



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA MOBILIZZAZIONE PRECOCE NELLA PAZIENTE
POST TAGLIO CESAREO. INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA PRATICA CLINICA NEL TERRITORIO
MARCHIGIANO**

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa Paola Busilacchio

Tesi di Laurea di:

Martina Ilari

A.A. 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: TEORIA	3
1.1 IL TAGLIO CESAREO	3
1.2 RISCHI DEL POST-PARTUM E DEL PUERPERIO.....	5
CAPITOLO 2: REVISIONE DEGLI ARTICOLI	14
CAPITOLO 3: PARTE SPERIMENTALE.....	19
3.1 OBIETTIVO	19
3.2 MATERIALI E METODI	20
3.3 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO	22
3.4 RISULTATI	23
3.4.1 QUESTIONARIO RIVOLTO ALLE DONNE	23
3.4.2 QUESTIONARIO RIVOLTO AI PRIMARI	36
3.5 DISCUSSIONE	39
CAPITOLO 4: CONCLUSIONE	44
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	46
ALLEGATO A	51
ALLEGATO B	55
ALLEGATO C	61

INTRODUZIONE

A partire dal 1985, la comunità medica internazionale ha ritenuto che il tasso ideale di tagli cesarei dovesse essere compreso tra il 10% e il 15%. Da allora si è assistito ad un progressivo incremento dell'incidenza di tagli cesarei sia nei paesi sviluppati sia nei paesi in via di sviluppo. Il taglio cesareo, se eseguito sulla base di una specifica indicazione medica, può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale. Tuttavia non ci sono evidenze scientifiche che dimostrino i benefici del parto cesareo per le donne e per i bambini per i quali la procedura non sia necessaria.

In Italia la percentuale di parti con taglio cesareo sul totale è passata dall'11% nel 1980 al 28% nel 1996, per finire a sfiorare il 38% nel 2008¹. A livello europeo l'Italia presenta la più alta percentuale di tagli cesarei. Essi vengono effettuati maggiormente nei reparti con un basso numero di parti e nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche. In media, nel 2020 il 31,12% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

È importante tenere presente che il taglio cesareo è un intervento chirurgico e come tale non è privo di rischi sia a breve che a lungo termine. Possono esserci ripercussioni anche a distanza di anni dall'evento sia sulla salute della donna che del bambino e sulle gravidanze future. Come ha dichiarato l'OMS è necessario fornire il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno in presenza di indicazioni specifiche².

Le motivazioni che spingono ad affrontare questo studio sono diverse. Anzitutto vi è l'alta percentuale di parti che si verificano con taglio cesareo, in secondo luogo perché ad oggi, nel mondo occidentale, la causa più frequente di mortalità materna durante la gravidanza e dopo il parto è l'insorgenza di trombosi venosa profonda (TVP) che può essere prevenuta grazie ad una deambulazione precoce. In ultimo vi è l'interesse nei confronti della disciplina ostetrica che è nato durante il percorso di studi.

Questo studio parte da una revisione degli articoli riguardo la mobilitazione precoce nelle donne sottoposte a taglio cesareo poiché è un aspetto fondamentale su cui

¹ Linea guida 19 "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", Ministero della Salute, 2014

² "Dichiarazione dell'OMS sul tasso dei tagli cesarei", World Health Organization, 2015

l'infermiere dovrebbe soffermarsi per erogare un'adeguata assistenza postoperatoria; per poi indagare la pratica clinica nella Regione Marche intervistando due reparti di Ostetricia, Fermo e Civitanova Marche, e le donne marchigiane che hanno affrontato un taglio cesareo negli ultimi 10 anni attraverso un questionario somministrato via piattaforme social.

L'obiettivo di questa tesi è quello di fornire un'analisi dei dati raccolti, mettendo in evidenza i benefici di una mobilitazione precoce nel post operatorio e la prevenzione delle molteplici complicanze che si possono verificare dopo il parto cesareo.

Inizialmente si definirà il processo del parto cesareo soffermandosi sulle indicazioni ad operare quel tipo di parto in via preferenziale, sulla valutazione e l'assistenza infermieristica post intervento, sui rischi e sulle complicanze. Si approfondirà il dolore come parametro da monitorare poiché si presenta frequentemente dopo l'intervento chirurgico e rappresenta una barriera al tentativo di una deambulazione precoce. Inoltre si analizzerà il protocollo ERAS³ (Enhanced Recovery After Surgery) che viene applicato in tutti gli interventi, con rilevanza anche negli interventi ginecologici.

Nella fase sperimentale verranno mostrati gli obiettivi, i materiali, i metodi ed i risultati di questo elaborato attraverso l'analisi dei questionari somministrati ai primari e alle donne.

Successivamente questi risultati saranno discussi e confrontati al fine di ottenere dati utili ad approfondire le peculiarità e le criticità del parto con taglio cesareo.

Infine, nelle conclusioni, si offrirà una panoramica sui molteplici benefici relativi alla mobilitazione precoce, soffermandosi sul ruolo centrale dell'infermiere nell'assistenza alla puerpera.

³ ERAS: (Enhanced Recovery After Surgery) è un percorso di cure perioperatorie multimodale progettato per ottenere il recupero precoce dei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore.

CAPITOLO 1: TEORIA

1.1 IL TAGLIO CESAREO

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico che permette l'estrazione del feto e degli annessi fetali mediante l'incisione delle pareti addominali e uterine. Vengono incisi diversi strati anatomici dall'esterno all'interno come: la cute, il sottocute, la fascia dei retti, il muscolo (retti addominali), il peritoneo addominale, il peritoneo pelvico ed infine il miometrio (segmento uterino inferiore). L'incisione può essere effettuata con la tecnica Pfannenstiel o con il metodo Stark. Attraverso la tecnica Pfannenstiel il taglio viene eseguito in modo trasversale a circa 10 cm sopra la sinfisi pubica incidendo la cute, il sottocute, la fascia ed i muscoli che vengono distanziati, il peritoneo parietale e viscerale e per ultimo il segmento uterino inferiore dell'utero fino alla cavità. Dopo la fuoriuscita del bambino vengono suturati tutti gli strati. Diversamente, con il metodo Stark, l'incisione avviene a 2 cm sopra il pube usando l'elettrobisturi e poi manualmente si divaricano le pareti muscolari lungo le linee naturali. Si incide l'utero e si estrae il neonato. Dopo aver chiuso l'utero non si suturano il peritoneo parietale e i muscoli retti dell'addome perché lo scopo è quello di far avvenire una cicatrizzazione naturale. Quest'ultima tecnica viene definita come cesareo dolce poiché si riduce al minimo il trauma dell'operazione, limitando i tessuti da tagliare e migliorando così la ripresa e i danni avvenuti con il taglio chirurgico.

INDICAZIONI AL PARTO CON TAGLIO CESAREO	
ASSOLUTE	RELATIVE
<ul style="list-style-type: none"> • la presentazione podalica del feto • la presenza di lesioni primarie da Herpes simplex a livello genitale nell'ultimo trimestre di gravidanza • l'infezione da Hiv (ma soltanto se la donna è in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica >50 copie/ml, o in monoterapia con ZDV⁴ quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva) • la coinfezione da virus Hiv⁵ e Hcv in donne non in terapia HAART⁶ e/o con carica virale Hiv plasmatica >50 copie/ml) • la placenta previa • una pregressa rottura dell'utero o un precedente cesareo con incisione longitudinale • una gravidanza gemellare monocoriale e monoamniotica (che costituisce comunque un'evenienza molto rara) • il peso stimato del feto superiore ai 4,5 kg nelle donne diabetiche. 	<ul style="list-style-type: none"> • il feto è piccolo per epoca gestazionale (ma soltanto se presenta problemi rilevati agli esami strumentali) • uno dei feti è in presentazione podalica nel corso di una gravidanza gemellare • è prevista una sproporzione cefalo-pelvica.

Non costituiscono un'indicazione al parto con taglio cesareo⁷:

- un pregresso taglio cesareo
- un travaglio pretermine
- un'infezione da virus dell'epatite B o dell'epatite C
- la gravidanza gemellare.

⁴ ZDV: zidovudina

⁵ HIV: Human Immunodeficiency Virus, virus dell'immunodeficienza acquisita

⁶ HAART: Highly Active Anti-Retroviral Therapy

⁷ Linea guida 22 "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", Ministero della Salute, 2016

1.2 RISCHI DEL POST-PARTUM E DEL PUERPERIO

Il post-partum ed il puerperio corrispondono al periodo di tempo che va dalle due ore alle sei settimane successive alla nascita del bambino, che sono caratterizzate da numerosi cambiamenti e modificazioni sia per il bambino che per la mamma. Difatti è contraddistinto da forti emozioni, cambiamenti fisici, alterazioni nelle relazioni interpersonali e coincide con l'assunzione di un nuovo ruolo ovvero quello di essere madre. Oltre a tutti i cambiamenti fisiologici di questo periodo, possono emergere anche delle complicanze, le quali sono da riconoscere tempestivamente come l'emorragia post-partum e la trombosi venosa profonda. L'emorragia del Post-Parto (EPP)⁸ è un evento assiduo e rappresenta la prima causa di morte e di morbosità materna in Italia e nel mondo⁹. Può essere primaria, se è una perdita di sangue oltre i 500 ml nelle prime 24 ore dopo il parto vaginale e più di 1000 ml dopo il taglio cesareo, mentre viene definita secondaria se insorge tra le 24 ore e le 12 settimane dopo il parto. Le cause di emorragia sono: atonia uterina (ossia la non formazione del globo di sicurezza), placenta ritenuta, lacerazioni vaginali o cervicali, rottura d'utero, inversione uterina, placenta previa e coagulopatie.

L'altra importante complicanza è il tromboembolismo venoso (TEV)¹⁰ ovvero la formazione di un coagulo di sangue all'interno del vaso sanguigno venoso che può migrare e disseminarsi nel circolo venoso (embolo). Le donne in stato gravidico hanno un rischio aumentato da 4-5 volte fino a 10 volte di sviluppare tromboembolismo venoso rispetto alle donne non gravide. L'incidenza stimata di tromboembolismo venoso in gravidanza è di 1:1000 e giunge fino a 5 volte maggiore durante il puerperio¹¹. Tutto ciò è dovuto sia ad alcune cause come ad esempio l'età della donna, l'obesità, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, precedenti episodi tromboembolici, stati trombofilici congeniti o acquisiti, ma soprattutto ad uno stato di ipercoagulabilità proprio della gravidanza poiché esso ha verosimilmente come obiettivo quello di proteggere la donna da eventi emorragici. Lo stato trombofilico è determinato dalla stasi venosa, dalla compressione della vena cava inferiore e delle vene pelviche da parte dell'utero e infine

⁸ EPP: emorragia post-partum

⁹ "Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo - Linee di indirizzo", Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, 2019

¹⁰ TEV: tromboembolismo venoso

¹¹ "Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio", Raccomandazioni Aogoi, Sigo, Fondazione Confalonieri Ragonese, Agui, 2014

da una ridotta mobilità della gestante. È importante sottolineare come il TEV in gravidanza aumenta il rischio di mortalità, di morbilità immediata e morbilità a lungo termine associata a sindrome post-trombotica. Si è dimostrato nel tempo che il parto mediante taglio cesareo presenta un maggior rischio di tromboembolismo venoso rispetto al parto vaginale diventando così un fattore di rischio per l'insorgenza di TEV. A tal fine la valutazione del rischio tromboembolico è essenziale nella gestante e si basa su una scrupolosa anamnesi per definire un eventuale approfondimento diagnostico e per l'attuazione di misure di prevenzione. Prescindendo dalla percentuale di rischio di TEV bisogna scoraggiare sempre l'immobilità della donna sia durante la gravidanza, che durante il travaglio e nel puerperio ed evitare la disidratazione.

1.3 ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST PARTO CESAREO

A seguito dell'intervento chirurgico, l'assistenza alla puerpera è di primaria importanza e mira al riconoscimento precoce e alla prevenzione di eventuali complicanze, al ripristino dello stato pregravidico e ad un'attenzione particolare al comfort, allo stato fisico e psichico della donna in quel momento. L'assistenza postoperatoria dopo il parto cesareo è simile a quella svolta dopo qualsiasi intervento di chirurgia addominale maggiore. Il periodo post operatorio dopo il taglio cesareo unisce le problematiche dei primi giorni dopo il parto e quelle della fase postoperatoria. L'infermiere e l'ostetrica sono i principali professionisti che si occupano dell'assistenza della donna, supportati dalla presenza dell'OSS. Nella immediata fase postoperatoria la donna deve ricevere un'accurata valutazione¹² clinica attraverso la misurazione dei parametri vitali ovverosia la pressione arteriosa, la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, la saturazione, la temperatura corporea misurata a livello inguinale, e il dolore. In aggiunta a questo, l'attenzione è rivolta alla valutazione della presenza di perdite ematiche in modo da intercettare precocemente l'insorgenza di un'emorragia post-partum, intervenendo prontamente mediante le procedure più appropriate (esempio trasfusioni di emazie e manovre rianimatorie). Quindi, si esaminano il fondo e la contrattura dell'utero (presenza del globo di sicurezza) poiché, se quest'ultimo non è contratto e le perdite sono abbondanti, lo si deve massaggiare con movimenti circolari finché non si verifichi contrazione e, al

¹² "Accoglienza a puerpera dopo taglio cesareo", Azienda Ospedaliera Università di Padova, 2011

contempo, allertare il medico. Bisogna inoltre valutare la presenza, l'aspetto e la quantità delle lochiazioni¹³. Nelle ore successive all'intervento l'infermiere è chiamato ad esaminare e registrare la quantità e l'aspetto delle urine. Il controllo è orientato anche al catetere vescicale che deve essere rimosso appena possibile nello stesso giorno del parto¹⁴, precisamente nelle 6 ore successive al parto¹⁵. Considerando che il taglio cesareo è associato ad un'anestesia generale o spinale, è evidente la necessità di controllare la capacità della donna di muovere gli arti come ad esempio le gambe. Un intervento assistenziale da incentivare è quello volto a favorire il contatto precoce della mamma con il neonato attraverso il contatto pelle a pelle che può avvenire anche in sala parto. L'allattamento deve essere iniziato il prima possibile, entro due ore dal parto. Le cure igieniche sono indispensabili per assicurare il comfort alla puerpera, sistemando e fissando, inoltre, tutti i dispositivi che essa ha indosso come il catetere vescicale, che viene stabilizzato alla coscia per evitare strattolamenti e conseguenti lesioni uretrali, e le vie infusionali, mediante il supporto apposito. Si consegnano alla donna degli assorbenti igienici e il relativo contenitore per raccogliervi una volta utilizzati. L'infermiere si occupa inoltre della somministrazione della terapia e valuta l'infusione dei farmaci. E per ultimo ma non per importanza si controlla, si quantifica e si registra il dolore.

