



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA



**PDTA:
LA GRAVIDANZA
A BASSO RISCHIO
ROSARIA CAPPADONA**



Nel 1972 Archibald Cochrane scriveva:

“l’assistenza medica alla donna gravida ()

consiste essenzialmente in una serie di metodi di

depistage che, per una curiosa combinazione, si

sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi

tanto utile nelle altre discipline che impiegano

metodi analoghi”





"...di tutte le specializzazioni mediche, l'ostetricia e ginecologia è quella probabilmente meno basata su prove d'efficacia. Gli ostetrici hanno un passato illustre... ma la disciplina sembra essersi recentemente smarrita. L'ostetricia ha perso la sua prima occasione negli anni sessanta, quando ha mancato di sottoporre a sperimentazione controllata randomizzata il ricovero di donne gravide a basso rischio in ospedale verso il domicilio. Dopo aver riempito i letti vuoti ricoverando quasi tutte le donne gravide in ospedale, gli ostetrici hanno iniziato ad introdurre tutta una serie d'innovazioni costose nella routine delle cure pre e post-natali e durante il parto, senza alcuna valutazione rigorosa. La lista delle procedure introdotte senza valutazione è lunga, ma le più importanti sono l'induzione del travaglio, gli ultrasuoni, il monitoraggio fetale e i test di funzionalità placentare. ..."

La specialità ha raggiunto il suo apogeo nel 1976 quando ha prodotto il 20% in meno di bambini con il 20% in più di spesa.

Dopo attenta meditazione, ma senza preghiere, ho conferito agli ostetrici il cucchiaino di legno”.





IL PERCORSO NASCITA

*“ Il Parto è evento rivelatore di ogni società ”
il cui grado di civiltà può essere misurato
proprio a partire da come accoglie e si
prende cura della nascita di una nuova
persona.”*



IL PERCORSO NASCITA

Linee Guida SNLG-ISS Gravidanza Fisiologica

**Linee Guida SNLG.ISS Taglio Cesareo: una scelta Appropriata e
consapevole**

Piano Sanitario Regionale 2010 - 2012

Profilo Professionale Ostetrica D.M. 740/94

Codice Deontologico

L . 42 /1999

L. 251/2000

L.. 43/2006

PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita è un programma di
accompagnamento all' evento nascita
(gravidanza, parto, puerperio)

in grado di garantire alla donna/coppia non
solo assistenza sanitaria
ma anche sostegno e ascolto.

Il percorso nascita fa parte dei programmi
strategici del
Progetto Obiettivo Materno Infantile
(P.O.M.I.)

- Percorso nascita
- Educazione all' affettività nelle scuole
- Prevenzione dei tumori femminili

Il P.O.M.I. rappresenta lo strumento legislativo (D.M. 24-4-2000) che identifica e descrive i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici richiesti per l'accreditamento delle strutture sanitarie territoriali e ospedaliere che operano nel settore materno-infantile

Il percorso nascita propugna un **modello biosociale di salute** in cui la nascita viene considerata un evento biologico, sociale e affettivo, dall' inizio della gravidanza fino ai primi mesi di vita del bambino.

Il percorso nascita è un programma che coinvolge il consultorio familiare (C.F.) insieme agli altri servizi territoriali, i reparti ospedalieri di ostetricia, neonatologia, pediatria e il volontariato sociale, in stretta collaborazione tra loro (sistema a rete).

“Per l’ attuazione del Percorso Nascita, in ogni ASR vengono elaborati e realizzati i rispettivi Percorsi Nascita aziendali che, rispettando le indicazioni regionali, rispondono alle esigenze locali e coinvolgono nella loro estensione la partecipazione di tutti i servizi interessati. Tale elaborazione deve soddisfare i quattro principi guida:

- * efficacia ed appropriatezza clinica
- * sicurezza e gestione del rischio,
- * efficienza ed appropriatezza organizzativa,
- * soddisfazione degli utenti e degli operatori”.





IL PERCORSO NASCITA

Che Fare?

Individuare gli ob. del percorso nascita:

- ✓ Sicurezza del neonato e della donna
- ✓ Continuità dell' assistenza ostetrica pubblica
- ✓ Rispetto della fisiologia degli eventi/umanizzazione
- ✓ Gestione del dolore nel parto
- ✓ Allattamento al seno
- ✓ Assistenza interculturale alla nascita

IL PERCORSO NASCITA

Azioni:

✓ **Riconsegnare la funzione originale al consultorio**

tramite una chiara ridefinizione del ruolo che riveste all' interno del Distretto, attraverso un coordinamento interdistrettuale che garantisca una omogeneizzazione delle attività nel rispetto delle EBM.



IL PERCORSO NASCITA

Integrazione Territorio/ Ospedale

- ✓ formazione comune dei professionisti della nascita.
- ✓ integrazione con altri servizi.
- ✓ protocolli comuni per l'assistenza alla gravidanza.
- ✓ individuare percorsi diversi per la gravidanza a basso rischio da quella ad alto rischio.



- ✓ **i servizi del Percorso Nascita si integrano in un' ottica di continuità assistenziale.**
- ✓ **partecipazione attiva dei soggetti protagonisti del percorso nascita.**
- ✓ **ambulatorio per la gravidanza fisiologica gestito da un team di ostetriche territoriali e/o ospedaliere.**
- ✓ **ambulatorio per bilancio di salute e gravidanza protratta in ospedale.**



IL PERCORSO NASCITA

Informatizzazione percorso nascita

- ✓ **Garantisce scelte guidate in un percorso predefinito**
- ✓ **Garantisce una programmazione in base al N° di gravidanze previste**
- ✓ **Individua nei CUP uno spazio per tutte le prestazioni del percorso nascita**

IL PERCORSO NASCITA : le tappe

1. Il periodo preconcezionale
2. Il Primo trimestre di gravidanza
3. Il Secondo trimestre di gravidanza
4. Il Terzo trimestre di gravidanza
5. Il Giorno del parto
6. Puerperio intra ospedale
7. Puerperio extraospedale

IL PERCORSO NASCITA

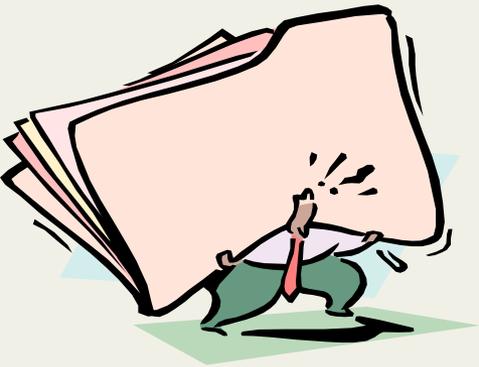
Agenda della gravidanza per il percorso nascita

E' utile alla donna per:

- ✓ ricevere informazioni sugli stili di vita da seguire.
- ✓ avere a disposizione tutte le impegnative necessarie per un ottimale monitoraggio della gravidanza D.L N 245/ 98.

L' Agenda di Gravidanza nasce come strumento:

- per fornire le informazioni relative al Percorso Nascita a tutte le donne in gravidanza, a tal fine ne è prevista la traduzione in lingua inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno;
- per raccoglierne i dati clinici da monitorare durante la gravidanza;
- per stimolare scelte consapevoli rispetto alle opzioni assistenziali possibili per gravidanza, parto, puerperio;
- per offrire le informazioni sui diritti legati alla maternità e paternità;
- per permettere agli operatori dei Punti Nascita di accedere facilmente ai dati richiesti dalla compilazione del Cedap (Certificato di Assistenza al Parto);
- per favorire il collegamento tra assistenza territoriale e ospedaliera e viceversa;



- * per promuovere l' uso di formulazioni di consenso informato uniformi su tutto il territorio
- * per permettere la conservazione dei documenti della gravidanza sia essa fisiologica o a rischio.

- ✓ **conservare tutte le analisi e gli accertamenti richiesti.**
- ✓ **conoscere il percorso nascita (gravidanza, parto puerperio) e consentire di effettuare delle scelte consapevoli.**
- ✓ **avere notizie sulle leggi che regolano i diritti delle lavoratrici madri.**
- ✓ **avere notizie sui servizi a cui chiedere sostegno in gravidanza.**



IL PERCORSO NASCITA

Istituzione di un sistema di progettazione,
monitoraggio e valutazione

Sulla base di protocolli condivisi, linee guida EBM, per assicurare il rispetto della fisiologia e per accogliere le diverse dimensioni della nascita, affettiva, relazionale, sociale, accanto a quella medico sanitaria.



IL PERCORSO NASCITA

Accogliere e sostenere le diversità nel rispetto delle scelte individuali e della personalizzazione dell'assistenza

- ✓ Incremento della presenza di mediatrici culturali nei reparti ospedalieri e nei servizi di assistenza alla nascita
- ✓ Interventi di sostegno alle maternità difficile quando problematiche socio-economiche o psicologiche possono rappresentare elementi di rischio per lo sviluppo di un sana relazione madre bambino

**Dimissione
Protetta**

Nascita Umanizzata

Ospedale,

Domicilio

(D.R. n 18 14/ 05/ 2011)

Puerperio

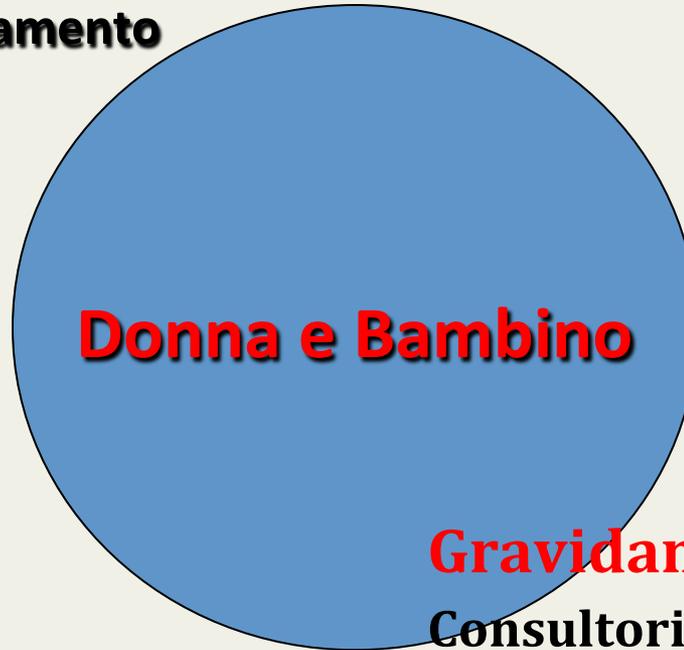
Assistenza domiciliare

Consultorio- Ser. Vaccinazioni

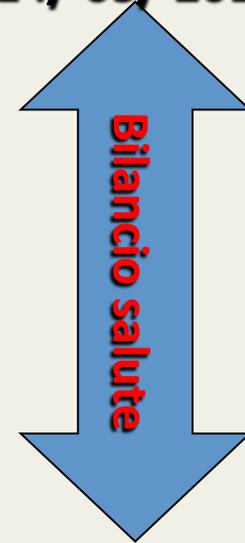
PAINFO (Punto Ass. Inf.Ost.)

