

Analisi Regionale Servizio Trasporto Materno Assistito (STAM)

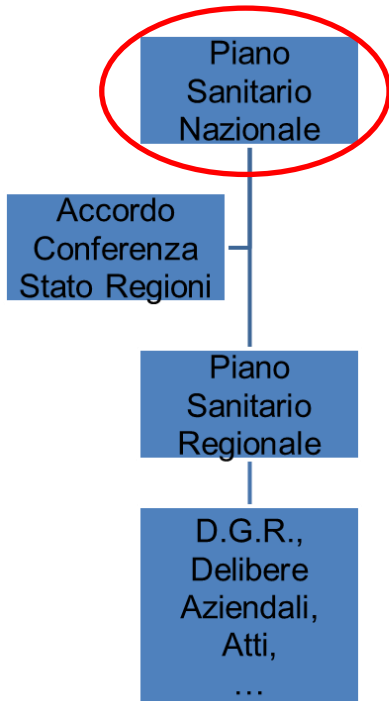


Maggio 2016

Definizione

- **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.
- **STEN:** Servizio Trasporto Emergenza Neonatale prevede il trasporto di un neonato che necessita di cure intensive presso una struttura di livello superiore

Analisi del contesto



- Lo schema del Piano Sanitario Nazionale 2010-12 dispone:
- la razionalizzazione della rete dei punti nascita
 - l'organizzazione del trasporto materno e neonatale.



Caratteristiche dello STAM

D.M. 24 aprile 2000

- Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitari territoriale (Servizio 118).

Raccomandazione num. 11/2010 Ministero della Salute 13 gennaio 2010

- Il trasporto assistito materno o in utero rappresenta la modalità di trasferimento più sicura che deve seguire protocolli per la gravidanza a rischio che deve essere trasferita in strutture di II e III livello.

Analisi del contesto



➤ l'Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni riguardante le «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» del 16 dicembre 2010:

- razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita riconducendo a due i precedenti tre livelli assistenziali;
- attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN).



Analisi del contesto

Nello specifico l'Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 prevede che:

- Le U.O. Ostetricia di II^ livello (parti/anno > 1000) devono
 - essere formalmente e funzionalmente collegate con i punti nascita di I livello secondo il **modello hub e spoke**;
 - coordinare la rete del trasporto d'emergenza (integrandosi con il servizio servizio urgenza/emergenza territoriale), per quanto attiene ai trasferimenti delle gravide a rischio dalle strutture di livello inferiore (**S.T.A.M.**)
- U. O. neonatologiche di II^ livello - (Centri TIN) devono
 - garantire il coordinamento dello lo **S.T.E.N.** (o integrarsi funzionalmente con lo S.T.E.N. dedicato se esistente) per l'area assegnata.



ACCORDO STATO REGIONI

16 Dicembre 2010

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

Misure di politica sanitaria e di accreditamento (Allegati 1a - 1b – 1c, parti integranti del presente Accordo):

- **attivazione, completamento e messa a regime del sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN)**

Regione Abruzzo



Riferimenti normativi

- **DCA n 11/2013 del 20/02/2013** «Rete dell'emergenza-urgenza delle Regione Abruzzo e reti IMA-Stroke-Politrauma percorso neurochirurgico» che all'allegato A ha dettato i principi organizzativi per il trasporto materno e neonatale (STAM e STEN)
- **Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n 10/2015 dell'11/02/2015** recante «Riorganizzazione dei punti nascita regionali»
- **DCA n 58 del 11/06/2015** Obiettivo del documento: definire l'organizzazione del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) e di Emergenza Neonatale (STEN) nella Regione Abruzzo in relazione a: procedure di attivazione e utilizzo, dotazioni strumentali, responsabilità degli operatori sanitari coinvolti, modalità di monitoraggio.