La deambulazione dei pazienti subito dopo l'intervento chirurgico è oggi parte fondamentale dell'assistenza infermieristica. In effetti, è buona pratica far deambulare i pazienti il prima possibile dopo l'intervento chirurgico perché sono importanti i benefici che ne derivano e il suo impatto positivo sul recupero del paziente. Con l'assistenza postoperatoria preventiva e promotrice le donne possono essere aiutate a evitare i problemi e le complicazioni postoperatorie e avere un recupero precoce¹⁶. Un aspetto importante dell'assistenza postoperatoria completa è la pianificazione precoce della deambulazione di cui l'infermiere è protagonista in quanto è la figura principale che affianca il paziente, lo stimola e lo sensibilizza sull'efficacia di una tempestiva

¹³ Lochiazioni o lochi: residui necrobiotici ed essudazione associata a processi riparativi da parte dell'utero dopo il parto

¹⁴ *Implementation of eras protocol for cesarean section*, Borislava Pujić, Tihomir Vejnović, Lidija Jovanović, Nada Andjelić, Aleksandra Vejnović, Craig Palmer, 2022

¹⁵ *"Mobility following cesarean delivery: an observational study utilizing pedometers"*, Hadas Ganer Herman et al, 2018

¹⁶ *Effect of planned early ambulation on selected postnatal activities of postcaesarean patients*, Jyoti V Dube, N.S. Kshirsagar, P.M. Durgawale, 2013

mobilizzazione¹⁷. Per tempestiva si intende una mobilizzazione che deve avvenire preferibilmente entro le 6-8 ore dall'intervento chirurgico e comunque non oltre le dodici ore. È necessario, inoltre, considerare l'alimentazione precoce della donna dopo l'intervento, poiché si è visto che l'approccio comune di non far alimentare e assumere liquidi non ha vantaggi¹⁸. Si può perciò far alimentare la donna già dai 30 minuti successivi all'intervento¹⁹ in quanto questo approccio favorisce una maggior soddisfazione nella puerpera, una miglior motilità intestinale e una ridotta durata della degenza. Inclusi nelle cure postoperatorie, e fondamentali ai fini di una mobilizzazione precoce, sono il monitoraggio della ferita chirurgica e la rimozione della medicazione che deve essere rimossa dopo 24 ore.²⁰ In conclusione, il tutto può essere raggiunto attraverso le cure infermieristiche di alta qualità, efficienti e basate sull'evidenza²¹.

1.4 IL DOLORE COME 5° PARAMETRO VITALE

Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un danno tissutale presente o potenziale o descritta come tale dal paziente, come definito dalla International Association for the study of Pain²² (IASP). Esso è sempre un'esperienza soggettiva e ogni individuo apprende il significato del dolore attraverso delle esperienze correlate a degli insulti, danni o lesioni avvenuti nei primi anni di vita. L'incapacità di poter comunicare il dolore verbalmente non vieta la possibilità che un individuo possa provarlo e che quindi possa avere bisogno di un trattamento per il dolore. Esso si verifica frequentemente nei pazienti ricoverati e soprattutto nel periodo successivo ad un intervento chirurgico. Il dolore, fra tutti i sintomi che possono insorgere attraverso un intervento chirurgico o con una malattia, è quello che tende maggiormente a inficiare la

¹⁷ "Nurse-Led Mobility Program, Renata A. Jones et al, 2019

¹⁸ "Cesarean Delivery: Counseling Issues and Complication Management, Jeffrey D. Quinlan, Neil J. Murphy, 2015

¹⁹ "Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3), George A. Macones et al, 2019

²⁰ "Cesarean Delivery: Counseling Issues and Complication management, Jeffrey D. Quinlan, Neil J. Murphy, 2015

²¹ *The effect of Gum Chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean birth*, Ebru Sahin, Fusun Terzioglu, 2015

²² L'Associazione internazionale per lo studio del dolore è una società scientifica internazionale che promuove la ricerca, l'istruzione e le politiche per la comprensione, la prevenzione e il trattamento del dolore.

qualità di vita della persona. Difatti una gestione errata o assente del dolore può avere ripercussioni fisiche, psicologiche e sociali da non sottovalutare; proprio per tale motivo esso è una delle condizioni più comuni che gli infermieri trattano. È da tener presente che il dolore esiste ogni qual volta il soggetto dichiara di provarlo e proprio ciò che viene riferito dall'individuo è la fonte più affidabile, nonché la principale componente della valutazione del dolore. Proprio la valutazione deve essere eseguita al primo incontro con il paziente e cioè durante la prima intervista, ogni volta che il soggetto afferma di provare dolore, ogni volta che avviene un cambiamento nella condizione del paziente o del piano di trattamento durante l'assistenza. Infatti è bene indagare il dolore ogni volta che viene somministrata una terapia antidolorifica per constatare se essa ha avuto effetti positivi, e bisogna misurarlo almeno due volte al giorno dal momento del ricovero alla dimissione. Per ottenere delle informazioni sul dolore si utilizzano vari sistemi come la localizzazione del dolore, chiedendo all'assistito di indicare l'area interessata dallo stimolo dolorifico. Inoltre si considera l'intensità del dolore che è un parametro importante per poter intervenire e per fare ciò si utilizzano diverse scale validate. Le più comuni sono: la scala di valutazione numerica (NRS) che presenta una scala orizzontale composta da 0 a 10 punti con riferimenti verbali come "nessun dolore" a un estremo, "dolore moderato" centralmente o addirittura "massimo dolore possibile" all'estremità opposta. Una seconda scala è la Wong-Baker che è costituita da sei faccine che rappresentano sei diverse espressioni del viso e al paziente viene chiesto di indicare quale delle faccine lo rappresenta in quel momento, se quella triste, sorridente, o piangente. Queste faccine sono numerate da 0 a 10 o da 0 a 5, essa può essere utilizzata anche nei bambini dai 3 anni di età. Poi vi è la scala con descrittori verbali (VDS) in cui vi sono espressioni codificate per descrivere l'intensità del dolore "nessun dolore", "dolore lieve", "dolore moderato", "dolore intenso", "dolore molto intenso" e "massimo dolore possibile". Una quarta scala è quella analogica visiva (VAS) che presenta una linea orizzontale o verticale di 10 cm con riferimenti verbali agli estremi come "nessun dolore" a un'estremità e "dolore della massima intensità possibile" o "peggior dolore possibile" all'altra estremità. Si chiede al paziente di indicare con un segno l'intensità del dolore e poi si misura e si registra la distanza in centimetri o millimetri tra il punto iniziale della riga "nessun dolore" fino al segno fatto dall'assistito. Oltre all'utilizzo delle scale si chiede al paziente la qualità del dolore chiedendo di descrivere il tipo di dolore avvertito. Importanti sono l'esordio e la

durata del dolore quindi chiedere da quanto tempo è insorto il dolore e se è costante o intermittente. È necessario infine indagare se vi siano fattori che alleviano o peggiorano il dolore. Dopo aver iniziato una terapia del dolore bisogna rivalutarlo e documentarlo regolarmente per verificare l'efficacia del trattamento. Quindi misurarlo ogni volta che l'assistito dice di provare dolore e dopo ogni somministrazione di terapia con analgesici. Il controllo del dolore è responsabilità di ogni membro dell'equipe sanitaria. Il soggetto deve avere il diritto di non provare dolore attraverso un'analgesia efficace e sicura²³. La Legge n. 38 del 2010 sulle cure palliative e sulla terapia del dolore definisce il dolore come il 5° parametro vitale da valutare dopo la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la temperatura.

²³ "Brunner-Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica" J. L. Hinkle, Kerry H. Cheever

1.5 IL PROTOCOLLO ERAS

L'ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) è un programma di assistenza perioperatoria, basato sulle evidenze scientifiche, che mira a ottimizzare la qualità delle cure e l'outcome del paziente chirurgico attraverso un approccio multimodale e multidisciplinare. Tale protocollo definisce un percorso assistenziale che si sviluppa lungo tutto il periodo perioperatorio: dalla pre-ammissione in ospedale, al pre-operatorio, includendo quello intra-operatorio fino al post-operatorio, prevedendo la realizzazione di numerose componenti (*elements of care*) dell'assistenza perioperatoria (multimodale) attuate da diverse discipline mediche e figure professionali (multidisciplinare)²⁴ (Figura 1).

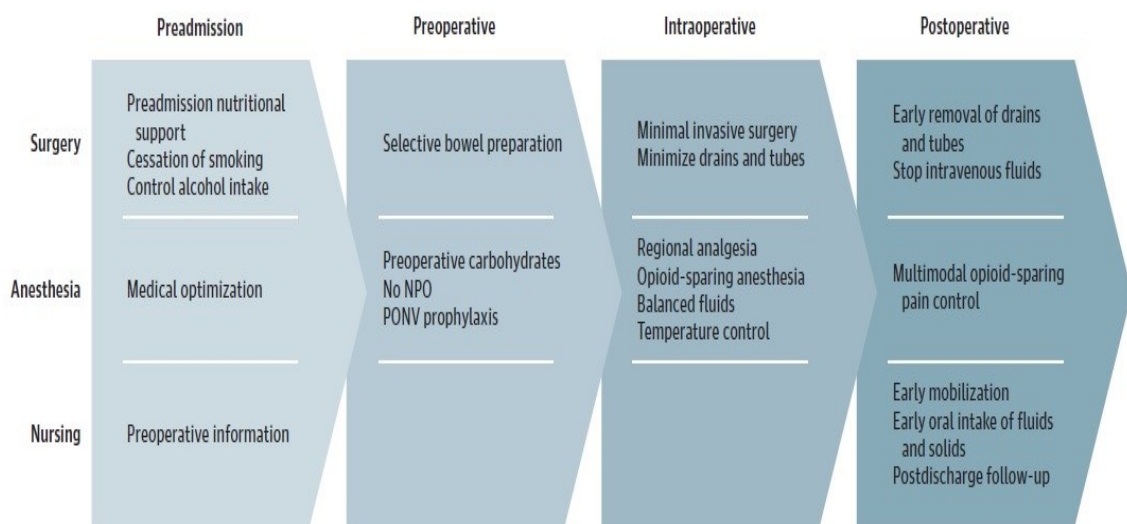


Figura 1. Modello di tipica flowchart del protocollo ERAS che mostra differenti elementi di cura attuati da molteplici figure professionali e discipline.

I sopracitati elementi permettono di minimizzare lo stress fisiologico dell'intervento chirurgico e promuovere una migliore riabilitazione dei pazienti.

È stato dimostrato che ERAS comporta benefici sia clinici (riduzione della lunghezza della degenza, delle complicanze e delle riammissioni ospedaliere) che legati a una

²⁴ "Enhanced Recovery After Surgery: A Review", Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC, 2017

riduzione dei costi sanitari e, perciò, adottato attualmente in molte specialità chirurgiche tra cui quella ginecologica^{25,26}. Tra i principali end-points di ERAS figurano:

Table 2. ERAS Society Guideline Elements for Colonic Resections*

Element	Target Effect and/or Comment
Preadmission	
Cessation of smoking and excessive intake of alcohol	Reduce complications
Preoperative nutritional screening and, as needed, assessment and nutritional support	Reduce complications
Medical optimization of chronic disease	Reduce complications
Preoperative	
Structured preoperative information and engagement of the patient and relatives or caretakers	Reduce anxiety, involve the patient to improve compliance with protocol
Preoperative carbohydrate treatment	Reduce insulin resistance, improve well-being, possibly faster recovery
Preoperative prophylaxis against thrombosis	Reduce thromboembolic complications
Preoperative prophylaxis against infection	Reduce infection rates
Prophylaxis against nausea and vomiting	Minimize postoperative nausea and vomiting
Intraoperative	
Minimal invasive surgical techniques	Reduce complications, faster recovery, reduce pain
Standardized anesthesia, avoiding long-acting opioids	Avoid or reduce postoperative ileus
Maintaining fluid balance to avoid over- or underhydration, administer vasopressors to support blood pressure control	Reduce complications, reduce postoperative ileus
Epidural anesthesia for open surgery	Reduce stress response and insulin resistance, basic postoperative pain management
Restrictive use of surgical site drains	Support mobilization, reduce pain and discomfort, no proven benefit of use
Removal of nasogastric tubes before reversal of anesthesia	Reduce the risk of pneumonia, support oral intake of solids
Control of body temperature using warm air flow blankets and warmed intravenous infusions	Reduce complications
Postoperative	
Early mobilization (day of surgery)	Support return to normal movement
Early intake of oral fluids and solids (offered the day of surgery)	Support energy and protein supply, reduce starvation-induced insulin resistance
Early removal of urinary catheters and intravenous fluids (morning after surgery)	Support ambulation and mobilization
Use of chewing gums and laxatives and peripheral opioid-blocking agents (when using opioids)	Support return of gut function
Intake of protein and energy-rich nutritional supplements	Increase energy and protein intake in addition to normal food
Multimodal approach to opioid-sparing pain control	Pain control reduces insulin resistance, supports mobilization
Multimodal approach to control of nausea and vomiting	Minimize postoperative nausea and vomiting and support energy and protein intake
Prepare for early discharge	Avoid unnecessary delays in discharge
Audit of outcomes and process in a multiprofessional, multidisciplinary team on a regular basis	Control of practice (a key to improve outcomes)

Abbreviation: ERAS, Enhanced Recovery After Surgery.
 * For details and references, see the guidelines at <http://www.erasociety.org>.

²⁵ “The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean”, Ebru Sahin, Fusun Terzioglu, 2015

²⁶ “Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3)”, Macones GA et al., 2019

La mobilitazione postoperatoria precoce, cioè che avviene entro le 24 ore dall'intervento, è un elemento chiave centrale di ERAS la cui completa realizzazione deriva dall'interazione con altri elementi del protocollo quali l'adeguata analgesia postoperatoria e la rimozione anticipata del catetere vescicale^{27,28}, evidenziando l'importanza e la forza della sinergia tra i vari componenti rispetto agli stessi considerati singolarmente.

Tale procedura può includere attività come: sedersi in posizione eretta, trasferirsi dal letto alla sedia, alzarsi da una sedia, esercizi dentro o fuori dal letto e camminare nella stanza o nel corridoio. È in tale contesto che emerge l'importanza di figure professionali, come il fisioterapista e l'infermiere, nel fornire al paziente il supporto assistenziale necessario per deambulare durante il periodo della degenza, concorrendo al recupero completo e ottimale dell'autonomia funzionale al momento della dimissione. Il parto con taglio cesareo rappresenta a tutti gli effetti un intervento di chirurgia e per questo motivo beneficia del miglioramento sugli esiti post-chirurgici derivante dall'implementazione del protocollo ERAS, come dimostrato da una recente revisione sistematica della letteratura²⁹. Tuttavia, secondo le linee guida ERAS per la cura post-cesareo la mobilitazione precoce è una procedura dotata ancora di un grado debole di raccomandazione e di un livello di evidenza molto basso poiché non si dispone di un numero sufficiente di studi clinici a supporto; comunque essa è sicura e praticabile e vi sono evidenze che suggeriscono l'importanza, oltre che della precocità, dell'entità della mobilitazione, in termini di numero di passi effettuati dopo l'intervento chirurgico: uno studio del 2021 ha osservato che dopo il parto cesareo i pazienti che hanno sviluppato complicanze dopo la dimissione avevano camminato molto meno durante il ricovero rispetto a quelli che avevano deambolato maggiormente³⁰.

²⁷ "Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements", Tazreean R, Nelson G, Twomey R, 2022

²⁸ "Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection". Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M *et al.* *Clin Nutr.* 24, 466–477 (2005).

