

## **Il taglio cesareo. Dal mito alla realtà. Storia delle operazioni ostetriche**

***P. A. Margariti, G. Baggieri***

L'opera, partendo dal passato più remoto, analizza come nel corso dei secoli l'evoluzione dell'Ostetricia sia stata suggestionata da pratiche magiche e tradizioni popolari, limitata da credi religiosi e convinzioni superstiziose, influenzata dal ruolo svolto dalla figura femminile nelle varie epoche e condizionata dai continui mutamenti sociali e si è innalzata a dignità di scienza solo quando i pregiudizi sono caduti ed è stato possibile studiare, senza preclusioni, la fisiologia e la patologia della gravidanza.

Nell'antichità, le difficoltà insorte durante il travaglio, spesso responsabili della morte della madre e del feto, furono vissute come ineluttabile volere del fato e degli dei cui era impossibile opporsi. In seguito, anche se con estrema difficoltà e molto lentamente, furono ricercati metodi e tecniche che risolvessero gli ostacoli e gli impedimenti. Dapprima si favorì la sopravvivenza della donna, anche se non sempre questa era ottenuta, sacrificando il figlio per mezzo di procedimenti embriotomici. Quindi l'impegno si concentrò sulla salvezza di entrambi e furono adottati il rivolgimento, la sinfisiotomia, il parto prematuro artificiale e s'idearono nuovi strumenti che ebbero alterne fortune come il forcipe e la leva ostetrica. Il taglio cesareo rappresentò il cambiamento risolutivo per il raggiungimento di quest'obiettivo, anche se richiese un grande tributo di sangue, prima di giungere alla sicurezza dei nostri giorni. La sua storia è appassionante: è stato considerato prima come un atto omicida, poi come ultima risorsa e infine criticato per il suo abuso. Da operazione salvavita si è arrivati alla sua esecuzione in ogni circostanza in cui la nascita può presentare un rischio, fino a praticarsi per volontà della paziente.

Nel corso dei secoli, l'intervento ha originato molteplici controversie, stimolato articolate valutazioni morali e alimentato violente polemiche. Con il passare del tempo la sua prognosi, spesso infausta, si è modificata grazie ai progressi negli studi anatomici e sul meccanismo del parto, ai perfezionamenti della tecnica chirurgica e alle mutate indicazioni. Tutto questo mi ha stimolato a compilare una storia organica che valutasse i differenti aspetti, non tralasciando di ricordare le operazioni ostetriche che nel corso dei secoli sono state ideate, prima che il taglio cesareo le soppiantasse definitivamente. Durante le diverse epoche, le soluzioni proposte furono spesso scoraggianti, ma nonostante alterne vicende, le conoscenze progredirono fino a raggiungere livelli impensabili all'inizio di questa storia.

Il gran numero di pubblicazioni identificate (sono citate oltre 500 voci bibliografiche) e la ricca iconografia, la non facile reperibilità e la complessità dei diversi aspetti rivelano l'accuratezza e la difficoltà della ricerca, che non nasconde il piacere di ritrovare negli scaffali di silenziose biblioteche libri polverosi e riportare in vita illustri e meno conosciuti studiosi del passato, dopo aver constatato come fossero stati ormai dimenticati, anche se a loro ricordo ci sono busti e targhe commemorative in molti istituti clinici o a essi sono intitolate piazze e strade. Nel ricordare la figura di molti nostri predecessori, impossibile di tutti, è stato evidenziato il loro impegno, la loro passione e spesso le loro delusioni, senza dimenticare le invidie e le calunnie spesso suscitate. Sotto quest'ultimo punto di vista l'indole degli uomini non si è modificata nel tempo.

Il voler far conoscere i diversi procedimenti, alcuni molto cruenti, e sottrarre all'oblio del tempo quanto era stato sperimentato, studiato e osservato per raggiungere gli attuali risultati, sono stati un rinnovato stimolo allo svolgimento della ricerca. Questa è rivolta non solo ai medici, agli ostetrici, agli storici della Medicina e ai cultori di Etica medica, ma anche a chi ama conoscere il nostro passato, e per questo è stata esposta in maniera comprensibile anche per chi non ha una preparazione specifica. Altro aspetto interessante è il poter valutare, essendo state trascritte parti delle pubblicazioni, l'evoluzione e i cambiamenti della lingua italiana.

Il taglio cesareo in principio fu eseguito sulla donna morta, solo in seguito si giunse a praticarlo anche su quella viva e, secondo i casi e i tempi, con l'intento di salvare il concepito, la madre o entrambi. È stato considerato il più rischioso degli interventi ostetrici, anche se il più raro, responsabile di un gran numero di vittime. La sua storia illustra progressi, fallimenti, difficoltà e trionfi della Chirurgia: è e rimarrà la più importante delle operazioni ostetriche<sup>1</sup>.

