

Azienda ASL Latina

Rete perinatale

Procedura per il Trasporto Materno Assistito intraaziendale e interaziendale

Redazione	Verifica	Approvazione
Dipartimento Materno Infantile Dott.ssa Maria Giovanna Colella	Il Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. Visconti	Il Direttore Generale Dott. G. Casati
FIRMA E DATA F.to	FIRMA E DATA F.to	FIRMA E DATA F.to
Funzione		
Dip. Funzionale Rete Ospedaliera	Sergio Parrocchia	F.to
Dipartimento Area critica	Carmine Cosentino	F.to
UOC di Ostetricia e Ginecologia DEA II	Francesco Battaglia	F.to
UOC di Ostetricia e Ginecologia Fondi	Antonio Soscia	F.to
UOC di Neonatologia, Ped.e TIN DEA II	Riccardo Lubrano	F.to
UOC di Neonatologia e Ped. DEA I e Fondi	Maria Giovanna Colella	F.to
UOS Trasporto Interaziendale	Rossella Carucci	F.to

Sommario

1. Oggetto e scopo
 - a. Oggetto
 - b. Scopo
2. Campo di Applicazione
3. Premessa
4. Introduzione
5. Obiettivi
6. Principi che regolano il trasporto
7. Procedura per il trasferimento del feto in utero
8. Indicazioni al trasferimento
9. Di sposizioni transitorie
10. Mezzi ed attrezzature
11. Check – List per il Trasporto
12. Requisiti strumentali necessari per il trasporto materno
13. Formazione
14. Indicatori per monitoraggio attività
15. Audit clinico
16. Addendum
17. Riferimenti normativi
18. Allegati

1. OGGETTO E SCOPO

OGGETTO: questo documento descrive il collegamento funzionale tra i punti nascita aziendali in relazione alle possibilità operative di ogni singolo presidio per l'assistenza alla gravidanza e al parto

SCOPO: la presente procedura è finalizzata a garantire un adeguato sistema di trasporto della madre e/o del neonato nei casi in cui situazioni di rischio o di vera e propria emergenza impongano il trasferimento da una Unità perinatale di I Livello (Spoke) ad Unità perinatale di II Livello (Hub)

2. CAMPO di APPLICAZIONE

La seguente procedura si applica in tutti i punti nascita della ASL Latina.

3. RESPONSABILITA'

Personale centro SPOKE	Responsabilità clinica della paziente trasportata
Personale centro HUB	Responsabilità clinica della paziente dal momento dell'arrivo c/o la struttura
UO Trasporto	Responsabilità del trasporto

3. Premessa

L'Accordo Stato Regioni del 16-12-2010 concernente «*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*» ha sancito l'impegno di una riorganizzazione regionale del percorso nascita secondo modelli organizzativi che permettono di effettuare un corretto inquadramento della gravidanza ed un accurato screening delle gravidanze a rischio.

In tal modo la gestante va indirizzata al punto nascita più idoneo a fornire un adeguato livello di cure, garantendo così più alti livelli di appropriatezza, qualità, sicurezza del percorso nascita, al fine di ridurre la mortalità materna, la mortalità perinatale e neonatale e gli esiti a distanza.

Una corretta e appropriata gestione della donna in gravidanza e del neonato presuppongono, inoltre,

l'organizzazione di un adeguato sistema di trasporto della madre e/o del neonato nei casi in cui situazioni di rischio o di vera e propria emergenza impongano il trasferimento di questi in strutture in grado di gestire tali condizioni.

Il trasporto materno, quando possibile, va assolutamente preferito a quello dei neonati. Esperienze nazionali e internazionali suggeriscono infatti che il trasporto della gestante è correlato ad esiti perinatali più favorevoli rispetto al trasporto del neonato, soprattutto nei casi di gravidanze a rischio sia per la madre che per il nascituro. Il trasporto materno, oltre che più sicuro, è più facile, meno costoso e con minor probabilità di complicanze durante il percorso di trasferimento.

Una corretta e appropriata gestione della donna in gravidanza e del neonato presuppongono, inoltre, l'organizzazione di un adeguato sistema di trasporto della madre e/o del neonato nei casi in cui situazioni di rischio o di vera e propria emergenza impongano il trasferimento di questi in strutture in grado di gestire tali condizioni.