Regione Abruzzo



3 HUB

6 SPOKE

Come funziona:

- Deve essere acquisito il consenso informato
- Può essere attivata da un medico di servizio di una UO di Ostetricia ovvero da un medico di PS in caso di PO senza UO di Ginecologia
- Deve essere istituita una linea telefonica dedicata nell'ambito della CO del 118 e deve essere garantita l'implementazione di un sistema informatico capace di supportare i flussi informativi di richiesta, verifica e conferma necessari ad abilitare il processo di trasferimento

Regione Abruzzo



Protocollo operativo

Donna gravida in NON IMMINEZZA DI PARTO:

Il ginecologo di servizio dell'UO trasferente:

- Effettua la diagnosi
- Mette in atto tutte le misure terapeutiche per stabilizzare la gestante (tocolisi, controllo della pressione arteriosa, terapia antibiotica)
- Schemi di profilassi (antibiotici e corticosteroidi) secondo le raccomandazioni di assistenza in uso nella UO
- Attivare il 118
- Coordinarsi con il ginecologo dell'UO ricevente al fine di assicurare una continuità di cura

Donna in IMMINEZZA DI PARTO

Il ginecologo di servizio della UO deve:

- Espletare il parto
- Attivare il Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN)

Regione Abruzzo



Modalità di trasporto

Trasferimento NON in emergenza

Il ginecologo di servizio della UO ha la diretta responsabilità di valutare quali figure professionali (ginecologo e/o ostetrica) dovranno assistere la donna durante il trasporto

Trasferimento IN EMERGENZA

Se le condizioni della gestante non sono stabili al momento della partenza (persistente attività contrattile, ipertensione non controllata, pre-eclampsia grave) deve essere accompagnata da un medico ginecologo e da un'ostetrica e su richiesta dello stesso da un anestesista con strumenti adatti a rilevare la stabilità delle condizioni cliniche (sonicaid) e farmaci adeguati (Tocolitici, ipotensivi, solfato di magnesio ecc)

Regione Abruzzo



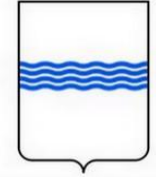
Punti di Forza

- Indicazioni all'attivazione della Stam definite con precisione
- Protocolli molto dettagliati
- Presenza di moduli per il trasferimento

Punti di debolezza

- Sistema partito da poco per cui poco rodato
- Si lascia all'unità trasferente la scelta delle terapie

Regione Basilicata



REGIONE BASILICATA

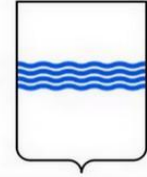
Riferimenti normativi

Piano regionale integrato alla salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 pag 145:

Si ritiene fondamentale rimodulare la rete dei Punti Nascita al fine di:

- Sviluppare ed implementare linee guida e protocolli sulla gravidanza fisiologica e sul parto cesareo
- Attivare il sistema di trasporto assistito materno (STAM) e Neonatale d'urgenza (STEN)
- Accordo Stato Regioni del 16 12 2010 all.1b punto C per quanto riguarda i requisiti organizzativi, funzionali, strutturali e tecnologici

Regione Basilicata



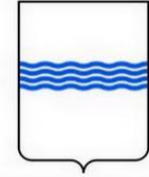
REGIONE BASILICATA

Come funziona: L'attività di trasporto assistito materno è monitorata su base regionale per individuare eventuali aspetti di inappropriatazza dell'utilizzo dello STAM o problemi di sicurezza e qualità e di apportare quindi le opportune migliorie.

Tutte le funzioni clinico assistenziali ricadono nella diretta gestione e responsabilità dell'equipe medica specialistica del ospedale trasferente che accompagna la gestante al punto nascita del San Carlo.

