

DECRETO 30 aprile 2015.

Procedura operativa rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM).

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private, che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure concernenti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" e la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, recante "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie" per come applicata ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/09;

Visto il D.A. n. 1150 del 15 giugno 2009, recante "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale";

Visti i DD.AA. 25 maggio 2010, con i quali sono stati adottati i Piani di riordino della rete ospedaliera per ciascuna azienda sanitaria, in conformità alle disposizioni normative, soprarichiamate, che costituiranno anche la base dell'adozione del nuovo riassetto della rete ospedaliera e territoriale e degli atti aziendali e dotazioni organiche, con il conseguente progressivo allineamento agli standard nazionali, sia a livello regionale che tendenziale per bacino e singola provincia;

Vista l'intesa del 29 aprile 2010, rep. atti n. 13/CSR della Conferenza Stato-Regioni, con la quale sono state assegnate le risorse necessarie per la realizzazione degli obiettivi prioritari di piano sanitario nazionale;

Vista l'intesa dell'8 luglio 2010, rep. atti n. 76/CSR della Conferenza Stato-Regioni, con la quale vengono fissate le linee progettuali e contestualmente vincolate alcune risorse per specifici programmi ed in particolare quelli dedicati alla linea progettuale "Tutela della maternità ed appropriatezza del percorso nascita";

Visto il Piano sanitario regionale "Piano della salute 2011/13" approvato con D.P.R.S. del 18 luglio 2011;

Visto il D.A. n. 2536 del 2 dicembre 2011, recante "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" nel cui contesto vengono individuate le Unità di terapia intensiva neonatale (UTIN), i relativi servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM), e le sue successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'allegato 2 del predetto D.A. n. 28536/11, recante il protocollo operativo rete STEN e STAM;

Visto il D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015, recante la "Riquadificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera territoriale della Regione siciliana";

Visto il D.A. n. 299 del 26 febbraio 2015, recante "Riordino e razionalizzazione della rete dei servizi di tra-

sporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM)", che modifica il D.A. n. 2536/11 limitatamente alla parte che riguarda il numero dei centri STEN e STAM che vengono ridotti a cinque;

Considerato che tra gli obiettivi prioritari del citato Piano sanitario regionale 2011/2013 è previsto il potenziamento del Servizio di trasporto per le emergenze neonatali e del Servizio di trasporto materno assistito in linea con la programmazione di settore;

Ritenuto di poter implementare il predetto protocollo, per le suddette finalità, con una procedura operativa standardizzata per tutto il territorio regionale, rispettivamente per lo STEN e lo STAM, che rafforzi le integrazioni funzionali con le varie articolazioni della rete con relativa individuazione delle responsabilità;

Vista la procedura operativa unanimemente condivisa dai responsabili dei cinque centri STEN della Regione siciliana e dai responsabili delle pertinenti centrali operative SUES 118, secondo i rispettivi bacini di riferimento;

Vista la procedura operativa unanimemente condivisa dai responsabili dei cinque centri STAM della Regione siciliana e dai responsabili delle pertinenti centrali operative SUES 118, secondo i rispettivi bacini di riferimento;

Ritenuto, pertanto, di potere procedere all'approvazione delle procedure operative STEN e STAM;

Visti gli atti d'ufficio;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, è approvata la procedura operativa del Servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) - come da allegato 1, parte integrante del presente decreto - unanimemente condivisa dai responsabili dei seguenti cinque centri STEN della Regione siciliana e dai rispettivi responsabili delle centrali operative Sues 118:

Sicilia occidentale

- Centro STEN - Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello di Palermo - P.O. Cervello
- Centrale operativa Sues 118 Palermo

Sicilia centrale

- Centro STEN - Azienda sanitaria provinciale di Enna - P.O. Umberto I
- Centrale operativa Sues 118 Caltanissetta

Sicilia orientale

- Centro STEN - AUOP di Catania - P.O. Santo Bambino
- Centrale operativa Sues 118 di Catania
- Centro STEN - AUOP di Messina - P.O. G. Martino di Messina
- Centro STEN - ASP di Messina - P.O. Barone Romeo di Patti
- Centrale operativa Sues 118 di Messina.

Art. 2

Per le motivazioni espresse in premessa, è approvata la procedura operativa del Servizio di trasporto assistito materno (STAM) - come da allegato 2, parte integrante del presente decreto - unanimemente condivisa dai responsabili dei seguenti cinque centri STAM della Regione siciliana e dai rispettivi responsabili delle centrali operative Sues 118:

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

Il presente decreto viene trasmesso al responsabile del procedimento per la pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale ed alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 30 aprile 2015.

BORSELLINO

Allegato 1

PROCEDURA OPERATIVA
RETE DEI SERVIZI DI TRASPORTO
IN EMERGENZA NEONATALE STEN
SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZE
DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA

1. Scopo

Lo STEN nasce per le emergenze neonatali non prevedibili.

Lo STEN non sostituisce il trasporto in utero, che rimane sempre la strategia ottimale in caso di gravidanza a rischio.

Lo scopo della presente procedura è quello di definire l'organizzazione del Servizio di trasporto di emergenza del neonato in relazione alle responsabilità degli operatori sanitari coinvolti, alle attrezzature e presidi utilizzati e alle modalità di uso degli stessi.

La procedura ha lo scopo di definire anche l'organizzazione del Servizio di trasporto di emergenza del neonato in relazione alla sua integrazione funzionale con il servizio S.U.E.S. 118.

La suddivisione della Regione in cinque bacini di utenza cui si fa riferimento è quella prevista dal D.A. n. 299/2015 del 26 febbraio 2015.

2. Campo di applicazione

La procedura è adottata all'interno delle U.O.C. di neonatologia e terapia intensiva neonatale, delle A.O. sedi dei cinque punti STEN e dal SUES 118 dei bacini di riferimento STEN ogni volta che si evidenzia la necessità di effettuare un trasporto.

I servizi resi dalle reti STEN garantiranno le seguenti esigenze sanitarie:

Sicilia occidentale:

- l'Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello di Palermo - P.O. Cervello di Palermo - garantirà le provincie di Palermo e Trapani.

Sicilia centrale:

- l'Azienda sanitaria provinciale di Enna - Presidio ospedaliero Umberto I di Enna - garantirà le provincie Agrigento, Caltanissetta ed Enna.

Sicilia Orientale:

- l'AUOP di Catania - Presidio ospedaliero Santo Bambino - garantirà le provincie di Catania, Ragusa e Siracusa;
- l'ASP - Presidio ospedaliero Barone Romeo di Patti e l'AUOP di Messina - Presidio ospedaliero G. Martino di Messina - garantiranno la provincia di Messina.

Nell'allegato di bacino saranno specificati i centri nascita afferenti a ciascun centro STEN.

3. Terminologia e abbreviazioni

STEN: servizio di trasporto di emergenza neonatale;

UTIN: unità di terapia intensiva neonatale;

C.O. 118: centrale operativa 118;

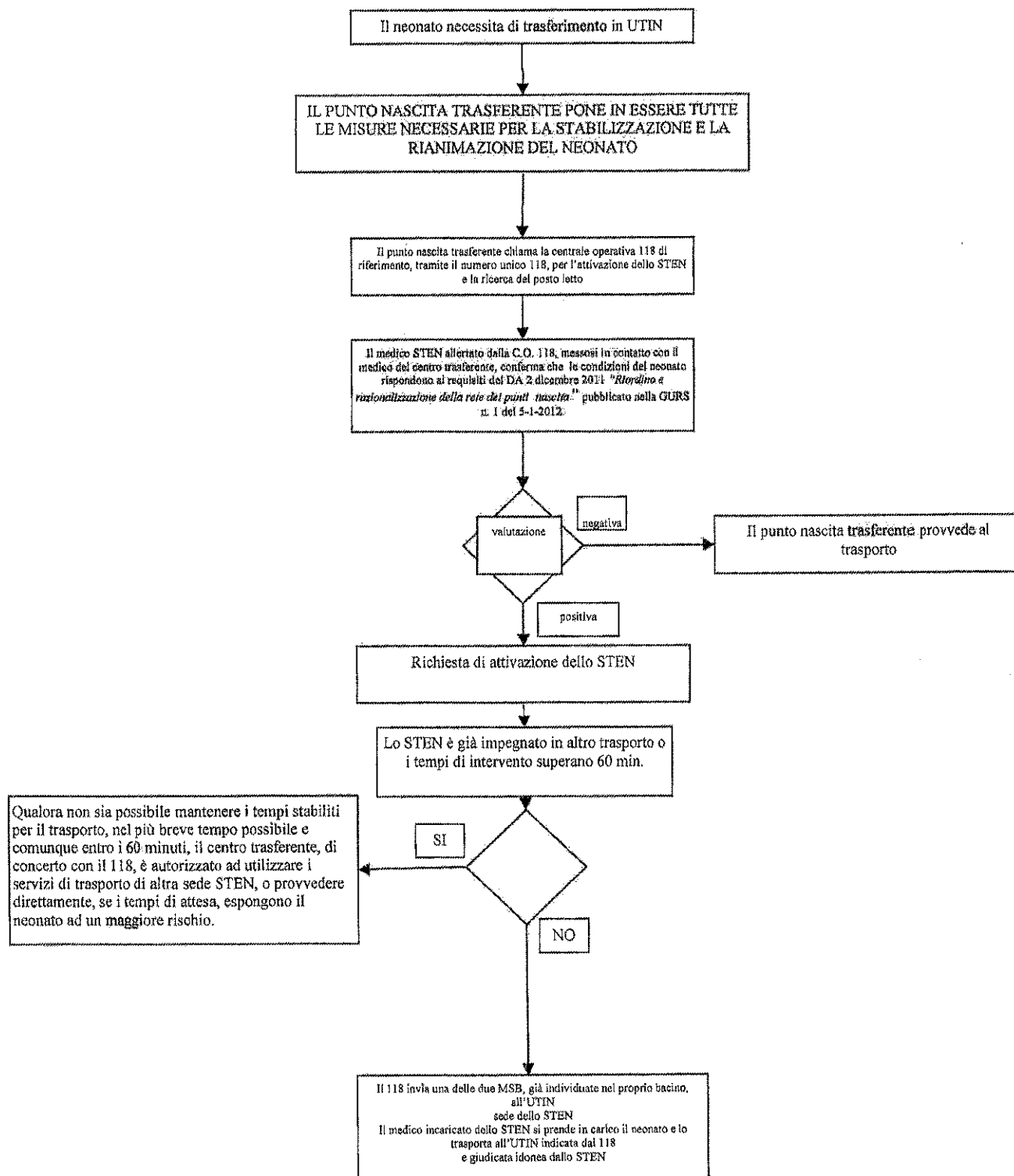
MSB: il mezzo del 118 di soccorso di base opportunamente modificato per accogliere la termoculla;

SUES 118: Servizio emergenza urgenza 118;

SEUS SCPA società partecipata Sicilia emergenza urgenza sanitaria Scpa.