Gruppi Auto Aiuto Allattamento

Incontri Dopo Parto



Donna e Bambino



Bilancio salute

Gravidanza

Consultori, ambulatori del SSN

Accoglienza, informazione

Agenda della gravidanza

Monitoraggio della gravidanza,

C.A.N.

Diagnosi Prenatale

Fase Preconcezionale

Consultorio offerta attiva



Tecnologie appropriate per la nascita – OMS 1985

Una proporzione di cesarei che superi il 10-15% non offre alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato.

Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

“diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con valori medi degli altri paesi europei, anche tramite una revisione del DRG relativo”.

Per l'indicatore di appropriatezza clinica relativo all'incidenza dei tagli cesarei è stato stabilito un parametro di riferimento pari al 15-20%.

ASSISTENZA AL PERCORSO NASCITA IN ITALIA

PROMOZIONE DELLA MEDICALIZZAZIONE



**La medicalizzazione viene “giustificata” dalle
supposte esigenze del controllo del rischio, a
partire dal presupposto che ogni gravidanza e
parto sono pericolosi al punto da richiedere
sempre il livello più alto delle cure
(modello biomedico di salute)**

CRITERI PER UN' ASSISTENZA APPROPRIATA ALLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA (WHO)

Conduzione di supporto = relazione creativa

Gravidanza e parto sono eventi naturali

La donna è competente

L'assistenza appropriata (EBM) organizza i valori del rispetto e della protezione

Livello di cure più basso compatibile con la sicurezza (OMS)

Ostetrica: promuove la fisiologia e assiste gravidanze e parti normali (basso rischio)

Medico: esperto in medicina materno-fetale (alto rischio)

La donna è coinvolta nelle decisioni

L'operatore interviene solo con procedure dimostrate vantaggiose (EBM)

Continuità assistenziale

SCHEMA PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

PRESA IN CARICO/CONSULTO

FASE DI ASSISTENZA

GRAVIDANZA
PATOLOGICA

ASSISTENZA GARANTITA
DALLO SPECIALISTA

ASSISTENZA
SPECIALISTICA

COLLOQUIO
GESTANTE
OSTETRICA

RISCHIO CHE
RICHIEDE
CONSULTO

CONSULTO DELLO
SPECIALISTA

SEGNI/SINTOMI
DI ANORMALITA'

GRAVIDANZA
FISIOLOGICA

ASSISTENZA DA PARTE
DELL' OSTETRICA LINEE-GUIDA

ASSISTENZA DA
PARTE
DELL' OSTETRICA
LINEE-GUIDA

I CRITERI DECISIONALI



SCHEMA RIASSUNTIVO DEL PIANO DI ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

	EPOCA (SETTIMANE)	TIPOLOGIA PRESTAZIONE	OPERATORE COINVOLTO	ESAMI DI LABORATORIO IN PROGRAMMA
ECO 1° TRIM. 11-14w	ENTRO 12a	I COLLOQUIO	OSTETRICA	Gruppo-Fattore Rh, Coombs indiretto, Emocromo Glicemia Transaminasi Esame Urine RPR-TPHA HIV TOXO- RUBEO test
	ENTRO 12 a	1° CONTROLLO	GINECOLOGO OSTETRICA	
ECO 2° TRIM. 19-21w	18a	2° CONTROLLO	OSTETRICA	Esame urine
	24a	3° CONTROLLO	OSTETRICA	Emocromo Glicemia Esame Urine
ECO 3° TRIM. 30-32w	30a	4° CONTROLLO	OSTETRICA	Esame urine
	34a	5° CONTROLLO	GINECOLOGO OSTETRICA	Emocromo Esame Urine HBsAg HCV CMV
Tampone vag. STREPTOC. Gr.B	38a	5° CONTROLLO Programmazione successivi controlli presso la sede del Parto	OSTETRICA	Esame urine

I 10 PASSI PER IL SUCCESSO DELL'ALLATTAMENTO AL SENO

Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF - OMS Ginevra 1989

Ogni punto nascita e di assistenza al neonato dovrebbe:	Livello di evidenza	Grado di raccomandazione
Definire un protocollo scritto per la promozione dell'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario	1++	A
Addestrare il personale sanitario affinché possa mettere in pratica tale protocollo	1++	A
Informare le donne già durante la gravidanza sui vantaggi e sulla conduzione dell'allattamento al seno	1++	A
Aiutare le madri perché comincino ad allattare entro mezz'ora dal parto	1	A
Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la produzione di latte anche in caso di separazione dal neonato	1++	A
Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, salvo indicazioni mediche	1/2	A/B
Praticare il rooming-in, permettere cioè alla madre e al bambino di restare insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale	1	A
Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta	1++	A
Non dare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento	2/3/4	C/D
Favorire lo stabilirsi di gruppi di sostegno all'allattamento al seno ai quali le madri possano rivolgersi dopo la dimissione dall'ospedale o dalla clinica	1++	A

***L'organizzazione dei Servizi
per la Maternità: Inghilterra e
Italia,
due modelli a confronto***



OBIETTIVI DI PARTENZA NEI DUE PAESI

A partire dagli anni Novanta nell'intera Europa nasce l'esigenza di una rivoluzione di pensiero, per promuovere la fisiologia

INGHILTERRA



CHANGING CHILDBIRTH,
Report of the Expert Maternity Group

1992

ITALIA



**PROGETTO OBIETTIVO
MATERNO-INFANTILE**

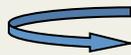
2000

I due progetti governativi hanno obiettivi di fondo comuni:

- Umanizzazione
- Woman centred care
- Continuità assistenziale
- Scelta informata

QUALI INTERVENTI?

OBIETTIVI SIMILI



INTERVENTI DIVERSI



DIVARIO DI RISULTATI

Inghilterra:

✓ PUBBLICAZIONE METODICA

SCELTA INFORMATATA

sia per gli operatori, che per le donne e le famiglie (www.birth-choice.uk.com)

APPROPRIATEZZA

✓ STANDARDS CLINICI (RCOG/DH)

WOMAN CENTRED CARE

✓ SUPPORTO CARTOGRAFICO,

UNIFORMITA' NAZIONALE

PRO-FISIOLOGIA

HEALTH REFORM IN ENGLAND, 2005

Italia:

NESSUN EVIDENTE MIGLIORAMENTO!

DELEE CURE OSTETRICHE, QUELLA DI OTTENERE IL BENESSERE DI MADRE E

BAMBINO CON IL **MINOR GRADO DI INTERVENTO**

-manca scelta di un intervento concreto **POSSIBILE, COMPATIBILMENTE CON LA SICUREZZA**

-incentivare i professionisti che operano secondo standards clinici -fisiologia = analgesia peridurale nei LEA?

IMPORTANTI NOVITA' ORGANIZZATIVE INGLESÌ

L' Inghilterra favorisce la reale differenziazione dell' assistenza in base al profilo di rischio con lo sviluppo di unità di fisiologia, gestite interamente da ostetriche: le **MIDWIFE-LED UNITS.**

QUALI CRITERI ASSISTENZIALI?

In accordo con le indicazioni OMS:

- Continuità assistenziale
- Assistenza one-to-one
- Scelta informata
- Contenimento non farmacologico del dolore
- Posizioni libere in travaglio

QUALI VANTAGGI DIMOSTRATI?

Studi clinici randomizzati dimostrano:

- ↑soddisfazione nell' Evento Nascita
- nessuna significativa differenza: basso peso alla nascita, il punteggio Apgar a 5'
- ↓tasso di episiotomie
- ↑perinei intatti
- ↓richiesta di analgesia

12% di trasferimenti vs Consultant Units, previsto in caso di emergenza ostetrica

PERCHE' UN CONFRONTO CON IL SISTEMA INGLESE?

- ✿ CONFRONTO, per valutare criticamente punti di forza, limiti e criticità della situazione dei Servizi Italiani
- ✿ ITALIA vs INGHILTERRA, poiché quest' ultima:



- RINNOVAMENTO CONCETTUALE IN OSTETRICIA
- PROMOZIONE DELLA FISIOLOGIA
- EFFICIENZA E COERENZA ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE
- INTERESSE GOVERNATIVO
- RICERCA
- PROMOZIONE DELL' OSTETRICA
- RISULTATI ASSISTENZIALI BUONI

Insufficiente raccolta dei dati assistenziali

Eterogeneità inter-regionale

Europa!

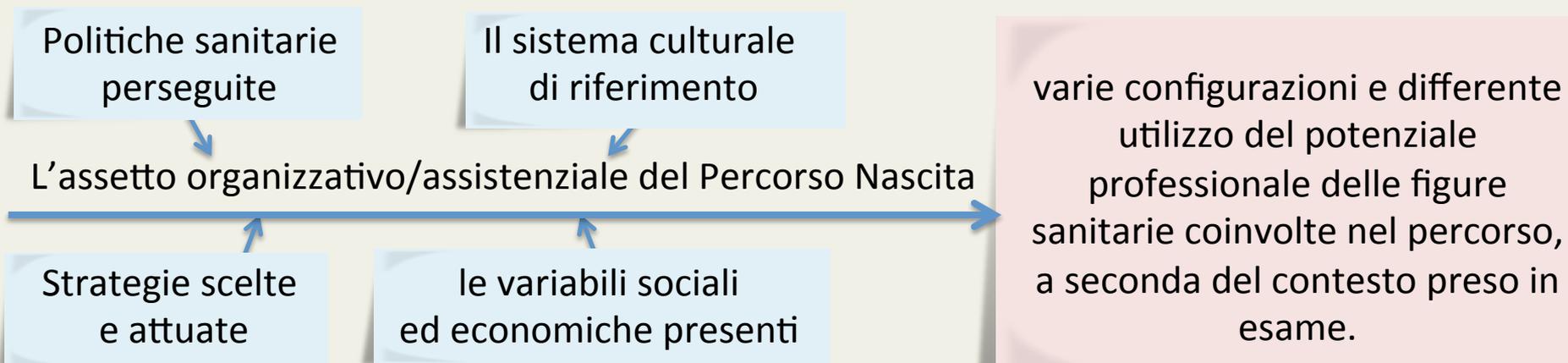
INDICATORI	INGHILTERRA (2006)	ITALIA(2002)
EPISIOTOMIA	12%	Tra 25% e 54%

DIVARIO DI RISULTATI = OBIETTIVI o INTERVENTI DIFFERENTI?

