«Mio figlio è apparso da un ago» Cronaca di un prelievo di ovociti

In sala operatoria con l'equipe medica. Dolore, paura e dubbi

Un reportage da una sala operatoria per raccontare un prelievo di ovociti. Potrebbe sembrare una scelta provocatoria e inopportuna nella Giornata dedicata alla vita. Ma "provocare" riflessioni non scontate e sollevare casi "inopportuni" che contribuiscano però ad alzare il velo su situazioni largamente conosciute e discusse come "casi" e quasi mai guardate come realtà concreta di persone in carne e ossa, fa parte dei nostri compiti di testimoni critici della realtà. In ciò che offriamo oggi al giudizio dei lettori ci sono, a nostro parere, almeno tre motivi per fermarci a pensare.
Il primo deriva da quell'invito all'accoglienza e all'accompagnamento di ogni situazione di fragilità che papa Francesco ha spiegato a chiare lettere nei documenti e ribadito in tanti interventi. Nessuno può mettere in dubbio che, anche in queste situazioni al limite – per quanto considerate problematiche dal magistero della Chiesa (vedi articolo a fondo pagina) e ne siamo assolutamente consapevoli – l'argomento centrale sia la vita nascente. E una vita nascente che, proprio per le condizioni in cui sboccia, è tanto più fragile di altre.
Il secondo motivo riguarda l'opportunità di esprimere a questo riguardo sentenze preconfezionate, schiacciando semplicemente il tasto di questo o di quel documento, di questo o di quell'altro codice. Una modalità, di cui tanto spesso si abusa, che cancella il principio inviolabile del discernimento personale. Prima di parlare occorre vedere, condividere, ascoltare. E allora, alla luce del comando evangelico, del "non giudicate", ci chiediamo: che diritto abbiamo di alzare uno sguardo giudicante sulla scelta di una donna – e del suo partner – che accetta, oltre a tutto il lungo e complesso percorso terapeutico, di sottoporsi a una sofferenza così viva e così palpabile pur di non rinunciare all'abbraccio di un figlio?
Il terzo motivo entra direttamente nel dibattito sul commercio di gameti femminili. Raccontare in presa diretta le difficoltà, la sofferenza, le tensioni sopportate da una donna prima, durante e dopo un prelievo di ovociti serve a dimostrare una volta di più che questo intervento non può pressoché mai essere considerato scelta samaritana. Chi continua a spacciare questa falsità, raccontando di donazioni volontarie, o non ha mai visto come avviene questo "prelievo" o è apertamente in malafede. E anche questa testimonianza è servizio alla vita (L.Mo.)

Luciano Moia

Sala operatoria, una donna è sdraiata su un lettino ginecologico, da una parte il monitor dell'ecografia, dall'altra quello che tiene sotto controllo il battito cardiaco e la pressione del sangue. Accanto al medico che sta per iniziare il suo lavoro, un'assistente che passa gli attrezzi del caso e tiene sotto controllo una lunga teoria di dati. Un'altra prepara e etichetta le provette. In una sala adiacente, che si intuisce dietro a un vetro scorrevole, sono in attesa altre professioniste. Grazia Aloi, la psicologa, è dolce e rassicurante. «Marika sei tranquilla? Possiamo cominciare? Ti ho spiegato come devi respirare per resistere al dolore, eventualmente, ma vedrai che non sentirai nulla».