COPIA TRATTA DA PEPIN
NON VALLE

4 DIAGRAMMA DI FLUSSO

COPIA
NON

5 RESPONSABILITÀ

Attività	DIRETTORE UTIN Sede STEN	MEDICO DEL PUNTO NASCITA TRASFERENTE	SEUS SCPA	SUES 118	STEN
Tenuta in efficienza delle 2 MSB individuate			R		
Tenuta sotto controllo termoculla, dotazioni elettromedicali dedicate, farmaci borsa rianimazione					R
Esecuzione della pianificazione del personale dello STEN	R				
Valutazione del neonato		R			
Decisione del trasferimento		R			
Richiesta di attivazione dello STEN		R			
Decisione di attivazione dello STEN					R
Attivazione di una delle due MSB individuate per il trasferimento delle termoculle				R	
Ricerca posto letto				R	
Invio ambulanza alla UTIN sede STEN entro 30 minuti				R	
Trasporto del neonato					R

N.B: La responsabilità per le attività di ciascuno sono descritte nel dettaglio all'interno della procedura.

a) Responsabilità del dirigente medico del centro trasferente

Dirigente medico del centro trasferente:

- rianimazione;
- stabilizzazione;
- assistenza;
- verifica della esistenza dei criteri di attivazione del Servizio;
- valutazione della reale possibilità di arrivo dello STEN al centro trasferente nei tempi previsti;
- esecuzione del punteggio MINT;
- esecuzione sarnat se indicato;
- esecuzione EGA;
- compilazione dettagliata della modulistica di sua competenza;
- acquisizione del consenso informato al trasferimento.

b) Responsabilità reti STEN

Dirigente II livello della UTIN cui afferisce lo STEN:

Ha la responsabilità oggettiva e di verifica dell'applicazione della procedura e di provvedere alla predisposizione di un team (medico ed infermiere) da rendere disponibile nel caso in cui lo STEN sia impegnato in altro servizio.

Dirigente medico di I livello dello STEN ha:

I. Responsabilità di verifica consistenti:

- nel controllo periodico della borsa di rianimazione effettuato dall'infermiere (check list: allegato n. 1);
- nel controllo del funzionamento del modulo di trasporto con le relative attrezzature e verifica della pressione delle bombole;
- nella segnalazione tempestiva al caposala e al dirigente di II livello di mal funzionamenti delle apparecchiature.

II. Responsabilità successive alla richiesta telefonica di attivazione del 118 consistenti nel:

- prendere contatto con il medico del centro trasferente, per il tramite della centrale operativa (in regime di reperibilità del medico dello STEN tale compito viene svolto dal medico di guardia, che contatterà e trasmetterà le informazioni al medico dello STEN), per:

- a) conoscere le condizioni cliniche del neonato;
- b) valutare l'adeguatezza della richiesta di attivazione;
- c) suggerire eventuali procedure di stabilizzazione per rendere sicuro il trasporto;
- d) richiedere, se necessario, la presenza del medico del centro trasferente durante il trasporto;
- e) richiedere alla C.O. 118 l'invio dell'ambulanza presso il punto prestabilito sede dello STEN;
- f) segnalare, se necessario l'uso dei segnalatori di emergenza.

III. Responsabilità all'arrivo presso il centro trasferente:

- raccogliere informazioni anamnestiche, cliniche, di laboratorio, strumentali eseguite dal centro trasferente, (allegato n. 2) in due copie (una per lo STEN e una per il centro ricevente) e modulo di consenso al trasporto (allegato n. 3) da allegare alla cartella dello STEN (allegato n. 4);

- prestare assistenza al neonato dal momento in cui arriva all'ospedale trasferente in collaborazione con il medico del centro trasferente in conformità alle:

1) "Raccomandazioni sulla stabilizzazione del neonato critico in attesa dell'arrivo dello STEN", a cura di M. Agosti, P. Gancia, P. Tagliabue. Linee guida della Società italiana di neonatologia).

2) "Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica candidato al trattamento ipotermico" II edizione, a cura di G. Ancora, G. Pomero, F. Ferrari del Gruppo di studio di neurologia neonatale della Società italiana di neonatologia:

- compilare la cartella STEN (allegato n. 4) curando la descrizione delle condizioni cliniche del neonato al momento dell'arrivo presso il centro trasferente, le manovre e qualsiasi approccio diagnostico terapeutico eseguito dopo l'arrivo presso il centro trasferente e durante il trasporto.

IV. Responsabilità all'arrivo presso il centro ricevente:

- trasferire le informazioni relative al neonato al momento dell'arrivo nel reparto di destinazione al medico responsabile del neonato, consegnando una copia della cartella STEN (allegato n. 4) e una copia della relazione del centro trasferente (allegato n. 2);
- trascrivere nella cartella STEN i dati del medico del centro ricevente al quale consegnare il neonato.

• Infermiere dello STEN:

Responsabilità:

- compilazione periodica e dopo ogni trasporto check list della borsa di rianimazione (allegato n. 1);
- controllo del modulo di trasporto con le relative attrezzature
- della assistenza al neonato dal momento dell'arrivo presso il centro trasferente;
- trasmissione al personale del centro ricevente delle informazioni di pertinenza infermieristica;
- ripristino dei presidi utilizzati nella borsa di rianimazione e della sistemazione del modulo al termine del trasporto;
- segnalazione tempestiva al caposala e al dirigente di II livello dei guasti delle apparecchiature dedicate al trasporto;
- controllo durante il turno di mattina di ogni primo del mese della scadenza dei farmaci e presidi della borsa di rianimazione, con firma sull'apposita scheda. (allegato n. 5).

Nota bene: le fiale di adrenalina vanno sostituite ogni primo del mese.

• Coordinatore infermieristico della U.O.C. di STEN:

Responsabilità:

- redigere i turni di servizio del personale infermieristico;
- provvedere all'approvvigionamento del materiale di consumo;
- vigilare sulla manutenzione periodica delle attrezzature;
- richiedere l'intervento della assistenza in caso di guasti segnalati;
- verifica sul controllo mensile della scadenza dei farmaci e presidi della borsa di rianimazione e della corretta compilazione della check list della borsa di rianimazione.

c) Responsabilità SUES 118

Sono definite dai protocolli operativi del Servizio 118 (D.A. 30 aprile 2010, pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 24 del 21 maggio 2010, in corso di revisione).

• Direttore di C.O. 118:

- identifica le ambulanze del Servizio 118 adeguate dal SEUS per lo STEN;

• Medico in servizio in centrale operativa 118:

- dà disposizione per l'immediata disponibilità di una delle due MSB individuate per il trasporto delle termoculle, anche in caso fortuito di contestuale servizio di entrambe le MSB;
- garantisce il rispetto della corretta applicazione della procedura;
- valida la disponibilità posti letto UTIN.

• Operatore di C.O. 118:

- la C.O. 118 viene attivata dal medico del centro trasferente tramite chiamata al 118.

È responsabilità dell'operatore della C.O. del 118:

- contattare lo STEN utilizzando il numero di telefono dedicato alle comunicazioni 118-STEN;
- mettere in contatto il centro trasferente con lo STEN per acquisire le informazioni cliniche ed anamnestiche sul neonato da trasferire che consentano di valutare l'adeguatezza della richiesta di attivazione.

N.B.: Per tale comunicazione si utilizzeranno i numeri telefonici indicati dai cinque punti STEN (allegato n. 12), ovvero non appena attivata e resa funzionale, tale comunicazione avverrà tramite la rete digitale:

- fornire la disponibilità dei posti letto UTIN;
- identificare l'ambulanza che sarà utilizzata operando una verifica della disponibilità di una delle due MSB (preferendo prioritariamente quella più vicina allo STEN) adeguate allo STEN inviare, una volta ottenuta dal medico dello STEN la necessità di attivazione del trasporto, l'ambulanza, già identificata, presso il punto prestabilito per ogni Azienda sanitaria o Presidio ospedaliero sede di STEN (allegato n. 10) garantendo l'arrivo entro e non oltre 30 minuti.

• Responsabilità SEUS scpa:

Tenuta in efficienza delle due MSB individuate per ciascun punto STEN:

- autista soccorritore (in numero di 2 unità per turno) dell'MSB del 118.

Responsabilità:

Sono definite dai protocolli operativi del Servizio 118 in particolare provvedere:

- alla corretta conduzione del mezzo;
- alla conduzione del modulo di trasporto a terra;
- al carico del modulo di trasporto sull'MSB con applicazione dei sistemi di fissaggio al pianale;
- scarico del modulo di trasporto dall'MSB.

d) Responsabilità dei direttori sanitari delle aziende sanitarie o dei presidi ospedalieri sedi di punti STEN

Redigere una procedura che preveda l'uso di una ambulanza di un ambulanziero e di un barelliere aziendale nel caso in cui si verifica la necessità del trasporto di un neonato degente presso la propria A.S. o P.O. e la contemporanea inattivabilità del servizio STEN.

e) Responsabilità delle direzioni sanitarie delle aziende sanitarie o presidi ospedalieri sedi di punti STEN

Informare tutti i centri trasferenti del contenuto di questa procedura relativamente a ciò che è di loro competenza.

