REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Procedura operativa

rete dei servizi

di trasporto assistito materno

STAM

Allegato 2

SERVIZIO DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO (STAM)
PROCEDURA OPERATIVA

	Pag.
1) PREMESSA	**1**
2) SCOPI	**2**
3) CAMPO DI APPLICAZIONE	**2**
4) TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI	**2**
5) MODALITA' OPERATIVE	**2**
5.1 INDICAZIONI	2
5.2 CONTROINDICAZIONI	3
5.3 RESPONSABILITA' E ATTIVITÀ	3
5.4 ORGANIZZAZIONE PER IL TRASPORTO	3
5.5 PERSONALE COINVOLTO PER IL TRASPORTO	5
5.6 CHECK LIST PER IL TRASPORTO (responsabilità del medico inviante)	5
5.7 GESTIONE DURANTE IL TRASPORTO	5
MODULO RICHIESTA AMBULANZA	7
MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO	8
MODULO TERAPIA IN CORSO	9
MODULO CONSENSO INFORMATO PER IL TRASFERIMENTO	10

SERVIZIO DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO (STAM)

PROCEDURA OPERATIVA

1) PREMESSA

Lo STAM, servizio di trasporto assistito materno o trasporto in utero è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne fetali o entrambe. Ne usufruiscono la gestante ed il feto che, stabilizzati, necessitano di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure.

Il sistema di trasferimento in emergenza della gestante con gravidanza a rischio, che richiede assistenza di un livello superiore (HUB), non erogabile nel punto nascita di ricovero (SPOKE), è stato indicato quale uno degli strumenti irrinunciabili per la migliore assistenza alla gestante.

La presente procedura non riguarda il caso di trasporto materno in emergenza di cui usufruiscono la gestante ed il feto in condizioni critiche che necessitano di trasferimento urgente per necessità diagnostiche e/o terapeutiche, non disponibili nella struttura sanitaria che li ha accolti. Per tali casi il trasferimento deve avvenire presso il centro di II livello più vicino. Tale trasferimento deve essere attuato con personale, mezzi ed attrezzature delle strutture trasferenti.

In subordine, qualora la struttura trasferente, sia priva dell'ambulanza, con ambulanza del 118 di tipo MSB (con autista/soccorritore).

Il sistema mira ad ottenere un collegamento funzionale tra strutture di diverso livello (HUB e SPOKE), in modo da erogare le cure ostetriche e perinatali appropriate secondo il livello di necessità, rispettando i principi di appropriatezza, di utilizzo ottimale delle risorse, e della sicurezza materno/fetale.

L'attuazione del servizio di trasporto assistito materno è assicurato dal centro HUB di riferimento con ambulanze e personale del centro HUB stesso.

Le strutture ospedaliere HUB riceventi sono i seguenti:

Sicilia occidentale

- Centro STAM - Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello di Palermo - P.O. Cervello
- Centrale operativa Sues 118 Palermo

Sicilia centrale

- Centro STAM - Azienda Sanitaria Provinciale di Enna - P.O. Umberto I
- Centrale operativa Sues 118 Caltanissetta

Sicilia orientale

- Centro STAM - AUOP di Catania - P.O. Santo Bambino
- Centrale operativa Sues 118 di Catania

- Centro STAM - ASP di Messina - P.O. Barone Romeo di Patti
- Centrale operativa Sues 118 di Messina

- Centro STAM - AUOP di Messina - P.O. G. Martino di Messina
- Centrale operativa Sues 118 di Messina

Le strutture SPOKE invianti sono tutti i punti nascita pubblici e privati non HUB.

2) SCOPI

Scopo del presente documento è uniformare e definire l'organizzazione del servizio di trasporto dello STAM della gestante con gravidanza a rischio in relazione a:

- responsabilità degli operatori sanitari coinvolti,
- procedure di attivazione ed utilizzo;
- attrezzature e presidi utilizzati;
- modalità di monitoraggio.

3) CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicata dal personale dei centri HUB e SPOKE della Regione Siciliana.

4) TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI

STAM: servizio trasporto assistito materno

SUES: servizio EmergenzaUrgenza sanitaria

5) MODALITA' OPERATIVE

La presente procedura fa riferimento al trasporto STAM.

Questa procedura non va attivata di fronte ad un elevato rischio di parto imminente.

5.1 INDICAZIONI

Le situazioni che impongono lo STAM sono:

1. elevato rischio di parto prematuro (considerando anche il sanguinamento da placenta previa) in:
   - gravidanze con epoca gestazionale > 23+0 settimane e fino a 33+6;
2. feto con grave ritardo di crescita (<5° percentile);
3. feto con cardiopatia complessa;
4. feto con malformazioni complesse necessitanti correzione chirurgica immediata;
5. elevato rischio materno (rischio materno dominante rispetto a quello fetale) con necessità di cure alla madre o per patologie complesse che necessitino la presenza di particolari competenze specialistiche di livello superiore (nefropatie, diabete scompensato, alloimmunizzazione RH, ipertensione grave, sepsi, preeclampsia grave, ecc).