«Per la necessità del personale del 118 di una formazione specifica e continua anche in tale settore - conclude Schettini - ci rendiamo sin da ora disponibili a coinvolgere nei nostri programmi di Educazione Continua e negli eventi formativi multidisciplinari, tutte le figure professionali del 118 che costituiscono per tutti, risorse preziose per la efficienza dei Servizi di Emergenza anche nel percorso nascita»

Regione Basilicata



REGIONE BASILICATA

1 HUB

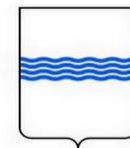
4 SPOKE

Il servizio di STAM tra i centri è assicurato dalla rete regionale dell'emergenza Urgenza 118 e coordinato dal Punto Nascita di II livello mentre lo STEN sarà assicurato dall'AOR **S. Carlo di Potenza**

Le unità di I livello assistono gravidanze e parti in età gestazionale > 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente per la madre e per il feto interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello

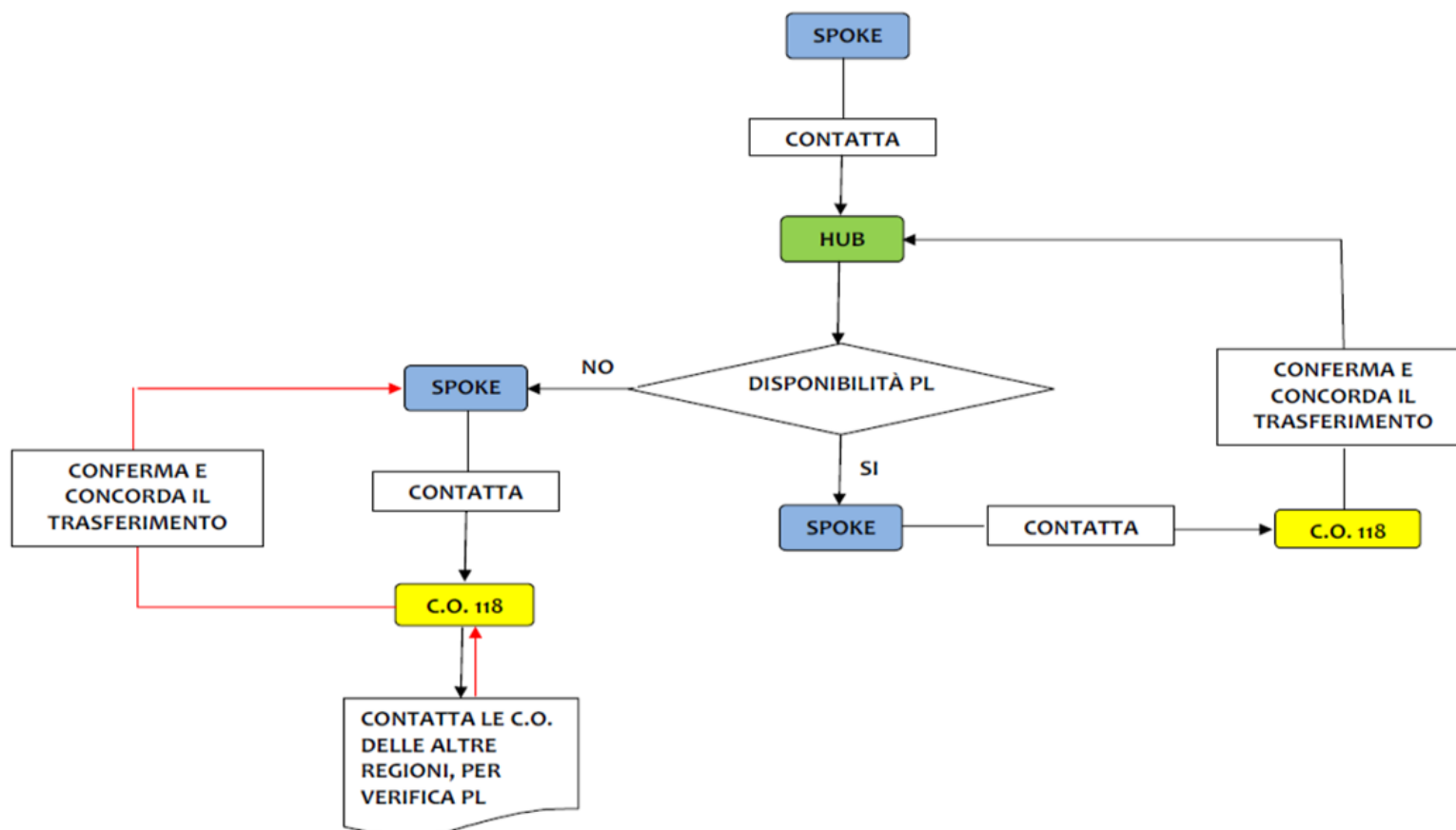
Il sistema regionale di trasporto materno assistito (STAM), attivo dal dicembre 2013, ha effettuato circa n. 70 trasporti materni di donne gravide bisognose di un'assistenza di secondo livello per il parto o il nascituro.

