

# Gravidanze difficili, mamme piene di vita

di Luciano Moia

«**Q**ualche anno fa arrivò da noi una giovane donna con una gravissima patologia cardiaca. Un problema incurabile. Era priva dell'arteria polmonare. Circolo arterioso e venoso si mescolavano insieme creandole non pochi problemi. Era rimasta incinta e tutti i medici consultati le avevano offerto lo stesso, spietato consiglio: abortire. Da una madre affetta da una patologia congenita così grave, sostenevano, non poteva nascere alcun bambino. E in ogni caso,

anche se la gravidanza fosse proseguita, quasi certamente quella creatura sarebbe nata prematura, oppure con problemi gravissimi. Invece...». Mentre racconta, Patrizia Vergani rivive tutta la passione emotiva di quel momento. Nelle sue parole semplici, efficaci, dirette ad inquadrare un problema e a fornire la soluzione più soddisfacente, si coglie la tensione coinvolgente di un medico che da 25 anni lotta con tutte le sue forze per affermare la cultura della vita. «Ma una vita, beninteso - prosegue - senza aggettivi e senza condizioni, non subordinata ad alcuna classifica di "qualità".

Sempre e soltanto dono. Patologie, handicap, difficoltà di ogni tipo non intaccano la dignità di un valore assoluto, che va sempre e comunque accolto».

In questi mesi il dibattito sulla fecondazione assistita sembra aver messo un po' in secondo piano il dramma di tante altre donne che dopo un concepimento naturale si sentono sollecitate, magari per un problema trascurabile, ad interrompere la gravidanza. Spesso basta un'opinione, un pregiudizio, un piccolo dubbio espresso da un medico per spezzare una vita. Figurarsi se le opinioni sono stratificate in una serie di incrostazioni culturali. Al pensiero della gravidanza si aggiunge quello della malattia, della possibile malformazione, della solitudine in cui troppo spesso è lasciata la donna. E mentre sono poche centinaia quelle alle prese con i percorsi tortuosi della fecondazione assistita, sono decine di migliaia le donne costrette ad arrendersi contro il muro della cultura "no live". Lo spiega assolutamente convinta lei, medico della clinica ostetrico-

ginecologica dell'Università di Milano-Bicocca presso l'ospedale san Gerardo di Monza, senza timore di apparire controcorrente rispetto a una certa cultura medica, talvolta prevalente, secondo cui non sempre la vita nascente è degna di essere aiutata e rispettata. Soprattutto quando la gravidanza si presenta difficile per patologie della mamma o del bambino.

## Quella mamma cardiopatica di cui parlava che fine ha fatto?

L'abbiamo curata con tutti i mezzi a disposizione. Abbiamo messo in atto una terapia adeguata al suo problema e siamo riusciti a portare

la gravidanza fino alle 28 settimane. Quando ci siamo accorti che, proprio a causa delle difficoltà circolatorie della mamma, il bambino cominciava a respirare con difficoltà, abbiamo programmato un parto cesareo. Il piccolo pesava un chilo ed era in buone condizioni. Mamma e bambino ce l'hanno fatta e ancora adesso stanno benissimo.

## Perché tanti suoi colleghi di fronte a una gravidanza difficile preferiscono imboccare la strada più agevole dell'aborto?

Non voglio giudicare l'operato di alcuno. Il nostro approccio comunque è completamente diverso. Siamo convinti infatti che l'aborto non sia mai una strada razionale per curare una malattia della madre. E che, anche di fronte alle patologie più gravi, sia sempre possibile tentare qualcosa per aiutare la donna e per non danneggiare la gravidanza in corso. La medicina offre tantissime soluzioni. Occorre però la volontà di non lasciare nulla d'intentato e l'umiltà di rivolgersi a colleghi più esperti in quel determinato settore.

## Qualcuno sarebbe pronto a marchiare come accanimento terapeutico la volontà di non arrendersi di fronte a nulla...

Nessun accanimento, ma solo la volontà di rispettare un mistero che supera la capacità di comprensione dell'uomo. Io sono profondamente credente ma il mio atteggiamento nasce, prima ancora che dalla fede, da uno sguardo umano, razionale e anche scientifico. Le donne incinte che si rivolgono a noi all'inizio della gravidanza sanno che ad attenderle c'è un cammino difficile. Spesso hanno sulle spalle il peso di diagnosi negative in cui c'è sempre, palese o sottintesa, la sollecitazione all'aborto come

unica soluzione. Eppure la stragrande maggioranza di queste donne desidera il bambino che ha in grembo. Attende soltanto di essere rassicurata, cerca alleati, persone che condividano le sue difficoltà e possano donarle speranza.