INTRODUZIONE

OBIETTIVO: analisi della figura dell'ostetrica e l'utilizzo del suo potenziale professionale all'interno della sanità pubblica e, nello specifico, del percorso assistenziale che più la rappresenta: il Percorso Nascita.

Il Percorso Nascita è finalizzato a garantire, durante la gravidanza, il parto e il puerperio, livelli essenziali e appropriati di prevenzione e di assistenza,



Perchè???

Per capirne la portata innovativa è opportuno analizzare attentamente l'esegesi della norma.

L'art. 5 punto 15 del Patto per la Salute 2014/2016 ha posto con forza la necessità che:

“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normative/contrattuali che percorsi formativi sostegno di tale obiettivo”

La legge di stabilità e le professioni sanitarie. Ecco perché, e come, cambierà tutto

Con il comma 566 il Parlamento ha dato il via libera a una potenziale e innovativa messa in discussione della attuale organizzazione del lavoro in sanità. Rivalutando e ridefinendo le capacità professionali delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Stabilità. Nel 2015 arrivano gli infermieri “specialisti”





Midwives

Maria Vicario eletta nuovo presidente della Federazione Ostetriche. “Società deve percepire ancora meglio nostro lavoro”

Comma 566. Ecco cosa pensano realmente le ostetriche

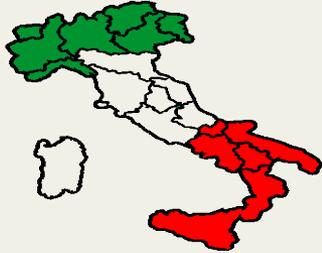
**“Comma 566” della legge di Stabilità 2015:
le incognite e le incongruenze di una norma
molto controversa da un
punto di vista giuridico**

Daniele Rodriguez

Ordinario di medicina legale Università degli Studi di Padova

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

in chiave comparativa, verranno analizzate in dettaglio due nazioni: Italia e Inghilterra.



I sistemi sanitari, i modelli esistenti di assistenza sanitaria e del loro effetto sui livelli di salute della popolazione.

Rassegna storico-sociale-legislativa della figura dell'ostetrica prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

La regolamentazione e l'organizzazione della figura dell'ostetrica

I modelli assistenziali/organizzativi applicati al percorso nascita, focus sul *midwifery-led model* e le evidenze scientifiche disponibili a supporto

Analisi dell'assetto organizzativo/assistenziale del percorso nascita attuato nelle due nazioni.

UNA LETTURA STORICO SOCIALE E LEGISLATIVA

NOVECENTO
ARTE E VITA IN ITALIA TRA LE DUE GUERRE



FORLÌ MUSEI SAN DOMENICO

Il Novecento
(seconda metà)



1948
Servizio Sanitario Nazionale
in Inghilterra



Anni '50
Ospedalizzazione dei parti

Sottoutilizzo del
potenziale professionale
Definizione internazionale
dell'ostetrica
(OMS, 1966)

Anni '60 - '70
Medicalizzazione spinta del Percorso Nascita

1978
Servizio Sanitario Nazionale in Italia

Eliminazione
condotta ostetrica

Confinamento nelle
strutture ospedaliere



Anni '80

A. L. Cochrane
"Cucchiaino di legno"
branca medica di
ostetricia e ginecologia



Grande dibattito volto a chiarire quali debbano essere i
luoghi e le modalità del nascere e ad individuare un
migliore utilizzo e un più efficiente impiego delle abilità
dei professionisti coinvolti

De-medicalizzazione del Percorso Nascita
"Changing Childbirth" 1993 DH

L'OSTETRICA: UNA LETTURA STORICO SOCIALE E LEGISLATIVA



Anni 2000



CONTRADDIZIONE

provvedimenti normativi

riqualificare e a
valorizzare la
professione ostetrica

VS

valori della cultura
dominante, che
incentivano il ricorso
alla medicalizzazione

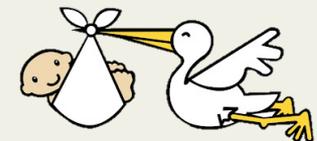
l'assistenza sanitaria di
base, le midwives e la
territorializzazione
dell'assistenza

Differenze che riflettono l'asimmetrica visione

dell'assistenza sanitaria alla maternità

del percorso nascita attuato

dell'organizzazione e regolamentazione della
professione ostetrica



ORGANIZZAZIONE E REGOLAMENTAZIONE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA

ASSOCIAZIONI NON GOVERNATIVE (ONG)



L'International Confederation of Midwives (ICM)

Definizione Internazionale di ostetrica (ICM, 2005)

Codice Etico Internazionale dell'ostetrica (ICM, 2003)



EUROPEAN MIDWIVES
ASSOCIATION

L'European Midwives
Association (EMA)



Network of European
Midwifery Regulators

L'European Midwifery
Regulators Network
(NEMIR)

ORGANIZZAZIONE E REGOLAMENTAZIONE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA



CONTESTO NORMATIVO EUROPEO

Direttiva Europea 2005/36/CE (art. 42)

“Gli Stati membri garantiscono che le ostetriche sono autorizzate **almeno** all’esercizio delle seguenti attività”:

- **accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale;**
- **effettuare gli esami necessari al controllo dell’evoluzione della gravidanza normale;**
- effettuare corsi ai futuri genitori di preparazione al parto;
- assistere la partoriente in travaglio e praticare il parto normale (compresa se necessario l’episiotomia e in caso di urgenza il parto podalico);
- individuare i segni di anomalia che richiedono l’intervento medico;
- esaminare il neonato ed averne cura;
- assistere la partoriente durante il puerperio.

D.Lgs 206/2007

Diagnosi di gravidanza fisiologica
Prescrizione esami (Ricettario Rosa)



Diagnosi di gravidanza fisiologica
Prescrizione esami

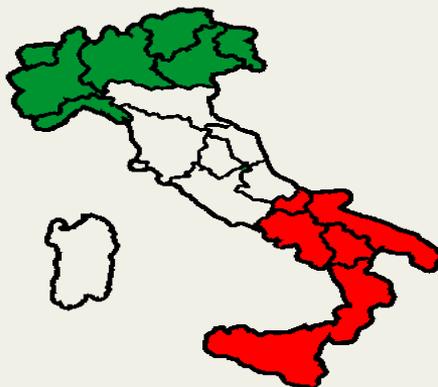


ORGANIZZAZIONE E REGOLAMENTAZIONE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA



Federazione
Nazionale
Collegi
Ostetriche

Federazione Nazionale
Collegi Ostetriche (FNCO)



Formazione

D.M.270/04



Registrazione ed esercizio della professione

Collegio Provinciali Ostetriche

Il Codice Deontologico dell'ostetrica
(FNCO 2010)

Profilo professionale dell'ostetrica
(Decreto Ministeriale n. 740/94)

Formazione continua

Educazione Continua in Medicina (ECM)



ORGANIZZAZIONE E REGOLAMENTAZIONE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA



NMC Nursing & Midwifery Council

The Nursing and Midwifery Council (NMC)



Formazione

Standard for **pre-registration midwifery education** (NMC 2009)



Registrazione ed esercizio della professione

Registered Midwife

- Standard for competence for **Registered midwives** (NMC 2010)

- The Midwives Rules and Standards (NMC 2013)

- The Code, standard of conduct, performance and ethics for nurse and midwives (NMC 2008)

Formazione continua

“Post-Registration Education and Practice - **PREP HANDBOOK**” (NMC 2011)



LE COMPETENZE E IL POTENZIALE PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA NEL PERCORSO NASCITA modello inglese



Assistenza alla gravidanza

“L’ostetrica deve fornire l’assistenza senza soluzioni di continuo, essendo l’ostetrica il punto di riferimento dell’assistenza nella gravidanza fisiologica. **L’ostetrica effettua la diagnosi di gravidanza, la valutazione e il monitoraggio** olistico nel periodo pre-concezionale, prenatale, intrapartum e post-natale” (Standard for competence for registered midwives NMC 2010)

Assistenza al parto

“L’ostetrica attua l’assistenza, il monitoraggio e il sostegno del travaglio e del benessere fetale, a favore di una nascita fisiologica” (Standard for competence for registered midwives NMC 2010)

Assistenza al puerperio

“L’ostetrica attuerà assistenza e monitoraggio evidence-based alle donne durante il periodo post-natale, come l’informazione e la consulenza sull’alimentazione, la sicurezza...”

(Standard for competence for registered midwives NMC 2010)

Assistenza al neonato

“L’ostetrica attua l’ispezione e l’assistenza alla nascita del neonato, attuando le azioni appropriate” (Standard for competence for registered midwives NMC 2010)

LE COMPETENZE E IL POTENZIALE PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA NEL PERCORSO NASCITA modello italiano



Assistenza alla gravidanza

“L'ostetrica assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio”

(DM 740/94, art. 1)

Assistenza al parto

“... Conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità”

(DM 740/94, art 1)

Assistenza al puerperio

“L'ostetrica assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio”

(DM 740/94, art. 1)

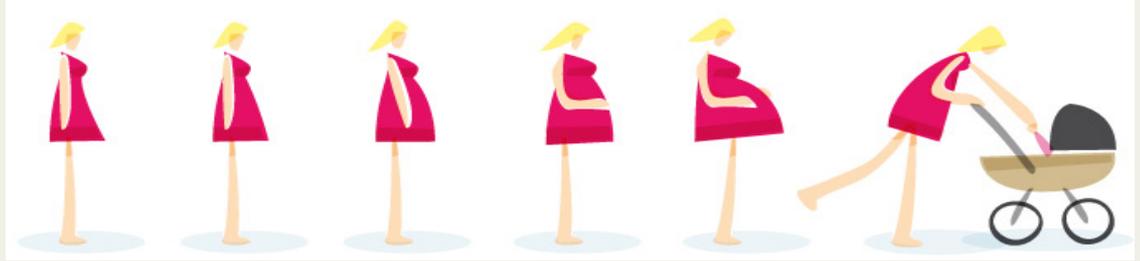
Assistenza al neonato

“...Presta assistenza al neonato”.

(DM 740/94, art 1)

MODELLI ORGANIZZATIVI-ASSISTENZIALI APPLICATI AL PERCORSO NASCITA In Inghilterra

Le competenze per offrire assistenza alla gravidanza fisiologica sono riconosciute a professionisti diversi:



le ostetriche

i medici di medicina generale

i medici specializzati in ginecologia e ostetricia

L'offerta dell'assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio si può basare su uno dei seguenti schemi assistenziali:



MIDWIFERY-LED MODEL

l'assistenza offerta in esclusiva dall'ostetrica

associa anche l'obiettivo della continuità della cure

case load midwifery

team midwifery

MEDICAL-LED MODEL

l'assistenza offerta in esclusiva dal medico specializzato in ostetricia o dal medico di famiglia



SHARED-LED MODEL

l'assistenza condivisa da diverse figure professionali



MODELLI ORGANIZZATIVI-ASSISTENZIALI APPLICATI AL PERCORSO NASCITA

EVIDENZE SCIENTIFICHE ??