Regione Basilicata

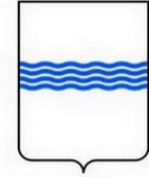


REGIONE BASILICATA

STAM: FLOW-CHART



Regione Basilicata



REGIONE BASILICATA

Punti di forza

Per facilitare le comunicazioni cliniche tra le strutture HUB e SPOKE si utilizza **modulistica univoca e condivisa**

Il Centro HUB, con il coinvolgimento di tutti i centri Spoke che a questo fanno riferimento e di tutti i professionisti che, a vario titolo, partecipano ai processi di trasferimento, deve effettuare **l'audit clinico del protocollo di trasferimento materno, attraverso il confronto sistematico con standard conosciuti o best practice** per evidenziare eventuali scostamenti, attuare gli opportuni miglioramenti e monitorare l'impatto delle misure correttive introdotte.

Regione Campania



STAM: Riferimenti normativi:

- **PSR 2011-2013:** Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi basato sul POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile – PSN 1998-2000: “Le Regioni, nell'ambito dei servizi afferenti all'area della Emergenza devono formalizzare il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) ed il Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (S.T.E.N.).).
- **Programma Operativo 2013-2015: Rete Emergenza-Urgenza**
(DECRETO N. 18 DEL 21.03.2014)
- **Decreto n° 16 del 16/02/2015:** stabilisce la creazione di un Comitato per il Percorso Nascita Regionale (CPNR) con la funzione di monitoraggio della razionalizzazione/riduzione dei punti nascita, della realizzazione delle Linee Guida dell'Accordo SR del 2010 e del rispetto delle Linee Guida Nazionali sul TC del 11/02/2010. Il CPNR coordina le CPNA (Comitato Percorso Nascita ASL).

In conformità all'Accordo SR 2010, il decreto sancisce inoltre la creazione di un Servizio di Trasporto Assistito Materno regionale.

Regione Campania



11 HUB

59 SPOKE

La Regione ha una gestione delle emergenze centralizzato denominato SIRES – Servizio Regionale Emergenza Sanitaria (Collegato al 118)