PROBABILITÀ DI SUCCESSO? MENO DEL 25 PER CENTO

Sembra di assistere a un parto – lontani ricordi di un'attesa carica di tensione ma anche ricca di gioiosi presagi – ma qui la promessa di vita è solo un'ipotesi con basse percentuali di riuscita, forse il 25 per cento, forse meno. Eppure solo lo scorso anno, oltre 75mila coppie nel nostro Paese hanno tentato di dare concretezza a quella vita potenziale, sperata, auspicata e per loro impossibile da raggiungere con altri percorsi. Vita artificiale? Vita di serie B. Si può discutere all'infinito. Ma qui, su un lettino davanti ai nostri occhi, c'è una donna reale che ha accettato la più difficile delle sfide. Marika (la chiameremo così) è una romena sposata con italiano. Ha 37 anni. Vive a Milano da 15 anni, ha un lavoro, si dice soddisfatta della sua vita, e anche adesso che è sdraiata sul lettino della sala operatoria, le luci soffuse delle lampade che disegnano sul suo volto lievi ombre bluastre, non riescono a spegnerne la serenità. Rassicurata dal medico, ha accettato di buon grado anche la presenza di un estraneo che – le è stato spiegato – vuole capire come avviene questa operazione, tanto carica di rimandi simbolici ma che nessuno ha ancora raccontato in diretta. Ha risposto con un sorriso un po' enigmatico. Certo, il volto è teso, contratto. È la prima volta che si sottopone a un prelievo di ovociti e, nonostante tutte le informazioni ricevute e le abbondanti rassicurazioni, non riesce a nascondere del tutto la preoccupazione.

PER VENTI GIORNI INTENSE STIMOLAZIONI ORMONALI

Quale donna non lo sarebbe? Da mesi sta facendo visite e prelievi sanguigni, si è sottoposta a un test psicologico tutt'altro che formale, e per circa venti giorni ha assunto un farmaco che serve per quella che viene definita stimolazione ovarica. Eufemismo linguistico dietro a cui si cela la somministrazione di alte dosi ormonali. L'obiettivo è quello di modificare momentaneamente la fisiologia della riproduzione femminile. La natura prevede che, ogni 28-29 giorni circa, le ovaie della donna fertile portino a maturazione all'interno del follicolo una cellula-uovo, una sola, due in casi eccezionali. Ma qui la natura ha subito una cura ricostituente. E che cura! In seguito allo stimolo ormonale si attivano molti follicoli al cui interno, se tutto funziona come dovrebbe, maturano molte cellule-uovo, a volta anche più di venti.
Maurizio Bini, responsabile del Servizio di procreazione medicalmente assistita del Niguarda di Milano, legge sul nostro volto l'interrogativo mentre ancora sta preparando garze e ferri. «No, per un breve periodo non ci sono controindicazioni. Tutte le ricerche confermano che l'alto dosaggio ormonale non lascia traccia. Si può stare tranquilli». Ma se, come succede in quasi otto casi su dieci, la fecondazione non ha successo e occorre ripetere due, tre, quattro volte tutto il ciclo? «La letteratura scientifica non segnala particolari problemi anche in questi casi, ma è logico che a un certo punto occorra fermarsi». Quando? Dipende dalla coscienza e dal buon senso del medico. Ma forse anche dalla pressioni di fattori esterni alla professione medica. Considerando che il Lombardia sono stati portati a termine nel 2015 più di 25mila cicli, riccamente rimborsati, è facile capire che la procreazione medicalmente assistita muova enormi flussi di denaro e rappresenti per centri pubblici e privati un business imponente. Ma ora bisogna pensare all'anestesia, indispensabile per permettere il prelievo degli ovociti. «Non preoccuparti, sentirai pizzicare lievemente, come dal dentista», riprende l'assistente del ginecologo. Ma, evidentemente non è la stessa cosa. Lo conferma la smorfia sul volto di Marika. Deglutisce e tace. Il medico la incoraggia: «Ora andrà meglio. Possiamo andare avanti?». Lei conferma. Quando tutto è sistemato al posto giusto, sul monitor appaiono una serie di piccole isole nere. Sono i follicoli, i tanti "nidi" al cui interno la stimolazione ormonale dovrebbe aver fatto crescere un numero adeguato cellule-uovo.