5.2 CONTROINDICAZIONI:

- epoca gestazionale < 23+0 settimane ;
- condizioni materne non stabilizzate;
- condizioni fetali di gravità tale da richiedere un parto immediato;
- condizioni meteorologiche sfavorevoli.

5.3 RESPONSABILITA' E ATTIVITÀ

Direttore U.O. HUB	Ha la responsabilità oggettiva e di verifica dell'applicazione della procedura ciascuno per la propria competenza
Dirigente Medico	Dispone ed effettua il trasferimento secondo i criteri individuati nella procedura
Caposala	Coordina le attività attraverso la gestione delle risorse umani e materiali degli approvvigionamenti, delle informazioni e comunicazioni. Effettua il controllo e la verifica dei processi. Delega le attività in caso di assenza
Ostetrica	Controlla la dotazione e la funzionalità degli apparecchi elettromedicali, dei presidi sanitari e dei farmaci necessari al trasferimento. Effettua il trasferimento secondo i criteri individuati nella procedura
Autisti	Curano la manutenzione ordinaria, preventiva e la pulizia dei veicoli e dei presidi ivi contenuti, effettuano attività d controllo e verifica sulle apparecchiature e attrezzature in dotazione alle ambulanze

5.4 ORGANIZZAZIONE PER IL TRASPORTO

- il trasferimento avviene da un centro di I livello ad uno HUB di II livello;
- la decisione di effettuare un trasferimento è assimilabile a qualsiasi altra scelta terapeutica o diagnostica, e, quindi, come tale, necessita di adeguata informazione alla paziente con acquisizione di un formale consenso;
- Il sanitario che decide il trasferimento della madre con il feto in utero è il medico di servizio in una U.O. Ostetrica. Oltre a riconoscere le patologie emergenti materne e fetali e le conseguenti esigenze di cura, egli deve conoscere capacità e limiti della struttura in cui opera;
- Ogni qualvolta, il medico ginecologo ritiene essere presenti le indicazioni per trasferire una paziente con feto in utero, deve contattare il centro HUB di riferimento e coordinarsi con il medico della U.O ricevente. Nella richiesta vanno descritte le condizioni della gestante ivi incluse quelle sulla stabilizzazione;
- Il trasferimento è un atto che necessita di consenso. La gestante deve essere informata in modo comprensibile ed esauriente sulle motivazioni che indicano il trasferimento a un centro di livello perinatale superiore, sui benefici e sui rischi, sulla destinazione e sulle modalità di trasporto. Il consenso informato al trasferimento è parte integrante della documentazione sanitaria che segue la gestante.
- Il ginecologo di servizio dell' U.O. trasferente deve mettere in atto tutte le misure diagnostiche e terapeutiche per definire le:

  <u>condizioni materne</u>
  - ✓ visita ostetrica;
  - ✓ esami ematochimici;
  - ✓ misurazione della P.A.;
  - ✓ ECG;
  - ✓ controllo della diuresi;

condizioni fetali
- ✓ ecografia;
- ✓ cardiotocografia;

misure terapeutiche per stabilizzare le condizioni cliniche della gestante:
- ✓ tocolisi;
- ✓ controllo della P.A;
- ✓ terapia antibiotica;
- ✓ usare gli schemi di profilassi (antibiotici e corticosteroidi) secondo le raccomandazioni di assistenza in uso nella U.O. ;

e quanto altro ritenuto necessario.

Se l'intervallo fra l'attivazione della procedura e la realizzazione del trasferimento è lungo è opportuno monitorizzare le condizioni maternofetali e verificarle al momento del trasferimento al fine di definire la stabilità clinica e la trasferibilità della madre e del feto.

La donna è trasferibile in assenza di elementi che facciano considerare imminente il parto o in assenza di patologie (emorragia in atto, sofferenza fetale acuta etc.) che richiedano l'espletamento urgente del parto. In questi casi è preferibile richiedere l'intervento dello STEN, espletare il parto, assistere la madre, prestare le prime cure al neonato e poi affidarlo allo STEN.

La documentazione del medico che dispone il trasferimento madrefeto deve essere accompagnata da una scheda che comprenda i seguenti dati:

- dati anagrafici del paziente,
- storia personale ed ostetrica
- condizioni critiche
- esami ematochimici
- referto dell'ecografia ostetrica e della cardiotocografia
- attività terapeutiche e profilattiche messe in atto
- nome del medico che dispone il trasferimento
- nome del medico accettante e telefono diretto
- copia della documentazione clinica

All'arrivo della gestante all'HUB di riferimento il medico accettante dovrà controfirmare il modulo di trasferimento.

5.5 PERSONALE COINVOLTO PER IL TRASPORTO:

- Il personale coinvolto è costituito dall'ostetrica e dal ginecologo.