²⁹ "Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3)", Macones GA *et al.*, 2019

³⁰ *Walking to a better future? Postoperative ambulation after cesarean delivery and complications: a prospective study*, Offra Engel, Einal Haikin Herzberger *et al.*, 2021

CAPITOLO 2: REVISIONE DEGLI ARTICOLI

In questa revisione sono state esaminate ventiquattro pubblicazioni:

- quattro revisioni (F. Fuchs, D. Benhamou, 2015; Henry John Golder, Vassilios Papalois, 2021; Jeffrey D. Quinlan, Neil J. Murphy, 2015; Karl Ewins MB BCH BAO FRCPath et al, 2019) di cui una retrospettiva (Edith M Hillan PhD MSc MPhil DipLsc RGN RSCN RM, 1995);
- una ricerca analitica descrittiva (Naziyah, Tommy J. Wowor, Larasati Dwi, 2022),
- quattro studi clinici randomizzati controllati (Ebru Sahin, Fusun Terzioglu, 2015; Anna Prokopowicz, Katarzyna Byrka, 2021; Hanan Elzeblawy Hassan, Abeer Nasr El-Deen El-Sadek, Laila Abdelnaby Hamed Ali, 2019)
- Linee guida sulla pratica clinica (George A. Macones et al, 2019)
- due studi quasi-sperimentali (Jyoti V Dube, N.S. Kshirsagar, P.M. Durgawale, 2013; Ms. Rajdawinder Kaur, Dr. Karuna Sharma, Mrs. Ujala Joshi, 2017)
- due studi comparativi (Thorkild F. Nielsen MD, Klas-Henry Hökegård MD, 1983; E J Bassey, P H Fentem, 1974)
- cinque studi osservazionali (R. Sharma, H. Atkin, L. Mackillop, S. Paterson-Brown, 2015; Hadas Ganer Herman, Masha Ben Zvi, Ilia Kleiner, Daniel Tairy, Limor Kuper Sason, Jacob Bar, Michal Kovo, 2018; Renate M. E. Häger MD, Anne K. Daltveit Phd et al, 2004; Offra Engel, Einat Haikin Herzberger, Yael Yagur, Anat Hershko Klement, Ami Fishman, Naama Constantini, Tal Biron Shental, 2021; (Abdossaleh Zar, Fatemeh Ahmadi, 2018)
- quattro studi sperimentali (Hadas Ganer Herman, Masha Ben Zvi, Daniel Tairy, Ilia Kleiner, Noa Gonen, Limor Kuper Sason, Jacob Bar, Michal Kovo, 2020; Jishamol Charampel Kunjumon, Neetha Mary Iype, 2022; Linda K. Palmer, 1995; Renata A. Jones, Sarah Merkle, Lynze Ruvalcaba, Pippin Ashton, Casey Bailey, Mary Lopez, 2019)
- un *professional paper*: (Borislava Pujic, Tihomir Vejnović, Lidija Jovanović, Nada Andjelić, Aleksandra Vejnović and Craig Palmer, 2022)

Gli studi selezionati hanno preso in esame vari gruppi di soggetti in cui figuravano donne che hanno partorito con taglio cesareo. Tre dei suddetti hanno utilizzato uno strumento,

chiamato contapassi, per misurare il numero di passi compiuti dalle donne ricoverate in ospedale dopo essere state sottoposte a taglio cesareo.^{31 32 33} Le donne multipare e quindi coloro che hanno già partorito precedentemente hanno camminato di più rispetto alle donne nullipare. Una maggior mobilizzazione nel periodo postoperatorio diminuisce l'insorgenza di complicanze sia dopo l'intervento che dopo la dimissione e migliora la qualità del sonno. Lo studio "*Walking to a better future? Postoperative ambulation after cesarean delivery and complications: a prospective study*" suggerisce una soglia ottimale di 9716 passi da effettuare durante il ricovero che deve essere un obiettivo da raggiungere per evitare le complicanze. La mobilità è influenzata dalla modalità del parto e dal BMI³⁴ (body mass index) poiché si è dimostrato che la donna che ha partorito vaginamente si mobilizza di più rispetto a quella che ha partorito con taglio cesareo e che le donne con BMI >30 tendono a muoversi di meno. Un altro importante aspetto è emerso: le donne fumatrici si sono mobilizzate di più rispetto alle donne non fumatrici dal momento che per poter fumare dovevano uscire fuori dal reparto. Inoltre, le donne che hanno partorito con taglio cesareo in emergenza sono risultate più favorevoli alla mobilizzazione rispetto a coloro che hanno avuto un parto cesareo in elezione.^{35 36}

La definizione di precocità della mobilizzazione viene citata in diversi articoli analizzati e tutti sono concordi nel raccomandare una mobilizzazione inferiore o uguale alle sei-otto ore dopo l'intervento chirurgico e comunque entro le dodici ore dal parto cesareo.^{37 38 39}

40

³¹ *Walking to a better future? Postoperative ambulation after cesarean delivery and complications: a prospective study*, Offra Engel, Einal Haikin Herzberger et al, 2021

³² *Mobility following cesarean delivery: an observational study utilizing pedometers*, Hadas Ganer Herman, Masha Ben Zvi et al, 2018

³³ *Assessment of the mobility of mothers postpartum to identify those at greatest risk of venous thromboembolism*, R. Sharma, H. Atkin, L. Mackillop, S. Paterson-Brown, 2015

³⁴ BMI: Indice di massa corporea

³⁵ *Mobility following cesarean delivery: an observational study utilizing pedometers*, Hadas Ganer Herman, Masha Ben Zvi et al, 2018

³⁶ *Assessment of the mobility of mothers postpartum to identify those at greatest risk of venous thromboembolism*, R. Sharma, H. Atkin, L. Mackillop, S. Paterson-Brown, 2015

³⁷ *Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique*, F. Fuchs, D. Benhamou, 2015

³⁸ *Effect of Planned early ambulation on selected postnatal activities of postcaesarean patients*, Jyoti V Dube, N. S. Kshirsagar, P. M. Durgawale, 2013

³⁹ *Enhancing patient mobility following cesarean-delivery-the efficacy of an improved postpartum protocol assessed with pedometers*, Hadas Ganer Herman, Masha Ben Zvi, Daniel Tairy et al, 2020

⁴⁰ *Early ambulation post-lower segment caesarean section improves women's outcomes*, Jishamol Charampel Kunjumon, Neetha Mary Iype, 2022

Essa ha lo scopo di ridurre la comparsa di eventi di trombosi venosa profonda, migliorare l'allattamento, promuovere la nutrizione e la soddisfazione della puerpera. Per di più la mobilitazione riduce l'uso di oppioidi per il controllo del dolore postoperatorio.⁴¹ Rispetto al parto vaginale, il parto cesareo è associato ad un aumento della morbilità e mortalità materna e neonatale. Contrariamente al pensiero comune il parto naturale è di gran lunga più sicuro del parto cesareo in quanto quest'ultimo può provocare dolore, debolezza, disabilità, un periodo di ricovero più lungo e altri problemi fisici.⁴² Sono, infatti, svariate le complicanze che possono sopraggiungere nella puerpera dopo il parto con taglio cesareo⁴³. L'infezione è la più comune nei primi dieci giorni dall'intervento: l'endometrite/endomiometrite post-cesareo, un processo infettivo della mucosa uterina che può interessare l'endometrio e/o il miometrio, presentandosi con dolorabilità uterina, febbre e leucocitosi, rappresenta una delle principali cause di morbidità materna la quale può essere prevenuta con adeguata profilassi antibiotica. L'infezione può interessare anche la ferita chirurgica manifestandosi in genere con eritema, dolorabilità e, nei casi complicati, con febbre e suppurazione. Un'ulteriore complicanza infettiva è quella del tratto urinario che spesso è associata all'utilizzo di un catetere vescicale a permanenza. La gestione terapeutica prevede in prima battuta l'utilizzo di antibiotici ad ampio spettro, proseguendo poi con antibioticotераpia specifica basata sui test di sensibilità in vitro. Tra le complicanze post-chirurgiche riveste particolare importanza l'ileo paralitico che si manifesta con distensione addominale, nausea, vomito, alvo chiuso a feci e gas e silenzio auscultatorio. In ultimo vi è la trombosi venosa profonda (TVP) che è da tre a cinque volte più frequente dopo il parto cesareo rispetto a quello vaginale. Essa si presenta clinicamente con dolorabilità della gamba, tumefazione e sviluppo di un cordone palpabile. Il tromboembolismo venoso (TEV)⁴⁴ rimane una delle principali cause di morte in gravidanza e nel periodo post-partum ed il rischio è maggiore nelle donne con trombofilia ereditaria e acquisita rispetto alle sane, in particolare se associato a una storia familiare di TEV. La conoscenza dei fattori di rischio di TEV è fondamentale per

⁴¹ *Early ambulation post-lower segment caesarean section improves women's outcomes*, Jishamol Charampel Kunjumon, Neetha Mary Iype, 2022

⁴² *Investigating the Effectiveness of Physical Activity on Sleep Quality in Women with Natural Childbirth and Cesarean Section*, Abdossaleh Zar, Fatemeh Ahmadi, 2018

⁴³ *Cesarean Delivery: Counseling Issues and Complication Management*, Jeffrey D. Quinlan, Neil J. Murphy, 2015

⁴⁴ *VTE risk assessment in pregnancy*, Karl Ewins, Fionnuala Ní Ainle, 2019

garantire l'attuazione di adeguate misure di riduzione del rischio e la valutazione dello stesso deve essere eseguita all'inizio della gravidanza, al momento del parto e se i fattori di rischio cambiano. Il rischio di tromboembolismo venoso è multifattoriale e l'immobilità appare come una delle componenti che contribuisce alla sua patogenesi⁴⁵. L'aumento di quest'ultimo si verifica durante la gravidanza, con un picco nel post-partum e continua fino a 12 settimane dopo il parto⁴⁶. Altre complicanze che possono insorgere nella donna sottoposta a taglio cesareo sono la febbre, il sanguinamento uterino, l'occlusione intestinale, un peggioramento della qualità della vita, la letargia, la costipazione, i disturbi del sonno, le lesioni vescicali parietali, il dolore post-partum, i problemi psicologici e della sfera sessuale, la ritenzione urinaria e le complicanze polmonari come l'atelettasia^{47 48}.

La deambulazione precoce presenta numerosi benefici che sono emersi dallo studio degli articoli. Essa favorisce una riduzione della stanchezza, una miglior cicatrizzazione dei muscoli, minore "complesso del malato", meno disturbi legati alla vescica e all'intestino, una migliore alimentazione, permette di dormire meglio e sentirsi bene. Inoltre migliora le attività dei pazienti post cesareo in relazione alla cura di sé e alla cura del neonato.⁴⁹ Le ferite post-chirurgiche sono classificate come ferite acute, che seguono il normale processo di guarigione e vale a dire che devono attraversare diverse fasi: la fase infiammatoria, la fase proliferativa e la fase di maturazione. Questo processo è accelerato da una mobilizzazione precoce della puerpera poiché, con una buona circolazione sanguigna, la ferita riceve maggior afflusso di sangue che permette la crescita cellulare e la riparazione. Ci sono diversi fattori che svolgono un ruolo importante nel sostenere la guarigione della ferita e uno di questi è precisamente la mobilizzazione precoce. Quest'ultima per di più è un comportamento da sollecitare nella donna dopo il parto in

⁴⁵ *Assessment of the mobility of mothers postpartum to identify those at greatest risk of venous thromboembolism*, R. Sharma, H. Atkin, L. Mackillop, S. Paterson-Brown, 2015

⁴⁶ *Mobility following cesarean delivery: an observational study utilizing pedometers*, Hadas Ganer Herman, Masha Ben Zvi et al, 2018

⁴⁷ *Investigating the Effectiveness of Physical Activity on Sleep Quality in Women with Natural Childbirth and Cesarean Section*, Abdossaleh Zar, Fatemeh Ahmadi, 2018

⁴⁸ *The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean*, Ebru Sahin, Fusun Terzioglu, 2015

⁴⁹ *Effect of Planned early ambulation on selected postnatal activities of postcaeserean patients*, Jyoti V Dube, N. S. Kshirsagar, P. M. Durgawale, 2013

quanto permette un recupero precoce delle condizioni precedenti all'intervento, mantiene l'indipendenza della donna, riduce la durata della degenza e i rischi legati al prolungato riposo a letto. È importante rendere le madri consapevoli dell'importanza di una precoce deambulazione per garantire loro tutti i benefici da essa derivanti⁵⁰. In seguito all'espulsione della placenta inizia l'involuzione dell'utero ossia il processo in cui esso ritorna alle condizioni pregravidiche. La deambulazione precoce nel periodo post partum è la chiave per ottenere una rapida e massima funzione muscolare e il ripristino della salute materna. Si è visto come l'involuzione d'utero è più veloce nelle donne che si mobilitano in modo precoce e in maniera corretta⁵¹.

Il sonno insufficiente e i suoi disturbi possono causare disturbi cognitivo-comportamentali, affaticamento, perdita di memoria, diminuzione della concentrazione, diminuzione dell'appetito, stress, aggressività, violenza e ansia. Il sonno scarso, definito come scarsa qualità o breve durata del sonno, è associato alla depressione post-partum. Pertanto, è necessario prestare particolare attenzione alla qualità del sonno dopo il parto. L'esercizio fisico è stato suggerito come una delle numerose alternative non farmacologiche per migliorare la qualità del sonno. L'attività fisica regolare aumenta il livello di salute e lo mantiene. Si raccomanda che le donne dopo il parto incorporino regolarmente l'esercizio e l'attività fisica nella loro routine quotidiana per un sonno di qualità ottimale. In altre parole, si può affermare che l'esercizio e l'attività fisica possono avere un effetto positivo sulla qualità del sonno dopo il parto e il taglio cesareo⁵².

L'ileo postoperatorio è un importante evento avverso che si verifica dopo la chirurgia addominale. Si tratta di una temporanea cessazione della motilità intestinale dovuta alla manipolazione chirurgica dell'intestino durante l'intervento e all'anestesia. Si è osservato come l'uso della gomma da masticare, un'idratazione orale precoce e una mobilitazione precoce nei pazienti dopo taglio cesareo hanno raggiunto l'obiettivo, riducendo al minimo le possibili complicanze e la durata del ricovero ospedaliero. Questi tre interventi incrementano la motilità intestinale favorendo così il passaggio di gas e il ripristino della

⁵⁰ *The Relationship of Early Mobilization and Wound Healing of Inflammation Phase among Post Cesarean Section Women at PMI Hospital Bogor West Java*, Naziyah, Tommy J. Wowor, Larasati Dwi, 2022

⁵¹ *A Quasi-Experimental Study to Assess the Effectiveness of Early Ambulation on Involution of Uterus among Postnatal Mothers Admitted At SGRD Hospital, Vallah, Sri Amritsar, Punjab*, Ms. Rajdawinder Kaur, Dr. Karuna Sharma, Mrs. Ujala Joshi, 2017

⁵² *Investigating the Effectiveness of Physical Activity on Sleep Quality in Women with Natural Childbirth and Cesarean Section*, Abdossaleh Zar, Fatemeh Ahmadi, 2018

canalizzazione intestinale⁵³. La gomma da masticare senza zucchero è il miglior intervento infermieristico seguito dall'idratazione orale e dalla mobilitazione precoce post taglio cesareo sulla motilità intestinale, nella prevenzione dell'ileo paralitico e nella soddisfazione delle donne. Ciò indica che gli infermieri possono contribuire a ridurre la durata del periodo di ricovero assumendo un ruolo attivo mediante i sopracitati interventi assistenziali⁵⁴. La mobilitazione precoce risulta essere decisiva nell'evitare l'insorgenza di trombosi venosa profonda e di complicanze respiratorie che possono derivare dall'allettamento⁵⁵. Non meno importante è lo stato psicologico delle puerpere che possono trovarsi nella condizione di provare paura, ansia, dolore ma anche preoccupazione per la consapevolezza di doversi occupare del bambino appena nato. Da uno studio risulta che l'esercizio fisico e il movimento in generale aiutano la donna nel raggiungere una maggiore autostima, una riduzione dell'insorgenza di depressione e di ansia⁵⁶.