6. Descrizione delle attività

6.1. Lo STEN è "attivabile su richiesta":

- se attivato durante i turni diurni feriali, medico e infermiere dell'U.O. individuati per lo STEN dovranno "sganciarsi" dall'attività assistenziale istituzionale ordinaria in reparto per ottemperare alla chiamata;
- se attivato durante i turni notturni e festivi, medico e infermiere operano in regime di pronta disponibilità.

6.2. Tipologia dei trasporti

Trasporti primari (dal punto nascita alla UTIN).

Trasporti interferziari (tra due Centri specialistici).

c) Trasporti di rientro (back transport).

N.B.: Qualsiasi tipo di trasporto deve comunque sempre ottemperare ai criteri clinici di attivazione di seguito esposti.

6.3. Criteri clinici per l'attivazione del trasporto assistito

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con:

- 1) distress respiratorio, anche lieve;
- 2) peso < 1.500 g;
- 3) peso 1.500-2.000 g se previsione di patologie anche lievi;
- 4) età gestazionale ≤ 34 settimane;
- 5) asfissia con necessità di rianimazione avanzata;
- 6) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti;
- 7) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 8) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 9) intubati o con linee infusionali centrali;
- 10) alterazione dei parametri vitali.

N.B.:

- f) il servizio non dovrà essere attivato al di fuori delle 10 indicazioni sopra riportate;
 - g) in relazione al primo punto (distress respiratorio, anche lieve) si precisa che l'attivazione dello STEN verrà effettuata quando le condizioni cliniche del neonato sono tali da farlo rientrare nei criteri di "ricovero in UTIN";
 - h) nel caso di trasporti interterziari di neonati pretermine il limite dei 30 giorni è da riferirsi alla età corretta;
- i punti nascita devono mantenere una autonoma capacità di trasferimento dei neonati in termini di ambulanza, attrezzature e di personale.
 - tale autonomia al trasferimento in termini di ambulanza, attrezzature e personale si intende essere a carico anche della stessa Azienda sanitaria o Presidio ospedaliero sede del punto STEN qualora si dovesse manifestare la necessità al trasporto di un neonato degente presso lo UTIN Aziendale ed essere per qualsiasi motivo inattivabile il Servizio STEN.

6.4. Modalità di attivazione del servizio

- Il servizio dovrà essere attivato a nascita già avvenuta dopo la rianimazione, l'iniziale stabilizzazione e la valutazione del medico del centro trasferente. Pertanto la responsabilità della rianimazione-stabilizzazione sarà primitivamente del medico del centro trasferente.
- In caso eccezionale di non trasportabilità della donna dovranno essere attivati accordi specifici con il punto nascita al fine di consentire una precoce attivazione del servizio consistenti nell'allertare l'ambulanza ed il medico reperibile in modo da potere partire al momento della successiva chiamata a nascita avvenuta ed a neonato stabilizzato.

6.5. Compiti del centro trasferente

L'ospedale che trasferisce deve garantire:

- l'assistenza del neonato fino all'arrivo del team dello STEN;
- il consenso informato al trasporto (allegato n. 3) da consegnare allo STEN (si consiglia una copia anche per il centro trasferente);
- la compilazione di una cartella di trasferimento (allegato n. 2) in doppia copia per lo STEN e per il centro ricevente (si consiglia una terza copia anche per il centro trasferente);
- provette etichettate con sangue materno e funicolare.

6.6. Modalità di attivazione

- Il servizio viene attivato dal centro trasferente tramite chiamata al 118 del proprio bacino di utenza;
 - il 118 contatta lo STEN di riferimento utilizzando il numero di telefono dedicato alle comunicazioni 118-STEN (allegato n. 12) nelle more che venga reso operativo in ogni bacino il numero PUNTO-PUNTO del 118;
 - il 118 mette in contatto il medico del centro trasferente con il medico dello STEN di riferimento o con il medico di guardia della UTIN, sede dello STEN, se la richiesta di attivazione avviene in un momento di regime di reperibilità, per acquisire le informazioni cliniche e anamnestiche sul neonato da trasferire che consentono di valutare l'adeguatezza dello richiesta di attivazione.
- Per tale comunicazione si utilizzeranno i numeri telefonici indicati dai cinque punti STEN;
- il 118 fornisce la disponibilità dei posti letto UTIN nel proprio bacino di utenza dopo mappatura aggiornato della disponibilità dei posti letto e comunica al medico dello STEN la possibile disponibilità di destinazione;
 - il 118, ottenuta dal medico della U.O. sede di STEN la "approvazione" alla richiesta di attivazione del trasporto, assicurerà la presenza di una delle due MSB presso il punto STEN di riferimento nel più breve tempo possibile e comunque, adottando le decisioni del caso, entro 30 minuti;
 - tale tempo massimo di attivazione (30 minuti) corrisponde a quello necessario per l'attivazione del personale medico ed infermieristico in regime di pronta disponibilità.

Nota bene: raccomandazioni da fornire all'autista:

- nella fase di "invio": procedere ad una andatura che riduca le sollecitazioni in caso di strada dissestata (evitare danni al modulo di trasporto);
- nella fase di "rientro": con neonato a bordo procedere ad una andatura che riduca le sollecitazioni (brusche accelerazioni, brusche frenate, curve).

6.7. Integrazione assistenziale con il 118

In alcuni casi, qualora l'attesa non sia compatibile con le condizioni cliniche del neonato, la responsabilità del trasporto sarà del centro nascita e in seconda istanza del 118 che invierà comunque un mezzo di soccorso del circuito:

- STEN impegnato in altro trasporto;
- urgenza inderogabile;
- concomitanza di chiamata;
- nati da parto gemellare con necessità di trasporto assistito.

Relativamente a questo punto, qualora il medico del centro trasferente decida di utilizzare l'ambulanza del 118, il personale medico ed infermieristico ed i presidi rimangono a carico del centro trasferente.

6.8. Non obbligatorietà dell'attivazione

Qualora non sia possibile mantenere i tempi stabiliti per il trasporto nel più breve tempo possibile e comunque entro i 60 minuti, il centro trasferente è autorizzato ad utilizzare i servizi di trasporto di altra sede STEN, o provvedere direttamente, soprattutto se i tempi di attesa espongono il neonato ad un maggior rischio.

Per trasporti da altro bacino di utenza in considerazione dei tempi di attivazione e di raggiungimento del centro trasferente si potrà prevedere una organizzazione con trasbordo "protetto" del neonato, da ambulanza del centro trasferente a quella STEN, presso un P.O. posto tra le due sedi, al fine di ridurre i tempi tra richiesta intervento STEN ed arrivo del neonato al centro ricevente.

6.9. Criteri per la scelta del posto UTIN disponibile

- Vicinanza geografica.
- Viabilità agevole.
- Criticità delle condizioni cliniche.
- Adeguatezza della UTIN alla patologia del neonato.

- Utilità di una più rapida riattivazione dello STEN.
- Eccezionalmente in casi di estrema criticità insorta durante il trasporto, con impossibilità ad un adeguato trattamento terapeutico in ambulanza, è possibile, a giudizio del medico, raggiungere la UTIN più vicina, che non aveva dato la disponibilità al ricovero del neonato, previa comunicazione telefonica alla stessa UTIN.

6.10. Assenza posti UTIN

Quanto qui definito è riferito esclusivamente ai neonati ricoverati nei centri di I livello, che non possono garantire un'assistenza intensiva del neonato patologico. In assenza di riferimenti nel decreto assessoriale del 2 dicembre 2011, si fa riferimento al decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010:

- "il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto è illecito e configura il reato di omissione di soccorso (art. 593 c.p.), e di omissione di atti di ufficio (art. 328 c.p.); è inoltre ipotizzabile il reato di interruzione di servizio di pubblica utilità (art. 340 c.p.)";
- "i posti letto possono essere aumentati al bisogno, sulla base di disposizioni dell'accettante o della direzione sanitaria";
- "la mancanza di posti letto ... con previsione di tempi non compatibili in relazione alle condizioni del paziente, impongono l'effettuazione di un trasferimento secondario protetto verso la struttura adeguata più vicina (previo accordi interospedalieri)".

In relazione a quanto premesso si dettano le norme che il medico dello STEN deve seguire in caso di richiesta di trasporto proveniente da un centro di I livello e di assenza posti letto nelle UTIN nel proprio bacino di utenza:

- 1) ottemperare alla richiesta di trasporto;
- 2) delegare il medico di guardia della UTIN di appartenenza o il medico del centro trasferente a ricontattare i medici delle singole UTIN del bacino di utenza per una ulteriore verifica dell'effettiva impossibilità al ricovero;
- 3) nel caso di effettiva assenza posti: trasportare il neonato presso la UTIN della propria Azienda sanitaria o Presidio ospedaliero e in una fase successiva valutare, se necessario:
 - a) trasportare il neonato con STEN presso UTIN del proprio bacino con posto resosi disponibile dopo il secondo giro di "verifica";
 - b) trasportare il neonato con STEN presso UTIN di altro bacino di utenza;
 - c) trasferire il neonato con elicottero presso UTIN di altro bacino di utenza (vedi trasporto in elicottero).

Le opzioni b) e c) in relazione alle condizioni del neonato e in accordo con il medico del centro trasferente possono essere le scelte da prendere in prima istanza.

6.11. Trasporti interterziari

• Il servizio provvede al trasferimento di neonati patologici tra terapie intensive neonatali e da queste verso altri reparti ad alta specializzazione (cardiochirurgia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia etc.) nell'assoluta osservanza dei criteri clinici per l'attivazione del trasporto.

• In caso di trasporto per consulenze o esami diagnostico-strumentali, qualora sia prevedibile per l'espletamento della consulenza la necessità di un intervento invasivo ad opera di un neonatologo, o che in seguito a detta consulenza possa profilarsi il trasferimento presso altra struttura ad alta specializzazione (cardiochirurgia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia etc.), è necessaria la presenza del neonatologo del centro trasferente.