Le continue ricerche, nonostante i numerosi insuccessi, consentirono di raggiungere gli odierni traguardi che confermano la profezia fatta nel 1890 da René Berlin: *“un giorno verrà forse che quest'operazione, resa realmente inoffensiva e messa realmente alla portata di tutti relegherà nel rango dei procedimenti storici l'embriotomia, il parto prematuro provocato e l'aborto. Un giorno la condotta da tenere sarà: allorché un bacino sarà troppo stretto per lasciare passare vivo un feto a termine, il bambino sarà estratto con l'operazione cesarea”*<sup>2</sup>.

Forse nessun atto chirurgico ha subito una continua evoluzione, attraverso i tempi, come questo. Il suo documentato progresso è segnato da cinque periodi:

- dalle origini più remote al 1500 fu praticato sulla donna morta per salvare il feto nell'era pagana o la sua anima nell'era cristiana;

- dal 1500 al 1876 fu eseguito sulla vivente, ma con una tecnica, nei riguardi dell'emostasi e dell'asepsi, non efficace e di conseguenza con esito spesso mortale;

- dal 1876 al 1882, anni in cui fu presentato un nuovo metodo dall'italiano Edoardo Porro: l'amputazione utero-ovarica;

- dal 1882 al 1907, fase in cui Max Sänger e Ferdinand Adolf Kehrer proposero, grazie alla sutura dell'utero, l'intervento conservatore;

- dal 1907 in avanti in cui si affinarono le tecniche e le metodiche.

Oggi la nascita, per suo mezzo, avviene con sempre maggiore frequenza e ha originato e continua a stimolare la discussione sulle sue indicazioni, a volte inappropriate, e sulle possibili conseguenze cui possono andare incontro sia la madre sia il feto. Il confronto è vivo non solo in campo strettamente ostetrico, ma si fa pressante nei casi in cui non vi siano motivazioni mediche e ci s'interroga se sia giustificato eseguirlo esclusivamente su richiesta della paziente. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1985 iniziò a valutare, con preoccupazione, l'incremento e affermò come non ci fosse nessuna giustificazione in nessuna regione geografica per avere più del 10-15% di parti cesarei<sup>3</sup>. Tuttavia il loro numero è aumentato significativamente negli ultimi decenni, soprattutto nei Paesi più industrializzati, e si osserva come la tendenza sia in ascesa. In Italia, dalla metà del '900 ad oggi, si è verificato un profondo cambiamento dell'assistenza ostetrica: diminuzione dei parti operativi vaginali, al presente meno del 3%, e un aumento di quelli addominali. Si è passati da un tasso del 5% negli anni '50, all'11% nel 1980, al 24% nel 1994, al 33% nel 2000<sup>4</sup> e al 38% nel 2008, con un'elevata variabilità tra le diverse Regioni<sup>5</sup>. In molte nazioni dell'America meridionale il numero delle nascite attraverso la via addominale ha raggiunto il 40%. Negli Stati Uniti la percentuale è aumentata dal 5% nel 1970, al 30% nel 2005<sup>6</sup>; nel 2006 ne sono stati eseguiti 1,4 milioni (31.1%)<sup>7</sup>. Nel 2009 l'incidenza è stata del 32.9% e nel 2016 del 31.9%<sup>8</sup>. Stime più recenti hanno mostrato un

valore superiore al 30% in Europa e nella Repubblica Popolare Cinese si è giunti al 50% dei parti<sup>9</sup>. Carlo Signorelli, epidemiologo dell'Università "Sapienza" di Roma, affermava provocatoriamente: *“bisogna sottoporre tutte le donne a parto cesareo elettivo al termine della gestazione, salvo un esplicito rifiuto dell'interessata e l'assunzione di ogni responsabilità sull'esito negativo del parto. Così facendo si eliminano i danni fetali da travaglio e da parto, si semplifica il lavoro dei medici nei reparti di Ostetricia e si viene incontro alle sempre più pressanti richieste da parte delle donne che vogliono evitare inutili sofferenze”*<sup>10</sup>.

I dati rilevati, soprattutto in alcune regioni italiane, sembrano dare ragione a una simile asserzione, anche se vi è una significativa variabilità: i valori sono tendenzialmente più bassi al Nord (Friuli Venezia Giulia 24%) per incrementarsi al Sud. Un'indagine del Ministero della Salute (2005) attribuiva il più alto livello alla Campania, dove raggiunse quasi il 60%. In Sicilia si era avuto il 52,8%, in Puglia il 47.5%, in Friuli Venezia Giulia il 23,9%, per la provincia autonoma di Bolzano il 24.4% e in Toscana il 24.1%; era stato più frequente nelle donne italiane (39.2%) rispetto alle straniere (27,2%)<sup>11</sup>.

