In questo specifico campo l'**armonia del gruppo** rappresenta il punto di forza per il raggiungimento degli obiettivi di salute che in questo caso sono rappresentati dal prendersi cura.

Cure palliative

Quindi la professione Medica, le altre professioni sanitarie e la Società civile tutta, hanno una grande opportunità per attuare quella **rivoluzione etica** senza la quale la nostra comunità non potrà pensare ad un **futuro di vita degno dell'umanità**.

Grazie della vostra attenzione