L'efficacia dei diversi modelli di assistenza alla donna in gravidanza è stata esplorata in una importante **revisione sistematica della Cochrane(1)**

11 trials controllati randomizzati (RCT)



campione totale di 12.276 donne.



Obiettivo primario della revisione

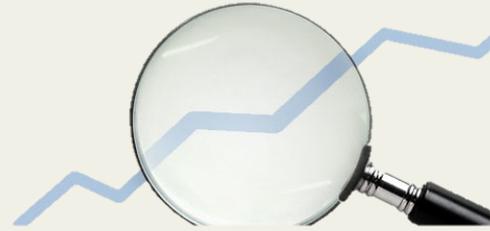
confronto in termini di morbosità, mortalità ed esiti psico-sociali

MIDWIFERY-LED MODEL

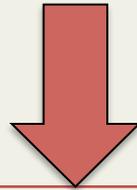
MEDICAL-LED MODEL

SHARED-LED MODEL

EVIDENZE SCIENTIFICHE



MIDWIFERY LED MODEL



Tra gli esiti di natura psico-sociale, le prove disponibili depongono per una **maggiore** soddisfazione delle donne per l'assistenza ricevuta dalle ostetriche

	N. RCT	CAMPIONE	RR	IC
ospedalizzazioni prenatali	5 RCT	n.4.337	0,90	95%: 0,81-0,99
perdite fetali/morti neonatali < 24 w	8 RCT	n=9.890	0,79	95%: 0,65-0,97
ricorso ad anestesia/analgesia locale	11 RCT	n=11.892	0,81	95%: 0,73-0,91
uso di forcipe e di ventosa	10 RCT	n=11.724	0,86	95%: 0,78-0,96
episiotomia	11 RCT	n=11.882	0,82	95%: 0,77-0,88
maggiore percezione di controllo durante il travaglio	1 RCT	n=471	1,74	95%: 1,32-2,30
incremento del tasso di inizio di allattamento al seno	1 RCT	n=405	1,35	95%: 1,03-1,76

MODELLI ORGANIZZATIVI-ASSISTENZIALI APPLICATI AL PERCORSO NASCITA

EVIDENZE SCIENTIFICHE



Un' ulteriore revisione sistematica (2)

7 trials controllati randomizzati (RCT)



campione totale di 9.148 donne

Obiettivo primario della revisione



case load midwifery

VS

caregivers multipli

team midwifery



MODELLI ORGANIZZATIVI-ASSISTENZIALI APPLICATI AL PERCORSO NASCITA

EVIDENZE SCIENTIFICHE



MIDWIFERY-LED MODEL



ESITI INTRAPARTUM	OR	IC
induzione al parto	0,76	95%: 0,66-0,86
parto pilotato	0,78	95%: 0,70-0,87
monitoraggio elettronico fetale	0,19	95%: 0,17-0,21
ricorso a narcotici in travaglio	0,69	95%: 0,63-0,77
episiotomia	0,69	95%: 0,61-0,77
parto vaginale operativo	0,82	95%: 0,70-0,95

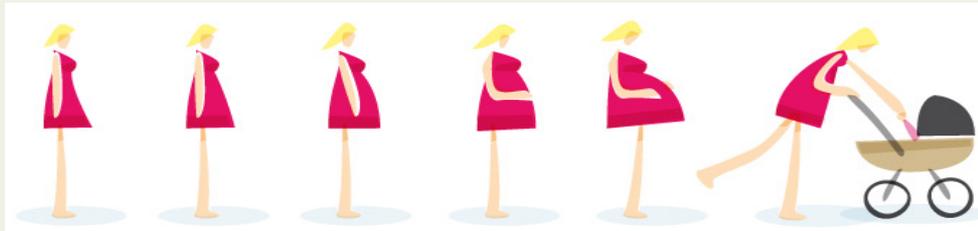
Tra gli esiti di natura psico-sociale, le prove disponibili depongono per una **maggiore** soddisfazione delle donne per l'assistenza ricevuta dalle ostetriche

valorizza e permette a pieno l'utilizzo delle competenze dell'ostetrica in tutto il Percorso Nascita

determina un'assistenza con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo



ANALISI DEL PERCORSO NASCITA ATTUATO



“WOMAN CENTRED”

Midwifery-led MODEL

Winterton Report
(House of Commons Health
Committee, 1992)

Changing Childbirth
(DH, 1993)

riorganizzando i servizi della
maternità e promuovendo
modelli assistenziali specifici.

ONE TO ONE MODEL

Maternity Matters Strategy
(DH, 2007)

LINEE GUIDA NICE

Offrire la possibilità:

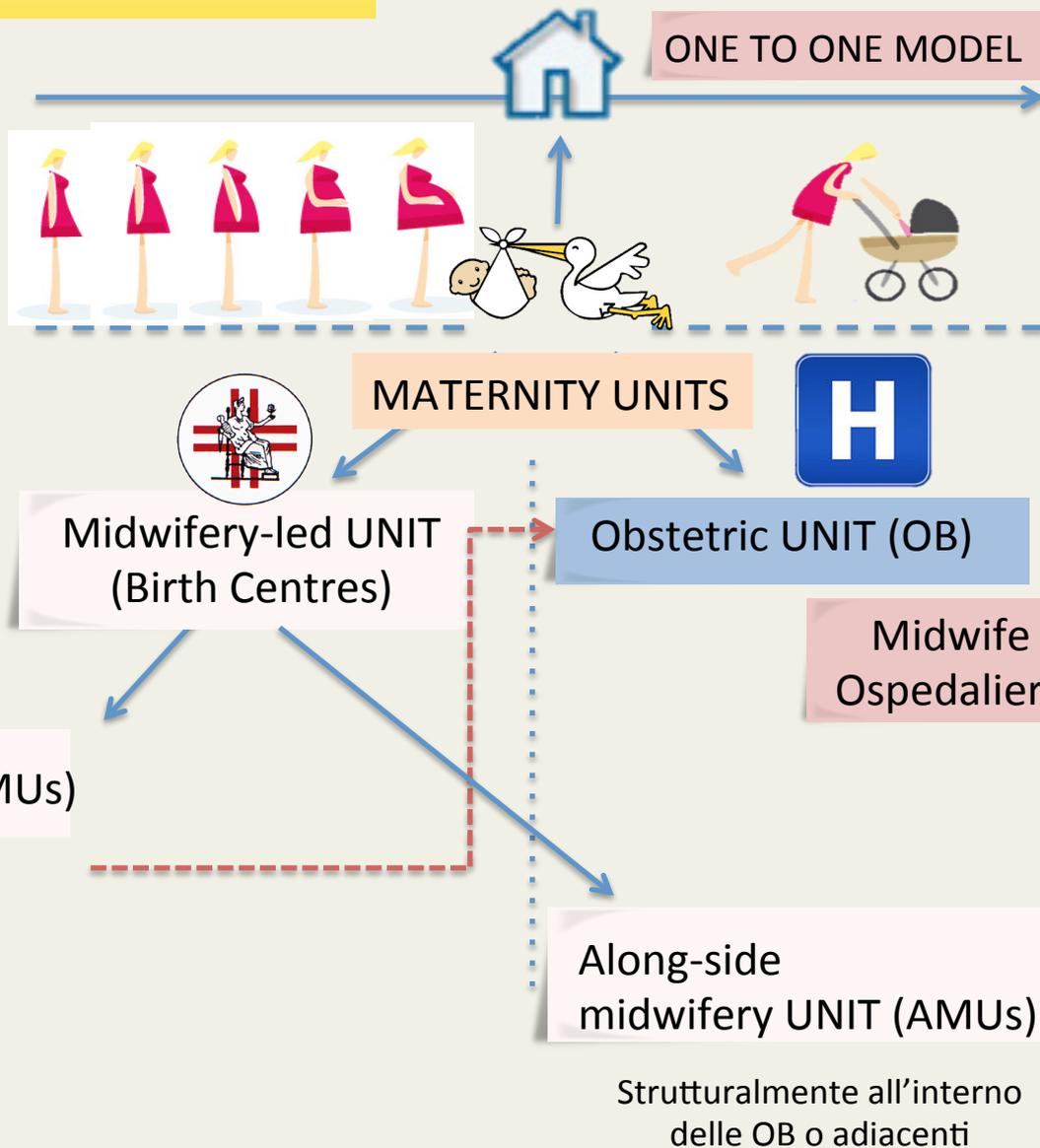
- di scelta, l'accesso e la continuità assistenziale
- l'utilizzo dei Birth Centres (strutture completamente gestite da ostetriche)

ANALISI DEL PERCORSO NASCITA ATTUATO



Community Midwife (CM)

- Territorio
- Divise in team (area geografica)
- Ogni team ha abbinato un ginecologo (consultant) che accoglie l'utenza patologica indirizzata dalle CM



Freestandig midwifery UNIT (FMUs)

Strutture fuori dall'ospedale
No adiacenze OB

Midwife Birth Centres

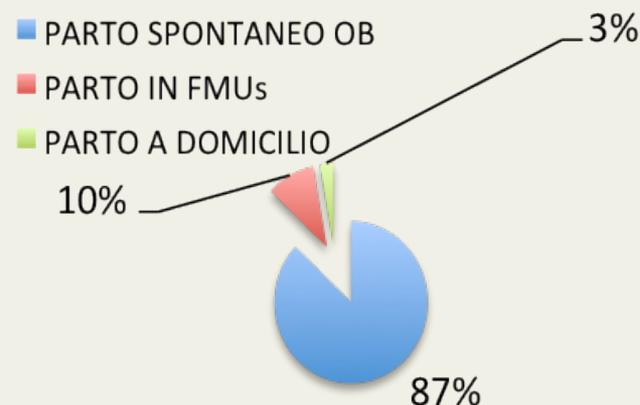
Along-side midwifery UNIT (AMUs)

Strutturalmente all'interno delle OB o adiacenti

DATI GENERALI NAZIONALI 2012

Taglio cesareo	24,9%
Ecografie in gravidanza basso rischio <2	94%
Visite in gravidanza basso rischio < 2	95%