L'alba di una vita

Le analisi e i farmaci, le verifiche con la psicologa, la preparazione, l'intervento, i tanti interrogativi. Insieme a una coppia lungo il percorso complesso e inquietante della fecondazione assistita

LA LUNGA "INDAGINE" TRA I FOLLICOLI MOLTIPLICATI

Ma occorre trovarle. Ed è tutt'altro che agevole. Lo strumento del ginecologo indaga, perlustra, aspira. Un'operazione che si ripete molte volte, prima all'interno di un ovaio, poi dell'altro. Marika stringe i denti. L'anestesia locale non toglie del tutto il dolore ma spesso è preferibile rispetto ai rischi dell'anestesia generale a cui talvolta occorre però ricorrere. «Dobbiamo trovare un giusto equilibrio sul numero di ovociti da recuperare: non troppi per evitare rischi alla madre e creare condizioni totalmente antifisiologiche sfavorevoli per l'inizio di una gravidanza e non troppo pochi da ridurre le possibilità di successo dopo un'esperienza così lunga e faticosa per tutti». Le provette con le cellule della vita vengono subito trasferite sotto il microscopio delle biologhe, nella sala adiacente, che comunicano immediatamente il risultato dell'indagine: «Uno, due, nessuno». E si tenta ancora. Quando, dopo circa venti minuti, si raggiunge finalmente il risultato considerato un compromesso accettabile tra l'obiettivo di intervenire con un buon margine di successo e il dovere morale di rispettare comunque il mistero racchiuso in ciascuna di quelle cellule-uovo, il medico si avvia alle pratiche conclusive.

ITER COMPLESSO E RISCHIOSO CHE SUSCITA TANTE DOMANDE

Marika è sfinita ma si riprende velocemente contenta di aver superato questo primo ostacolo (dopo il prelievo le cose possono andar male con la fertilizzazione, la divisione cellulare, il trasferimento e l'attecchimento). Dopo pochi minuti, risistemata e con qualche energia recuperata, abbraccia il marito che ha atteso fuori, con quale animo è facile immaginare. E ora? È il momento della produzione del seme maschile e questa volta le difficoltà non sono tecniche ma psicologiche, per una sessualità su ordinazione che, in questo modo, rischia di perdere tutta la ricchezza e la verità dell'incontro personale. Si procederà quindi alla fecondazione in vitro per poi, dopo qualche giorno, trasferire gli embrioni nell'utero della donna. Tutto risolto? Niente affatto. Al di là degli aspetti "tecnici", al di là delle mille domande senza risposta, del carico emotivo da cui si viene investiti quando si ha la sorte di vedere così da vicino il primo sussulto della vita, una questione, tra le tante, sembra prevalente. Chi potrà mai affermare che quella vita, così faticosamente cercata e così strenuamente ottenuta in una logica d'amore comunque insondabile, potrà essere meno gradita agli occhi di Dio? Rimangono tutti i problemi, certo. Tutte le questioni etiche, economiche, sociali, mediche che più volte abbiamo ricordato. Ma anche quelle domande a cui è vietato rispondere in modo semplicistico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I VESCOVI INGLESI

Caso Alfie Evans, i genitori hanno il diritto di trasferire il figlio al "Bambino Gesù" di Roma

Come ogni paziente ha diritto di chiedere una seconda opinione ai medici, così i genitori che hanno perso fiducia negli specialisti che hanno in cura i loro figli, dovrebbero avere il diritto di disporre il ricovero altrove, negli ospedali cioè che ritengono migliori, purché il trasferimento non sia rischioso.
I vescovi cattolici di Inghilterra e Galles prendono posizione sul caso di Alfie Evans, il piccolo di venti mesi, affetto da una rara malattia neurologica e ricoverato all'ospedale di Liverpool "Alder Hey". I genitori sono ricorsi all'Alta Corte perchè vogliono trasferire il piccolo all'ospedale "Bambino Gesù" di Roma, mentre gli specialisti pensano che sia nel "migliore interesse" del bambino staccare la spina.
In un comunicato, la Conferenza episcopale sottolinea «i principi etici fondamentali sollevati dal caso che ricorda quello di Charlie Gard».
Per esempio, secondo i vescovi, «il fatto che le cure vadano sospese soltanto quando sono troppo gravose per il paziente o se non ci sono risorse sufficienti per sostenerle», mentre appare intollerabile il fatto che si giunga alla conclusione che «una vita non è considerata degna di essere vissuta».**(S. Guzz.)**