CAPITOLO 3: PARTE SPERIMENTALE

3.1 OBIETTIVO

Attraverso lo studio di numerosi articoli estratti dalle piattaforme scientifiche come PubMed e Google Scholar sono emersi dati importanti e interessanti riguardo la mobilitazione precoce nella donna sottoposta a taglio cesareo. È stata fatta una selezione degli articoli prendendo in considerazione quelli rilevanti per lo scopo della ricerca ed escludendo quelli meno appropriati e meno recenti. La ricerca si è basata sull'inserimento di parole chiave e sulla lettura degli abstract. Il tutto è stato realizzato adottando la metodologia PICO⁵⁷. P: donne che hanno avuto un parto con taglio cesareo; I:

⁵³ *The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean*, Ebru Sahin, Fusun Terzioglu, 2015

⁵⁴ *Effect of Three Different Nursing Interventions on Intestinal Motility and Women's Satisfaction Post-Cesarean Section Birth*, Hanan Elzeblawy Hassan, Abeer Nasr El-Deen El-Sadek, Laila Abdelnaby Hamed Ali, 2019

⁵⁵ *Enhanced Recovery after Surgery: History, Key Advancements and Developments in Transplant Surgery*, Henry John Golder, Vassilios Papalois, 2021

⁵⁶ *Effects of a walking program on attributional style, depression, and self-esteem in women*, Linda K. Palmer, 1995

⁵⁷ Metodo PICO: sistema largamente usato nella disciplina infermieristica per la formulazione di un quadro clinico. È caratterizzato da una certa attenzione verso il paziente e in grado di generare risposte accurate e precise. P - problem/patient/population (problema/ paziente/popolazione); I - intervention (intervento); C - comparison/control (confronto/controllo); O - outcome (esito)

mobilizzazione precoce; C: non inserito; O: se la mobilizzazione precoce riduce le complicanze post-operatorie. L'indagine conoscitiva sulla mobilizzazione precoce post taglio cesareo sul territorio marchigiano è stata rivolta ai primari dei reparti di ginecologia ed ostetricia degli ospedali delle Marche e alle donne che hanno avuto un taglio cesareo negli ultimi 10 anni per confrontare la letteratura con la pratica clinica. Questo studio ha lo scopo di definire l'importanza di una precoce mobilizzazione dopo il parto con taglio cesareo e i benefici che ne conseguono, valutando contestualmente la frequenza della comparsa di complicanze post-operatorie nel campione di interesse.

3.2 MATERIALI E METODI

La prima parte di questa ricerca ha indagato la pratica clinica all'interno degli ospedali della regione Marche. Sono state inviate mail, previa autorizzazione dal Direttore Generale delle Aziende Territoriale Sanitarie, per poter incontrare i primari dei reparti di ginecologia ed ostetricia degli ospedali "Santa Lucia" di Civitanova Marche e "Augusto Murri" di Fermo. Dagli incontri, sia con il Primario di Civitanova Marche Dott. Filiberto Di Prospero che con il Primario di Fermo Dott. Alberto Maria Scartozzi, è risultato chiaro che attualmente i protocolli scritti sul taglio cesareo sono in fase di elaborazione. In seguito, è stato somministrato un questionario ai Primari della regione Marche ma non sono arrivate risposte, oltre a quelle già ottenute di persona. Il questionario (vedi allegato A) è composto da un'introduzione in cui viene spiegato il motivo dell'indagine in questione e vi sono poi sette domande, di queste:

- 2,5,6,7 con risposta chiusa in cui è possibile scegliere una sola opzione
- 3,4 con risposta chiusa in cui è possibile scegliere più opzioni
- 1 con risposta aperta breve

La prima domanda corrisponde al nome dell'ospedale. La seconda domanda, nonché la più importante, è quella relativa alla mobilizzazione della donna per vedere quando quest'ultima viene alzata a seguito del parto con taglio cesareo. La terza domanda si riferisce ad eventuali benefici che si riscontrano con una mobilizzazione precoce, la quarta domanda interroga su eventuali complicanze che si sono verificate frequentemente

dopo il parto cesareo, la quinta domanda indaga sulla rimozione del catetere vescicale dopo l'intervento, la sesta domanda analizza dopo quanto tempo la donna può assumere liquidi dopo il parto con taglio cesareo e per finire la settima ed ultima domanda valuta dopo quanto tempo la donna viene alimentata dopo l'intervento.

Per la seconda parte dell'indagine è stato creato un questionario per le donne del territorio marchigiano. Il questionario (vedi allegato B) è composto da una parte introduttiva che spiega a chi è rivolto e sottolinea due cose importanti come l'anonimato e la velocità di compilazione così che le donne possano sentirsi più motivate e a loro agio nel dedicare qualche minuto del loro tempo all'inserimento delle risposte. Tali risposte sono risultate fondamentali e preziose per questo progetto di tesi. Alle donne è stato chiesto di fare riferimento solo all'ultimo parto con taglio cesareo che hanno subito. Le domande presenti nel questionario sono dieci, di cui:

- 2 con risposta aperta breve
- 1, 3 con elenco a discesa
- 4,5,7,8,10 con risposta multipla in cui è possibile scegliere una sola opzione
- 6,9 con risposta multipla in cui è possibile scegliere più opzioni

La prima domanda si riferisce all'ospedale in cui la donna ha partorito, la seconda domanda chiede l'età in cui la donna ha partorito, la terza domanda accerta l'anno in cui la donna ha effettuato il taglio cesareo, la quarta domanda sta ad indicare il momento in cui è avvenuto il parto, la domanda successiva e la più importante rileva il momento in cui la puerpera è stata mobilizzata, la sesta domanda analizza gli eventuali benefici che sono comparsi con la mobilizzazione, un' ulteriore domanda prende in considerazione l'insorgenza di dolore e se è stato trattato con un antidolorifico, l'ottava domanda esamina la modalità di parto e cioè se è avvenuto in emergenza o in elezione, la nona domanda ricerca la comparsa di complicanze dopo il parto con taglio cesareo e per finire l'ultima domanda valuta se quest'ultimo parto è stato il primo per la donna o successivo ad altri parti avvenuti in precedenza. I dati sui benefici sono stati analizzati calcolando le frequenze relative osservate nei due gruppi di donne mobilizzate precocemente e non ed il confronto è stato effettuato mediante Z-test per le proporzioni.

3.3 CAMPIONE E CAMPIONAMENTO

Il questionario rivolto ai Primari è stato compilato dal primario dell'ospedale di Fermo durante un incontro ed è stato associato ad un'intervista in cui sono emersi più dati oltre a quelli relativi al questionario. Lo stesso questionario è stato mandato via mail ai primari dei reparti di ginecologia ed ostetricia degli ospedali di: Civitanova Marche, Macerata, Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto, Urbino e Senigallia. Da questi è stata ricevuta un'unica risposta risultata, peraltro, anonima. Il questionario è stato creato con la piattaforma Google moduli, è stato aperto il giorno ventinove marzo del 2023 ed è stato chiuso il giorno otto aprile del 2023. Il questionario, i cui soggetti destinatari sono state le donne che hanno partorito con taglio cesareo negli ultimi dieci anni, è stato divulgato sia per via social attraverso le varie piattaforme esistenti che attraverso un foglio stampato. La via social è stata quella maggiormente utilizzata e ha ricevuto molto consensi. Sono stati utilizzate varie chat di Whatsapp: gruppi delle scuole in cui sono presenti molte mamme, chat private di conoscenze e anche attraverso il passaparola. Un altro importante strumento è stata l'applicazione di Facebook che ha permesso di inoltrare il questionario in diversi gruppi come: "Il tempo delle mamme di Ancona e dintorni", "Mamme Civitanova Marche", "Mamme e pance di Senigallia e dintorni - Eventi", "Essere mamma a Montegranaro", "Mamme di Fermo e dintorni", "Sei di Sant'Elpidio a Mare se", "Sei di Porto Sant'Elpidio se" e "mammemarchigiane.it" con una prevalenza di gruppi in cui sono presenti le mamme. È stato utilizzato anche Instagram grazie alla condivisione di storie che hanno permesso di raggiungere un notevole numero di persone. Come già citato sopra il questionario è stato pubblicizzato anche mediante un foglio stampato (vedi allegato C) in cui è stata inserita un'introduzione che spiega il motivo e a chi è rivolta l'indagine, il tipo di studio e sottolinea l'anonimato delle risposte e la velocità di compilazione. Per ultimo chiede alle donne di fare riferimento all'ultimo parto con taglio cesareo. Allegata all'introduzione vi è il QR code creato con l'apposita applicazione online. Esso una volta scansionato con il cellulare rimanda direttamente al questionario online. Questo foglio è stato appeso in un negozio di macelleria, in un negozio di abbigliamento per bambini, in due farmacie di Porto Sant' Elpidio, in due negozi di estetica e per finire nella sede della croce verde di Porto Sant'Elpidio. Si è cercato di scegliere tutti luoghi in cui può esservi maggiore presenza di mamme. L'indagine è stata svolta dal ventinove marzo del 2023 al giorno otto aprile del 2023.

3.4 RISULTATI

Sono stati analizzati i dati di entrambi i questionari ed è stata effettuata un'elaborazione degli stessi. Sono state raccolte 552 risposte dal questionario rivolto alle donne, diversamente, il questionario rivolto ai primari ha ottenuto due risposte.

3.4.1 QUESTIONARIO RIVOLTO ALLE DONNE

Considerando il questionario delle donne che hanno partorito con taglio cesareo negli ultimi dieci anni, dalla prima risposta si può notare che la maggioranza e cioè il 40,2% (218 risposte) ha partorito nell'ospedale Salesi-Ospedali Riuniti di Ancona, a seguire il 14,6% (79 risposte) ha partorito nell'Ospedale Generale provinciale di Macerata, l'11,8% (64 risposte) nell'Ospedale Augusto Murri di Fermo, mentre il 10,9% (59 risposte) ha partorito nell'Ospedale civile di Civitanova Marche, l'8,5% (46 risposte) per l'Ospedale Carlo Urbani di Jesi, a seguire si ha il 4,2% (23 risposte) per l'Ospedale di Senigallia, il 3,5% (19 risposte) per l'Ospedale di Osimo, il 2,4% (13 risposte) per l'Ospedale Civile di San Severino Marche, l'1,7% (9 risposte) per l'Ospedale Madonna del soccorso di San Benedetto del Tronto, lo 0,7% (4 risposte) per l'Ospedale Engles Profili di Fabriano, lo 0,7% (4 risposte) per l'Ospedale C. e G. Mazzoni di Ascoli, lo 0,4% (2 risposte) per il Presidio ospedaliero San Salvatore di Pesaro-stabilimento centrale, lo 0,2% (1 risposta) per la Casa di cura Villa Igea Ancona e per finire lo 0,2% (1 risposta) per l'Ospedale Santa Croce di Fano. L'unico a non essere stato citato è l'ospedale Vittorio Emanuele II di Amandola. (vedi grafico 1) Una donna ha riferito di aver partorito nell'ospedale di Urbino santa Maria della misericordia che non è presente nell'elenco degli ospedali nel questionario. Inoltre, su 552 risposte totali, per quanto riguarda questa prima domanda, sono arrivate 542, quindi 10 risposte sono state saltate.

In quale ospedale hai partorito?

542 risposte

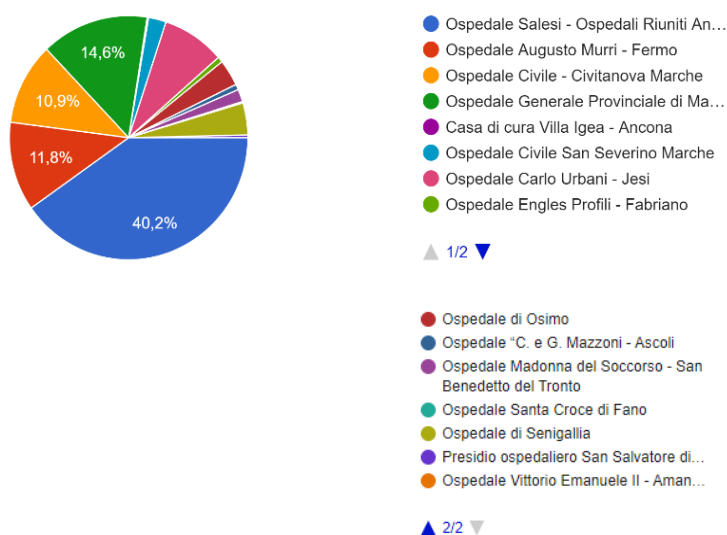


Grafico 1: *Gli ospedali in cui hanno partorito le donne che hanno risposto al questionario.*

L'età delle donne è stata misurata con la seconda domanda del questionario con una risposta aperta. A questa domanda hanno risposto 547 persone e quindi 5 persone hanno saltato la risposta. Una delle 547 risposte è stata annullata poiché anziché scrivere l'età è stato scritto il sesso del figlio. Vengono, perciò, considerate nella tabella di seguito (vedi grafico 2) in totale 546 risposte. L'età che emerge dalle risposte è compresa tra i 19 anni e i 47 anni di cui la maggioranza risulta di 37 anni con il 9,3% (51 risposte) a cui se ne aggiungono altre due, mentre la minoranza con lo 0,2% risulta per i 19-24-46-47 anni con una sola risposta per ognuno. Mentre manca proprio in questa fascia l'età che corrisponde ai 21 anni.

A che età hai partorito?
547 risposte

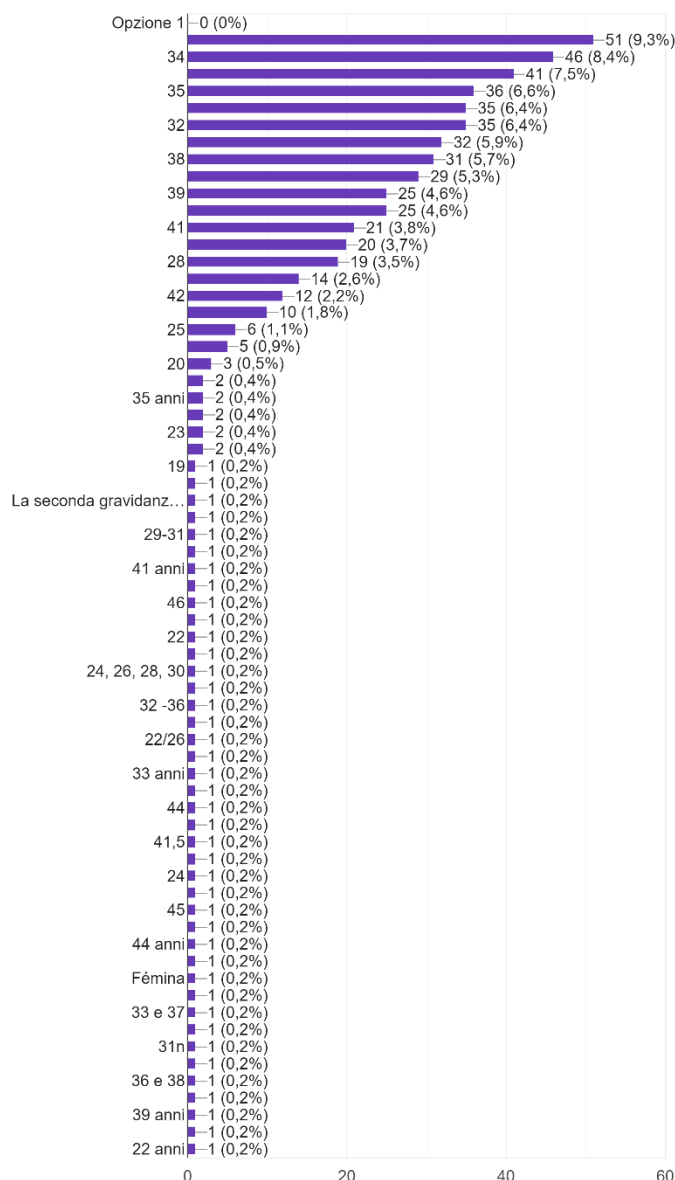


Grafico 2: L'età delle donne quando hanno partorito.