Infatti tale tipologia di interventi o decisioni esulano dalle responsabilità del medico dello STEN.

6.12. Trasporto con elisoccorso

Si cita quanto dettato dal decreto dell'Assessorato della salute del 2 dicembre 2011 (STEN):

- "il trasporto via terra sarà sempre da preferire a quello con elicottero, ma quest'ultimo potrà essere utilizzato in situazioni limitate e concordate tra centro trasferente, 118 e STEN".

In assenza di altre indicazioni si cita al proposito quanto dettato dal decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010:

Preparazione dei pazienti al trasporto con elisoccorso:

- età neonatale (paziente stabilizzato nei parametri ed accompagnato sotto bordo dal medico che ne richiede il trasferimento) interrogazione crociata col reparto di destinazione;
- paziente cardiologico (stabilizzato nei parametri e centralizzato con catetere venoso ed accompagnato dal medico che ne richiede il trasferimento per la consegna all'equipe di elisoccorso);
- ogni paziente dovrà essere accompagnato dal medico di reparto, con tutta la documentazione clinica da consegnare al reparto di destinazione.

Secondo quanto citato dal decreto di cui sopra) il medico del centro trasferente, al fine di garantire continuità assistenziale, accompagnerà sempre il neonato: con l'ambulanza ed il medico dello STEN fino alla elisuperficie, con l'elicottero ed il medico del 118 fino al P.O. di destinazione.

6.13. Trasporto programmato

È un trasporto non urgente (per es. visite specialistiche, trasferimenti in altri ospedali).

In tali casi è necessario informare la Centrale operativa 118 per tempo, concordando modalità e tempi dell'intervento.

"Scheda per trasferimento secondario con ambulanza 118" (reperibile su: "Linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia") (allegato n. 7).

6.14. Concomitanza di chiamata

Per la definizione della priorità adottare per ogni neonato il punteggio MINT: "Prediction Model for Retrieved Neonates The Mortality Index for Neonatal Transportation Score (Pediatrics 2004; 114:e424-e428)".

COPIA TRATTA DA VALERIA

Assegnazione del MINT score					
peso alla nascita g	< 750	751-1000	1001-1500	> 1500	
	6	2	1	0	
età h	< 1		> 1		
	4		0		
apgar 1'	0	1	2-3	> 3	
	8	6	2	0	
intubato	SI		NO		
	6		0		
pH neonato	< 6,90		6,91-7,10	> 7,10	
	10		4	0	
paO ₂ mmHg/sat O ₂ %	< 23 / < 50		> 23 / > 50		
	2		0		
anomalie congenite	SI		NO		
	6		0		
Totale MINT					

6.15. Trasporto genitori in ambulanza

È consentito ammettere un genitore a bordo dell'ambulanza (trattandosi di un minore).

Tuttavia spetta al medico STEN valutare tale possibilità, soprattutto in relazione alla locazione angusta del vano dell'ambulanza per svolgere eventuali pratiche assistenziali sul neonato, inoltre vige per gli interventi assistenziali in emergenza la condizione di urgenza e indifferibilità.

6.16. Decesso del neonato

In caso di decesso presso il centro trasferente il neonato viene lasciato in loco.

In caso di decesso a bordo dell'ambulanza il neonato va trasportato nel centro di destinazione.

7. Ambulanza del servizio emergenza urgenza 118 e sue dotazioni

1) Ambulanza del servizio 118 individuate ed adibite ed attrezzature in dotazione.

È dotata di un pianale per l'ancoraggio del modulo di trasporto. L'ambulanza è provvista di prese di corrente alternata, di sistemi di erogazione dei gas (aria e ossigeno).

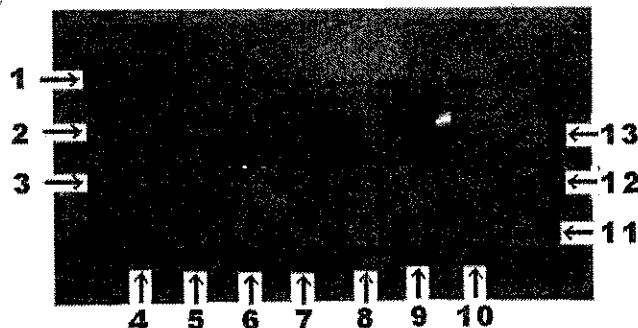
L'ambulanza è dotata di:

- un pannello di controllo a tastiera per l'attivazione di alcune funzioni (corrente elettrica alternata);
- un compressore per l'erogazione dell'aria;
- ventilazione interna del vano sanitario;
- luci interne);
- di 2 bombole di ossigeno;
- di prese di corrente alternata;
- di aspiratore;
- di un ecografo portatile;
- di un frigorifero;
- di un radiotelefono per le comunicazioni con la C.O. 118.

A) Pannello di controllo a tastiera

(tasto colorato in giallo = funzione inattiva, in rosso = funzione attiva)

- 1) Cicalino per la chiamata dell'autista
- 2) Luce diurna
- 3) Luce notturna
- 4) Faretto esterni posteriori
- 5) Faretto interni orientabili
- 6) Prese di corrente a 12 volt
- 7) Prese di corrente a 230 volt
- 8) Aspiratore fisso
- 9) Citofono per parlare con l'autista
- 10) Ventilazione dall'esterno verso l'interno
- 11) Regolazione velocità della ventilazione
- 12) Ventilazione dall'interno verso l'esterno



B) Tre prese di corrente a 230 volt con attacco shuko

Procedura di collegamento del modulo di trasporto alle prese di corrente alternata dell'ambulanza:

- le prese di corrente sono poste sulla parete sinistra (entrando dal portellone posteriore) dell'ambulanza;
- per attivarle azionare il tasto n. 7 del pannello di controllo (la funzione è attiva se il tasto è di colore rosso);
- alcune prese sono collegate alle attrezzature in dotazione all'ambulanza: scollegarle per renderle disponibili ai presidi del modulo di trasporto, ritenuti necessari (pompa infusoriale, culla, ventilatore, aspiratore).

C) GAS e ossigeno

Procedura di collegamento del ventilatore CV2 ai gas dell'ambulanza.

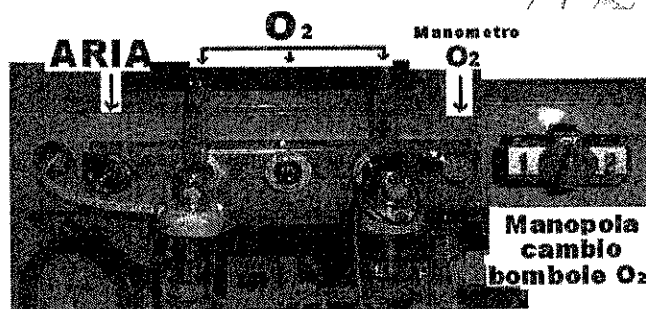
Procedura opzionale, da preferire per viaggi di lunga durata.

Nota bene: durante la procedura di collegamento e scollegamento del ventilatore dai gas dell'ambulanza, scollegare il neonato dal ventilatore e ventilare con pallone Ambu.

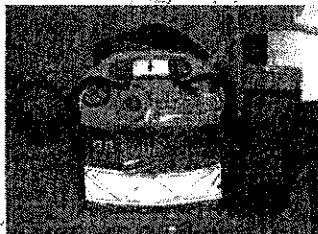
L'ambulanza è dotata di prese per i jack dell'ossigeno del ventilatore.

Ossigeno: 3 prese, di cui una libera per il modulo di trasporto e 2 collegate a erogatori con flussometro;

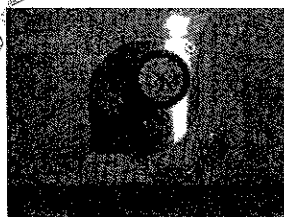
- comunicare all'autista di aprire le due bombole di ossigeno;
- porre la "manopola cambio bombole O₂" rossa in posizione 1 oppure 2;
- il "manometro O₂" indica la pressione della bombola scelta;
- collegare il jack dell'ossigeno del ventilatore alla presa bianca libera dell'ossigeno;
- cambiare la posizione della "manopola cambio bombole O₂" rossa, quando il "manometro O₂" indica una ridotta pressione della bombola ossigeno in uso.



D) Aspiratore portatile a pressione regolabile



E) Aspiratore fisso a pressione regolabile
(manopola e manometro posizionati sulla parete dell'ambulanza)



F) Radio-telefono per le comunicazioni con la C.O. 118

G) Ecografo portatile

H) Frigorifero

Uso dei segnalatori di emergenza

Norme di comportamento sull'uso dei segnalatori di emergenza:

- nella fase di "invio" (dalla postazione dell'ambulanza alla postazione dello STEN e da questa al centro richiedente il trasporto)
- nella fase di "rientro" (dal centro richiedente al centro di ricovero).

In base al decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana del 21 maggio 2010 "Linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia":

- "i segnalatori acustici e visivi di emergenza (sirena e lampeggiatori)" vanno attivati e mantenuti sempre contemporaneamente.

8. Attrezzature elettromedicali del modulo di trasporto neonatale

1. Modulo di trasporto neonatale:

- culla V808 Atom Transcapsule;
- ventilatore polmonare controllato a microprocessori e funzionante con sistema pneumatico a turbina, con circuito paziente bitubo, e ingresso per ossigeno sia ad alta che bassa pressione;

- pulsossimetro;
- aspiratore;
- pompa a siringa;
- misuratore pressione arteriosa incruenta con possibilità di misurare temperatura centrale e saturimetria a culla spenta in caso di necessità di ipotermia passiva;
- emogasanalisi portatile;
- defibrillatore.

2. Borse di rianimazione

1) Modulo di trasporto. È dotato di un carrello "non accorciabile" che ne permette lo spostamento.

N.B.: le attrezzature del modulo di trasporto devono essere sempre presenti sul carrello in quanto dedicate.