4. Introduzione

La riorganizzazione della Rete Perinatale introdotta con il DCA 412 del 2014 ha ricondotto i tre livelli assistenziali previsti dal DCA 56 del 2010 a due livelli dove, il nuovo primo livello contiene i primi due livelli ed il II livello corrisponde al vecchio III livello.

Le Unità di I livello sono deputate all'assistenza di gravidanze e parti non complicati ed al neonato normale. Tali strutture assistono parti con Età Gestazionale ≥ 35 settimane compiute, confermate come tali al momento del ricovero.

Secondo il DCA U00247/2014, l'Unità Perinatale di I livello assiste gravidanze a basso e medio rischio e neonati sani o con patologia intermedia con posti letto di patologia neonatale;

l'Unità Perinatale di II livello, oltre ad assicurare le cure previste per il I livello, assiste gravidanze ad alto rischio e neonati con patologie complesse con posti letto di terapia intensiva neonatale.

La rete perinatale dell'ASL Latina è costituita dalle strutture territoriali: consultori e poliambulatori, e da 3 punti nascita: quello di Latina situato nel nord della provincia, quello di Fondi situato nel centro e quello di Formia situato al sud, funzionalmente collegati tra loro. Ad essi si associa il punto nascita della Casa di cura accreditata Città di Aprilia, a nord della provincia.

Il punto nascita di Latina ha un volume di 1500 parti/anno e opera nel contesto dell'Ospedale S.Maria Goretti, identificato come DEA di II livello dal DCA U00247/2014 Regione Lazio, per cui dotato di tutti i servizi per l'emergenza e urgenza. Dispone di 2 sale operatorie collocate nello stesso ambiente della sala parto, operative h24, con personale medico e delle professioni in servizio h24, e di risorse strumentali adeguate. Identificato come sede di TIN dal DCA 56/2010 e come tale confermato dal DCA U00247/2014 con una definizione di hub di II livello per la rete perinatale del Lazio, attualmente in fase di attivazione, per cui dispone di spazi e risorse per l'assistenza a neonati di età gestazionale ≥ 34 settimane

Il punto nascita di Fondi ha un volume di 750 parti/anno e opera nel contesto dell'Ospedale S. Giovanni di Dio parte integrante del P.O. Terracina-Fondi. E' identificato come unità perinatale di I livello dal DCA U00247/2014. Dispone di 1 sala operatoria disponibile h24, servizi di radiologia h24, laboratorio h 12, cardiologia disponibili h 6, chirurgia attiva nell'ospedale h 6 e h 24 in rete, emoteca (centro emotrasfusionale in rete), anestesista h24, personale di sala operatoria e secondo ginecologo in pronta disponibilità notturna e festiva. L'unità di neonatologia dispone di spazi e risorse strumentali per l'assistenza a neonati di età gestazionale ≥ 36 settimane.

Il punto nascita di Formia ha un volume > 500 parti anno e opera nel contesto dell'Ospedale Dono Svizzero identificato come DEA di I livello dal DCA U00247/2014. Dispone di 1 sala operatoria, disponibile con personale h24, servizi di radiologia, laboratorio e cardiologia disponibili h24, centro emotrasfusionale in rete, anestesista h 24 e secondo ginecologo in pronta disponibilità notturna e festiva. L'unità di neonatologia dispone di spazi e risorse strumentali per l'assistenza a neonati di età gestazionale ≥ 35 settimane.

5. Obiettivi

Gli obiettivi che si intendono raggiungere con l'emissione di questo documento sono i seguenti:

- regolare le modalità di attuazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno per il trasferimento della gestante con il feto in utero da un centro di livello inferiore ad uno di livello superiore, ogni qualvolta si presentino le condizioni di patologia materna e/o fetale elencate nell'allegato, all'interno della rete perinatale della ASL Latina
- descrivere le azioni da eseguire per il trasferimento del feto in utero tra gli ospedali dell'azienda
- definire le indicazioni al trasferimento tra i presidi aziendali
- ridurre gli eventi avversi materno fetali

6. Principi che regolano il trasporto

- **Si definisce di emergenza cioè in continuità di soccorso** il trasporto di cui usufruisce la gestante e il feto in condizioni critiche che necessita di trasferimento urgente per necessità diagnostiche e terapeutiche non disponibili nell'ospedale che lo ha accolto;
- **Si definisce non di emergenza cioè non in continuità di soccorso** il trasporto di cui usufruisce la gestante e il feto che, stabilizzata, necessita di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure. Questa procedura non prevede l'espletamento del parto durante il trasporto, che rappresenta la condizione di più elevato rischio materno e fetale, e che pertanto deve essere evitato.