## Eppure in qualche caso anche voi sarete costretti ad alzare bandiera bianca. Di fronte a complicazioni davvero gravi, con previsioni di sopravvivenza quasi inesistenti, non si rischia di illudere le donne?

No, perché siamo sempre estremamente chiari con tutte le pazienti, prospettando senza mistificazioni le possibilità di riuscita. Poi tocca a loro decidere. Però, lo ripeto, anche nei casi più complicati, la

medicina oggi ci offre comunque la possibilità di tentare qualcosa.

## Ricorda un episodio particolare...

Sì, quello di una donna araba affetta da una malattia rarissima, l'arterite di Takayasu, una sindrome autoimmune che determina l'occlusione progressiva delle arterie. Aveva già due bambini ed era rimasta nuovamente incinta. Però nel frattempo la malattia aveva raggiunto uno stadio più avanzato e la portata delle sue arterie si era ridotta in modo notevolissimo. I vasi periferici erano compromessi a tale livello che l'unico punto in cui era possibile percepire il polso era all'altezza dell'arteria pedidia del piede. Una situazione difficilissima.

## Eppure siete andati avanti lo stesso.

Sì, anche perché lei stessa, musulmana osservante, aveva rifiutato l'aborto che le era stato prospettato altrove. Poi si era imbattuta nei volontari del Movimento per la Vita che l'avevano indirizzata a noi. Così, per portare avanti la gravidanza, abbiamo messo in atto una collaborazione con l'ambulatorio

a in  
zza  
at  
e di  
i fo  
a e  
egli  
tale  
e ri  
gno  
sia  
ual-  
sità

di immunologia del "San Raffaele" di Milano, uno dei pochissimi centri in Italia attrezzato per la cura della arterite di Takayasu. Nel frattempo la donna era stata sottoposta ad alcuni interventi di by-pass arteriosi a Parigi che avevano ripristinato un po' la situazione. Con le terapie opportune e con un monitoraggio costante, siamo arrivati fino alla 35esima settimana. Il bambino è nato con un cesareo, un po' prematuro, ma sano. Anche la mamma si è ripresa e oggi stanno bene.

### **Anche quando la donna in gravidanza è affetta da un tumore si può tentare qualcosa?**

Certo, occorre scegliere la cura compatibile con il problema specifico. I tumori più frequenti in gravidanza colpiscono la donna al collo dell'utero, oppure al sistema circolatorio (tumore di Hodgkin) o

ancora all'epidermide (melanomi). Ma nella maggior parte delle situazioni esistono terapie chemioterapiche che non danneggiano il bambino e permettono alla mamma di curarsi.

### **Anche nei casi più gravi?**

Ogni situazione va valutata nella sua specificità. Ma anche quando ci troviamo di fronte a casi disperati, occorre chiedersi se l'aborto può rivelarsi una soluzione efficace per guarire la mamma. Nella maggior parte dei casi interrompere la gravidanza non serve a nulla. Anzi, la donna si trova di fronte a una doppia sconfitta. Il peso della malattia si somma alla delusione dell'aborto. Invece la consapevolezza di poter ancora donare la vita è un viatico straordinario, anche nelle fasi terminali della malattia.

**Qui entriamo però in una dimensione che sconfinava nell'eroismo. Sembra quasi di rievocare la scelta di Gianna Beretta Molla che, anche per quel gesto, è stata proclamata santa.**

Ma ogni madre porta con sé un pizzico di eroismo. E poi le "Gianne Beretta Molla" sono più frequenti di quanto si possa immaginare. Soltanto qui da noi ricordo almeno due casi di donne che, pur affette da tumori gravissimi, hanno rifiutato le cure per non danneggiare il bambino. Nel '95 abbiamo avuto il caso di Felicità Merati, una donna di Nova Milanese, docente di chimica all'Università di Milano. Aveva un cancro alla mammella con metastasi polmonari. Non ha voluto né chemio né radioterapie. Ha messo al mondo un bellissimo bambino e dopo tre settimane è morta per insufficienza respiratorie. Pochi mesi fa c'è stato il caso della mamma di Pianello del Lario di cui anche voi ad "Avvenire" vi siete occupati con grande attenzione.