A seguire con la terza domanda è stato chiesto alle donne di indicare l'anno in cui esse hanno avuto l'ultimo parto con taglio cesareo. Il periodo di tempo preso in considerazione per l'indagine va dal 1° gennaio 2013 all'anno attuale e cioè fino al 29 marzo del 2023, il giorno dell'apertura del questionario. Il 2022 con il 14,2% (78 risposte) si posiziona al primo posto come l'anno in cui si sono verificati i parti cesarei in più donne del medesimo questionario; poi si trova il 2017 con l'11,1% (61 risposte) e si posiziona al secondo posto; poi vi è il 2021 con il 10,8% (59 risposte); in seguito vi è il 2013 con il 10,6% (58 risposte); il 2020 con il 9,9% (54 risposte) si posiziona al quinto posto; il 2014, il 2015 e

il 2016 si trovano a pari posizione con l'8,2% (45 risposte); il 2018 con il 7,3% (40 risposte) si trova nella settima posizione e per ultimo vi è il 2023 con il 3,6% (20 risposte). (vedi grafico 3) Per questa domanda sono arrivate 548 risposte a fronte delle 552 totali perciò 4 donne non hanno dato la loro risposta in questa domanda.

In quale anno hai partorito?
548 risposte

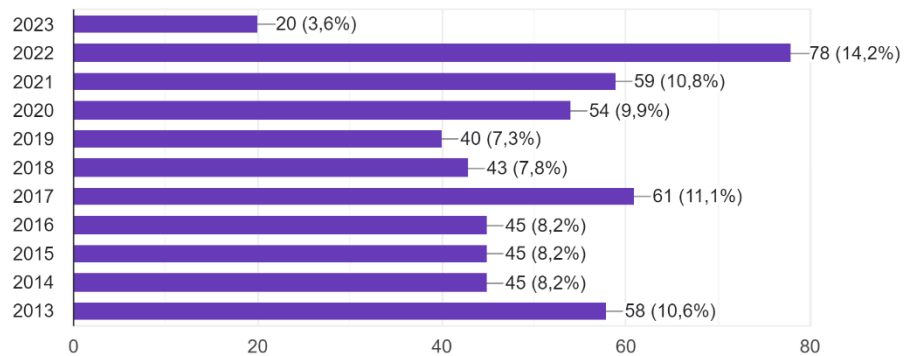


Grafico 3: *L'anno in cui le donne hanno avuto il loro parto.*

Un altro aspetto importante è il momento in cui è avvenuto il parto ed è stato valutato con la domanda numero 4. È stato chiesto alle donne di specificare la fascia oraria in cui esse hanno partorito. Dall'elaborazione dei dati si evince che il 40,7% (224 risposte) abbia partorito nella fascia oraria del mattino dalle ore sei alle ore dodici; il 28,5% (157 risposte) abbia avuto il parto nella fascia oraria del pomeriggio dalle ore dodici alle ore diciotto; il 15,6% (86 risposte) abbia dato alla luce il proprio figlio nella fascia oraria della notte dalle ore ventiquattro alle ore sei e in ultimo il 15,1% (83 risposte) abbia partorito nella fascia oraria della sera dalle ore diciotto alle ore ventiquattro. (vedi grafico 4) Dalle 552 risposte totali del questionario, alla presente domanda hanno risposto 550 donne per cui 2 donne non hanno dato alcuna risposta. La fascia oraria in cui si sono verificati più parti è quella del mattino mentre la fascia oraria in cui si sono verificati meno parti è quella della sera.

In quale momento della giornata hai partorito?

550 risposte

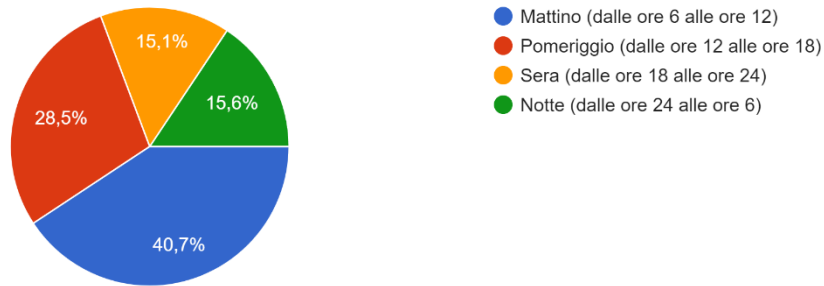


Grafico 4: *La fascia oraria in cui le donne hanno partorito.*

La quinta domanda, che è la più importante, raccoglie dati sulla mobilitazione della puerpera dopo il parto con taglio cesareo ovvero rileva il momento della giornata in cui la donna è stata mobilizzata. La donna poteva rispondere inserendo la fascia oraria oppure poteva inserire ciò che voleva nella casella “altro”. Dall’elaborazione dei dati è emerso che il 27,1% (149 risposte) delle donne sono state mobilizzate il giorno dopo il parto; il 25,9% (142 risposte) delle donne sono state mobilizzate nella fascia oraria del mattino dalle ore sei alle ore dodici; il 22,2% (122 risposte) delle donne sono state mobilizzate nella fascia oraria del pomeriggio dalle ore dodici alle ore diciotto; il 20,2% (111 risposte) delle donne sono state mobilizzate nella fascia oraria della sera dalle ore diciotto alle ore ventiquattro; l’1,8% (10 risposte) delle donne sono state mobilizzate nella fascia oraria della notte dalle ore ventiquattro alle ore sei. Cinque donne hanno risposto di essere state indotte a mobilizzarsi due giorni dopo il parto, due donne hanno detto di essere state fatte alzare il mattino seguente l’intervento, una donna ha detto di essere stata mobilizzata tre giorni dopo l’intervento, una donna ha comunicato di essersi alzata due giorni dopo, a causa di una grave anemia post intervento, una donna ha detto di essersi mobilizzata in meno di 24 ore dal parto, una donna riporta di essersi mobilizzata subito e per finire una donna ha comunicato di essersi alzata da sola poiché nessuno ha contribuito ad aiutarla. (vedi grafico 5) Le risposte totali per questa domanda sono state 549 a fronte delle 552 totali del questionario quindi tre donne non hanno risposto a questa domanda.

In quale momento della giornata ti hanno mobilizzata (= ti sei alzata e hai fatto i primi passi) dopo il parto cesareo?

549 risposte

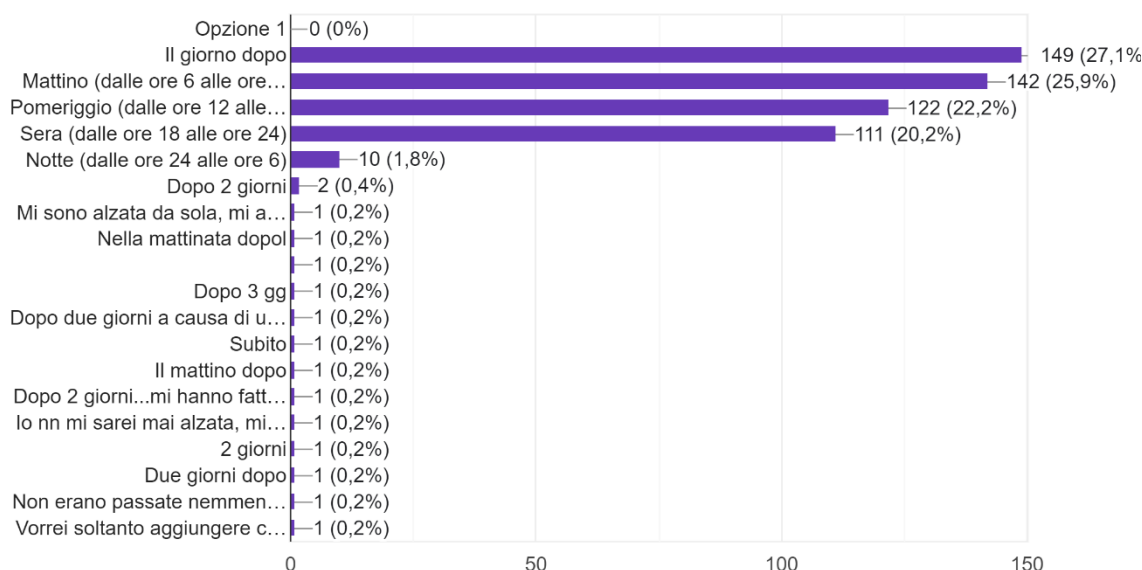


Grafico 5: Il momento in cui le donne si sono mobilizzate dopo l'intervento chirurgico.

La successiva domanda altrettanto rilevante verifica se con la mobilizzazione dopo il parto con taglio cesareo la donna ha avuto dei benefici. La donna poteva rispondere ad una delle risposte inserite o poteva aggiungere altre informazioni nella casella "altro". Analizzando i dati emersi si può notare che il 26,4% (131 risposte) si riferisce alla facilità nell'allattamento; il 20,7% (103 risposte) si riferisce ad una riduzione del dolore; il 15,9% (79 risposte) riporta una sensazione di benessere; il 28% (139 risposte) mostra una riduzione di ansia e paura; il 27,2% (135 risposte) ha notato effetti positivi sull'intestino; l'8,2% (41 risposte) fa riferimento ad una migliore qualità del sonno e per ultimo il 6,4% (32 risposte) delle donne ha riferito di avere avuto tutti i benefici elencati sopra grazie alla mobilizzazione mentre il 33 (33 risposte) delle donne hanno riferito di non avere avuto alcun beneficio con la mobilizzazione. Il 2,4% (12 risposte) delle donne non ricorda se ha avuto benefici. Due donne hanno dichiarato di avere avuto, grazie alla mobilizzazione, la possibilità di prendersi cura dei propri figli e altre due donne, oltre alla possibilità di gestire i propri figli, hanno detto di aver avuto rispettivamente una maggiore autonomia e uno stato d'animo più sereno. Tre donne hanno detto che con la mobilizzazione hanno

avuto la possibilità di poter raggiungere i figli in TIN⁵⁸, una donna ha detto di avere avuto l'opportunità di andare a trovare il figlio in pediatria, ricoverato per bradicardia. Una donna ha detto di essersi sentita più simile ad una donna che ha partorito con parto naturale grazie alla mobilizzazione. Tre donne hanno dichiarato di avere avuto maggiore autonomia con la mobilizzazione; una donna si è velocizzata perché aveva altri due figli a casa; una donna alzandosi ha potuto controllare sua figlia perciò si è sentita più tranquilla; una donna ha visto sua figlia più serena; una donna oltre ad essere stata più tranquilla ha avuto meno dolore; una donna ha dichiarato di avere avuto una ripresa migliore e un'altra donna invece ha detto di avere avuto una mobilità migliore; una donna ha detto di essere stata dimessa dall'ospedale un giorno prima e si sentiva più sicura nei movimenti; una donna ha detto che, avendo avuto un'esperienza precedente di parto con taglio cesareo, è bene non aspettare un giorno per la mobilizzazione. Un'ultima dichiarazione è quella di una donna che appena alzata ha avuto tantissimo dolore con morsi uterini e contrazioni fortissime però poi di notte mentre passeggiava per i corridoi ha sentito diminuire piano piano il dolore. Una donna ha specificato che aveva voglia di alzarsi e un'altra che invece si sarebbe alzata prima rispetto a quando lo ha fatto (vedi grafico 6). Rispetto alle risposte complessive del questionario, che sono 552 per questa domanda, hanno risposto 497 donne per cui 55 donne non hanno risposto ad essa.

⁵⁸ TIN: terapia intensiva neonatale



Grafico 6: I benefici emergenti grazie alla mobilizzazione dopo il parto con taglio cesareo.

Esaminando i dati riguardanti la domanda successiva, in cui è stato chiesto alle donne se avessero avuto dolore a seguito del parto con taglio cesareo e nel caso se hanno assunto un farmaco antidolorifico, è emerso che il 63,9% (349 risposte) ha avuto dolore postoperatorio e ha assunto un farmaco antidolorifico. Diversamente, il 23,1% (126 risposte) ha avuto dolore ma non ha assunto un farmaco antidolorifico e infine il 13% (71 risposte) delle donne non ha avuto dolore dopo il taglio cesareo (vedi grafico 7). Rispetto alle totali 552 risposte del questionario, a questa domanda hanno risposto 546 donne perciò sei di loro non hanno dato la loro risposta.

Hai avuto dolore dopo il parto cesareo?
546 risposte

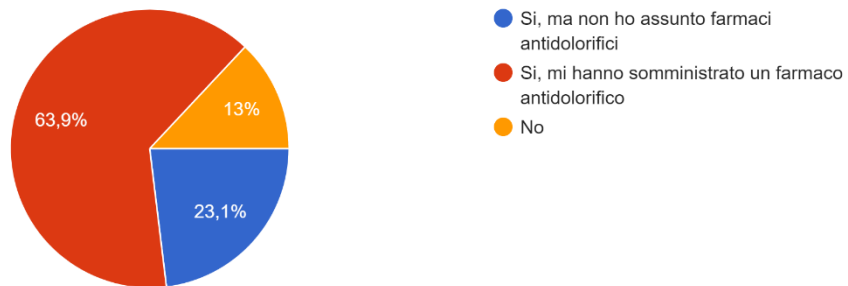


Grafico 7: Il grafico mostra la percentuale di donne che ha avuto dolore e che ha assunto un farmaco antidolorifico, la percentuale di donne che ha avuto dolore ma che non ha assunto il farmaco antidolorifico e la percentuale di donne che non ha avuto dolore.

Dall'elaborazione dei dati, con l'ottava domanda che indaga sulla modalità di parto cesareo, è emerso che il 50,7% (277 risposte) delle donne ha avuto il parto con taglio cesareo in emergenza mentre il 49,3% (269 risposte) delle donne ha avuto il parto cesareo in elezione (programmato) (vedi grafico 8). Delle totali 552 risposte, in questo caso, 546 donne hanno dato la propria risposta a questa domanda mentre sei non lo hanno fatto.