- La termoculla V808 Atom Transcapsule è dotata di un pannello frontale ribaltabile e di oblò, che rendono agevole l'accesso al neonato. È dotata di illuminazione sul pannello superiore. Sul piano di appoggio per il neonato sono presenti le cinghie di contenimento.

La termoculla è dotata di sistema di riscaldamento con allarmi, ossimetro con allarmi, pulso-ossimetro con allarmi, rilevazione della temperatura cutanea con allarmi.

Per garantire una omogenea distribuzione del calore è importante non stipare l'interno dell'incubatrice con telini.

La termoculla deve essere sempre collegata alla presa di corrente per essere preriscaldata e disponibile in condizioni di emergenza.

La batteria, completamente carica (tempo di carica 8 ore) e perfettamente efficiente, assicura il funzionamento con una autonomia di 90 m'. La termoculla può essere collegata alla presa di corrente della ambulanza. La termoculla può essere collegata a prese di corrente alterata (preferibile) o continua.

Alimentazione dei gas: il modulo è dotato di due bombole d'ossigeno da 7 litri. La pressione delle bombole è indicata dal manometro.

• Ventilatore polmonare controllato a microprocessori e funzionante con sistema pneumatico a turbina, con circuito paziente bitubo, e ingresso per ossigeno sia ad alta che bassa pressione. Guida rapida di consultazione (allegato n. 8) e modalità d'uso (allegato n. 9)

- Pulsossimetro: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 15)
- Aspiratore: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 16)
- Pompa a siringa: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 17)
- Misuratore pressione arteriosa incruenta: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 18)
- Emogasanalisi portatile: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 19)
- Defibrillatore manuale e semiautomatico: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 20)

2) Borse di rianimazione

Contengono il materiale e i farmaci necessari per eseguire le procedure di stabilizzazione e trattamento durante il trasporto.

9. Procedura prima di partire

Eeguire i 3 punti sottoelencati:

a. Check list modulo di trasporto

Culla

• Temperatura 35°C ovunque adeguata alla tipologia del trasporto (> temperatura se estremo pretermine, culla spenta se asfittico e si presume che necessità di ipotermia)

- Sensore SpO2
- Rimuovere il cavo di alimentazione dalla presa a muro.
- Batterie: luce verde
- Tasto TEST

Aspiratore

- Correttamente montato
- Pressione 100 mmHg
- Verifica funzionamento a batteria

Bombole

- Pressione almeno 100 atm (150-200 atm per i trasporti più lunghi per i quali è prevedibile l'uso del ventilatore)
- In caso contrario sostituire le bombole
- Riduttori ben orientati
- Jack O2 ben inseriti
- Flussometro dell'O2 chiuso
- Posizione sicura di tubi e raccordi
- Fissate con la vite

Ventilatore

- Circuito paziente
- Verifica funzionamento a batteria

b. Prendere la borsa di rianimazione situata nella stanza STEN

c. Prendere farmaci conservati in frigorifero nell'apposito contenitore (se ritenuto necessario).

Procedura a fine trasporto

- Spegner l'incubatrice
- Rimuovere la biancheria sporca
- Rimuovere il set tubi ventilatore, se usato
- Pulizia della culla
- Pulizia dell'aspiratore, se usato
- Ricollegare il set tubi ventilatore
- Ricollegare i tubi aspiratore
- Bombole: almeno 100 atm
- Bombole: chiuse e fissate con la vite
- Flussometro O2: chiuso
- Ricollegare alla rete le spine della culla, ventilatore, aspiratore, pompa infusione
- Riporre il contenitore dei farmaci in frigorifero, ripristinare i farmaci usati
- Riporre la borsa nell'area adibita al trasporto
- Reintegrare la borsa del materiale usato

Sostituzione bombole O2

- Pressione bombole nuove: almeno 100 atm
- Fissate bene: con la vite

- Manometri: ben orientati
- Jack tubi O2: ben inseriti
- Flussometro O2: chiuso
- Chiudere la bombola!

Nota bene: se viene utilizzato un farmaco stupefacente il medico e l'infermiere devono firmare il registro degli stupefacenti di scarico del reparto, anche se il neonato non viene ricoverato presso la nostra Unità operativa.

Inoltre il medico e l'infermiere devono dichiarare, firmando sullo stesso registro, il reintegro di un nuovo farmaco stupefacente nella borsa di rianimazione.

10. Riferimenti

10.1. Decreti assessoriali

- Decreto dell'Assessorato della salute del 2 dicembre 2011 "riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 5 gennaio 2012.
- Decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010.
- Decreto dell'Assessorato della salute del 26 febbraio 2015 "Riordino e razionalizzazione della rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) ed assistito materno (STAM)".

10.2. Riferimenti delle attrezzature

- Manuale d'uso culla da trasporto ATOM V808
- Manuale d'uso respiratore
- Manuale d'uso pulsossimetro
- Manuale d'uso aspiratore
- Manuale d'uso pompa a siringa
- Manuale d'uso misuratore pressione arteriosa incruenta
- Manuale d'uso emogasanalisi portatile
- Manuale d'uso defibrillatore manuale e semiautomatico

Nota: in caso di sostituzione o aggiunta di nuove attrezzature si farà riferimento ai rispettivi manuali d'uso, di ciò verrà data adeguata comunicazione al personale coinvolto.

10.3. Riferimenti assistenziali

- "Raccomandazioni sulla Stabilizzazione del neonato critico in attesa dell'arrivo dello STEN", a cura di M. Agosti, P. Gancia, P. Tagliabue. Linee guida della Società italiana di neonatologia. <http://www.neonatalogia.it>
- "Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica candidato al trattamento ipotermico" II edizione, a cura di G. Ancora, G. Pomero, F. Ferrari del Gruppo di studio di neurologia neonatale della Società italiana di neonatologia.

11. Archiviazione dati

I dati relativi ai trasporti vengono riportati su foglio excel ai fini statistici e per la valutazione degli indici di efficienza, efficacia e appropriatezza dello STEN, secondo i codici riportati nella legenda (allegato di bacino n. 13).

Questo documento è presente nella U.O.C. sede del Punto STEN e presso le sedi delle C.O. del 118.

Questo documento va rivisto annualmente e revisionato quando è ritenuto necessario dagli operatori secondo la procedura utilizzata per le revisioni.

La presente procedura sarà rivista non appena i cinque punti STEN saranno dotati di proprie ambulanze dedicate.

Tutti i centri trasferenti devono essere messi a conoscenza dalle direzioni sanitarie delle aziende sanitarie o presidi ospedalieri sedi dei punti STEN di tutte quelle parti del documento che riguardano la loro diretta competenza.

12. Allegati

12.1. Allegati procedura comune

Allegato n. 1: Check list borsa di rianimazione e modulo di trasporto.

Allegato n. 2: Modulo centro trasferente.

Allegato n. 3: Modulo consenso informato.

Allegato n. 4: Cartella STEN.

Allegato n. 5: Scheda controllo scadenza presidi.

Allegato n. 6: Atto di notorietà del genitore.

Allegato n. 7: Scheda per trasferimento secondario con ambulanza 118 (reperibile su: "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia").

Allegato n. 8: Modalità d'uso del ventilatore (da integrare dopo l'acquisto).

Allegato n. 9: Indicatori di efficienza, di qualità.

Allegato n. 10: Foglio excel per archivio dati.

Allegato n. 11: Scheda notizie telefoniche al DM di guardia dal DM del centro trasferente.

Allegato n. 12: Numeri di telefono di riferimento dei centri STEN.

Allegati n. 13: Allegati di bacino che saranno compilati da ogni singolo bacino.

COPIA
NON
VALIDA

ALLEGATO 1: CHECK LIST BORSA DI RIANIMAZIONE E MODULO DA TRASPORTO

DATA..... FIRMA ore 8.....

BORSA		Metro	1
Pallone Ambu e reservoir	2	Pacco guanti monouso	1
Maschera facciale mis. 00	1	Glucosimetro	1
mis.01	1	Strisce reattive	1 conf
Nasocannule CPAP piccole	2	Lancette pungidito	5
medie	2	Circuito Ventilatore	2
grandi	2	Braccialetti press.art grandi	2
		Braccialetti press.art medi	2
Mascherine monouso	3	Braccialetti press.art piccoli	2
Manico laringoscopio	1	FARMACI	
Lama retta 0	2	Acqua distillata f. 10 ml	2
Lama retta 1	1	Fisiologica f. 10 ml	2
Lampadine di riserva	2	Glucosata 33% f.10 ml	2
Batterie di riserva	2	Bicarbonato f. 10 ml	2
Mandrino per intubazione	2	Calcio gluconato f. 10 ml	2
Lampadina tascabile	1	K flebo 2mEq/ml f. 10 ml	2
Tubi endotracheali 2	2	Soluzione 7 f 10 ml	2
Tubi 2,5	2	Krenosin (adenosina).	3flac
Tubi 3	2	Lidocaina	1 conf
Tubi 3,5	2	Dopamina.	1 conf
Tubi 4	2	Dobutamina (miozac)	2 flac
Sondini per aspirazione Ch 5	2	Adrenalina 1:1000	1 conf
Ch 8	2	Diazepam	1 conf
Ch 10	2	Lanoxin.	1 conf
Sondini oro-gastrici Ch 5	2	Lasix	1 conf
Ch 8	2	Midazolam	1 conf
Forbici	1	Fentanest	1
Acqua distillata 10 ml	2	Fenobarbital	1
Guanti sterili 6,5 e 7,5 e 8	1+1+1	Eparina	1 conf
Sensore SpO ₂	4	Narcan	1 conf
SOFTA MAN 100 ML	1		
Cannula oro faringea piccola	1	Fisiologica 100 ml	2
media	1	Glucosata 5% 100 ml	2
grande	1		
Trocar toracici	2	BORSA FRIGO	
Sistema aspirazione toracico	2	Curosurf f	1 conf
Valvola di Heimlich	2	Prostin f.	1 conf
Kit sterile per cateterismo	1	Insulina	1 conf
Garze sterili	6	Idrocortisone	1 conf
Telo sterile	2	Caffeina	1 conf
Cateteri ombelicali 3,5 Fr	3	Tranex	1 conf
Cateteri ombelicali 5 Fr	3	Atropina	1 conf
Bisturi	4		
Filo sutura	4	L	
Steri Strip	4	VERIFICA MODULO ED ATTREZZATURE	
Guanti sterili 6,5- 7,5- 8	3	Bombola O2	
Camicci sterili	1	Bombola Aria	
Butterfly 25 lungo	4	Ventilatore	
Deflussori	3	Aspiratore	
Stecca ferma braccio	1	Saturimetro	
Rubineti a tre vie	4	Pompa Infusionale	
Siringhe 1 e 2,5 e 5 ml	3	Sensore temperatura corporea	
Siringhe 10 e 20 e 50 ml	2	Misuratore press. Arter.	
		Temperatura centrale Saturimetria	
Cerotto di tela	1	Emogasanalisi portatile	
Cerotto di carta	1	Defibrillatore	