- **Decisione del trasferimento:** il sanitario che decide il trasferimento della madre e feto in utero è il medico di servizio in una delle U.O. di Ostetricia dell'ASL Latina.

Egli deve conoscere capacità e limiti della struttura in cui opera, nonché riconoscere le patologie emergenti materne e fetali e le conseguenti esigenze di cura, al fine di comprendere se queste patologie possono essere affrontate in base alle proprie conoscenze e alle possibilità della struttura in cui opera al momento della decisione di trasferire.

- **Gestione del trasporto:** il medico di servizio in ostetricia gestisce personalmente la procedura di trasferimento sia di pronto soccorso che in regime di ricovero ospedaliero.

- **Documentazione:** il trasferimento della coppia madre-bambino deve essere accompagnata da una documentazione che riporti la storia personale ed ostetrica, le condizioni cliniche, gli esami ematochimici, il referto dell'ecografia ostetrica e della cardiotocografia e le attività terapeutiche e profilattiche messe in atto.

Il dialogo e il continuo scambio di informazioni tra i medici e gli operatori sanitari delle UO della rete è una condizione di base da migliorare continuamente mediante incontri programmati e attività di formazione.

- **Consenso informato:** la decisione di effettuare un trasferimento, comportando quest'ultimo benefici e rischi, è assimilabile a qualsiasi altra scelta terapeutica o diagnostica e, quindi, come tale, necessita di una adeguata informazione al paziente e l'acquisizione di un formale consenso

- **La paziente è trasferibile in assenza di elementi che facciano considerare imminente il parto o in assenza di patologie (emorragia in atto, sofferenza fetale acuta) che richiedano l'espletamento immediato del parto.**

In queste condizioni è preferibile richiedere l'intervento dello STEN, espletare il parto, assistere la madre, prestare le prime cure al neonato e poi affidarlo allo STEN.

7. Procedura per il trasferimento del feto in utero

- Il Ginecologo in servizio di accettazione del Presidio Ospedaliero Spoke pone la diagnosi di patologia ostetrica e l'indicazione al trasporto presso il presidio ospedaliero di livello superiore. Egli diviene responsabile del percorso di trasferimento.
- Il Ginecologo di servizio responsabile del percorso di trasferimento deve mettere in atto tutte le misure diagnostiche per definire le condizioni materne (visita ostetrica, esami ematochimici, misurazione della P.A. e F.C., ECG, controllo della diuresi) e fetali (ecografia, cardiotocografia), e

terapeutiche per stabilizzare le condizioni cliniche della gestante (tocolisi, controllo della pressione arteriosa, terapia antibiotica) ed usare gli schemi di profilassi (antibiotici e corticosteroidi) secondo le Raccomandazioni di assistenza in uso nella Rete Perinatale Aziendale .

- Il Ginecologo responsabile provvede a contattare l'ospedale di destinazione mediante contatto telefonico e successivamente fax/mail per informare la struttura ricevente sulle condizioni cliniche della gestante e di avere avviato il percorso di trasferimento.
- Il Ginecologo responsabile informa la paziente sulla necessità del trasferimento e ottiene il consenso scritto.
- Il Ginecologo responsabile provvede a richiedere tramite fax all'UO aziendale l'ambulanza per il trasporto
- Il Ginecologo decide le modalità di trasferimento e le figure professionali che dovranno accompagnare la paziente, e riporta le motivazioni di tale scelta nella documentazione sanitaria.
- UO Trasporti Interospedalieri aziendale fornisce il mezzo e il personale per il trasporto.
- Il ginecologo di accettazione dell'UO di destinazione è tenuto a verificare l'appropriatezza della richiesta e verificare la recettività della propria UO.
- Se il trasferimento è in urgenza l'UO di destinazione è tenuta ad accettare il trasferimento anche in condizioni di saturazione della recettività
- Se il trasferimento non è di urgenza, il ginecologo dell'UO ricevente può disporre d'accordo con il ginecologo dell'UO che invia, la programmazione del trasferimento.
- Il personale ostetrico assiste la gestante nel reparto di ostetricia fino al momento del trasferimento.
- Il Ginecologo di servizio nel presidio che attiva il trasferimento, immediatamente prima della partenza della gestante è tenuto a controllare nuovamente le condizioni ostetriche, al fine di verificare la persistenza delle condizioni permettenti il trasferimento.
- Il personale addetto al trasporto accoglie la gestante, riceve la documentazione e accompagna la gestante al mezzo di trasporto.
- Durante il trasporto, il personale presente sull'ambulanza presta assistenza alla gestante