Il tuo parto cesareo è stato:

546 risposte

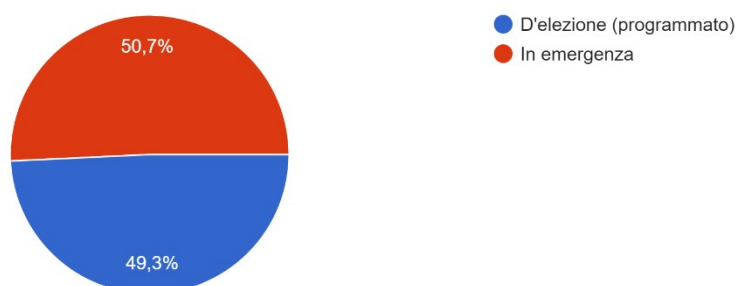


Grafico 8: *Il grafico mostra la percentuale di parti effettuati in elezione rispetto a quelli effettuati in emergenza.*

Nella penultima domanda si considerano le eventuali complicanze che si sono verificate dopo il parto con taglio cesareo. In questo quesito, numero nove, le donne potevano rispondere mediante le opzioni già esistenti oppure potevano inserire nuovi dati nella casella "altro". Analizzando le risposte si può notare che il 75,3% (408 risposte) non ha avuto nessuna complicanza; il 12% (65 risposte) delle donne ha avuto la depressione; il 5% (27 risposte) ha avuto l'infezione della ferita chirurgica; lo 0,2% (1 risposta) ha avuto un episodio di trombosi venosa profonda. Inoltre è stato dichiarato da otto donne di aver avuto un'emorragia dopo il parto di cui una con importante perdita di sangue durante il cesareo con necessità di trasfusione anche nelle successive 24 ore; tre donne hanno avuto la gestosi⁵⁹; una donna ha avuto la febbre; quattro donne hanno presentato dolore postoperatorio che in un caso si è protratto per mesi associato a poca sensibilità nella zona del taglio e difficoltà a toccare la pancia, e in un altro caso è stato associato a forte sanguinamento post parto manifestatosi per mesi e con allattamento iniziato con ritardo. Tre donne hanno manifestato un rialzo dei valori pressori alle misurazioni post partum; due donne hanno specificato di essere state colpite da gonfiore e ingrossamento eccessivi alle gambe e alle caviglie, di cui una faceva fatica a camminare; una donna ha dichiarato di essere stata vittima di uno stato di ansia e depressione; una donna ha avuto un

⁵⁹ Anche conosciuta come preeclampsia: è una condizione più frequente durante gli ultimi due trimestri della gravidanza, caratterizzata dall'aumento della pressione arteriosa (oltre 90 per la minima e 140 per la massima) e dall'escrezione di proteine con le urine (oltre 300 milligrammi al giorno).

istmocele⁶⁰; una puerpera ha avuto difficoltà nella cicatrizzazione della ferita chirurgica. Ci sono stati poi problemi legati all'intervento come: un episodio di lesione vescicale; un'errata chiusura della ferita con versamento di sangue e una nuova operazione il giorno successivo; un evento di ritenzione di tre garze all'interno dell'utero con successivo re-intervento per toglierle; un episodio di insensibilità alla gamba sinistra dovuta all'epidurale, una donna ha detto di aver avuto problemi alla vescica, un episodio di presenza di un coagulo all'interno dell'utero dopo venti giorni dall'intervento e un caso di re-intervento per togliere il drenaggio. A distanza di tempo dal parto due donne hanno presentato aderenze, una ha riferito di avere attualmente una perdita quasi totale di sensibilità ai tessuti, due donne hanno diastasi addominale di cui una associata a disallineamento del bacino. Dopo il parto con taglio cesareo una donna ha ammesso di aver avuto un versamento pleurico, un'altra donna ha avuto un ematoma sottocutaneo con riapertura della soluzione di continuo, vi è poi un caso di flebite, un episodio di diabete gestazionale con crisi ipoglicemica, vi è poi una ricaduta di malattie infiammatorie croniche, un caso di collasso dell'utero e un quadro di ritardo della montata latte. Due donne hanno riferito di aver avuto una ridotta mobilità e difficoltà ad alzarsi dal letto a causa del taglio cesareo. Vi sono poi due episodi di anemia in due donne di cui una associata a depressione acuta correlata a ipocalcemia sintomatica post trasfusione. Si è verificato un evento di trasfusione per emoglobina ridotta, una reazione allergica con orticaria in tutto il corpo che è perdurata per qualche giorno senza che se ne sia trovata la causa. Alle sopracitate 408 risposte che riferiscono un'assenza di complicanze, se ne aggiunge una ulteriore per un totale 409 (vedi grafico 9). Delle complessive 552 risposte al questionario, nella domanda presente, hanno risposto 542 donne.

⁶⁰ L'istmocele è un'alterazione del rivestimento delle pareti uterine, simile ad un'ernia o ad un diverticolo

Hai avuto complicanze dopo il parto cesareo? (è possibile indicare più di una risposta)

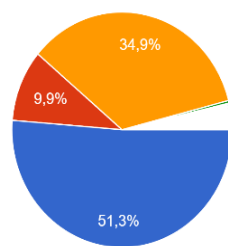
542 risposte



Grafico 9: Elenco di complicanze insorte nelle donne

L'ultima domanda indaga se il parto preso in esame nel questionario sia l'unico, o se sia stato preceduto o seguito da altri parti. Le donne potevano inoltre inserire ulteriori dati nella casella "altro". Dall'elaborazione dei dati emerge che il 51,3% (281 risposte) dei parti sono i primi e gli unici che esse hanno avuto, mentre il 34,9% (191 risposte) dei parti sono successivi ad altri avvenuti con taglio cesareo e infine il 9,9% (54 risposte) dei parti sono seguenti ad altri avvenuti con parto naturale. Oltre a ciò è affiorato che tre donne hanno avuto due cesarei prima del parto in questione; una puerpera ha avuto un aborto a 18 settimane; una donna ha dichiarato di essere incinta in questo momento; quattro donne hanno avuto un parto naturale e uno con taglio cesareo prima di quest'ultimo parto; due donne hanno avuto un parto naturale prima di questo parto cesareo, di cui una ha partorito un feto senza vita poiché ha avuto un aborto uterino. Due donne hanno dichiarato di avere avuto un aborto spontaneo prima del parto cesareo di cui uno senza necessità di raschiamento; quattro donne hanno avuto un parto cesareo prima di quest'ultimo; una puerpera ha detto di aver avuto un parto naturale dopo quello preso in esame dal questionario e per finire una donna ha riferito di aver fatto svariate inseminazioni in vitro prima di avere questo parto cesareo. Una donna ha compilato la risposta mettendo solo la spunta su "altro (vedi grafico 10). In confronto alle 552 risposte totali hanno risposto a questa domanda 548 donne perciò quattro donne non hanno inserito la loro esperienza.

Prima del parto cesareo in questione, hai avuto altri figli?
548 risposte



- No
- Si, con parto naturale
- Si, con parto cesareo
- Altri 2 cesarei
- Aborto spontaneo
- 1 parto naturale + 1 cesreo(totali 2 ce...
- Nessuna complicanza neanche con il...
- La mia è stata una gravidanza avvenu...

▲ 1/3 ▼

- Un aborto a 18 settimane
- Si con parto naturale nato senza vita x...
- Sono incinta al momento
- Parto cesareo d'urgenza dopo travaglio
- La prima figlia parto naturale poi la se...
- Due: uno naturale l'altro cesareo
- Ho avuto un altro figlio nel 1029 semp...
- aborto spontaneo all'inizio della gravid...
- Dopo il cesareo un naturale
- Ho avuto un parto cesareo perché il bi...
- Ho partorito nell'ospedale di Urbino sa...
- 2-2013 (26 anni)-2015(28 anni)
- 1 con cesareo e 1 naturale e 1 cesareo
- Ho avuto 28 mesi dopo un altro figlio c...
- 2 cesari 2017 e 2019

▲ 2/3 ▼

▲ 3/3 ▼

Grafico 10: Il grafico indica il numero di parti singoli, il numero di parti precedenti o seguenti a quello preso in considerazione.

3.4.2 QUESTIONARIO RIVOLTO AI PRIMARI

La seconda parte di questa analisi si incentra sulle risposte pervenute dal questionario rivolto ai Primari. Sono arrivate due risposte, una da parte del Primario di Fermo e l'altra è anonima poiché il Primario non ha inserito il nome dell'ospedale di riferimento.

La prima domanda è aperta ed è volta all'inserimento del nome dell'ospedale in cui il Primario opera. Nella prima risposta vi è l'anonimato mentre nella seconda vi è l'ospedale di Fermo.

Analizzando i dati ottenuti con la seconda domanda è emerso che il 100% e cioè in entrambi gli ospedali, la mobilitazione della donna dopo parto con taglio cesareo avviene nelle 6-8 ore successive all'intervento (vedi grafico 11).

2- Dopo quanto tempo viene mobilizzata la donna dopo il parto cesareo?
2 risposte

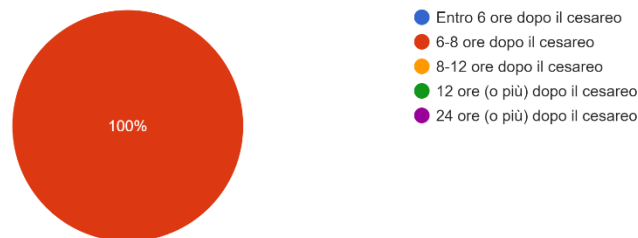


Grafico 11: *La mobilitazione della donna dopo il parto cesareo*

Dai dati raccolti con la domanda successiva è emerso che nell'ospedale anonimo, grazie alla mobilitazione, la donna presenta tutti i benefici elencati nella risposta i quali sono: facilitazione dell'allattamento, riduzione del dolore, riduzione di eventi di trombosi venosa profonda, ferita chirurgica non infetta, motilità intestinale efficace, minor insorgenza di depressione e ansia e ricovero meno lungo. Mentre nella risposta del nosocomio di Fermo si riferisce che la donna ha molteplici benefici tra i quali la facilitazione dell'allattamento, una riduzione del dolore, una netta riduzione di eventi di trombosi venosa profonda, la ferita chirurgica non infetta, una motilità intestinale efficace e un ricovero meno lungo (vedi grafico 12). Non è stata inserita la voce "riduzione di

depressione e ansia” poiché, dal colloquio che ha accompagnato il questionario, è risultato che si verificano molti casi di depressione o ansia nelle donne che hanno appena partorito.

3- Nella donna vengono riscontrati uno o più dei seguenti benefici grazie alla mobilizzazione precoce dopo il parto come emerso dagli articoli e s...erienza? (è possibile indicare più di una risposta)
2 risposte

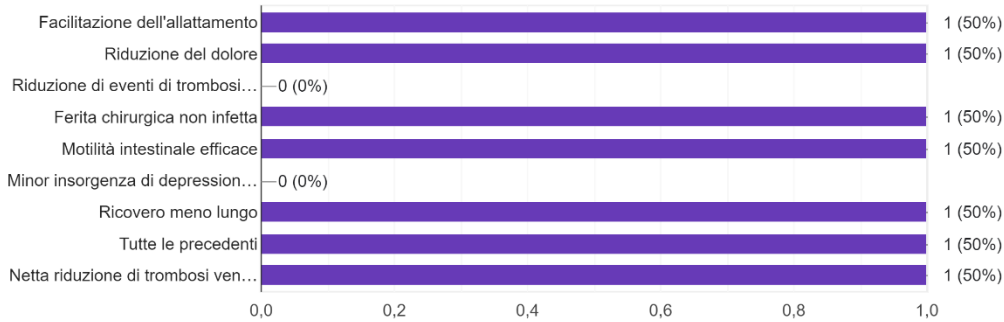


Grafico 12: *Benefici riscontrati nelle donne*

Inoltre, vi sono dati riguardanti le complicanze che emergono maggiormente nella donna dopo parto con taglio cesareo. Dal questionario anonimo è emerso che la complicanza più frequente è il dolore mentre per quanto riguarda l'ospedale di Fermo le complicanze emergenti sono: la trombosi venosa profonda, l'infezione della ferita chirurgica, la depressione e l'ansia, il dolore e l'infezione delle vie urinarie (vedi grafico 13).

4- Quali complicanze si sono verificate più frequentemente dopo il parto nel vostro reparto? (è possibile indicare più di una risposta)
2 risposte

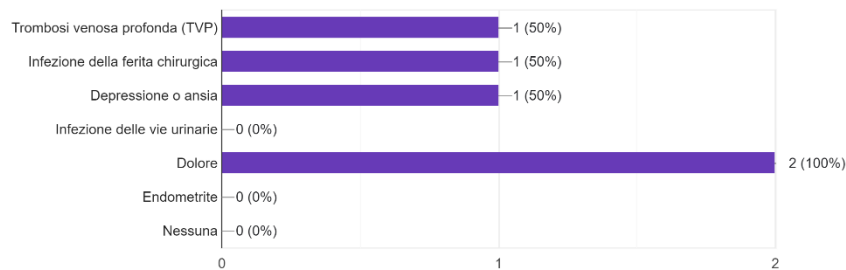


Grafico 13: *Le complicanze emerse più frequentemente nelle donne*

Un importante fattore da analizzare è la rimozione del catetere vescicale dopo l'intervento, perciò si è deciso di indagare nei reparti in quale lasso di tempo il dispositivo viene tolto. L'ospedale di Fermo ha espresso di togliere il catetere vescicale prima delle 6-8 ore dopo l'intervento ed è emerso tramite l'intervista che la donna viene mobilizzata ugualmente anche se non viene tolto il catetere vescicale. Mentre l'ospedale anonimo ha dichiarato di togliere il catetere vescicale a 6-8 ore dall'intervento chirurgico (vedi grafico 14).

5- Dopo quanto tempo viene rimosso il catetere vescicale?
2 risposte

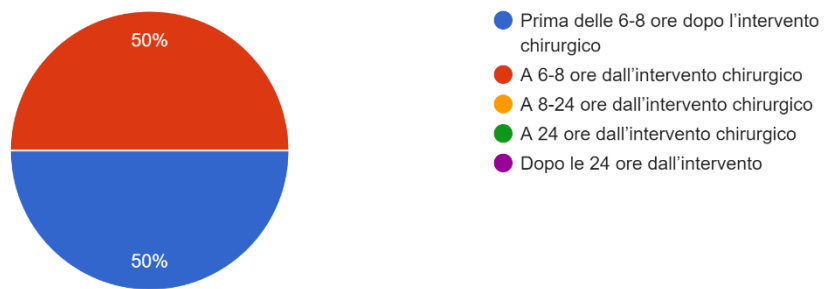


Grafico 14: *Rimozione del catetere vescicale dopo l'intervento chirurgico*

La penultima domanda si riferisce al momento in cui la donna viene invitata a bere liquidi dopo l'intervento chirurgico. Dall'analisi è emerso che in entrambi gli ospedali la donna può bere liquidi prima delle 6-8 ore dopo il parto con taglio cesareo (vedi grafico 15).

6- Dopo quanto tempo una donna viene invitata a bere liquidi?
2 risposte

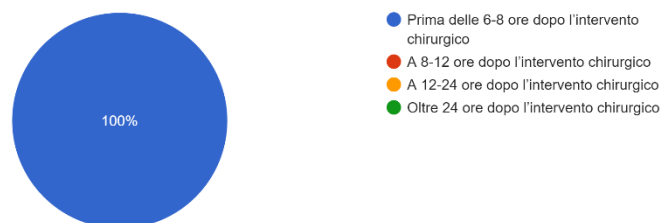


Grafico 15: *Il grafico mostra da quale momento la donna può assumere liquidi*

L'ultima domanda analizza quando la donna può assumere alimenti dopo l'intervento chirurgico. Entrambe le risposte convergono sulla fascia oraria corrispondente alle 8-12 ore dopo il parto (vedi grafico 16).