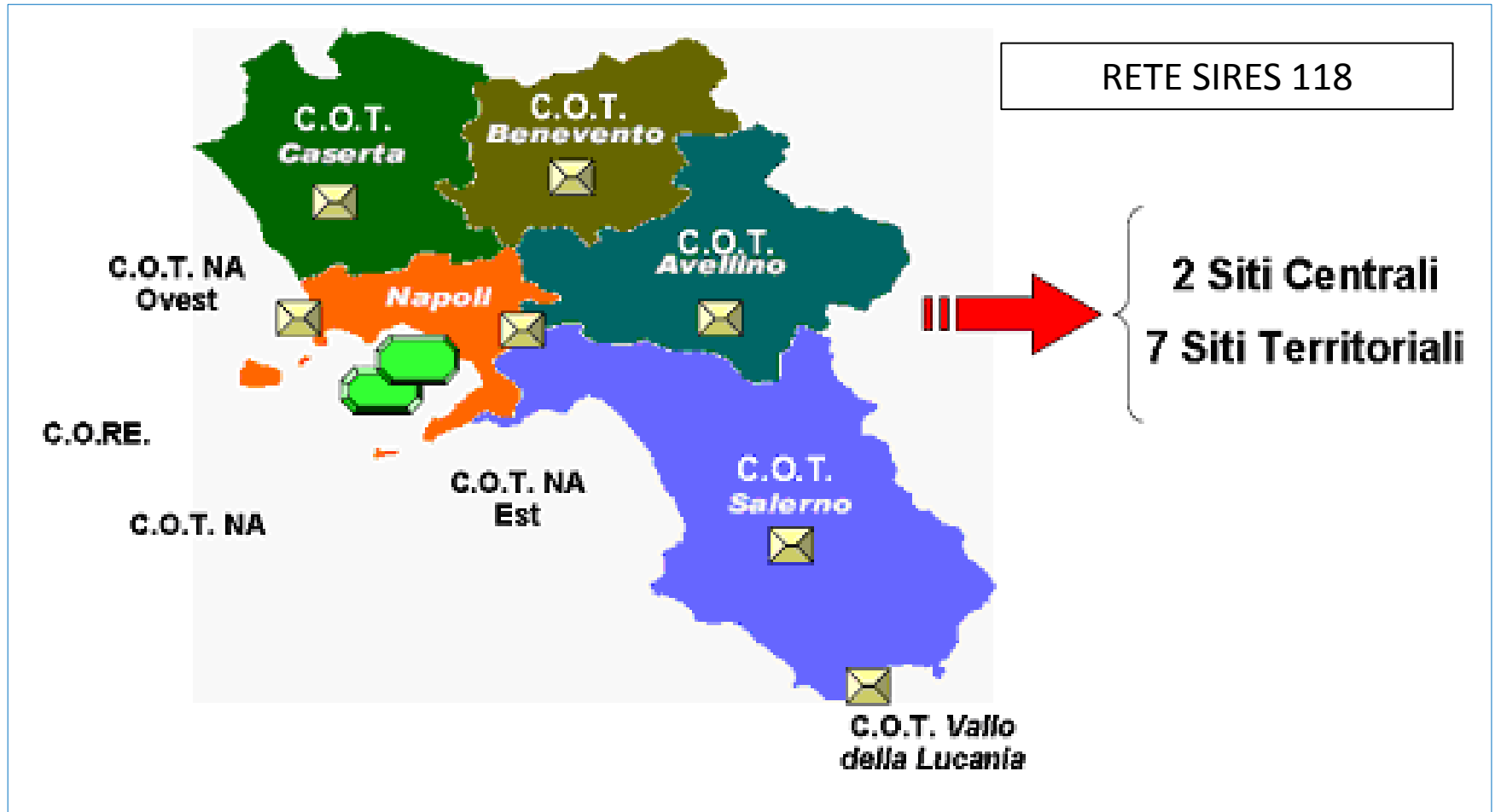
BURC n. 43 del 06 settembre 2004 (solo STEN)

Nuovo Capitolato SIRES D.D. n. 81 del 27/03/2012

Il SIRES gestisce oltre 550.000 chiamate e circa 300.000 interventi di soccorso all'anno (totali), attraverso un sistema integrato basato su una centrale regionale e 7 centrali operative sul territorio

La creazione del SIRES è stato il primo atto della Regione Campania finalizzato alla costituzione di un sistema coordinato di assistenza emergenziale.

Regione Campania



Regione Campania



Come funziona lo STAM: un centro di I livello che riceve in PS una paziente in "gravidanza a rischio", se non in grado di gestirla, chiama il 118 che, tramite il SIRES, individua un posto disponibile nell'Hub di riferimento. L'ospedale di I livello che ha preso in carico la paziente, invia una propria ambulanza con la paziente in emergenza all'Hub che il SIRES ha indicato.

Punti di debolezza: non esiste un protocollo clinico concordato per la gestione della donna in trasporto di emergenza. Quindi ogni ospedale di I livello può decidere come trattare la paziente e quali terapie farmacologiche adottare per il trasporto.