5.6 CHECK LIST PER IL TRASPORTO (rèsponsabilità del medico inviante):

- assicurarsi della corretta identificazione della madre e valutare le condizioni materne e fetali;
- contattare il medico che riceverà la paziente per informarlo sulle condizioni della paziente stessa e pianificare il trasporto;
- discutere la situazione con la paziente e la sua famiglia, fornendo informazioni sul centro dove sta per essere trasferita;
- acquisire consenso informato;
- determinare il tipo di trasporto più indicato;
- valutare quali figure di accompagnamento si rendano necessarie;
- fornire al personale che accompagnerà la paziente le istruzioni relative all'assistenza nel trasporto;
- fornire tutta la documentazione appropriata, compresa la fotocopia della cartella clinica,
- garantire la disponibilità di un accesso venoso;
- garantire che la paziente sia tenuta digiuna prima e durante il trasporto;
- verificare che tutto l'equipaggiamento di emergenza sia funzionante;
- prima del trasporto valutare e annotare:
  - ✓ segni vitali
  - ✓ BCF;
  - ✓ stato delle membrane;
  - ✓ presentazione;
  - ✓ dilatazione cervicale:
  - ✓ contrazioni uterine;
- usare sempre i dispositivi universali di protezione individuale

5.7 GESTIONE DURANTE IL TRASPORTO:

- posizionare la donna sul lato sinistro per diminuirei il rischio di ipotensione supina;
- monitorare regolarmente i segni vitali mediante trasduttore ad ultrasuoni (se necessario fermare l'ambulanza);
- se necessario somministrare ossigeno;
- documentare ogni valutazione e ogni farmaco somministrato;
- all'arrivo rivalutare i segni vitali e dare le consegne della paziente al personale ricevente;
- se il parto si verifica in ambulanza occorre:
  1 clampare il funicolo ombelicale con due pinze a circa 34 cm dall'ombelico e recidere il funicolo tra le due pinze;

RICHIESTA AMBULANZA

Prot. n. _____

ALLA DIREZIONE SANITARIA

ALL'U.O. DI PRONTO SOCCORSO

SEDE

U.O.		DATA
Cognome e Nome del Paziente		
Data di Nascita		C.C.N.
Ospedale di Destinazione		
Medico della Struttura Accettante Contattato		
Medico che Accompagna		
Ostetrica Che Accompagna		

TRASFERIMENTO RICHIESTO IN[1] :

Emergenza		
Urgenza		Indicare data e ora:
Elezione		Indicare data e ora:
Consulenza		Indicare data e ora:

Diagnosi	
Motivazioni Del Trasporto	☐ Necessità di eseguire consulenze, indagini diagnostiche o terapie particolari: _____ _____ ☐ Carenza di posti letto nel P.O. ☐ Trasferimento in Ospedali competenti per specialità

Firma e Timbro Del Medico Richiedente

_____

[1] BARRARE CON UNA CROCETTA LA MODALITA' DI TRASFERIMENTO PIU' APPROPRIATA

7

MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO

U.O. Ostetricia e Ginecologia

Ospedale di.....

PAZIENTE

Cognome.....Nome.....Data di nascita.....

Ricoverata dal:..... .Ore: ..... Trasferita ore:.....

U.M..... Epoca Gestazionale .....

MOTIVO DEL TRASFERIMENTO.....

.....

ANAMNESI.....

.....

CONDIZIONI AL MOMENTO DEL TRASFERIMENTO

VISITA
OSTETRICA:.....

.....

P.A.....

CARDIOTOCOGRAFIA: acclusa Í non accluso Í

.....

ECOGRAFIA: acclusa Í non acclusa Í

.....

INDAGINI DI LABORATORIO. acclusi Í non acclusi Í

Hb	Glic.	Proteinemia	HIV
Ht	Azot	Proteinuria	HBsAG
Plt	Uric.	PCE	HCV
TP	GOT	ND	RW
TTP	GPT	ECG	
Fibrin.	Bil.	Tampone	

TERAPIA IN CORSO

Farmaco	Via di somministrazione	Dosaggio

Profilassi RDS Farmaco .....

1° dose data..... ora..... 2° dose data..... ora .....

Allegata fotocopia cartella clinica si Í no Í

Mezzo di trasporto: .....

Equipe di assistenza durante il trasporto (**nome/i operatore/i**):

.....

Trasferimento effettuato previo accordo telefonico con (**indicare MEDICO DEL CENTRO RICEVENTE**):

Dott..... in data.....

MEDICO TRASFERENTE:.....**Firma**.....

Reperibile al n.° tel.....

CONDIZIONI DURANTE IL TRASPORTO.....

.....

Ora di arrivo al centro ricevente.....

Firma Operatore che ha assistito la paz. durante il trasporto.....

A CURA DEL CENTRO RICEVENTE

In data..... alle ore.....il dott.....
accompagna la Paziente presso il nostro Reparto.
All'accoglienza viene effettuato il triage e successivo ricovero

dal dott.....

Si consegna al medico accompagnatore copia del triage

CONSENSO INFORMATO PER IL TRASFERIMENTO DALL'U.O
.....

ALLA U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA .....

Io sottoscritta

Cognome..... Nome.....

Nata il..... a.....

Dichiaro di essere stata informata della situazione clinica della mia gravidanza caratterizzata da:

.....

.....

.....

.....

☐ acconsento al trasferimento che mi è stato proposto

☐ NON acconsento al trasferimento

La mia firma attesta che:

- Ho capito quali sono i problemi venutisi a creare a carico della mia gravidanza
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

Data Firma