In caso di trasferimento non in emergenza, quando le condizioni cliniche materne e fetali sono stabili al momento della partenza (assenza di travaglio in atto, assenza di perdite ematiche, pressione arteriosa controllata, tracciato cardiotocografico rassicurante), il ginecologo trasferente valuterà quali figure professionali dovranno assistere la donna durante il trasporto per rilevare la stabilità delle condizioni cliniche.

In caso di trasferimento in emergenza, quando le condizioni cliniche materne non sono completamente stabili al momento della partenza (persistenza di attività contrattile in travaglio, ipertensione non controllata, pre-eclampsia grave), la gestante deve essere accompagnata da un medico ginecologo eventualmente supportato da un anestesista, da un'ostetrica/o, da un neonatologo, con strumenti adatti a rilevare la stabilità delle condizioni cliniche (sonicaid, guanti per visita, sfigmomanometro) e farmaci adeguati (tocolitici, ipotensivi, solfato di magnesio, ecc).

La gestante durante il trasporto dovrebbe mantenere la posizione di decubito laterale sinistro e avere una vena incannulata

8. Indicazioni al trasferimento

Indicazioni specifiche

Tra livello perinatale I e II intraziendale (DCA 56/10)

- Minaccia di parto pretermine fra 32+0 – 34+6 settimane, con cervicometria < 30 mm.
- Gravidanza gemellare bicoriale biamniotica fra 32+0 e 34+6 settimane di gestazione
- Gravidanza gemellare monocoriale biamniotica
- Malattie materne, quali nefropatie, ipertensione gestazionale, preeclampsia, malattie metaboliche, cardiopatie, malattie respiratorie con età gestazionale da 32+0 settimane.
- Flebiti e malattie tromboemboliche per cui è necessaria un'assistenza e consulenza ematologica con età gestazionale da 32+0 settimane.
- Grave poliamnios e oligoamnios, documentati ecograficamente, conseguenti a patologie materne o a malformazioni anche sospettate con età gestazionale da 32+0 settimane.
- Presenza di crescita intrauterina ritardata (<10°), con età gestazionale accertata ecograficamente > 32+0 settimane.
- Placenta previa indipendentemente con età gestazionale > 32+0 settimane.
- Diabete di tipo I in terapia insulinica con età gestazionale > 32+0 settimane.
- Tossicodipendenza in gravidanza con età gestazionale > 32+0 settimane.
- Grave obesità della donna (BMI>35) con età gestazionale > 32+0 settimane.

Tra livello perinatale I - II e III interaziendale (DCA 56/10)

Indicazioni materne

- Minaccia di parto pretermine < 32+0 settimane, con cervicometria < 30 mm.
- Gravidanza gemellare bicoriale bi amniotica < 32+0
- Gravidanza gemellare monocoriale biamniotica < 32 settimane.
- Gravidanza gemellare monoamniotica e monocoriale
- Gravidanza plurigemina < 32+0 settimane
- Malattie materne, quali nefropatie, ipertensione gestazionale, preeclampsia, malattie metaboliche, cardiopatie, malattie respiratorie con età gestazionale < 32+0 settimane.
- Flebiti e malattie tromboemboliche per cui è necessaria un'assistenza e consulenza ematologica con età gestazionale < 32+0 settimane.
- Grave poliamnios e oligoamnios, documentati ecograficamente, conseguenti a patologie materne o a malformazioni anche sospettate con età gestazionale < 32+0 settimane .
- Presenza di crescita intrauterina ritardata (<10°), con età gestazionale accertata ecograficamente < 32+0 settimane.
- Placenta previa con età gestazionale < 32+0 settimane.
- Diabete di tipo I in terapia insulinica con età gestazionale < 32+0 settimane .
- Tossicodipendenza in gravidanza con età gestazionale < 32+0 settimane.
- Grave obesità della donna (BMI>35) con età gestazionale < 32+0 settimane.
- Isoimmunizzazione materno-fetale.
- Ogni patologia materna di interesse medico o chirurgico in gravidanza che richieda ricovero ospedaliero con età gestazionale < 32+0.
- EG superiori se il centro ritiene più vantaggiosa la nascita c/o l'HUB di riferimento ed il trasporto non ha controindicazioni
- Epoche gestazionali superiori a 31+6 se il centro non ha le competenze rianimatorie, ematologiche e/o chirurgiche per la patologia materna