Gravidanze seguite dall'ostetrica (pubblico) **85%**
"community midwife" 2012

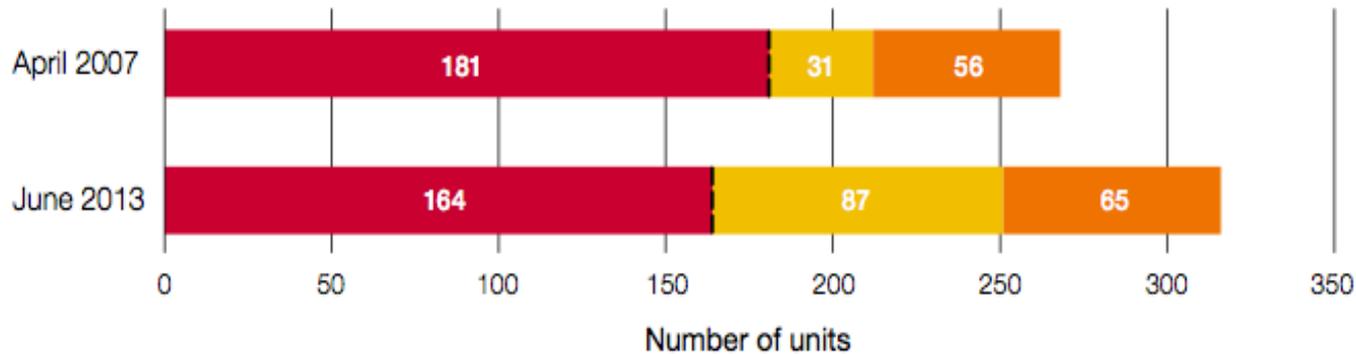


ANALISI DEL PERCORSO NASCITA ATTUATO



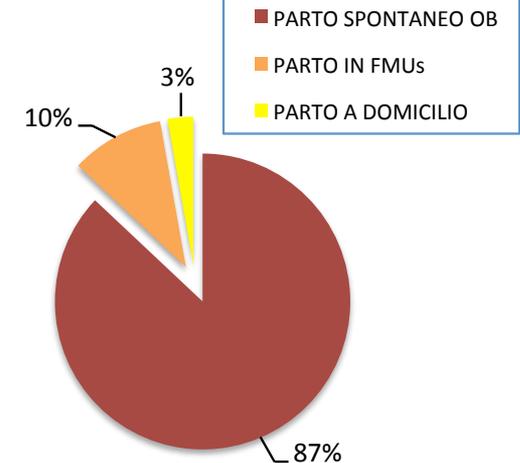
Number of maternity units in England, 2007 and 2013

The number of midwifery-led units increased from 87 in April 2007 to 152 in June 2013



- Obstetric units
- Alongside midwifery units
- Freestanding midwifery units

Source: BirthChoiceUK and National Audit Office



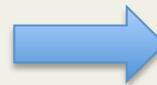
ANALISI DEL PERCORSO NASCITA ATTUATO



SSN



Accordo Stato-Regioni (16/12/2010)



“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”

Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000

Piano Sanitario Nazionale 2010-2012 (Analgesia peridurale nei LEA)

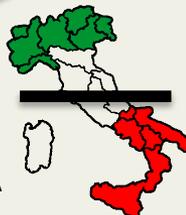
LINEE GUIDA NAZIONALI SNLG “Gravidanza fisiologica” 2010

Gravidanza fisiologica = MIDIWIFERY LED MODEL

Continuità assistenziale

SCELTA DEL CITTADINO

DISCREPANZE E DISOMOGENEITÀ REGIONALI



ANALISI DEL PERCORSO NASCITA ATTUATO

FONTE : nono Rapporto sull'evento
nascita in Italia 2013



L'88,2% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, il 11,8% nelle case di cura e solo 0,1% altrove.

Nell'84,6% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4

Per il 73,2% delle gravidanze, si registra un numero di ecografie superiore a 3

Il 37,5% dei parti avviene con taglio cesareo

l'82% delle donne viene seguita da un ginecologo

Il 15% dal Cons. Familiare

3% da un'ostetrica

**Linee guida nazionali
(SNLG) 2010**

Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o.

Legge del senato della Repubblica N. 260 del 29 APRILE 2008

“ **Diritti della partoriente e del nuovo nato**”:
“la donna deve avere la possibilità di partorire in un luogo che sente sicuro, in cui sia possibile fornire assistenza appropriata e sicurezza. Per donne con gravidanze a basso rischio, tali luoghi posso essere la casa, le case maternità, gli ospedali”



-  Regioni che hanno legiferato ma NON prevedendo rimborso
-  Regioni che hanno legiferato prevedendo rimborso
-  Regioni che non hanno legiferato

-  C. M. I. ssn
-  C. M. E.

ROVIGO

349 parti totali

- 23 arruolamenti
- 11 escluse
- 12 in casa parto

PAZIENTE	ETA'	PARA	SG	PARTO	ESCLUSIONE	NEONATO	DEGENZA
C.P.	36	nullipara	40+1	espletato in reparto. E+E	arresto progressione PP	M 3280 APGAR 9-10-10	IN CASA PARTO
P.R.	35	1001	40+2	espletato in casa parto PUNTI ACCOSTAMENTO MUCOSA		F 3500 APGAR 9-10-10	IN CASA PARTO
M.S.	37	2002	38	espletato in casa parto PERINEO INTEGRO		F 3700 APGAR 10-10-10	IN CASA PARTO
S.M.	37	1AS 2013	39+5	espletato in casa parto LAC 2°GR		M 3600 APGAR 10-10-10	IN CASA PARTO
F.S.	32	1001	39+3	espletato in reparto. E+E	esclusa per BCF non assicurante	F 3730 APGAR 9-10-10	IN CASA PARTO
T.A.	36	1011	40	espletato in casa parto LAC 2°GR		M 3260 APGAR 9-10-10	IN CASA PARTO
F.P.	35	nullipara	41+5	espletato in reparto. E+E	induzione del travaglio	M 3650 APGAR 9-10-10	IN REPARTO
F.M.	31	nullipara	41+2	espletato in reparto PUNTI DI EMOSTASI	necessità controllo puerpere del reparto	F 3500 APGAR 10-10-10	IN CASA PARTO
D.I.	30	1001	39	espletato in reparto. E+E	L.A. tinto 2+BCF non assicurante	M 3460 APGAR 9-10-10	IN REPARTO
P.L.	24	1001	38+1	espletato in casa parto. Perineo integro		F 3130 APGAR 10-10-10	IN CASA PARTO
K.S.	38	1011	40+3	espletato in casa parto. Perineo integro		F 3150 APGAR 10-10-10	IN CASA PARTO
M.R.	36	nullipara	39+4	espletato in reparto. E+E	contemporaneità	F 3400 APGAR 9-10-10	IN CASA PARTO

lotus birth

PAZIENTE	ETA'	PARA	SG	PARTO	ESCLUSIONE	NEONATO	DEGENZA
S.E.	38	3013	41+1	espletato in reparto. PUNTI DI EMOSTASI	temperatura c. alterata all'ingresso	F 3750 APGAR 9-10	REPARTO
S.V.	34	1001	38+6	espletato in reparto. E.E.	gestosi IPT tardiva	F 2910 APGAR 9-10	REPARTO
B.P.	31	nullipara	39+3	espletato in reparto. Punti di accostamento	L.A. limiti inferiori alla norma	F 3120 APGAR 9-10	REPARTO
F.E.	39	nullipara		espletato in altra struttura	presentazione podalica		
D.M.	35	1011		espletato in altra struttura	gravidanza oltretermine		
M.S.	26	nullipara		espletato in altra struttura	presentazione podalica		
G.S.	37	nullipara	39+1	T.C.	discinesia uterina e distocia cervicale	M 3650 APGAR 9-10-10	REPARTO
M.E.	24	2012	40+5	espletato in reparto. Perineo integro.	oligodramnios	M 3750 APGAR 9-10-10	REPARTO
L.F.	31	nullipara	40+4	T.C. per distocia dinamica	eccessivo incremento ponderale mat.	F 3410 APGAR 9-10-10	REPARTO
R.D.	30	nullipara		espletato in altra struttura	gravidanza oltretermine		
D.E.	28	nullipara	40	espletato in reparto. E.E.	CTG non assicurante	M 3390 APGAR 8-10-10	REPARTO

Pazienti escluse dal percorso di casa parto durante gli incontri settimanali con l'ostetrica, oppure escluse al ricovero.



DATI ANNO 2013 CENTRO NASCITA MARGHERITA

GESTANTI IMMATRICOLATE	GESTANTI USCITE DAL PERCORSO
678	159

DI CUI

AUTOESCLUSE	PROM + TAMPONE VAGINALE POSITIVO	PATOLOGIA	SOVRAFFOLLAMENTO CENTRO NASCITA (O CHIUSURA)	
38	35	58	28	

GESTANTI RICOVERATE	PARTI	TRASFERIMENTI PER PROM	TRASFERIMENTI TRAVAGLIO E PUERPERIO
504	397	31	76 20 PUERPERE
TRASFERIMENTI NEONATO			
47 DI CUI			
29 PER ITTERO			

CASA
MATERNITA',
PRIVATE:
ASSOCIAZIO
NE NASCERE
A CASA



La Via Lattea
casa maternità



Gestito dalle
ostetriche
LIBERE
PROFESSIONISTE

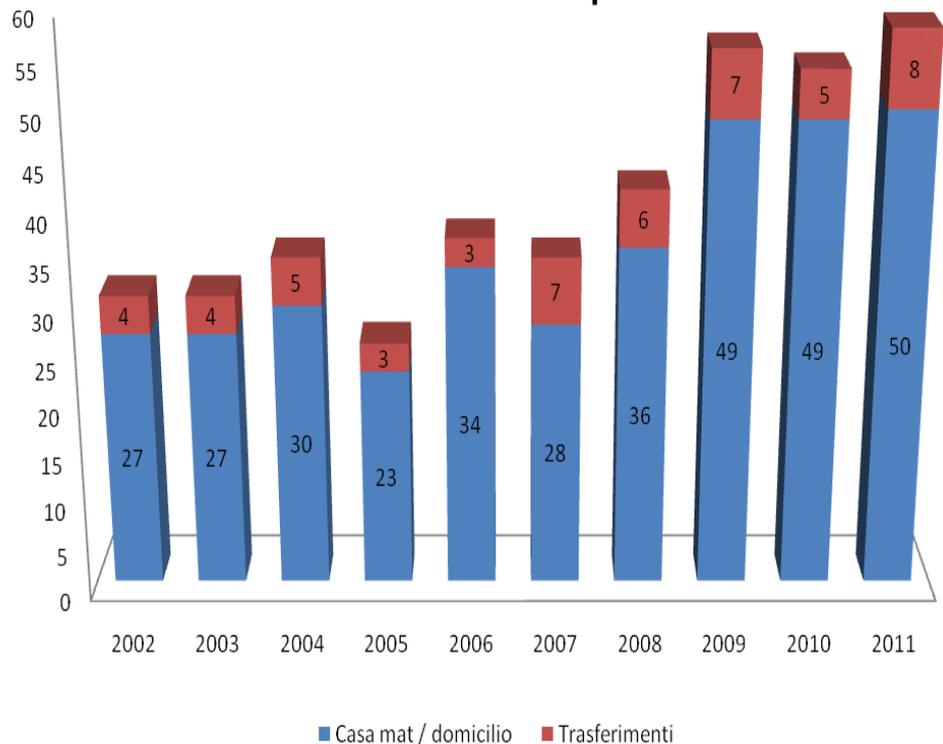
- ✓ "La Via Lattea" (Milano) la prima nata in Italia, nel 1990.
- ✓ "Montallegro" (Varese) Induno Olona
- ✓ "Il Nido" (Bologna)
- ✓ "La Quercia" (Merone) (Como)