7- Dopo quanto tempo la donna viene alimentata?
2 risposte

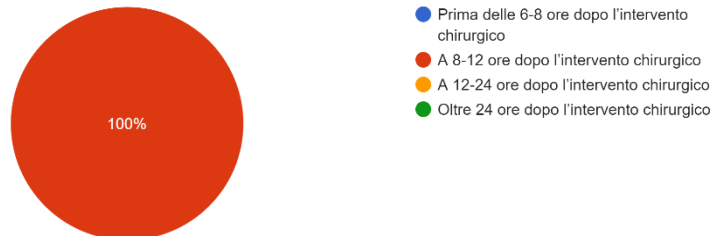


Grafico 16: *Il grafico evidenzia il momento in cui la donna assume alimenti*

3.5 DISCUSSIONE

I risultati della presente ricerca dimostrano che tra i parti totali (546), di cui 277 effettuati in emergenza, c'è poca differenza tra le fasce orarie in cui si sono verificati, poiché al mattino sono 63, di notte sono 75, di pomeriggio sono 71 mentre di sera sono 68. Nei parti effettuati in elezione, che sono 269, c'è una notevole differenza tra le fasce orarie poiché quelli avvenuti al mattino sono 159, al pomeriggio sono 86, la sera sono 14 e di notte sono 10, difatti quest'ultimi vengono programmati per un momento ben preciso.

Studiando le principali complicanze post-intervento è emerso un solo caso di trombosi venosa profonda in una donna di 35 anni sottoposta a cesareo in emergenza e storia pregressa di parto con taglio cesareo. La singolarità del caso dimostrerebbe l'importanza delle misure di prevenzione per gli eventi tromboembolici nel ridurre la morbilità materna post-partum e giustificandone l'inserimento all'interno di protocolli chirurgici multimodali integrati. Le complicanze che si sono verificate con maggiore frequenza nella casistica indagata sono: la depressione nel 12% dei casi (66/542) e l'infezione del sito chirurgico nel 5,0% (27/542), in linea con i dati riportati nella letteratura scientifica;

dunque, alla luce di ciò, sarebbe da porre maggiore attenzione a tali aspetti in funzione dei benefici che possono derivare da una mobilitazione precoce su di essi.

Approfondendo alcuni casi specifici si è potuto notare che su 13 donne, in cui vi è stata una mobilitazione il pomeriggio successivo al parto avvenuto la sera precedente, sono comparse 5 complicanze. Per contro su 21 parti con la mobilitazione avvenuta la stessa mattina del parto si è presentata una sola complicanza mentre su 20 parti con la mobilitazione eseguita il pomeriggio stesso dell'intervento si sono verificate tre complicanze. È risultato, quindi, che le complicanze tendono a verificarsi con frequenza minore quando la mobilitazione è effettuata nella stessa fascia oraria in cui avviene il parto.

Le donne che sono state mobilitate il mattino stesso dell'intervento hanno riscontrato benefici nel 90% dei casi (19 su 21); la stessa situazione si è verificata nella fascia oraria del pomeriggio con 18 casi di benefici su 20 parti (90%).

La precocità della mobilitazione interessa tutte quelle situazioni in cui quest'ultima viene effettuata entro le 12 ore dal parto con taglio cesareo, pertanto vengono considerate le risposte in cui il parto e la mobilitazione avvengono nella stessa fascia oraria (mattino-mattino, pomeriggio-pomeriggio, sera-sera e notte-notte). Si considerano precoci anche: la mobilitazione del giorno dopo e il parto avvenuto la notte precedente, il parto che si è verificato di mattina e la mobilitazione che è stata fatta il pomeriggio o la sera, il parto eseguito il pomeriggio e la mobilitazione attuata la sera o la notte, l'intervento chirurgico compiuto di sera e la mobilitazione fatta di notte o il mattino seguente e per finire il parto avvenuto di notte e la mobilitazione compiuta il mattino o il pomeriggio del giorno successivo.

Contrariamente la mobilitazione non precoce si riferisce a tutti quei casi in cui la donna viene mobilitata dopo 12 ore dal parto. Sono stati inclusi in questa categoria tutti quei casi in cui la mobilitazione è stata effettuata due o tre giorni dopo il parto, o quando essa è stata fatta il giorno dopo in relazione ad un parto avvenuto il mattino o il pomeriggio o la sera del giorno precedente. In aggiunta sono state inserite le donne che hanno avuto il parto di mattina e sono state mobilitate la notte, coloro che hanno partorito il pomeriggio e hanno effettuato la mobilitazione il mattino successivo, le donne che hanno fatto

l'intervento di sera e si sono mobilitate il pomeriggio, e in ultimo coloro che hanno avuto il parto di notte e la mobilitazione è stata fatta la sera successiva.

Il dolore è insorto in 475 parti su 546 per cui solo 71 donne hanno riferito di non aver provato dolore dopo l'intervento chirurgico. È per tale motivo che si prende in considerazione il dolore come aspetto importante e da non sottovalutare perché molto frequente. Le risposte hanno mostrato che una sua riduzione si è manifestata in coloro che si sono state sottoposte a mobilitazione, difatti ci sono stati complessivamente 107 casi di riduzione del dolore, di cui il 32% (35 parti) riferito alla mobilitazione tardiva mentre il 67% (72 parti) avvenuto con la mobilitazione precoce. È da notare, quindi, la frequenza di riduzione del dolore è risultata maggiore nel gruppo delle donne mobilitate precocemente. Nei 475 casi di dolore, 126 donne hanno riferito di non aver assunto un farmaco antidolorifico. Di queste 126, 88 hanno effettuato una mobilitazione precoce mentre 38 una mobilitazione tardiva. Questi risultati potrebbero suggerire come un potenziale ruolo della mobilitazione precoce nel concorrere a ridurre il ricorso a farmaci analgesici. A seguito dell'analisi effettuata sulla mobilitazione negli ultimi dieci anni dal 2013 al 2023, è emerso che non si è presentata una grande differenza tra i casi di mobilitazione tardiva compiuta negli anni meno recenti ovvero dal 2013 al 2017, rispetto alla mobilitazione tardiva messa in atto negli ultimi anni vale a dire dal 2018 al 2023. In sintesi, questo ultimo dato ci esorta a incoraggiare la messa in atto di una mobilitazione precoce dopo il parto con taglio cesareo.

L'aspetto di rilievo su cui soffermarsi è propriamente la parte relativa ai benefici affiorati grazie ad una mobilitazione realizzata precocemente. Dall'indagine è risultato che, su 287 parti con taglio cesareo seguiti da una mobilitazione precoce, 268 hanno presentato benefici (93,4%). La mobilitazione tardiva è stata compiuta in 180 parti con taglio cesareo e di questi 153 donne hanno avuto benefici (85%). L'analisi statistica delle proporzioni effettuata mediante Z-test ha dimostrato che esiste una differenza significativa ($p=0,002$) tra queste due categorie e ha confermato che la frequenza di benefici legati ad una mobilitazione precoce è maggiore rispetto a quella tardiva.

L'analisi dei benefici derivati dalla mobilitazione considerati singolarmente (la facilitazione dell'allattamento, la sensazione di benessere, la diminuzione di ansia e della paura, gli effetti positivi sull'intestino e infine una migliore qualità del sonno) ha

confermato la prevalenza di ognuno di essi nella popolazione mobilizzata precocemente in accordo con il risultato globale. Ne consegue che la pratica della mobilizzazione effettuata entro 12 ore potrebbe rappresentare un valido approccio pratico e facilmente riproducibile per migliorare gli esiti post-chirurgici.

I parti avvenuti in condizione di emergenza sono in totale 277 e in questi si sono mostrate 79 complicanze totali sia post chirurgiche che intraoperatorie, mentre nei parti effettuati in elezione, che sono in totale 269, si sono verificate 49 complicanze. Si può perciò concludere che lo stato di emergenza potrebbe essere esso stesso un fattore di rischio per l'insorgenza di complicanze.

Grazie a questa indagine effettuata anche nei reparti di ostetricia e ginecologia degli ospedali delle Marche, si è appreso che in due ospedali la donna viene mobilizzata a 6-8 ore dal parto come suggerito dalla letteratura scientifica. Grazie alla mobilizzazione tempestiva in entrambi i reparti sono stati riscontrati benefici come: la facilitazione nell'allattamento, una riduzione del dolore, la ferita chirurgica non infetta, una motilità intestinale efficace, un ricovero meno lungo e, infine, una riduzione di eventi di trombosi venosa profonda. Vale a dire che anche negli ospedali c'è un riscontro positivo per quanto concerne i benefici derivanti dalla deambulazione precoce e, quindi, conferma ciò che emerge dalla revisione degli articoli scientifici.

La complicanza che si presenta con più frequenza in entrambi gli ospedali è il dolore e rispecchia proprio ciò che è emerso da quanto riferito dalle donne. Grazie all'intervista rivolta al primario dell'ospedale di Fermo è apparsa come complicanza molto frequente dopo il parto con taglio cesareo proprio la depressione.

Entrambi gli ospedali sono concordi nell'affermare che il catetere vescicale a seguito dell'intervento chirurgico viene rimosso prima delle 6-8 ore o a distanza di 6-8 ore dal parto. Il reparto di Fermo ha dichiarato che anche se il catetere vescicale non viene rimosso la donna comunque viene mobilizzata.

Un altro dato è riferito alla ripresa dell'assunzione di liquidi da parte della puerpera e tutti e due gli ospedali sono d'accordo nel dire che essa avviene prima delle sei-otto ore dal parto. In aggiunta a questo la ripresa dell'alimentazione della donna dopo l'intervento si effettua in ambedue gli ospedali a 8-12 ore dal parto cesareo. Per cui si può concludere

che per questi due ultimi aspetti due ospedali delle Marche nella pratica clinica vi è una corrispondenza con le evidenze della letteratura.

CAPITOLO 4: CONCLUSIONE

In Italia vi è un ricorso eccessivo di parto mediante taglio cesareo, con la tendenza ad aumentare nel corso degli anni, ed è questo uno dei motivi principali per cui è stato effettuato questo studio. Nel 2020 il 31,12% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che, comunque, evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. Il tasso ideale del parto con taglio cesareo dovrebbe essere compreso tra il 10% e il 15% come definito dalla comunità medica internazionale, ma esso è di gran lunga superiore. Questa procedura chirurgica dovrebbe essere fornita alle donne che ne hanno effettivamente bisogno e in presenza di specifiche indicazioni poiché il taglio cesareo è un intervento chirurgico e come tale non è privo di rischi sia a breve che a lungo termine e aumenta di ben cinque volte il rischio di morte materna rispetto al parto vaginale. Proprio dalle risposte ottenute dal questionario sono emerse delle complicanze sia intraoperatorie che a lungo termine con il parto con taglio cesareo come: la formazione di aderenze, la perdita di elasticità dei tessuti, la lesione vescicale durante l'operazione, il dolore che si è protratto per mesi e la diastasi addominale. Un ulteriore aspetto è dato dalla mobilizzazione del paziente nel post-operatorio che è parte fondamentale dell'assistenza infermieristica e parte integrante del protocollo ERAS, il quale viene attuato negli interventi chirurgici per una ripresa ottimale e un recupero precoce dello stato del paziente. Quando essa avviene in epoca precoce, ossia entro le 12 ore dal parto, favorisce una maggiore comparsa di benefici rispetto alla mobilizzazione non precoce. Inoltre essa sembra associarsi a una riduzione del dolore, frequente complicanza post-chirurgica, favorendo anche un minor impiego di farmaci analgesici per la sua gestione; dunque, sono indubbi i benefici di una mobilizzazione precoce sul dolore, che, peraltro, rappresenta un fattore fortemente limitante la capacità della donna di deambulare dopo il parto con taglio cesareo. È importante anche l'impatto positivo che la mobilizzazione produce sulla sfera psichica delle donne poiché consente loro non solo di poter vedere i propri figli ricoverati in terapia intensiva neonatale o in altri reparti per le cure specifiche di ogni singolo caso, ma permette anche la presa in cura da parte della puerpera del nuovo nato, che ha bisogno delle attenzioni e delle cure della mamma. Proprio per questo l'assistenza alla donna è fondamentale poiché essa oltre alle complicanze derivanti dal parto ha anche la responsabilità di doversi prendere cura di una nuova vita. Dal questionario è emerso che

alcune donne si sono lamentate di non aver ricevuto l'assistenza adeguata in quella situazione così delicata, per questo è bene incoraggiare gli operatori sanitari a prestare maggiore attenzione alle puerpere anche e soprattutto sotto il profilo psicologico. Un dato rilevante è dato dall'insorgenza di 66 casi su 542 risposte di depressione, di cui 44 donne hanno partorito in emergenza, da cui si può dedurre che un evento inaspettato o che non procede secondo i piani può sfociare in depressione.

Questo studio mostra diversi limiti: la presenza di domande non risposte, la difficoltà di rendere oggettivi alcuni dati, poiché le donne potrebbero non ricordare nei dettagli ciò che è avvenuto subito dopo il parto. Oltre a ciò, nonostante siano stati usati mezzi potenti ed efficaci per poter includere nello studio più persone possibili come i social, non si è riusciti ad arrivare in maniera omogenea in tutto il territorio marchigiano.

Con la presente ricerca si è dimostrato che nei due ospedali della regione Marche che hanno partecipato si pratica una mobilitazione precoce, una ripresa di liquidi e alimentazione entro le dodici ore dal parto e la rimozione del catetere vescicale entro le sei-otto ore, tutte conformi con i dati emergenti dalla letteratura scientifica. Attualmente, proprio gli ospedali si stanno attivando per creare un protocollo per il taglio cesareo che enfatizzi l'importanza di una mobilitazione precoce, come sottolineato dagli studi attuali scientifici e confermato dai risultati della presente ricerca poiché si è visto che essa apporta più benefici rispetto ad una mobilitazione non precoce.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Linea guida 19 “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”, Ministero della Salute, 2014: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1330_allegato.pdf
2. “Dichiarazione dell’OMS sul tasso dei tagli cesarei”, World Health Organization, 2015: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_it_a.pdf?sequence=14
3. “Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo”: https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/sicurezza-delle-cure/tc_gennaio2019.pdf
4. Linea guida 22 “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole”, Ministero della Salute, 2016: https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/Taglio%20_Cesareo_seconda.pdf
5. “Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio”, Raccomandazioni Aogoi, Sigo, Fondazione Confalonieri Ragonese, Agui, 2014: <https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/raccomandazioni-tromboembolismo1.pdf>
6. “Accoglienza a puerpera dopo taglio cesareo”, Azienda Ospedaliera Università di Padova, 2011: <https://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/Puerperio%20-%20Accoglienza%20della%20puerpera%20dopo%20Taglio%20Cesareo%20.pdf>
7. Pujić B, Vejnović T, Jovanović L, Andjelić N, Vejnović A, Palmer C. IMPLEMENTATION OF ERAS PROTOCOL FOR CESAREAN SECTION. *Acta Clin Croat.* 2022 Sep;61(Suppl 2):151-154. doi: 10.20471/acc.2022.61.s2.20. PMID: 36824633; PMCID: PMC9942459.
8. Ganer Herman H, Ben Zvi M, Kleiner I, Tairy D, Kuper Sason L, Bar J, Kovo M. Mobility following cesarean delivery: an observational study utilizing pedometers. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 Mar;33(5):774-779. doi: 10.1080/14767058.2018.1500549. Epub 2018 Sep 10. PMID: 30196735.
9. Dube JV, Kshirsagar NS, Durgawale PM. Effect of planned early ambulation on selected postnatal activities of postcaesarean patients. *Int J Health Sci Res.* 2013;3(12):110-118.