COPIA
 N. 10

**ALLEGATO 2 MODULO COMPILATO DAL MEDICO DEL PUNTO NASCITA
DA CONSEGNARE AL MEDICO DELLO S.T.E.N. (doppia copia)**

Centro trasferente		città					
Dati anagrafici del neonato		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	giorno	mesi	anno	ora
Dati anagrafici della madre		Indirizzo					
Dati anagrafici del padre		recapiti telefonici					
ANAMNESI OSTETRICA							
Gruppo sanguigno		test di Coombs		numero precedenti gravidanze		esito	
Travaglio							
I giorno ultima mestruazione _____ età gestazionale _____ inizio spontaneo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> durata: <12 ore <input type="checkbox"/> 12-24 ore <input type="checkbox"/> >24 ore <input type="checkbox"/> febbre: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> durata: <12 ore <input type="checkbox"/> 12-24 ore <input type="checkbox"/> >24 ore <input type="checkbox"/>							
monitoraggio BCF:	nella norma <input type="checkbox"/>	Tachicardia <input type="checkbox"/>	Bradicardia <input type="checkbox"/>	Decelerazioni:	Variabili <input type="checkbox"/>	Precoci <input type="checkbox"/>	
						Scarsa variabilità <input type="checkbox"/>	Tardive <input type="checkbox"/>
Rottura della membrana spontanea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	< 12 ore <input type="checkbox"/> 12-18 ore <input type="checkbox"/> >18 ore <input type="checkbox"/>	Liquido amniotico	Limpido <input type="checkbox"/>	Tinto di meconio <input type="checkbox"/>	Fetido <input type="checkbox"/>	
				Tinto di sangue <input type="checkbox"/>	Oligoidramnios <input type="checkbox"/>	Polidramnios <input type="checkbox"/>	
				TV x GBS	data		
					esito	Pos <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>
				prolassi inraparti	Completa <input type="checkbox"/>		
Incompleta <input type="checkbox"/>							
			Sierologia materna	(in particolare, HBs Ag ultimo trimestre)			
PROLASSI MM:	betametasone I dose		II dose				
Parto							
					Monoamniotici <input type="checkbox"/>	Biamniotici <input type="checkbox"/>	
Tipo di parto	Spontaneo <input type="checkbox"/>		Forcipe <input type="checkbox"/>	Vacuum <input type="checkbox"/>	TC di elezione <input type="checkbox"/>	TC di emergenza <input type="checkbox"/>	
	Indicazioni al TC:						
	Singolo <input type="checkbox"/>	Multiplo <input type="checkbox"/>	Gemello n. _____	su tot feti _____	Monocoriali <input type="checkbox"/>	Bicoriali <input type="checkbox"/>	
Situazione	Longitudinale <input type="checkbox"/>	Traversa <input type="checkbox"/>	Obliqua <input type="checkbox"/>	Presentazione:	Vertice <input type="checkbox"/>	Bregma <input type="checkbox"/>	Fronte <input type="checkbox"/>
					Faccia <input type="checkbox"/>	Podice <input type="checkbox"/>	Spalla <input type="checkbox"/>
Farmaci in travaglio	Ocitocici	<input type="checkbox"/>					
	Tocolitici	<input type="checkbox"/>					
	Spasmolitici	<input type="checkbox"/>					
	Analgesici	<input type="checkbox"/>					
	Antibiotici	<input type="checkbox"/>					
	Altri	<input type="checkbox"/>					

COPIA
NON

	pH arterioso		ABE		lattati						
Anestesia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Generale <input type="checkbox"/> Epidurale <input type="checkbox"/>	Funicolo:	n° vasi: _____	Prolasso <input type="checkbox"/> Giri <input type="checkbox"/>						
Placenta	peso g: _____ aspetto: normale <input type="checkbox"/> infartuata <input type="checkbox"/> altro: _____										
Note											
Neonato											
inizio respiro regolare (min):..... rianimazione primaria NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>											
		FiO2	Durata minuti	Note							
somministrazione di O2	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>										
ventilazione a PPI con maschera	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>										
ventilazione a PPI con tubo ET	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>										
aspirazione endotracheale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	liquido aspirato: limpido <input type="checkbox"/> tinto <input type="checkbox"/>									
massaggio cardiaco	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>										
farmaci ed infusioni	Dosaggio	Via di somministrazione									
INDICE DI APGAR	0	1	2	1'	5'						
frequenza cardiaca	assente	<100	>100								
movimenti respiratori	assenti	incostanti	pianto valido								
muscolare	flaccido	flessione	movimenti attivi								
naso-faringeo	assente	smorfia	tosse								
colorito	cianosi diffusa	Cianosi periferica	roseo								
TOTALE											
peso g:	centile:	emissione di meconio NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		emissione di urine NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>							
profilassi oculare NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	tipo:	vitamina K SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	mg:	IM <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/>						
temperatura rettale misurata entro la 1° ora di vita			screening metabolici NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> data								
Assegnazione MINT score											
Peso Nascita (g)	> 750	751-1000	1001-1500	> 1500	pH	< 6,90	6,91	7,10	> 7,10	< 6,90	6,91
	5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		10 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>			
Età (ore)	< 1 ora		> 1 ora		PaO2 mmHg o SatO2 %	< 23 o < 50%		> 23 o > 50%			
	4 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>			2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>				
Apgar a 1'	0	1	2-3	> 3	Anomalie maggiori congenite	SI		NO			
	8 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>				
Intubato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			TOTALE						
DECORSO SUCCESSIVO											
problemi/esami di laboratorio e strumentali/terapie (se necessario allegare fotocopia della cartella clinica e/o altra documentazione)											

COPIA NON

Indicazioni allo STEN

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con	Distress respiratorio, anche lieve	<input type="checkbox"/>	Cardiopatie congenite cianogene o doto-dipendenti	<input type="checkbox"/>
	Peso < 1.500 g	<input type="checkbox"/>	Patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali	<input type="checkbox"/>
	Peso 1.500-2000 g se previsione di patologie anche lievi	<input type="checkbox"/>	Malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali	<input type="checkbox"/>
	Età gestazionale <= 34 sett.	<input type="checkbox"/>	Intubati o con linee infusionali centrali	<input type="checkbox"/>
	Asfissia con necessità di rianimazione avanzata	<input type="checkbox"/>	Alterazione dei parametri vitali	<input type="checkbox"/>

Cognome e nome del medico _____

Firma del medico _____

Allegato 3

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRASFERIMENTO
(IN DOPPIA COPIA: UNA PER LO STEN, UNA PER IL CENTRO TRASFERENTE)

Il sottoscritto nato a il
 La sottoscritta nato a il
 genitori di nato a il
 ricoverato dal presso
 dichiariamo di essere stati compiutamente informati dal dott.
 che si rende necessario procedere al trasferimento del figlio presso il Presidio ospedaliero
 di U.O. di
 per

A questo proposito sono stati rappresentati i potenziali rischi connessi alla fase di trasferimento, inclusi quelli derivanti dal ricorso al mezzo di trasporto che verrà utilizzato ed i rischi che potrebbero derivare a nostro figlio se non lo si sottoponesse al trasferimento. Tali rischi oltre ad essere legati ad eventuali incidenti automobilistici, sono correlati alle difficoltà logistiche dovute ad eventuali procedure terapeutiche indifferibili ed urgenti che si rendessero necessarie durante il trasferimento, che andranno eseguite in spazi ristretti all'interno della autoambulanza.

Abbiamo quindi compreso l'effettiva ragione di tale provvedimento avendo ottenuto un quadro completo e del tutto esauriente della situazione ed avendo ricevuto esaustive e comprensibili risposte alle domande.

Consapevoli anche dei rischi e delle difficoltà derivanti dall'eventuale rifiuto al trasferimento ed ai rischi correlati al restare in un Presidio Ospedaliero non fornito, o non avente disponibili in atto attrezzature e tecnologie necessarie per garantire gli accertamenti diagnostici e/o la cura ottimale di nostro figlio.