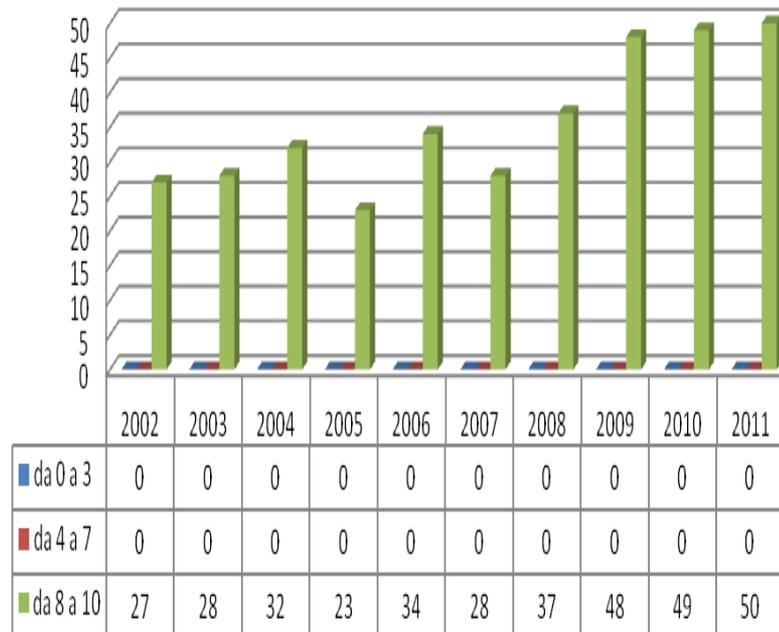
CASA MATERNITA' MILANO

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totale	%
Accettate alla visita 38' w	31	31	35	26	37	35	42	56	54	58	405	
Trasferimenti (e periodo)	4	4	5	3	3	7	6	7	5	8	52	
Prodromico	3	2	1	1	2	2	0	3	3	5	22	42,3
Travaglio	1	1	2	1	1	2	5	3	2	1	19	36,5
Espulsivo	0	0	0	1	0	3	0	1	0	2	7	13,5
Secondamento	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	4	7,7
Trasferimenti totali %	12,9	12,9	14,3	11,5	8,1	20,0	14,3	12,5	9,3	13,8	12,8	
Parti a domicilio	27	28	32	23	34	28	25	23	20	20	260	
Parti in casa maternità	0	0	0	0	0	0	12	26	29	30	97	
Casa mat / domicilio	27	27	30	23	34	28	36	49	49	50	353	

Trasferimenti in ospedale



Apgar al 5° minuto



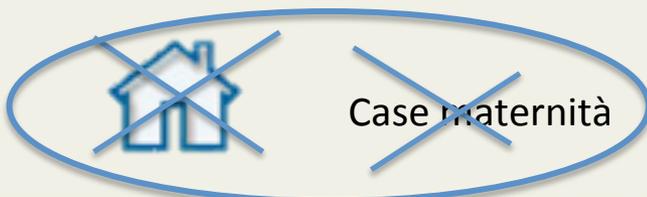
ANALISI DEL PERCORSO NASCITA ATTUATO in Italia



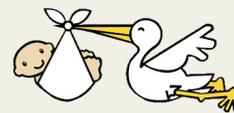
Gravidanza a basso rischio



Consultorio familiare
Modello convenzionale di assistenza specialistica
(ostetrica in collaborazione con il medico)



Case maternità



Parto in ospedale

Ostetrica/medico



Controllo post partum presso il Consultorio Familiare
(ostetrica in collaborazione con il medico)

DATI GENERALI NAZIONALI

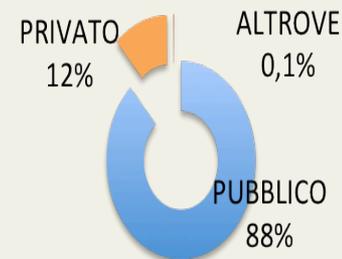
2010

Taglio cesareo	37,5%
Ecografie in gravidanza > 3	73,2%
Visite in gravidanza > 4	84,6%

Gravidanze seguite dal ginecologo privato **82%**

Gravidanze seguite dall'ostetrica **3%**

Gravidanze seguite dal Consultorio Familiare (pubblico) **15%**

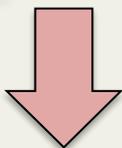


ANALISI DEL PERCORSO NASCITA REGIONE EMILIA ROMAGNA



**Delibera di Giunta Regionale n. 533/08
“Direttiva alle Aziende sanitarie in merito
al programma Percorso Nascita”**

**GRAVIDANZA A
BASSO RISCHIO**



**L'OSTETRICA E'
COMPETENTE E
GARANTE**

**GRAVIDANZA
A RISCHIO**



**IN CUI IL MEDICO E'
COMPETENTE E GARANTE**

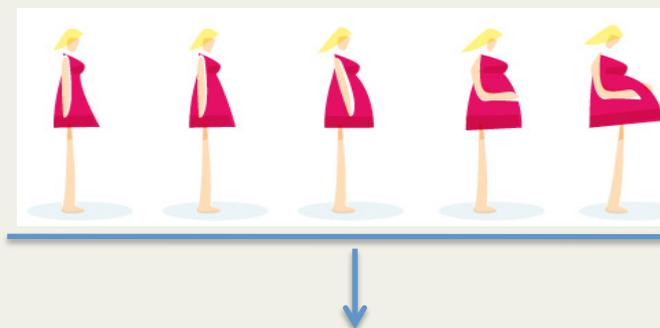
OBIETTIVO N. 3 - RIDEFINIZIONE RUOLO DELL'OSTETRICA

ANALISI DEL PERCORSO NASCITA REGIONE EMILIA ROMAGNA

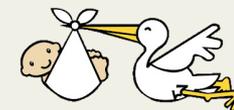
OBIETTIVO N. 3 - RIDEFINIZIONE RUOLO DELL'OSTETRICA

**GRAVIDANZA
A BASSO
RISCHIO**

D. Lgs 206/07



Ambulatorio presso il
Consultorio Familiare gestito
da ostetriche



Ambulatorio per le
gravidanze
fisiologiche a
termine



Ambulatorio presso il Consultorio
Familiare gestito da ostetriche



CONCLUSIONI



MODELLO ASSISTENZIALE

Il modello assistenziale presente in Italia soffre ancora molto della presenza della gestione medica anche negli ambiti di competenza ostetrici.

Il modello assistenziale *midwifery-led model* permette a pieno regime l'applicazione dei principi della midwifery e dell'impiego delle competenze professionali ostetriche.

STRUTTURE A COMPLETA GESTIONE OSTETRICA

POCO DIFFUSE

DIFFUSE E IN AUMENTO

CONCLUSIONI



PARTO EXTRAOSPEDALIERO

poco attuato e incentivato (0,1% nel 2013)

attuato e incentivato (3% a domicilio; 10 % case della maternità nel 2013)

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Livello **minimo**: è soltanto organizzativa, legata ai servizi del percorso maternità e non a chi eroga l'assistenza, che invece cambia continuamente durante le fasi del percorso.

Basso grado di personalizzazione dell'assistenza

Livello molto **alto** di continuità assistenziale, orientato al *one to one care* su tutto il percorso della maternità, dalla gravidanza al puerperio.

Alto grado di personalizzazione dell'assistenza che concretizza la politica woman-centred adottata.

CONCLUSIONI

 L'attuale organizzazione del percorso nascita in Italia, tranne pochi esempi regionali, evidenzia come il modello concettuale dell'assistenza sia ancora troppo orientato



a "curare" (concetto di *cure*) la gravidanza e il parto come condizioni di malattia

VS

"prendersi cura" (concetto di *care*)



utilizzando la midwife come il *care provider* della gravidanza fisiologica

ridottissimo impiego del potenziale professionale ostetrico



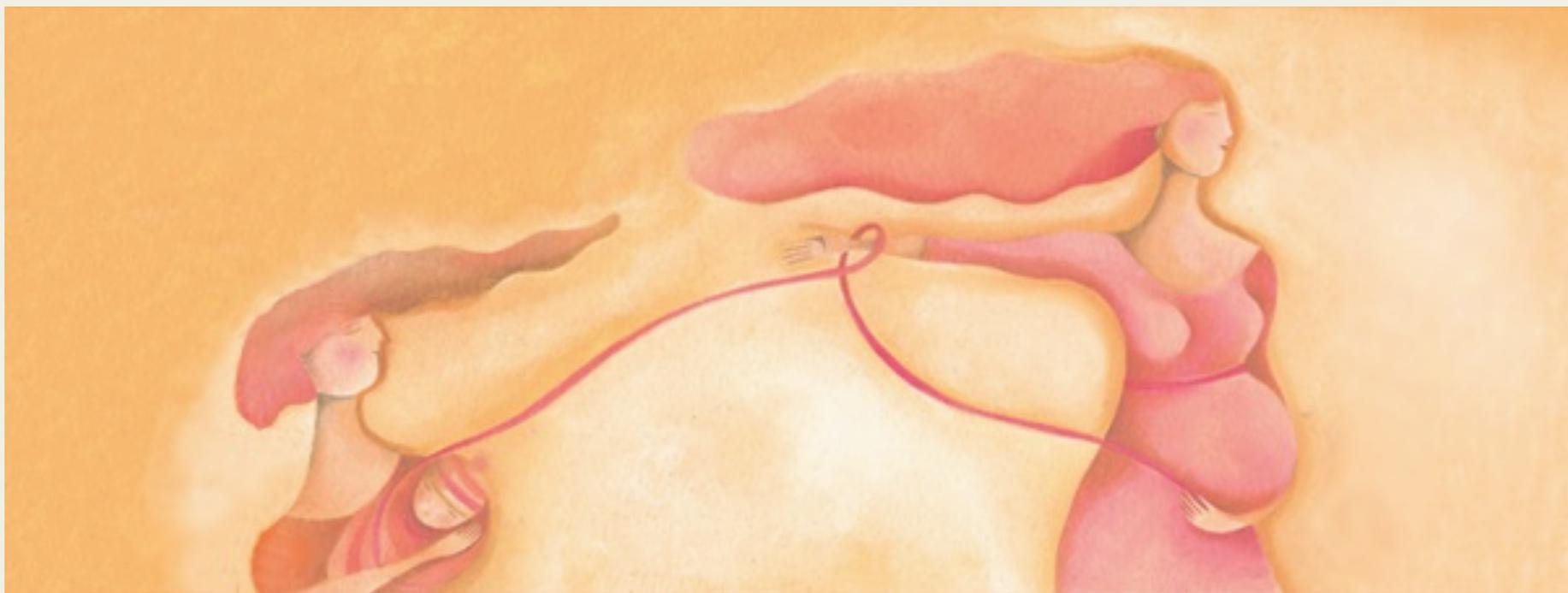
consentendo l'effettiva applicazione delle competenze che la legge riserva a tale profilo professionale.