10. Jones RA, Merkle S, Ruvalcaba L, Ashton P, Bailey C, Lopez M. Nurse-Led Mobility Program: Driving a Culture of Early Mobilization in Medical-Surgical Nursing. *J Nurs Care Qual.* 2020 Jan/Mar;35(1):20-26. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000404. PMID: 30889084.

11. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *Am Fam Physician.* 2015 Feb 1;91(3):178-84. PMID: 25822271.

12. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, Pettersson K, Fawcett WJ, Shalabi MM, Metcalfe A, Gramlich L, Nelson G, Wilson RD. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Sep;221(3):247.e1-247.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.04.012. Epub 2019 Apr 14. PMID: 30995461.

13. Sahin E, Terzioglu F. The Effect of Gum Chewing, Early Oral Hydration, and Early Mobilization on Intestinal Motility After Cesarean Birth. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2015 Dec;12(6):380-8. doi: 10.1111/wvn.12125. Epub 2015 Nov 27. PMID: 26613392.

14. J. L. Hinkle, Kerry H. Cheever “*Brunner-Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica*”, casa editrice ambrosiana, quinta edizione, volume 1, gennaio 2017, pagine da 240 a 265

15. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg.* 2017 Mar 1;152(3):292-298. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952. PMID: 28097305.

16. Il dolore cronico in medicina generale:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf

17. Tazreean R, Nelson G, Twomey R. Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *J Comp Eff Res.* 2022 Feb;11(2):121-129. doi: 10.2217/ce-2021-0258. Epub 2022 Jan 20. PMID: 35045757.

18. Fearon KC, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, Revhaug A, Dejong CH, Lassen K, Nygren J, Hausel J, Soop M, Andersen J, Kehlet H. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients

undergoing colonic resection. *Clin Nutr.* 2005 Jun;24(3):466-77. doi: 10.1016/j.clnu.2005.02.002. Epub 2005 Apr 21. PMID: 15896435.

19. Häger RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Øian P, Henriksen T. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Feb;190(2):428-34. doi: 10.1016/j.ajog.2003.08.037. PMID: 14981385.
20. Prokopowicz A, Byrka K. Effectiveness of mental simulations on the early mobilization of patients after cesarean section: a randomized controlled trial. *Sci Rep.* 2021 Nov 22;11(1):22634. doi: 10.1038/s41598-021-02036-1. PMID: 34811410; PMCID: PMC8608872.
21. Bassey EJ, Fentem PH. Extent of deterioration in physical condition during postoperative bed rest and its reversal by rehabilitation. *Br Med J.* 1974 Oct 26;4(5938):194-6. doi: 10.1136/bmj.4.5938.194. PMID: 4422590; PMCID: PMC1612399.
22. Nielsen TF, Hökegård KH. Postoperative cesarean section morbidity: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 1983 Aug 15;146(8):911-6. doi: 10.1016/0002-9378(83)90963-8. PMID: 6881224.
23. Hillan EM. Postoperative morbidity following Caesarean delivery. *J Adv Nurs.* 1995 Dec;22(6):1035-42. doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03102.x. PMID: 8675855.
24. Engel O, Haikin Herzberger E, Yagur Y, Hershko Klement A, Fishman A, Constantini N, Biron Shental T. Walking to a better future? Postoperative ambulation after cesarean delivery and complications: A prospective study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022 May;157(2):391-396. doi: 10.1002/ijgo.13815. Epub 2021 Jul 17. PMID: 34214190.
25. Sharma R, Atkin H, Mackillop L, Paterson-Brown S. Assessment of the mobility of mothers postpartum to identify those at greatest risk of venous thromboembolism. *J Obstet Gynaecol.* 2012 Jul;32(5):461-3. doi: 10.3109/01443615.2012.676694. PMID: 22663319.
26. Fuchs F, Benhamou D. Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique [Post-partum management after cesarean delivery. Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015 Dec;44(10):1111-7. French. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.020. Epub 2015 Oct 31. PMID: 26527019.

27. Ganer Herman H, Ben Zvi M, Tairy D, Kleiner I, Gonen N, Kuper Sason L, Bar J, Kovo M. Enhancing patient mobility following cesarean-delivery - the efficacy of an improved postpartum protocol assessed with pedometers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jun 9;20(1):353. doi: 10.1186/s12884-020-03046-z. PMID: 32517733; PMCID: PMC7285598.

28. Jishamol Charampel Kunjumon¹, Neetha Mary Iype¹. Early Ambulation Post-Lower Segment Caesarean Section Improves Women's Outcomes; *Journal of Emergency Medicine, Trauma and Acute Care*, Volume 2022, Issue 1 - Qatar Health 2022 Conference abstracts, Jan 2022, DOI: <https://doi.org/10.5339/jemtac.2022.qhc.50>

29. Zar A, ahmadi F. Investigating the Effectiveness of Physical Activity on Sleep Quality in Women with Natural Childbirth and Cesarean Section. *Jorjani Biomed J* 2020; 8 (2) :48-57

30. Ewins K, Ní Ainle F. VTE risk assessment in pregnancy. *Res Pract Thromb Haemost*. 2019 Dec 26;4(2):183-192. doi: 10.1002/rth2.12290. PMID: 32110748; PMCID: PMC7040539.

31. Taufik djafar N, Wowor TJ, Dwi L. The Relationship of Early Mobilization and Wound Healing of Inflammation Phase among Post Cesarean Section Women at PMI Hospital Bogor West Java. *NHSJ [Internet]*. 2022Jun.3 [cited 2023May8];2(2):99-103. Available from: <https://nhs-journal.com/index.php/nhs/article/view/42>

32. Kaur R, Sharma K, Joshi U. A quasi- experimental study to assess the effectiveness of early ambulation on involution of uterus among postnatal mothers admitted at SGRD hospital, Vallah, Sri Amritsar, Punjab. *Int J Health Sci Res*. 2017; 7(10):165-171.

33. Hanan Elzeblawy Hassan, Abeer Nasr El-Deen El-Sadek and Laila Abdelnaby Hamed Ali. Effect of Three Different Nursing Interventions on Intestinal Motility and Women's Satisfaction Post-Cesarean Section Birth. *American Journal of Nursing Research*. 2019; 7(6):932-941. doi: 10.12691/ajnr-7-6-4

34. Golder HJ, Papalois V. Enhanced Recovery after Surgery: History, Key Advancements and Developments in Transplant Surgery. *J Clin Med*. 2021 Apr 12;10(8):1634. doi: 10.3390/jcm10081634. PMID: 33921433; PMCID: PMC8069722.

35. Palmer LK. Effects of a walking program on attributional style, depression, and self-esteem in women. *Percept Mot Skills*. 1995 Dec;81(3 Pt 1):891-8. doi: 10.2466/pms.1995.81.3.891. PMID: 8668449.

ALLEGATO A

QUESTIONARIO PRIMARI

Mi chiamo Martina Ilari e sono una laureanda del corso di infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche della sede di Fermo.

Sto conducendo uno studio sulla mobilitazione precoce nella paziente sottoposta a taglio cesareo per dimostrare quanto sia importante ed efficace una mobilitazione precoce dopo il taglio cesareo per ridurre le complicanze ed aumentare l'empowerment della donna.

Il seguente questionario che vi sottopongo è utile per il mio studio così da poter fare un confronto tra la letteratura e ciò che concretamente avviene nei reparti.

La ringrazio anticipatamente e porgo cordiali saluti.

* Indica una domanda obbligatoria

1- Lei è il primario del reparto di ginecologia ed ostetricia presso quale ospedale?

2- Dopo quanto tempo viene mobilizzata la donna dopo il parto cesareo? *

Contrassegna solo un ovale.

- Entro 6 ore dopo il cesareo
- 6-8 ore dopo il cesareo
- 8-12 ore dopo il cesareo
- 12 ore (o più) dopo il cesareo
- 24 ore (o più) dopo il cesareo

3- Nella donna vengono riscontrati uno o più dei seguenti benefici grazie alla mobilitazione precoce dopo il parto come emerso dagli articoli e studi* presi in considerazione. Quali avete riscontrato maggiormente nella vostra esperienza? (è possibile indicare più di una risposta)

**Early ambulation post-lower segment caesarean section improves women's outcomes (J. C. Kunjumon, N. M. Iype); The relationship of early mobilization and wound healing of inflammation phase among post cesarean section women at Pmi hospital Bogor West Java (Naziyah, T. J. Wowor, Larasati Dwi); Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations (George A. Macones); Walking to a better future? Postoperative ambulation after cesarean delivery and complications: a prospective study (Offra Engel, Haikin Herzberger, Yagur Y.)*

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Facilitazione dell'allattamento
- Riduzione del dolore
- Riduzione di eventi di trombosi venosa profonda
- Ferita chirurgica non infetta
- Motilità intestinale efficace
- Minor insorgenza di depressione o ansia
- Ricovero meno lungo
- Tutte le precedenti
- Altro: _____

4- Quali complicanze si sono verificate più frequentemente dopo il parto nel vostro reparto? (è possibile indicare più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Trombosi venosa profonda (TVP)
- Infezione della ferita chirurgica
- Depressione o ansia
- Infezione delle vie urinarie
- Dolore
- Endometrite
- Nessuna
- Altro: _____

5- Dopo quanto tempo viene rimosso il catetere vescicale?

Contrassegna solo un ovale.

- Prima delle 6-8 ore dopo l'intervento chirurgico
- A 6-8 ore dall'intervento chirurgico
- A 8-24 ore dall'intervento chirurgico
- A 24 ore dall'intervento chirurgico
- Dopo le 24 ore dall'intervento

6- Dopo quanto tempo una donna viene invitata a bere liquidi?

Contrassegna solo un ovale.

- Prima delle 6-8 ore dopo l'intervento chirurgico
- A 8-12 ore dopo l'intervento chirurgico
- A 12-24 ore dopo l'intervento chirurgico
- Oltre 24 ore dopo l'intervento chirurgico

7- Dopo quanto tempo la donna viene alimentata?

Contrassegna solo un ovale.

- Prima delle 6-8 ore dopo l'intervento chirurgico
- A 8-12 ore dopo l'intervento chirurgico
- A 12-24 ore dopo l'intervento chirurgico
- Oltre 24 ore dopo l'intervento chirurgico

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli

ALLEGATO B

QUESTIONARIO DONNE

Sono Martina Ilari, laureanda del corso di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche.

Sto conducendo uno studio sulle donne che hanno partorito tramite taglio cesareo negli ultimi 10 anni, dal 1° gennaio 2013 al 29 marzo 2023 nella regione Marche. Vorrei dimostrare quanto sia importante per una donna che ha partorito con parto cesareo alzarsi il prima possibile, in modo da evitare le tipiche complicanze che possono insorgere. Per questo vorrei conoscere la vostra esperienza.

Il seguente questionario è anonimo, richiede pochi minuti e sarà estremamente utile per il mio progetto di tesi.

Per coloro che hanno avuto più di un parto con taglio cesareo fare riferimento all'ultimo parto.

Grazie per la vostra preziosa collaborazione

1. In quale ospedale hai partorito?

Contrassegna solo un ovale.

- Ospedale Salesi - Ospedali Riuniti Ancona
- Ospedale Augusto Murri - Fermo
- Ospedale Civile - Civitanova Marche
- Ospedale Generale Provinciale di Macerata
- Casa di cura Villa Igea - Ancona
- Ospedale Civile San Severino Marche
- Ospedale Carlo Urbani - Jesi
- Ospedale Engles Profili - Fabriano
- Ospedale di Osimo
- Ospedale "C. e G. Mazzoni - Ascoli
- Ospedale Madonna del Soccorso - San Benedetto del Tronto
- Ospedale Santa Croce di Fano
- Ospedale di Senigallia
- Presidio ospedaliero San Salvatore di Pesaro - Stabilimento Centrale
- Ospedale Vittorio Emanuele II - Amandola

2. A che età hai partorito?

3. In quale anno hai partorito?

2023

2022

2021

2020

2019

2018

2017

2016

2015

2014

2013

4. In quale momento della giornata hai partorito?

Contrassegna solo un ovale.

Mattino (dalle ore 6 alle ore 12)

Pomeriggio (dalle ore 12 alle ore 18)

Sera (dalle ore 18 alle ore 24)

Notte (dalle ore 24 alle ore 6)

5. In quale momento della giornata ti hanno mobilizzata (= ti sei alzata e hai fatto i primi passi) dopo il parto cesareo?

Contrassegna solo un ovale.

- Mattino (dalle ore 6 alle ore 12)
- Pomeriggio (dalle ore 12 alle ore 18)
- Sera (dalle ore 18 alle ore 24)
- Notte (dalle ore 24 alle ore 6)
- Il giorno dopo
- Altro: _____

6. Hai avuto uno o più di questi benefici con la mobilizzazione dopo il parto cesareo? (è possibile indicare più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Ho avuto facilità nell'allattamento
- Ho avuto una riduzione del dolore
- Ho avuto una sensazione di benessere
- La mia ansia/paura è diminuita
- Ho avuto effetti positivi sul mio intestino
- Ho dormito meglio
- Tutte le precedenti
- Altro: _____

7. Hai avuto dolore dopo il parto cesareo?

Contrassegna solo un ovale.

- Sì, ma non ho assunto farmaci antidolorifici
- Sì, mi hanno somministrato un farmaco antidolorifico
- No

8. Il tuo parto cesareo è stato:

Contrassegna solo un ovale.

- D'elezione (programmato)
- In emergenza

9. Hai avuto complicanze dopo il parto cesareo? (è possibile indicare più di una risposta)

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Trombosi venosa profonda (TVP)
- Infezione della ferita chirurgica
- Depressione
- Nessuna
- Altro: _____

10. Prima del parto cesareo in questione, hai avuto altri figli?

Seleziona tutte le voci applicabili.

- No
- Sì, con parto naturale
- Sì, con parto cesareo
- Altro: _____

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli

ALLEGATO C

QUESTIONARIO PER TESI UNIVERSITARIA

Sei una mamma?

Hai partorito con taglio cesareo negli ultimi 10 anni?

Se si, ti chiedo pochi minuti del tuo tempo.

Sono Martina Ilari, laureanda del corso di Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche.

Sto conducendo uno studio sulle donne che hanno partorito tramite taglio cesareo negli ultimi 10 anni, dal 1° gennaio 2013 al 29 marzo 2023 nella regione Marche. Vorrei dimostrare quanto sia importante per una donna che ha partorito con parto cesareo alzarsi il prima possibile, in modo da evitare le tipiche complicanze che possono insorgere.

Per questo vorrei conoscere la vostra esperienza. Il seguente questionario è anonimo, richiede pochi minuti e sarà estremamente utile per il mio progetto di tesi. Per coloro che hanno avuto più di un parto con taglio cesareo fare riferimento all'ultimo parto.

Grazie per la vostra preziosa collaborazione

Scansiona il QR code e accedi al questionario.