La parola della Chiesa. Via libera soltanto se c'è l'atto coniugale

Maurizio Faggioni*

L'amore degli sposi è per sua natura aperto al dono della vita e il figlio è come l'incarnarsi in una persona del "noi" coniugale. Questo umanissimo desiderio di generare può essere frustrato da problemi più o meno gravi di fecondità. Si stima che in Italia circa il 15% delle copie presenti problemi di infertilità e che in non pochi casi risultano inspiegabili. La medicina viene giustamente in aiuto alla coppia agendo – quando possibile – sulle cause attraverso, per esempio, la microchirurgia tubarica o la correzione di eventuali alterazioni ormonali. Ci sono situazioni, però, in cui non si riesce a trovare la causa o ad agire sui motivi della mancata fertilità. In questi casi, la medicina offre la possibilità di ricorrere a tecniche di aiuto note come tecniche di fecondazione artificiale.
I principi etici fondamentali per valutare l'accettabilità di una certa procedura – enucleati in diversi documenti quali *Donum vitae* del 1987, *Evangelium vitae* del 1995 e *Dignitas personae* del 2009 – sono essenzialmente due: il primo è il rapporto della generazione del figlio con l'amore coniugale e i gesti che lo esprimono; il secondo è la difesa della dignità e della inviolabilità della vita umana fin dal suo sorgere. In questa prospettiva risultano inaccettabili tutte le tecniche di tipo eterologo, che prevedono, cioè, il ricorso a gameti di donatori e donatrici: è vero che il figlio è desiderato e accolto da una coppia, ma le sue radici personali sono fuori della coppia e questa è una ferita al matrimonio e al diritto del figlio di nascere dal matrimonio. Illecita è anche la maternità surrogata in cui una donna porta nel grembo il figlio di altri con l'impegno di consegnarlo ai committenti dopo la nascita: si ha una frammentazione della figura materna e un uso strumentale del corpo della donna. Parimenti escluse le tecniche extracorporee che, come Fivet e Icsi, prevedono il concepimento in vitro: esse separano il concepimento dall'atto coniugale, fanno sorgere la vita fuori del contesto umano del corpo della donna ed espongono gli embrioni alla selezione eugenetica, alla manipolazione, alla dispersione. Vengono invece accettate, in linea di principio, le tecniche che conservano il legame antropologico fra l'amore coniugale e la trasmissione della vita. Fra le intracorporee la più usata resta la tradizionale inseminazione artificiale, ovviamente nella forma omologa, cioè all'interno della coppia. La sensibilità antropologica della morale cattolica chiede che il seme provenga da un atto coniugale e raccolto con apposito condom, piuttosto che da un atto di manipolazione dei genitali: il figlio ha diritto a nascere da un gesto di amore dei genitori, espressione della loro comunione e del loro desiderio di genitorialità.
Solo alcune tecniche di aiuto alla fecondità sono accettabili – è chiaro – nella prospettiva dell'antropologia cristiana e la ragione ultima di questa posizione cauta è la tutela di valori umani preziosi e significativi. Non possiamo, infine, dimenticare che per gli sposi cercare di superare un'infertilità di coppia è segno di responsabilità nei confronti della propria chiamata a donare la vita, ma il loro amore può e deve esprimersi nelle forme molteplici di quella che *Amoris laetitia* chiama "fecondità allargata". La coppia, in particolare, può aprirsi all'adozione: «L'adozione – insegna papa Francesco nell'Esortazione postsinodale – è una via per realizzare la maternità e la paternità in un modo molto generoso». L'adozione è un generare vero che si realizza accogliendo una vita nel seno del proprio amore.

**teologo e bioeticista*

Il teologo

«Ammesse le tecniche di fecondazione intracorporee di tipo omologo dove non si scindono significato procreativo e unitivo»

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxOC0wMi0wNQxMTo1OTozNyMjI1ZFUg==