Indicazioni fetali

- IUGR severo
- patologie malformative complesse con necessità di assistenza neonatale o chirurgica intensiva a qualunque epoca di gestazione.
- infezioni o altre condizioni fetali che necessitano alla nascita di assistenza presso centri con competenza specialistica

Controindicazioni al trasferimento

In generale esistono controindicazioni al trasporto quando il rischio di parto durante il trasporto è concreto.

Controindicazioni specifiche sono:

- condizioni materne non stabilizzate
- condizioni fetali di gravità tale da richiedere un parto immediato
- paziente non cosciente o in coma: Glasgow Coma Score < 8 (es.: fase post-critica di una crisi eclamptica)
- parto imminente (almeno 4 cm di dilatazione e almeno 2 contrazioni ogni 10 minuti)
- rottura delle membrane con feto in presentazione podalica o di spalla in condizioni di elevato rischio di parto
- ematomi placentari visibili e di recente formazione alla valutazione ultrasonografica
- condizioni metereologiche a rischio di allungamento del tempo di trasferimento della donna
- mancato consenso della paziente

9. Disposizioni transitorie

Sino all'adeguamento operativo dell'UO Neonatologia/TIN di Latina all'assistenza dei grandi prematuri con età gestazionale < 32 settimane e/o peso < 1449 g, l'adeguamento dell'ospedale di Fondi ai requisiti del DCA 247/14 e del CU 137/10, e l'adeguamento delle UO Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia Nido dell'ospedale di Formia ai requisiti del DCA 247/14 e del CU 137/10 la presente procedura è operativa con i seguenti livelli di assistenza perinatale:

- UO Ostetricia e Ginecologia e Nido Neonatologia degli ospedali di Fondi e di Formia:
Il livello perinatale secondo DCA 56/10
- UO Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia/TIN dell'ospedale di Latina:
Il livello perinatale secondo DCA 56/10
- TIN di riferimento:

Ospedale S'Eugenio che opera in regime di hub per gli ospedali della provincia di Latina sino all'attivazione della TIN di Latina a cui vanno riferiti i feto in utero con età gestazionale < 34+0 settimane come da DCA 247/14.

10. Mezzi ed attrezzature

La scelta del mezzo da utilizzare per il trasporto deve tener conto dei seguenti fattori: criticità della madre e del feto, urgenza di arrivare a destinazione, distanza da percorrere, caratteristiche orografiche, condizioni di traffico e meteorologiche, costi/benefici.

In linea generale il trasporto su ruota risulta nell'attuale organizzazione regionale quello più appropriato nella maggior parte delle situazioni.

L'eventuale utilizzo dell'elicottero per il trasporto deve tenere conto del profilo di vantaggio derivante dall'uso del mezzo anche sulla base delle caratteristiche tecniche dello stesso.

L'equipaggiamento deve comprendere tutte le necessarie attrezzature per il monitoraggio, la rianimazione e il supporto del neonato.

Ambulanza

E' il veicolo più frequentemente utilizzato nello STAM, e risponde alle caratteristiche definite nel Piano Emergenza Urgenza regionale per i mezzi di soccorso.

Elicottero

Il suo impiego dovrebbe essere limitato alle situazioni nelle quali il trasporto in elicottero risulti vantaggioso rispetto a quello su ruota e considerando le caratteristiche del mezzo che devono permettere l'accesso alla paziente per prestare le necessarie cure in caso di parto precipitoso.