Il primo Rapporto sulla Salute Perinatale in Europa (Euro-Peristat 2008), esaminò i dati riguardanti il 2004 e indicò come il ricorso al taglio cesareo fosse inferiore al 20% in Olanda, Finlandia, Norvegia, Svezia e Slovenia. Il secondo rapporto (Euro-Peristat 2013) riportò i risultati del 2010 e condusse un'analisi comparativa tra le nazioni europee. I virtuosi, con un valore inferiore al 20% di tutti i parti, erano gli Stati del nord (Olanda, Finlandia Svezia, Islanda, Norvegia e Slovenia), mentre si ebbe il 36.3% in Portogallo, il 36.9% in Romania, il 38.0% in Italia e il 52.2% a Cipro. Rispetto al 2004 la frequenza era aumentata quasi ovunque, con l'eccezione di Finlandia e Svezia, dove vi era stata una riduzione. Il nostro Paese, che nel 2004 si collocava al primo posto con il 37,8%, era sceso nel 2016,

su un totale di 464.477 parti, al 34,9%. I dati pubblicati nel 2014 confermavano come vi fosse stato un incremento degli interventi ad eccezione dell'Africa dove l'incidenza era del 4% mentre negli Stati Uniti era del 36% e in Europa del 24%<sup>12</sup>.

In Italia, nel 2017, il 32.8% delle nascite è avvenuto con il taglio cesareo, con differenze significative da regione a regione e una rilevante differenza tra gli ospedali e le case di cura accreditate. La Campania manteneva il primato negativo con il 54.9% seguita dalla Puglia con il 42.5%<sup>13</sup>.

Nell'ultima parte della pubblicazione è trattato il taglio cesareo oggi, le sue indicazioni, le complicanze materne e fetali, i progetti per ridurre l'incidenza e la valutazione dei suoi probabili abusi.

L'insegnamento dell'evoluzione compiuta dall'Arte sanitaria dovrebbe essere inserito sempre più nella preparazione delle future generazioni: se s'ignora il passato non è possibile giudicare il presente e progredire in futuro. La conoscenza è indispensabile per la comprensione e l'esecuzione di molte tecniche che oggi sono compiute in maniera quasi meccanica e acritica e per raggiungere l'umanizzazione, di cui tanto si parla, di questa scienza.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pestalozza ECM. Il taglio cesareo. Annali di Ostetricia e Ginecologia 1910; 11: 781.
2. Berlin R. De l'opération césarienne: methodes et procédés d'exécution. Paris: Octave Doin, 1890.
3. World Health Organization (W.H.O). Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 326: 436-7.
4. Pellegrini L. Fenomeni di denatalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia: atti dell'indagine conoscitiva svolta dalla 12° Commissione permanente del Senato (Igiene e Sanità), Roma: Senato della Repubblica, 2005; vol. II: 323-36.
5. Istituto Superiore Sanità. Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Il parte.

- Sistema Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. 2016.
6. [https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG\\_Cesareo\\_finaleL.pdf](https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/LG_Cesareo_finaleL.pdf)
  7. Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach. *Obstet Gynecol* 2011; 118 (2 Pt 1): 342-50.
  8. Scaffidi RM, Posmontier B, Bloch JR, Wittman-Price R. The relationship between personal knowledge and decision self-efficacy in choosing trial of labor after cesarean. *J Midwifery Women's Health* 2014; 59: 246-53.
  9. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States, 2016. *NCHS Data Brief* 2017; 287: 1-8.
  10. Odent M. *Il Cesareo*. Perugia: Blu Ed., 2009.
  11. Signorelli C. Cesareo selvaggio. *Tempo Medico* 1997; 556.
  12. R. Boldrini, M. Di Cesare, C. Tamburini, (a cura di), *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2005*, Ministero della Salute, 2005, p. 48.
  13. World Health Organization (WHO). *World Health Statistic 2014*, Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
  14. Boldrini R, Di Cesare M, Basili F, Messia I, Giannetti A. *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2017*. Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ufficio di Statistica. 2017; p. 56-59. [www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche).

Prof. Pasquale Alessandro Margariti, già Professore Aggregato Università Cattolica del Sacro Cuore, già Direttore U.O.C. Ginecologia Columbus, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, IRCCS, Roma

Prof. Gaspare Baggieri, Conservatore del Museo di Storia dell'Arte Sanitaria, già Direttore del Museo dell'Alto Medioevo, Roma

Per la corrispondenza: [pamarga@yahoo.it](mailto:pamarga@yahoo.it)