### **Non c'è il rischio che, additando questi casi come esemplari, la maggior parte delle donne, quelle che di fronte a una gravidanza difficile finiscono per arrendersi, si sentano quasi inadeguate al loro compito?**

Non intendiamo assolutamente mortificare le donne che pensano di non farcela. Ne abbiamo viste tantissime anche qui e sappiamo che una donna può essere forte soltanto se ha intorno una famiglia che la sostiene e un contesto sociale favorevole. Quando il marito è il primo a fare un passo indietro e lei stessa non dispone di una forza culturale e spirituale indispensabile per affrontare una situazione difficile, l'aborto è quasi inevitabile.

### **Parlando di "contesto sociale favorevole" si riferisce anche all'atteggiamento di qualche suo collega? Quelli per esempio che per ogni gravidanza, anche senza particolari rischi, consigliano test su test?**

Sì, qui il discorso sarebbe complesso. Ma il problema dei "falsi positivi" nelle indagini prenatali di cui troppo si abusa, scatena davvero situazioni drammatiche. Abbiamo avuto anche noi tantissimi casi. Ricordo in particolare la storia di una donna che, di fronte all'esito positivo di un test, si è rivolta ad un altro ospedale per interrompere la gravidanza. Le avevamo spiegato in ogni modo che quel risultato non era assolutamente significativo, ma non c'è stato nulla da fare. L'anno successivo è tornata, era di nuovo incinta e aveva fatto un'altra volta il test: ancora un "falso positivo". L'abbiamo rassicurata, ha trovato la forza di andare avanti e adesso ha un bambino sano, senza problemi. Uscendo ci ha detto: "Se vi avessi

ascoltato anche l'altra volta, adesso non sarei costretta a portarmi per tutta la vita questo peso".

### **Ascoltandola, si comprende come qui al "San Gerardo" di Monza la vita nascente sia davvero dono da rispettare e promuovere. Come si è creato questo clima culturale condiviso che non si ritrova abitualmente in altre strutture pubbliche?**

Il nostro primario, il professor Costantino Mangioni, è tra i pionieri, non solo in Italia, per la chirurgia conservativa negli interventi sui tumori dell'apparato riproduttivo femminile. Il suo obiettivo in sostanza è sempre stato quello di preservare la fertilità della donna e la sua realizzazione nella maternità. Intorno a lui si è creata un'equipe che condivide gli stessi valori. Anche l'equipe di cui faccio parte, per la cura delle gravidanze a rischio, si pone gli stessi obiettivi. La vita va sempre e comunque messa al primo posto.

### **Al dono della vita la voce del magistero**

L'attenzione privilegiata ai problemi riguardanti la vita da parte del Magistero iniziano molto presto.

Emerge già con Pio XII in una ricca serie di discorsi su temi e problemi di morale della vita fisica (discorsi raccolti nel volume F: Angelini, a cura di, *Pio XII. Discorsi ai medici*, Orizzonte medico, 1959).

Paolo VI pubblicò l'enciclica *Populorum progressio* (1967) e l'*Humanae vitae* nel 1968.

Seguirono tre documenti della Congregazione per la Dottrina della fede: la *Dichiarazione sull'aborto procurato* (1974), la *Dichiarazione sull'eutanasia* (1980) l'istruzione *Donum vitae* (1987).

Giovanni Paolo II pubblica poi l'enciclica *Evangelium vitae* nel 1995 e il libro *Memoria e identità* nel 2005.

### **O io o il bambino E ora chi mi aiuta?**

Capita che la vita ti chieda di fare scelte durissime: o te stessa o il tuo bambino. Se davvero si tratta di una malattia non guaribile con altri mezzi innocui per il feto e le cure non possono essere differite a dopo il parto senza esporre a rischio la vita della madre è moralmente lecito ricorrere a cure per la donna anche se queste possono provocare l'aborto. Lecito, però, non vuol dire obbligatorio. A una madre, nel suo amore, sembrerà quasi naturale mettere in pericolo la propria vita piuttosto che quella del figlio esattamente come farebbe se fosse già nato. Questo gesto, che racconta la verità del rapporto madre/figlio va rispettato. Troppo spesso invece non si prende nemmeno in considerazione l'ipotesi che i problemi possano essere superati, obbligando la donna a soffrire il doppio.



## Patrizia Vergani

### Un'esperta di patologie

Patrizia Vergani, 52 anni, laureata in medicina e chirurgia e specializzata in ostetricia e ginecologia, è attualmente dirigente responsabile della struttura semplice di «Medicina fetale» presso la Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca - Ospedale San Gerardo di Monza. Svolge varie funzioni relative alla diagnosi e cura delle patologie fetali sia congenite che acquisite. Attualmente insegna presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.