Sacca- Zaino di Trasporto

Deve essere predisposto un set di assistenza al parto con ventosa Kiwi e farmaci utero tonici e tocolitici. Ogni OUC di Ostetricia e Ginecologia provvederà alla predisposizione della check list del materiale, all'allestimento, controllo e al ripristino dello stesso dopo ogni trasporto

11. CHECK-LIST PER IL TRASPORTO (a responsabilità 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 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 istruzioni relative all'assistenza nel trasporto
- fornire tutta la documentazione appropriata compresa la fotocopia della cartella clinica con gli esami, i tracciati cardiotocografici (CTG) e l'ecografia
- garantire la disponibilità di un accesso venoso
- fornire al personale che accompagnerà la paziente istruzioni relative all'assistenza nel trasporto

- fornire tutta la documentazione appropriata compresa la fotocopia della cartella clinica con gli esami, i tracciati cardiocografici (CTG) e l'ecografia

12. Requisiti strumentali necessari per il trasporto materno

- Schede di monitoraggio riportanti i codici colore secondo i recenti criteri
- MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Symptoms)
- Sfigmomanometro, fonendoscopio
- Saturimetro, fonte di Ossigeno
- Aspiratore
- Rilevatore di battito cardiaco fetale ad ultrasuoni
- Catetere di Foley
- Ambu con reservoir e raccordi per la fonte di Ossigeno
- Cannule di Guedel n° 3 e 4 (almeno tre per categoria)
- Fleboclisi di cristalloidi (Ringer Acetato o Elettrolitica Reidratante IIIa) (2000 ml = 4 flaconi),
- Fisiologica 1000 ml (2 flaconi), Glucosata 5%, 500 ml (1 flacone)
- Deflussori (uno per ogni fleboclisi)
- Lacci emostatici (2)
- Aghi-cannula: 3 da 18 G, 2 da 16 G, 2 da 14 G
- Cerotti di fissaggio per gli aghi cannula e cerotti da 1 e 2 cm (sei pezzi in totale)
- Guanti non sterili
- Guanti sterili
- Kit per assistenza al parto
- Kit per assistenza al neonato

13. Formazione

Il personale sanitario coinvolto nello STAM dovrà seguire a regime un corso rianimazione e stabilizzazione neonatale con i refresh previsti. Il personale infermieristico del trasporto dovrà eseguire a regime un corso di Parto in emergenza con i refresh previsti.

14. Indicatori per monitoraggio attività

In una prima fase di applicazione vengono individuati gli indicatori di seguito specificati, che potranno essere implementati in tempi successivi:

- n°. STAM attivati nell'anno / N. totale parti nell'anno.
- n°. STAM attivati con documentazione clinica completa / N. totale STAM attivati.

15. Audit clinico

Il protocollo di trasferimento STAM, in tutte le sue fasi e componenti, deve essere oggetto di audit clinico condotto con il coinvolgimento di tutti i professionisti che, a vario titolo, partecipano ai processi di trasferimento. L'Audit clinico, attraverso il confronto sistematico con standard conosciuti o best practice, permetterà di evidenziare eventuali scostamenti e attuare gli opportuni miglioramenti e consentirà il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte. Si prevede: - Audit annuale sul funzionamento del sistema di trasporto coinvolgendo i centri di I e II livello. - Audit immediato in caso di evento sentinella (complicanza inattesa, malfunzionamento significativo dell'equipaggiamento, morte).

16. Addendum

Questa procedura è integrata dalle raccomandazioni di assistenza condivise dalle UO componenti la Rete Perinatale Aziendale.

Per la piena operatività di questa procedura e per la migliore gestione clinica le risorse umane, logistiche e strumentali sono quelle indicate dal DCA 56/10 della Regione Lazio e dal documento Conferenza Unificata Stato Regioni CU 137/10.