Considerare, pertanto, la gravidanza e il parto come **processo biologico, psicologico e sociale** nella sua globalità diviene basilare per un'assistenza ostetrica di **qualità** e per un **giusto impiego di risorse e competenze**.

LA DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE

*“Assieme ad una vita nasce una possibilità di cura.”**

Il cordone ombelicale accompagna e conduce alla vita e grazie al sangue in esso contenuto è possibile compiere nuovamente quel miracolo che rende la vita un bene tanto prezioso.



*Carlo Lusenti, Assessore alle politiche per la salute dell' Emilia-Romagna

Il sangue del cordone ombelicale è un' importante **fonte di Cellule Staminali Emopoietiche**, precursori della parte corpuscolata del sangue.

- **Caratteristiche:**

- minor grado di maturazione;
- maggiore capacità proliferativa;
- immaturità linfocitaria.



Vantaggi nell'impiego clinico

- Rispetto alle altre fonti di CSE (sangue midollare e sangue periferico), il sangue cordonale presenta importanti vantaggi:
- **Disparità HLA donatore-ricevente maggiore;**
- **Riduzione dei tempi di ricerca e l'immediata disponibilità** dell'unità di sangue da trapiantare;
- Assenza di rischi per il donatore.

L' European Bone Marrow Transplantation rivede periodicamente le indicazioni al trapianto di CSE da sangue cordonale, poiché la ricerca è sempre attiva.

• Indicazioni attuali*:

- Aplasia midollare
- Leucemie acute e croniche
- Mielofibrosi
- Mielodisplasia
- Linfoma di Hodgkin
- Linfomi non di Hodgkin
- Mieloma multiplo
- Neuroblastoma
- Sarcoma dei tessuti molli
- Errori congeniti

La donazione del sangue cordonale

- Ne esistono tre tipologie:
- **Allogena** (non familiare): volontaria, gratuita e anonima;
- **Dedicata** (familiare): se nell'ambito familiare sono presenti soggetti affetti da patologie trattabili con il SCO;
- **Autologa** (familiare): conservazione in una Banca privata a pagamento.

Le evidenze scientifiche

- **Non esistono** evidenze scientifiche a sostegno della **conservazione autologa**, perciò essa **non** è considerata una pratica appropriata.
- Le **probabilità** che un bambino sviluppi una patologia per cui sia indicato il trapianto autologo varia dallo 0,04% allo 0,0005%.
- Vi è la possibilità di re-infondere la radice genetica della malattia.

La normativa europea

Austria - Banche private solo se autorizzate

Belgio - consentite solo le pubbliche, ma attive anche le private.

Danimarca - private consentite

Francia e Lussemburgo - severamente vietate

Germania e Svizzera - presenti entrambe.

Grecia e Polonia - presenti entrambe poiché non esiste una normativa specifica.

Olanda - non esistono banche private, anche se non esplicitamente vietate

UK - consentite entrambe.

Spagna - autologa vietata fino al 2006, ora consentita ma dati inviati al registro donatori comunque.

Legislazione italiana

- **Decreto Ministeriale 18 Novembre 2009***
- “Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato”
- **Decreto Ministeriale 22 aprile 2014****
- **Accordo Stato-Regioni n. 62 del 29 aprile 2010**

*Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.303 del 31-12-2009

** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.137 del 16-6-2014

Le Banche di Sangue Cordonale

Sul territorio italiano vi sono **19 Banche pubbliche** che coprono 13 Regioni.

Sono coordinate tra loro grazie al Centro Nazionale Trapianti ed il Centro Nazionale Sangue.

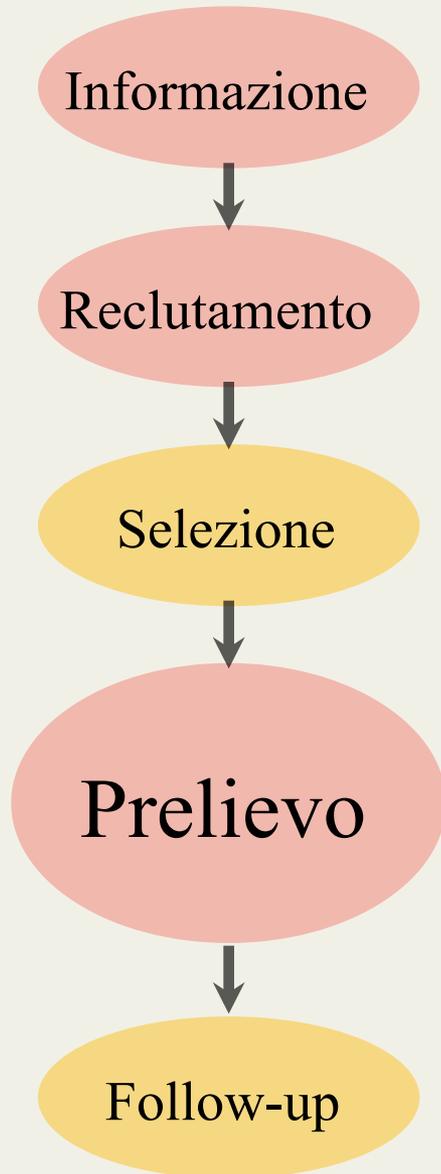
Ad esse confluiscono **308 Punti-Nascita autorizzati** alla raccolta di SCO.



Italian Bone Marrow Donor Registry

- Nasce nel 1989 a seguito di un programma chiamato “Donazione di Midollo Osseo”, ha sede a **Genova**, presso l’ Ente Ospedaliero “Ospedali Galliera”.
- Ad esso confluiscono i dati relativi ai **donatori volontari** di midollo osseo e alle **unità di sangue cordonale** bancate e trapiantabili.
- È un **Registro internazionale**.

L' Ostetrica ed il percorso



Prima di eseguire il prelievo, **valutare**:

- decorso del travaglio;
- svolgimento del parto;
- stato di salute del neonato.

Il prelievo per la **donazione solidaristica** e per la **conservazione autologa** sono tecnicamente uguali; l' ostetrica è tenuta a svolgerli entrambi.

Tecnica del prelievo

- • Clampaggio e recisione del funicolo ad 1' dalla nascita;
- • Disinfezione del cordone nel sito del prelievo;
- • Incannulamento della vena ombelicale;



Attenzione:

- 1) Accurata **disinfezione**
- 2) Mantenimento della **sterilità**
- 3) Non incannulare più volte con lo stesso ago
- 4) Raccogliere **ALMENO 50 grammi** di sangue cordonale.

La formazione ostetrica in Emilia-Romagna

Attività formativa **teorica** → Corsi organizzati dalla ERCB:
formare e qualificare.

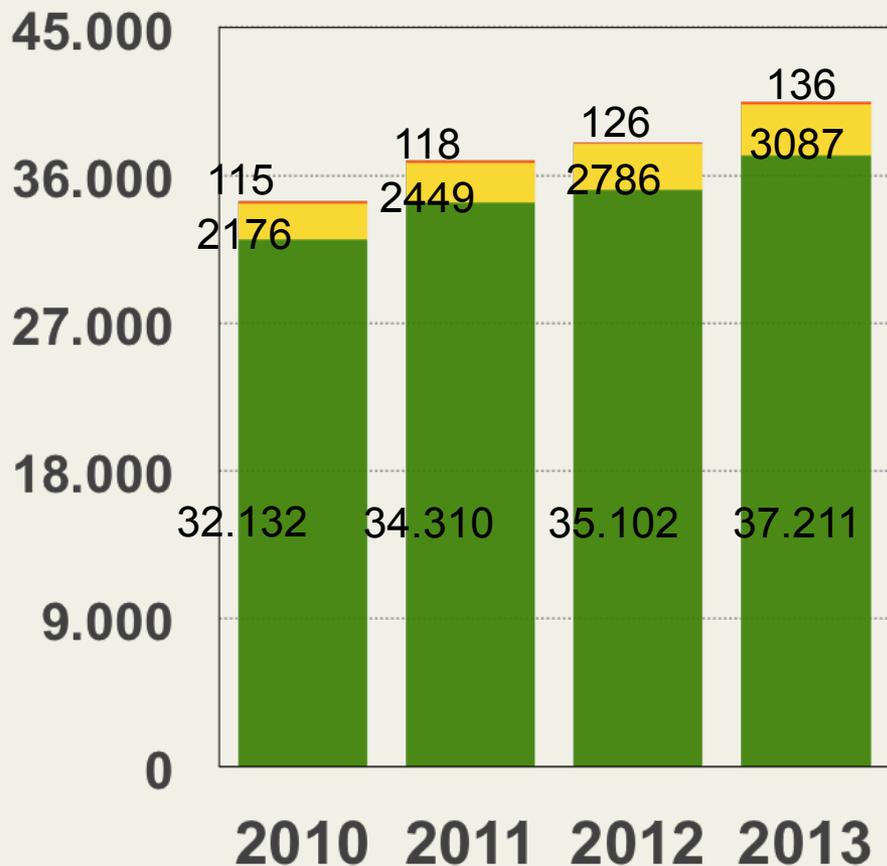
Attività formativa **pratica** → **Ostetrica neo-assunta:**
eseguire ALMENO 2 attività
in supervisione.

Ostetrica abilitata:
eseguire ALMENO 2
attività in autonomia per
mantenere le competenze.