Quindi liberamente, spontaneamente e in piena coscienza:

ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTIAMO

al trasferimento

Luogo e data:

Il padre

La madre

Il medico

Nel caso in cui si verificano le condizioni definite dall'art. 316 e/o 317 codice civile il consenso viene sottoscritto da un solo genitore

Il genitore

N.B. Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e copia documento di identità

COPIA TRATTATA
NON VALIDA

ALLEGATO N 4 CARTELLA STEN

FOGLIO DI TRASPORTO

C. Trasferente		istituto:				reparto:				medico:					
C. Ricevente		istituto:				reparto:				medico:					
chiamata dal centro trasferente:	giorno	mezza	anno	ora	min.	disponibilità posto letto	giorno	mezza	anno	ora	min.				
Targa mezzo:						Identificativo incubatrice:									
medico:				infermiere:				autista:				barelliere:			
partenza per il centro trasferente:	giorno	mezza	anno	ora	min.	arrivo al centro trasferente	giorno	mezza	anno	ora	min.				
sanitario presente al centro trasferente:				pediatra	<input type="checkbox"/>	condizioni del neonato: discrete <input type="checkbox"/> mediocri <input type="checkbox"/> gravi <input type="checkbox"/> critiche <input type="checkbox"/> deceduto <input type="checkbox"/>									
				altro	<input type="checkbox"/>										
problemi rilevati	all'arrivo al centro trasferente														
	dopo stabilizzazione														
	all'arrivo al centro ricevente														
orientamento diagnostico dello STEN:															

procedure effettuate dallo STEN	FiO ₂	ventilazione manuale	nCPAP	Intubazione O.T./N.T.	ventilazione meccanica	bronco-aspirazione	cateterismo v.o.	acc. vasc. v. periferica	Infusione S.G. <input type="checkbox"/> S.F. <input type="checkbox"/>	drenaggio PNX
al Centro trasferente										
durante il trasporto										

terapie effettuate dallo STEN	surfattanti	NaHCO ₃	bolo sol. glucosata	PGI ₁	fenobarbitale	adrenalina
orario di somministrazione dosaggio						

parametri rilevati	temperatura esterna	temperatura incubatrice	temperatura rettale	glicemia	P.A.	pH	PD _a	PCC ₂	EB	HCO ₃
all'arrivo al CT										
dopo stabilizzazione										
all'arrivo al CR										

parametri rilevati	FC	FR spontanea	SpO ₂	IVTe	PIV	CPAP/PEEP	flusso	Frequenza respiratore	Indagini strumentali
all'arrivo al CT									
dopo stabilizzazione									
all'arrivo al CR									

COPIA
NON

partenza per il centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.

condizioni del neonato: migliorate Invariate peggiorate deceduto

Assegnazione TRIPS score

Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente	Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente
Temperatura (°C)				PAs mmHg			
< 36.1 o > 37.6	8			PAs < 20	26		
36.1 - 36.5 oppure 37.2 - 37.6	1			PAs 20 - 40	16		
36.6 - 37.1	0			PAs > 40	0		
Stato respiratorio				Risposta agli stimoli dolorosi			
Severo (apnea, gasping, intubato)	14			Nessuna, convulsioni, curarizzazione	17		
Moderato (Fr > 60 e/o SatO2 < 85%)	5			Risposta letargica, pianto assente	6		
Normale (Fr < 60 e/o SatO2 > 85%)	0			Risposta vigorosa, pianto	0		
TOTALE TRIPS							

NOTE ED EPICRISI

Data _____

Cognome e nome del medico _____ Firma del medico _____

Cognome e nome dell'infermiere _____ Firma dell'infermiere _____

Cognome e nome del medico centro ricevente _____ Firma del medico ricevente _____

COPIA TRI
NON VA

Allegato n. 5

CONTROLLO SCADENZA FARMACI

STEN
CONTROLLO SCADENZE

ANNO

1. La scadenza dei farmaci e dei presidi va effettuata ogni primo del mese dall'infermiere del turno di mattina.
2. Ripristinare dopo il trasporto i farmaci e i presidi utilizzati.

Data	Firma infermiere
1 gennaio	
1 febbraio	
1 marzo	
1 aprile	
1 maggio	
1 giugno	
1 luglio	
1 agosto	
1 settembre	
1 ottobre	
1 novembre	
1 dicembre	

Nota bene: le fiale di adrenalina vanno sostituite ogni 1° del mese.

Allegato n. 6

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
Art. 47 D.P.R. 18 dicembre 2000, n. 445

Io sottoscritto/a nato/a a il
residente a via n. consapevole
delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- 1) di essere genitore del minore nato/a a il
- 2) di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme della Costituzione, del codice civile e codice penale).
- 3) che il mio stato civile è il seguente:

<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> celibe/nubile
<input type="checkbox"/> divorziato/a, in situazione di:	<input type="checkbox"/> affidamento congiunto	<input type="checkbox"/> genitore affidatario	<input type="checkbox"/> genitore non affidatario
- 4) che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del C.C., l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

<input type="checkbox"/> lontananza
<input type="checkbox"/> impedimento
- 5) che, ai fini dell'applicazione della legge del 8 febbraio 2006, n. 54 - Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

<input type="checkbox"/> che il sottoscritto esercita la potestà separatamente
--
- 6) altro:

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data: Firma per esteso leggibile

(art. 38 T. U. sulla documentazione amministrativa - D.P.R. n. 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

(Timbro e firma del dipendente addetto)

Presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

11) **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** (art. 13 d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'AS titolare del trattamento.

INFORMAZIONE AI GENITORI per l'espressione del consenso alle prestazioni sanitarie per i figli minori di età secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, C.C.) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà. Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di un solo genitore in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 C.C.). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

CODICE CIVILE Art. 155 (provvedimenti riguardo ai figli): Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun genitore. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quali di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il

modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori.

Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al reddito; *omissis*

Art. 316 (esercizio della potestà dei genitori): Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione (2, 390). La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei.


Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per i figli, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322). Il giudice, sentiti i genitori e il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio. Art. 317 (impedimento di uno dei genitori): Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

Allegato n. 7

SCHEDA TRASFERIMENTO SECONDARIO CON AMBULANZA 118


Suppl. ord. alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 24 del 21-5-2010 (n. 22) 47

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Assessorato alla Sanità

ALL'ATTENZIONE DEL DIRETTORE DEL
SERVIZIO DI URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118
Centrale Operativa 118/6



SCHEDA PER TRASFERIMENTO SECONDARIO CON AMBULANZA 118

Data Ora N° Scheda

Ospedale di provenienza Reparto

Medico richiedente Telefono e Fax

Ospedale di arrivo Reparto

Medico accettante Telefono e Fax

PAZIENTE

Cognome Nome Nato a Sesso M/F

Cittadinanza Residenza

Codice fiscale

Diagnosi

Motivazioni per il trasporto in Ambulanza 118

Documentazione diagnostica e altri dati allegati:

Stato delle condizioni cliniche:

A	Tempo	Usc. Em.	DNL	Usc. Em.	LOC	Toraceo	Usc. Em.	Altro				
B	SpO2		FIGO2		pH		SpO2		IPPV	Usc. Em.		
C	Press.Art.		RFC		Acc. Ven.C.	Usc. Em.	Acc. Ven.P.	Usc. Em.	N° Accessi			
D	C.G.S.	R-		V-	M-	Tot.		Isocoria	Usc. Em.	Avvisoria	Usc. Em.	
SRG	Usc. Em.				T.C.			Comet. ventricola	Usc. Em.			

Presidi di intensità/assistenza
Soluzione: NO
SI

Tempi

Firma del medico richiedente

COPIA INC

Allegato n. 8

MODALITÀ D'USO DEL VENTILATORE

Il presente manuale sarà redatto al momento dell'acquisizione del modello di ventilatore in uso.

Allegato n. 9

INDICATORI DI EFFICIENZA E DI QUALITÀ

A) *Efficienza dello STEN*

Standard operativi di efficienza stabiliti dal Gruppo di studio per il trasporto neonatale di emergenza della Società italiana di neonatologia.

- Tempo di attivazione: tra la richiesta di intervento e la partenza del team, deve essere ≤ 30 minuti nel 75% dei trasporti.
- Tempo di trasporto: tra la richiesta e l'arrivo del neonato al centro di destinazione (escluso il tempo per la stabilizzazione), deve essere ≤ 120 minuti nel 75% dei trasporti.
- Tempo di riattivazione: tra trasporto completo e la disponibilità a ripartire, deve essere ≤ 180 minuti nel 75% dei trasporti.

B) *Qualità del servizio:*

1) Definizione e registrazione degli indici di gravità per singolo trasporto

Contribuiscono a definire i livelli di gravità:

- il peso alla nascita basso o estremamente basso (VLBW e ELBW);
- il livello di assistenza del punto nascita;
- il tempo tra la chiamata dal punto nascita all'arrivo del neonato presso la struttura di ricovero di adeguato livello (distanza geografia e viabilità);
- modalità di assistenza respiratoria.

i. Numero trasporti in un anno con dettaglio per centro trasferente

ii. Appropriately della attivazione del servizio

Dimensione della qualità	Fattore qualità	Indicatore	Standard
Professione	Attivazione appropriata dello STEN	N. trasporti appropriati / N. trasporti	100%

Allegato n. 10

LEGENDA CODICI PER FOGLIO ARCHIVIAZIONI DATI EXCEL

Codice punti nascita

UTIN

- 1 Buccheri UTIN
- 2 Cervello UTIN
- 3 Civico UTIN
- 4 Ingrassia UTIN
- 5 Policlinico Palermo UTIN
- 6 Ospedale Trapani UTIN
- 7 Enna UTIN
- 8 Agrigento UTIN
- 9 Messina AOUP G. Martino UTIN
- 10 Messina Papardo/Piemonte UTIN
- 11 Patti (ME) UTIN
- 12 Catania AOUP "S. Bambino" UTIN
- 13 Catania Cannizzaro UTIN
- 14 Catania Arnas Garibaldi UTIN
- 15 Caltagirone CT UTIN
- 16 Siracusa UTIN
- 17 Ragusa UTIN
- 18 Catania AOUP "Rodolico"

NEONATOLOGIE PUBBLICHE

- 21 Corleone
- 22 Partinico
- 23 Petralia
- 24 Termini Imerese
- 25 Castelvetro
- 26 Marsala
- 27 Pantelleria
- 28 Nicosia
- 29 Caltanissetta
- 30 Mussomeli
- 31 Gela
- 32 Canicatti
- 33 Sciacca
- 34 Messina Papardo/Piemonte
- 35 Taormina Ospedale San Vincenzo
- 36 Mistretta
- 37 Sant'Agata Militello
- 38 Lipari
- 39 Catania AOUP "Rodolico"
- 40 Biancavilla

- 41 Acireale
- 42 Bronte
- 43 Lentini
- 44 Avola
- 45 Modica
- 46 Vittoria Catania AOUP "S. Bambino" UTIN
- 47 Caltagirone
- 48