17. Riferimenti normativi

- ✓ DCA 56/10
- ✓ CU 37/10
- ✓ DCA 247/14
- ✓ DM del 2 aprile 2015, n.70: “Regolamento recante definizione degli standard ospedalieri, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”. –

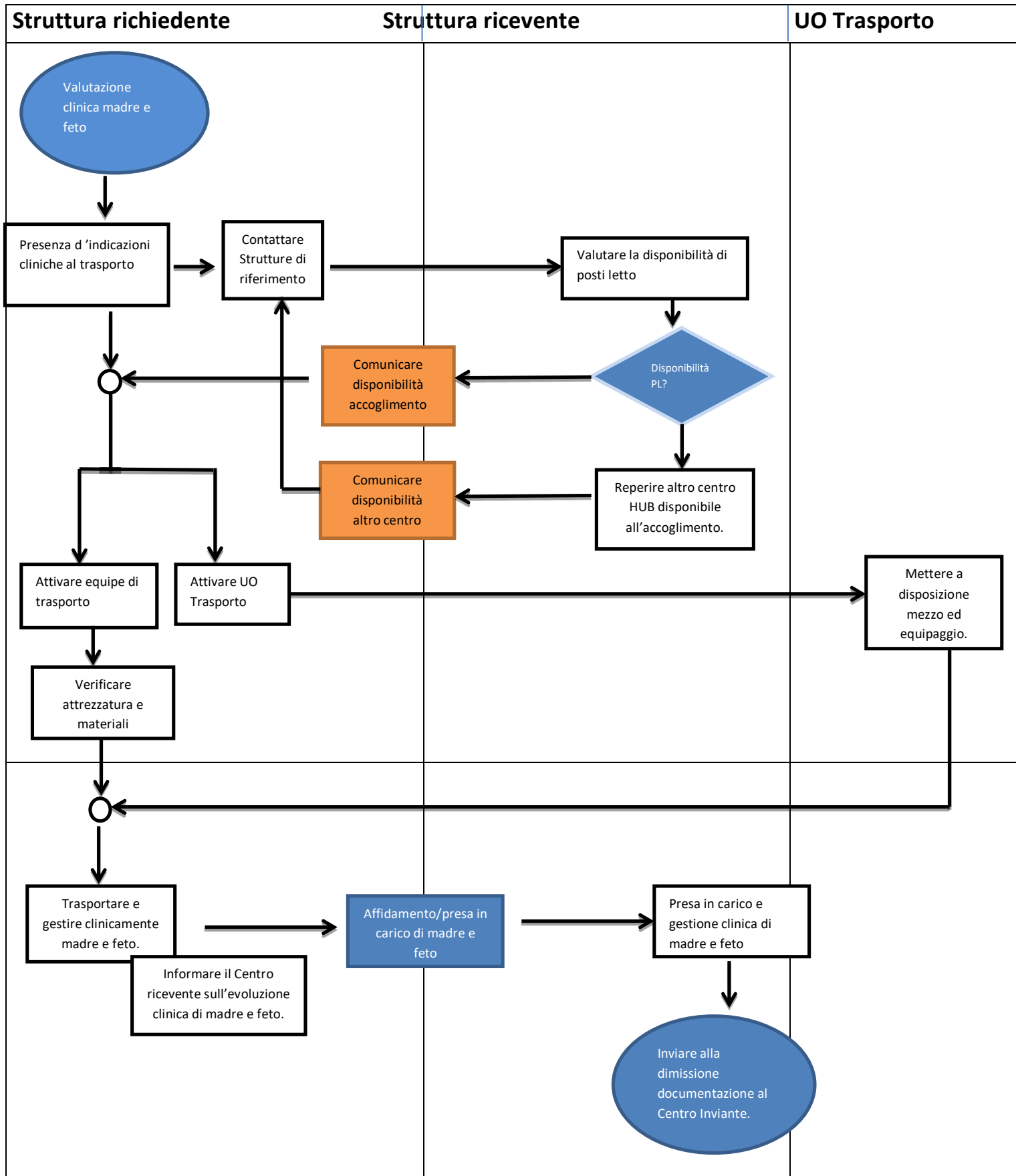
18. Allegati

- ✓ **MATRICE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ**
- ✓ **Flow Chart**
- ✓ **Allegato 1**
- ✓ **Allegato 2**

MATRICE DI RESPONSABILITA'

