

Emanuela Lulli

Laureata in Medicina e Chirurgia alla Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del S. Cuore di Roma. Specializzata in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università G. D'Annunzio di Chieti nel 1991. Dal 1991 Medico di Medicina Generale convenzionato con la ASL di Pesaro. Dallo stesso anno svolge attività professionale di ginecologo nella città di Pesaro.

Che cosa pensa di una norma che sancisca il testamento biologico?

Penso che il testamento biologico sia uno strumento inadatto a risolvere la problematica in questione, sia per il paziente che per il medico. Il paziente infatti ha bisogno di una relazione vera, continua e attuale per la cura delle sue malattie, comprese quelle a prognosi infausta. Il medico - per sua specifica formazione e “vocazione” professionale – non può derogare al dovere di curare e di assistere il suo paziente, fino alla fine.

Che cosa intende per accanimento terapeutico?

Ritengo che sia da considerare accanimento terapeutico ogni atto medico avente finalità terapeutica che non sia adeguato e proporzionato alle condizioni del paziente, di quel paziente in quel determinato momento. Non si può fare l'elenco delle terapie da considerare come accanimento, ma per ciascuna situazione vanno indicate le terapie proporzionate e idonee e quelle che non lo sono. Per questo è fondamentale la relazione medico-paziente.

Che cosa intende per eutanasia?

E' una azione diretta o indiretta che porta a morte il paziente in maniera disgiunta dalla evoluzione sfavorevole della sua patologia. Non bisogna fare confusione tra eutanasia attiva e passiva, perché sia una azione commissiva che una omissiva, sono ugualmente in grado di provocare la morte di un paziente.

Nel codice deontologico ci sono le risposte necessarie a questa problematica?

Sì, senz'altro, dato che diversi articoli del Nuovo Codice affrontano la problematica. C'è però il rischio che alcuni passaggi del Codice stesso, che si richiamano in maniera esplicita alla Convenzione di Oviedo, vengano intesi dai medici meno attenti come una specie di remissione “supina” alla sola volontà del paziente. Invece il tema centrale, anche del Codice, è la relazione medico-paziente.

C'è e in che cosa consiste il conflitto tra volontà espresse in precedenza dal paziente e posizione di garanzia del medico?

Il conflitto ci può essere nel momento in cui ci si affida ad una interpretazione “notarile” della relazione medico-paziente; essa deve essere invece il frutto di scelte condivise, nel rispetto da un lato delle convinzioni del paziente, che devono però confrontarsi con le informazioni scientifiche di cui il medico è portatore.

Nel corso della sua professione ha mai avuto problemi, nel senso di denunce legali, nel caso di interventi contrari alle indicazioni del paziente che pur hanno consentito di salvare la vita o di ristabilire un equilibrio di salute o di sospensione di terapie sproporzionate da cui è derivata la morte del paziente?

No.

Può indicare la differenza tra testamento biologico e pianificazione dei trattamenti, contestualizzata nella relazione medico-paziente?

Un conto è fornire da parte del paziente la “lista” delle opzioni terapeutiche accettate, un conto è decidere di condividere una proposta terapeutica che il medico, in relazione al caso concreto, saprà formulare con i suggerimenti terapeutici più adeguati al caso stesso.

L’implementazione delle cure palliative e dell’assistenza domiciliare, delle strutture di lungodegenza e degli Hospice possono essere una risposta all’eutanasia e all’abbandono terapeutico? Come si presenta la sua realtà geografica da questo punto di vista?

Certamente esperienze come quelle indicate possono contribuire ad attenuare il fenomeno dell'abbandono terapeutico e – di fatto – la strisciante proposta di eutanasia, almeno nella forma omissiva. E' chiaro però che simili forme di assistenza devono trovare professionisti formati alla relazione, e non soltanto esperti in prescrizioni terapeutiche! La nostra realtà marchigiana si presenta ancora piuttosto indietro quanto a luoghi di cura di pazienti in fase avanzata di malattia, come gli Hospice, mentre è piuttosto diffusa l’assistenza domiciliare anche per malati oncologici, grazie alla collaborazione con associazioni no profit del settore.