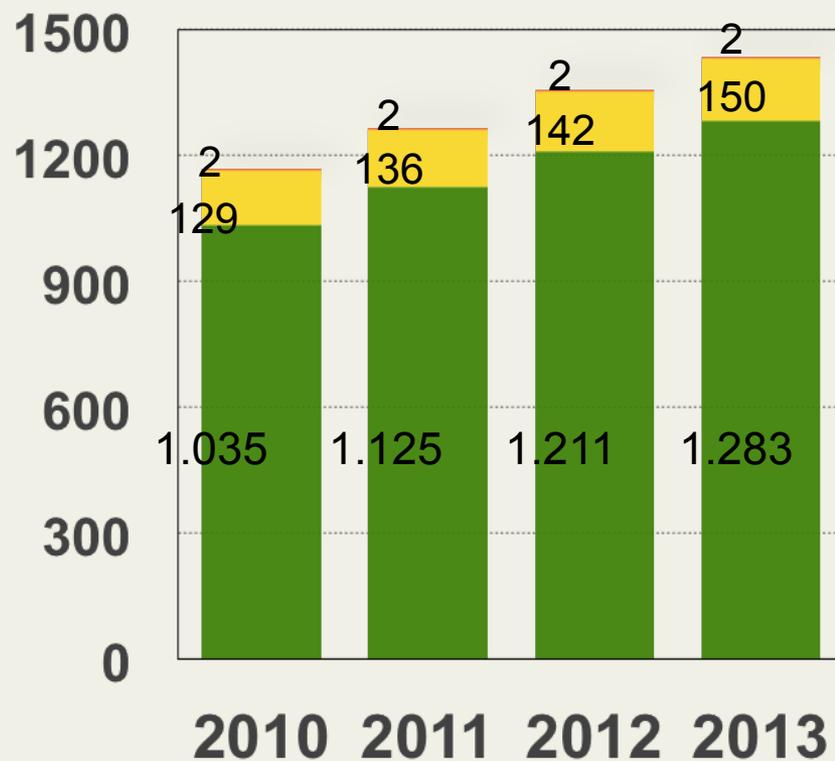
Dati relativi alla donazione solidaristica

- Auto
- AlloD
- AlloNF

Totale delle Unità *bancate* per trapianto allegorico e dedicato in Italia

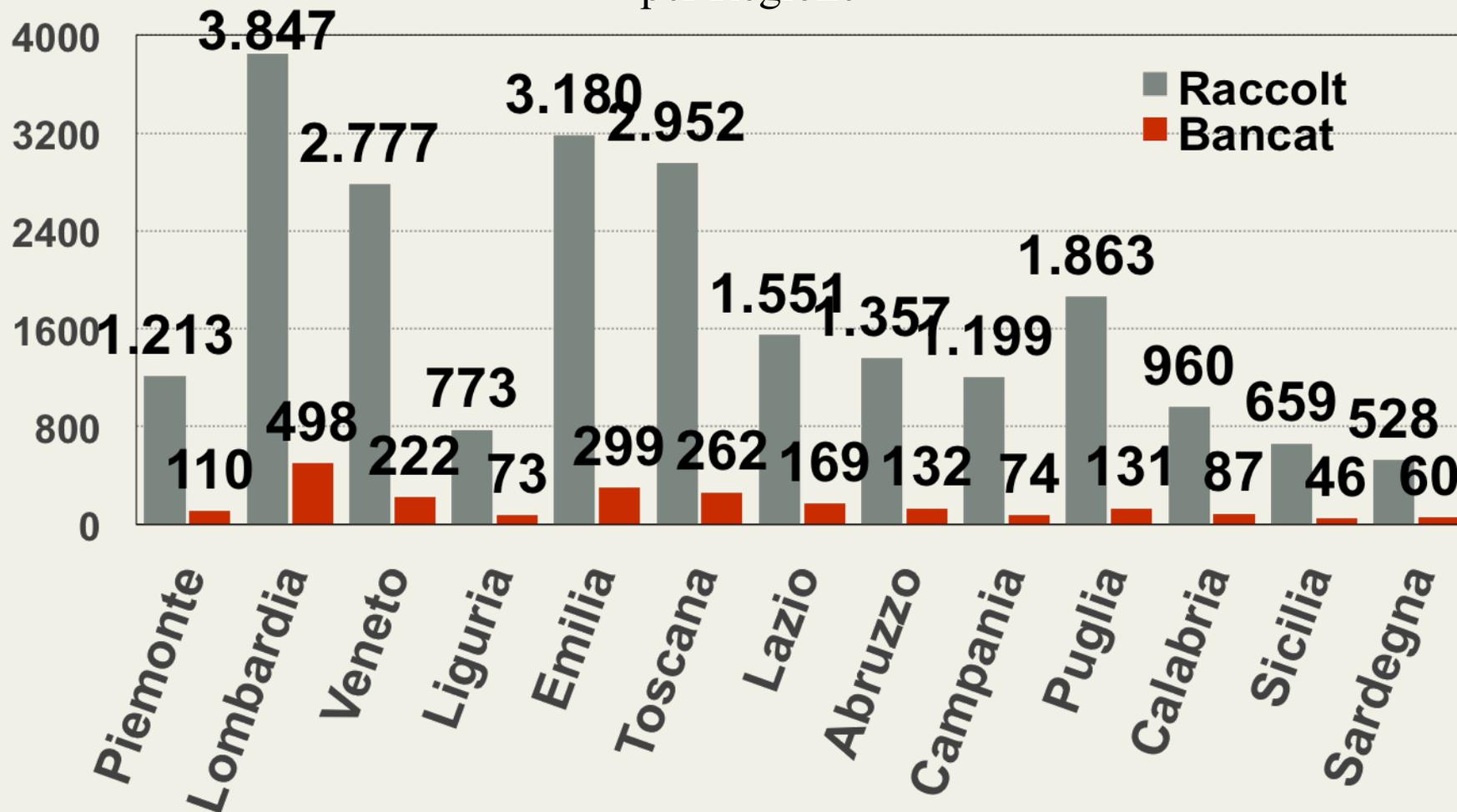


Totale delle Unità *rilasciate* per trapianto allegorico in Italia



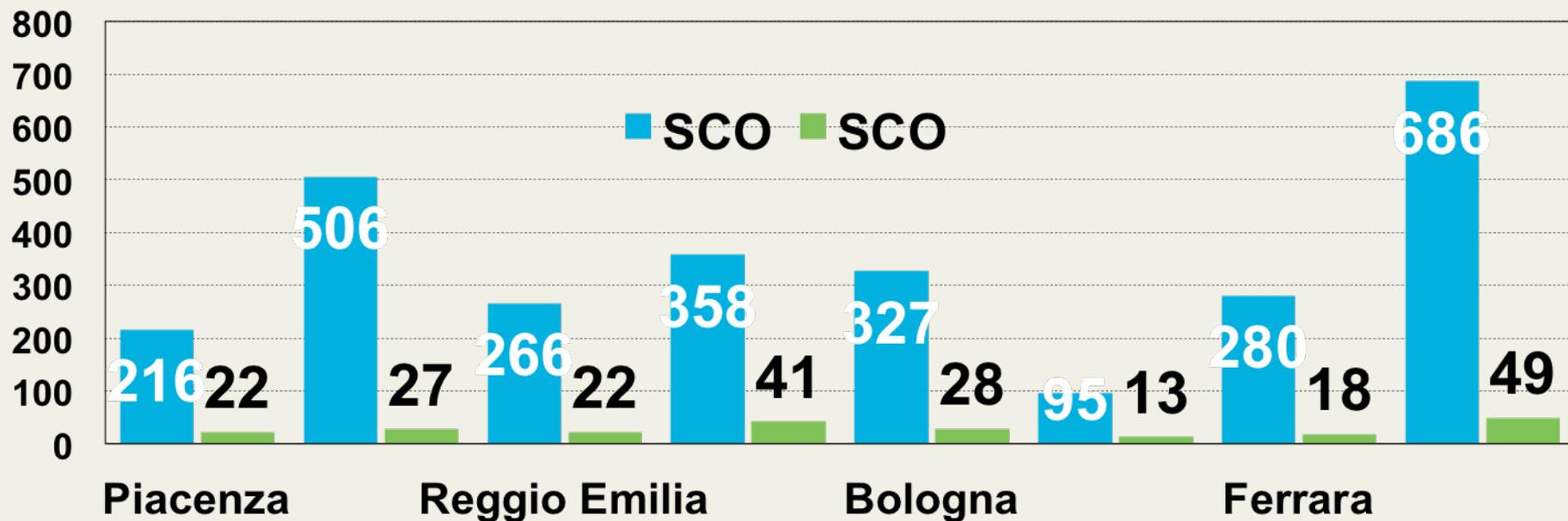
Differenza tra le unità di SCO raccolte e quelle bancate

Unità AlloNF raccolte (22.859) e bancate (2.163) nel 2013 in Italia, suddivise per Regione

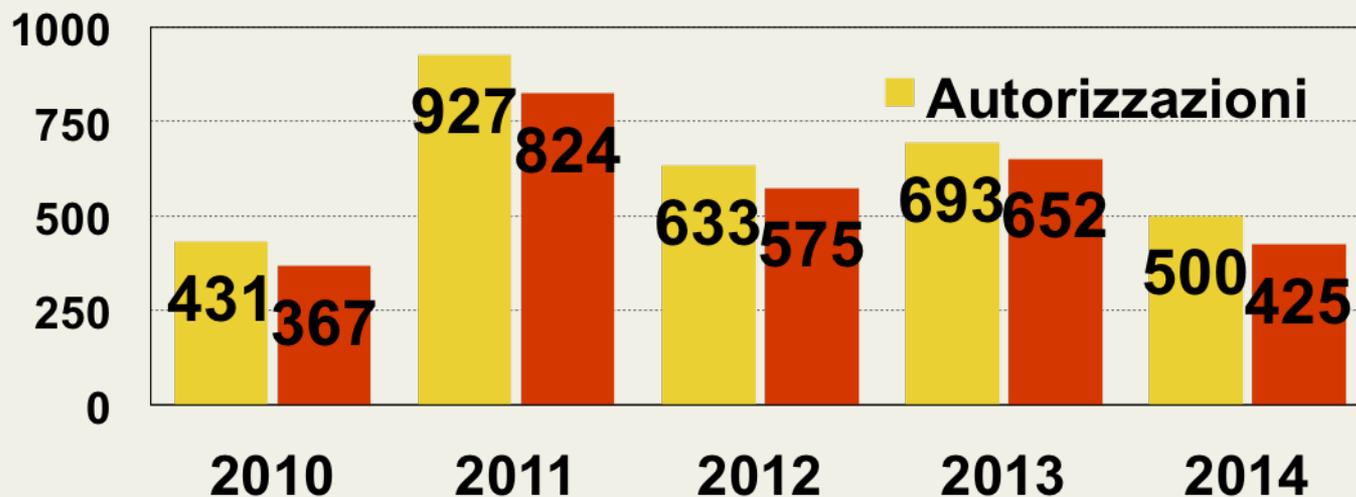


Focus sulla Regione Emilia-Romagna

Unità AlloNF raccolte (2.734) e bancate (220) nel 2014 in Emilia-Romagna



La conservazione autologa in Emilia-Romagna



Andamento della donazione
solidaristica e della conservazione
autologa in Emilia-Romagna