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	STRUMENTI	TEMPI
✓ Identificare la paziente ✓ Stabilizzare la paziente e valutare la presenza di indicazioni al trasporto ✓ Contattare centro HUB per disponibilità all'accoglimento ✓ Comunicare al centro HUB i dati clinici della paziente (motivo della richiesta, condizioni cliniche, esami eseguiti, trattamento in corso). ✓ Attivare la richiesta di trasporto alla UO Trasporto - Compilare l'apposita scheda di trasporto e predisporre la documentazione di accompagnamento ✓ Informare la paziente acquisire il consenso informato scritto su trasporto, manovre invasive e infusione di sangue o derivati ✓ Stabilire, in base al quadro clinico della paziente, i componenti dell'equipe di trasporto. ✓ Attivare l'equipe di trasporto	MEDICO DELLA STRUTTURA INVIANTE	Scheda (Allegato) Documentazione clinica	
✓ Rendere disponibile il personale ed il mezzo per il trasporto	UO Trasporto	.	Entro 30 minuti
✓ Verificare la presenza del materiale nello zaino di trasporto ✓ Annotare l'ora di partenza ✓ Durante il trasporto: ✓ Aggiornare la scheda di trasporto in tutte le sue parti. ✓ All'arrivo nella Struttura ricevente: ✓ Segnare l'ora di affidamento del paziente all'equipe della struttura ricevente	EQUIPE DI TRASPORTO	Scheda (Allegato)	
✓ Contattare altro centro HUB di riferimento in caso di mancata disponibilità di posti letto ✓ Segnare l'ora di ricevimento del paziente ✓ Identificare la paziente, verificare le condizioni cliniche della paziente e del feto all'arrivo. ✓ Inviare, alla dimissione o trasferimento della paziente, la relazione clinica al Centro di provenienza.	EQUIPE DELLA STRUTTURA RICEVENTE	Scheda (Allegato)	

Flow chart



Allegato 1 SERVIZIO DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO (STAM)

STRUTTURA INVIANTE	
STRUTTURA RICEVENTE	
Trasferimento effettuato previo accordo con il dott.	
Contatto Telefonico con Centro Hub:	Data __/__/____ ORA
Partenza	Data __/__/____ ORA
Medico inviante _____	
DATI ANAGRAFICI PAZIENTE	
Cognome	Nome
Data di nascita	Recapito tel.
Ricoverata dal (data) __/__/____	Ora
Motivo del ricovero	
U.M.	Età gestazionale
INDICAZIONI AL TRASFERIMENTO	
☐ CAUSA MATERNA	▪ Minaccia di parto pretermine ▪ Rottura prematura delle membrane ▪ Perdite ematiche ▪ Placenta previa o altra patologia placentare ▪ HEELP ▪ Colestasi gravidica ▪ Patologia internistica _____ ▪ Patologia chirurgica _____ ▪ Altro _____
☐ CAUSA FETALE	▪ IUGR ▪ CTG non rassicurante ▪ Malformazioni fetali/m genetiche ▪ altro _____

Allegato 2

PATOLOGIE CONCOMITANTI		
DIABETE	☐ No	☐ Si, gestazionale ☐ Si, pregestazionale ☐ Si, insulina ☐ No,insulina
IPERTENSIONE	☐ pregestazionale	☐ gestazionale
TROMBOFILIA	☐ specificare	Terapia specificare
PROTEINURIA	CARDIOPATIE	
TAMPONE VAGINALE per GBS	☐ Negativo	☐ Positivo
TAMPONE VAGINALE positivo per altro		
INFEZIONI IN GRAVIDANZA (es. TORCH...)	☐ NO	☐ Si, specificare
MALATTIE GENETICHE		
ALLERGIE		
ALTRO		
VISITA OSTETRICA		
Ora		
DATI CLINICI		
FC	PA	Temperatura
Cardiotocografia	Ecografia	Indagini di laboratorio
TERAPIA IN CORSO		
Farmaco	Via di somministrazione	Dosaggio
PROFILASSI RDS		
Farmaco	1°dose Data	Ora
	2°dose Data	Ora

FIRMA DEL MEDICO INVIANTE _____

MONITORAGGIO DURANTE IL TRASPORTO

ORA	PA	FC	TEMP	BCF	ALTRO

LOGISTICA				
MEZZO DI TRASPORTO	☒ Ambulanza	☒ Elicottero		
Equipaggio	Medico	Ostetrica	Infermiere	Autista
Ora partenza _____		Ora arrivo _____		

FIRMA OPERATORE CHE ASSISTE IL TRASPORTO _____