Punti nascita privati

- 60 CDC Candela Palenno
- 61 CDC Triolo Zanca Palenno
- 62 CDC Villa Serena Palenno
- 63 CDC Sant'Anna Trapani
- 64 CDC Falcidia Catania
- 65 CDC Gibiino Catania
- 66 CDC Grotter/Lucina Catania
- 67
- 68 CDC Ignazio Attardi Santo Stefano di Quisquina (AG)

Preparti specialistici

- 80 ISMETT
- 81 Cardio-Chirurgia Taormina
- 82 Rianimazione Osp. Bambini Palermo
- 83 Chirurgia Osp. Bambini Palermo
- 84 Cardiologia Osp. Bambini Palermo
- 85 Otorino Osp. Bambini Palermo
- 86 NPI Osp. Civico Palermo
- 87 Chirurgia Policlinico Palermo
- 88 Chirurgia Osp. di Trapani
- 89 Cardiologia Taormina
- 90 Chirurgia pediatrica AOU G. Martino Messina
- 91 Neuro chirurgia pediatrica AOU G. Martino Messina

Porti aeroporti elipiste

- 110 Elipista Palermo
- 111 Aeroporto Palermo
- 112 Elipista Birgi Trapani
- 113 Porto Trapani
- 114 Elipista AOU G. Martino Messina
- 115 Elipista Patti
- 116 Porto Milazzo

Provenienza altre regioni

200 Codice unico

- A) Codice centro STEN: Catania 1; Enna 2; Messina 3; Palermo 4; Patti 5
- B) Iniziali bambino Cognome nome
- C) Sesso M/F
- D) Gemellarità se no 1; se si 2-3-4 secondo numero gemelli
- E) Data di nascita gg/m/a (2 gennaio 2015)
- F) Data trasporto gg/m/a (2 gennaio 2015)
- G) Età in gg. compiuti (se meno di 24 ore non segnare o segnare 0)
- H) Età in ore compiute (se meno di un giorno)
- I) Nato chiamata in minuti
- J) Feriale giorno 1; Festivo giorno 2; Notte feriale 3; Notte festiva 4
- K ed L) codici delle sedi vedi legenda a parte

M) ATTIVAZIONE: chiamata-partenza

N) ATTESA: chiamata-arrivo centro trasferente

O) STABILIZZAZIONE: arrivo-partenza da centro trasferente

P) PERCORRENZA: partenza da centro trasferente - arrivo a centro ricevente

Q) Tempo chiamata-arrivo al centro ricevente meno tempo di stabilizzazione (somma di N+P)

R) TOTALE: chiamata-arrivo a centro ricevente (somma di N+O+P)

S) Da centro STEN A centro STEN: partenza dal centro STEN - ritorno al centro STEN (tempo che la équipe sta fuori). Tutti i

tempi espressi in minuti

T) Tipo di parto vaginale eutocico 1; cesareo 2; vaginale distocico 3; applicazione di forcipe 4; applicazione di ventosa 5

U-V-W) Apgar

X) peso espresso in grammi (indicare quello al momento del trasporto)

Y) Età gestazionale settimane virgola gg. (30,3)

Z) Patologia della gravidanza (inserire successivamente leggenda identificativa)

AA) Steroidi non eseguiti =; una dose sola 1; due dosi 2

AB) Tipologia del trasporto

1) distress respiratorio, anche lieve

2) peso < 1.500 g.

3) peso 1.500-2000 g. se previsione di patologie anche lievi

4) età gestazionale ≤ 34 settimane

5) asfissia con necessità di rianimazione avanzata

6) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti

7) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali

8) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali

9) intubati o con linee infusionali centrali

10) alterazione dei parametri vitali

AC) NOTE

1	ASSENZA POSTI
2	CHIRURGICO
3	CARDIO-CHIRURGICO
4	NEURO-CHIRURGICO
5	ROP LASER
6	CONSULENZA
7	IMPROPRIO
8	ALTRO
9	Ipert. polm.
10	BACK

AD) Punteggio MINT

AE) Ventilazione punto nascita: Solo ossigeno 1; Pallone ambu 2; Nasal PTC 3; T-Piece 4; Ventilazione meccanica 5

AF-AK) vedi tabella

	Intubazione	CPAP	O2	Surfattante	Infusione	Farmaci
Conferma	1	1	1	1 (centro nascita)	1	1
Esegue	2	2	2	2 (STEN)	2	2
no	3	3	3	3	3	3
corregge	4	4 leva	4		4 leva	4 leva

AL-AM) Saturazione Art di O2 in % pre STEN e durante STEN

AN-AO) FiO2 espressa in % (aria: 21) pre STEN e durante STEN

AP) EGA Cap 1; Arterioso 2; Venoso 3

AQ-AV) Valori da EGA con uso della virgola pre STEN

AW-AX) Punteggio TRIPS pre STEN e fine STEN

AY) SARNAT 1 Normale; 2 Lievemente modificato; 3 Medio; 4 Grave

AZ) Ipotermia si/no

BA-BG) Valori da EGA con uso della virgola post STEN

BH) Nato a: inserire solo se diverso dal punto di prelievo del neonato (ovvero prelevato dalla elipista di Palermo ma nato ad Agrigento o altro) in questo caso indicare il codice "110" alla voce "K" ma indicare qui il punto nascita Agrigento codice "8"

BI) Note (per esempio "rendez vous") o altro

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DEL COMITATO REGIONALE DELLA VENTILAZIONE
 NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

**ALLEGATO 11 SCHEDA NOTIZIE TELEFONICHE RACCOLTE DAL D.M. DI GUARDIA
DELLA TIN SEDE DI STEN DAL D.M. DEL CENTRO TRASFERENTE**

MOTIVO TRASPORTO	FIRMA	DATA E ORA RICHIESTA DEL 118

COGNOME NOME	DATA NASCITA	PESO g	E. G.

MOTIVO TRASPORTO	PROVENIENZA	DESTINAZIONE

INTUBAZIONE	CPAP	SOLO O ₂	INFUSIONE	Punteggio MINT	Se asfissia SARNAT
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Note condizioni cliniche:

MEDICO STEN DI RIFERIMENTO	DATA E ORA DI TRASFERIMENTO DELL'INFORMATIVA


ALLEGATO N.12 NUMERI DI TELEFONO DI RIFERIMENTO DEI CENTRI STEN

CENTRO STEN	TELEFONO 1	CELLULARE 1	CELLULARE 2	PUNTO -PUNTO
PALERMO	0916802863/57			
CATANIA				4455
MESSINA PATTI	0941 244285			
MESSINA POLICL	090 2212132/33			
ENNA	0935 516224/1			

Allegato n. 13

ALLEGATI BACINO DI UTENZA

- Allegato n. 13.0: Individuazione dei centri nascita della provincia afferenti agli STEN di Messina e Patti.
 Allegato n. 13.1: Punto prestabilito presso la sede del punto STEN dove l'ambulanza del 118 arriva, in seguito alla attivazione del servizio, per caricare il modulo di trasporto, il medico e l'infermiere dello STEN.
 Allegato n. 13.2: Numeri di telefono centro STEN di riferimento, ospedali e case di cura del bacino di utenza.
 Allegato n. 13.3: Modalità particolari di attivazione del servizio determinate da differenti condizioni orografiche e di percorrenza del territorio.
 Allegato n. 13.4: Modalità d'uso del pulsossimetro.
 Allegato n. 13.5: Modalità d'uso dell'aspiratore.
 Allegato n. 13.6: Modalità d'uso pompa a siringa.
 Allegato n. 13.7: Modalità d'uso misuratore pressione arteriosa incruenta.
 Allegato n. 13.8: Modalità d'uso emogasanalisi portatile.
 Allegato n. 13.9: Modalità d'uso defibrillatore manuale e semiautomatico.

Allegato 2

PROCEDURA OPERATIVA
 RETE DEI SERVIZI DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO STAM

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 emergenza urgenza sanitaria

5) Modalità 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) *Responsabilità 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 umane 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 di 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 qual volta, 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 dell'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:

condizioni materne

- visita ostetrica;
- esami ematochimici;
- misurazione della P.A.;
- ECG;
- controllo della diuresi;

condizioni fetali

- ecografia;
- cardiocotografia;

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 nell'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 materne fetali 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 madre-feto 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 cardiocotografia;
- 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 (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 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 diminuire 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 3-4 cm dall'ombelico e recidere il funicolo tra le due pinze;
 - 2) asciugare il neonato e tenerlo al caldo per prevenire l'ipotermia;
 - 3) se necessario iniziare le manovre rianimatorie;
 - 4) valutare il punteggio di APGAR, 1 e 5 minuti;
 - 5) dopo il parto e prima del secondamento, somministrare 5 unità di ossitocina i.m. alla madre, annotando l'ora e la dose;
 - 6) valutare i segni vitali materni e assicurarsi che l'utero sia contratto;
 - 7) annotare le procedure adottate per il parto, sesso e punteggio di APGAR;
 - 8) raggiungere l'ospedale di riferimento.

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 in¹

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

Diagnosi	
Motivazioni del trasporto	<input checked="" type="checkbox"/> Necessità di eseguire consulenze, indagini diagnostiche o terapie particolari: <input type="checkbox"/> Carenza di posti letto nel P.O. <input type="checkbox"/> Trasferimento in ospedali competenti per specialità

Firma e timbro del medico richiedente

¹-Barrare con una crocetta la modalità di trasferimento più appropriata.

MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO

U.O. Ostetricia e Ginecologia

Ospedale di

Paziente

Cognome Nome Data di nascita

Ricoverta dal: Ore: Trasferita ore:

U.M. Epoca gestazionale

Motivo del trasferimento

Anamnesi

Condizioni al momento del trasferimento

Visita ostetrica:

P.A.

Cardiotocografia: acclusa non acclusa Ecografia: acclusa non acclusa Indagini di laboratorio: acclusi non acclusi

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

1ª dose data ora 2ª dose data ora

Allegata fotocopia cartella clinica si no

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 numero tel.

Condizioni durante il trasporto

Ora di arrivo al centro ricevente

Firma operatore che ha assistito la paziente 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.

All'U.O. di ostetricia e ginecologia

Io sottoscritta

Cognome nome

nata il

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