Regione Campania



Dal Rapporto Natalità in Campania 2013

Negli ultimi dieci anni i tassi di mortalità in Campania sono rimasti immutati, se non addirittura peggiorati, come nel caso della mortalità infantile.

All'opposto nello stesso periodo in Lombardia è diminuita sensibilmente sia la mortalità neonatale (-22,3%) che la infantile (-28,3%), mentre in Italia è diminuita la sola mortalità infantile(-20,6%).

Questi dati confermano che l'attuale modello organizzativo delle cure perinatali e neonatali in Campania produce risultati insoddisfacenti, nonostante la presenza di un numero elevato di centri di terapia intensiva neonatale e la disponibilità di un efficiente servizio di trasporto neonatale (STEN). Appare urgente e non più rimandabile l'accreditamento in Campania dei centri nascita e di assistenza neonatale, sia pubblici che convenzionati, secondo quanto già stabilito dagli standard nazionali.

Regione Lazio



REGIONE LAZIO

Riferimenti normativi

- **PSR 2010-2012**
- **DCA 56 del 12/07/2010** Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera: La Rete di Assistenza Perinatale
- **Piano Operativo 2013-2015 - Del.21/03/2013**
- **DCA 142 del 26/11/2014:** Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto "Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio": Qualificazione del trasporto materno assistito
- **ARES 118: L.R.del 03/08/2004** "Istituzione dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria - ARES 118"

Regione Lazio



REGIONE LAZIO

Ministero della Salute Verifica Adempimenti LEA 2013 (maggio 2015)

Rispetto alla tematica di STAM/STEN [..], non si evince se il Sistema di Trasporto Assistito Materno sia effettivamente attivo, poiché le schede inviate si riferiscono esclusivamente ai dati sul trasporto neonatale nel Lazio nel periodo 2004-2012.

Regione Lazio



REGIONE LAZIO

10 HUB

29 SPOKE

STAM: il sistema è stato decretato nel 2010 nella riorganizzazione della rete ospedaliera. Nel Programma Operativo 2013-2015 è stata stabilita una riorganizzazione della rete perinatale ed emergenziale (Sten e Stam) con due livelli assistenziali da realizzare entro il 2014 (organizzazione Hub e Spoke).

Nel 2014 è stato pubblicato un decreto sul trasporto assistito materno allo scopo di rendere operativo quanto cominciato nel 2010, in ossequio a quanto stabilito nell'Accordo SR del 2010 e nel Programma Operativo 2013-2015. In tale decreto sono stati definiti i centri di I e II livello della regione. La regione Lazio non ha istituito fino ad ora un sistema centralizzato di gestione delle chiamate di emergenza per lo STAM, così come esiste per lo STEN (OPTIN), ma comunque usufruisce del servizio 118 che gestisce tutte le chiamate di emergenza regionali.

Punti di debolezza: nonostante l'esistenza di un numero di emergenza, i trasferimenti materni in emergenza ostetrica sono gestiti con rapporto telefonico diretto tra Spoke e Hub più vicino. Non esiste un sistema di coordinamento integrato e non vi sono protocolli clinici condivisi per il trasferimento materno.

Regione Lazio



REGIONE LAZIO



RETE HUB REGIONE LAZIO



Riferimenti Normativi

DGR 670/2013

**ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI REGIONALI DI TRASPORTO
PERINATALE DI EMERGENZA (STAM E STEN)**

Regione Liguria



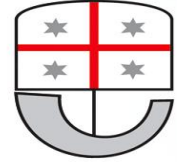
1 HUB

12 SPOKE

Il centro hub è costituito dall'integrazione funzionale tra IRCCS pediatrico G.Gaslini, con TIN e tutte le competenze specialistiche pediatriche e IRCCS S.Martino-IST, dotato di rianimazione e di tutte le competenze specialistiche dell'adulto.

Come funziona: il sistema è collegato tramite 118. Lo Spoke chiama per verificare la disponibilità di posto e tramite ambulanza (o elicottero) invia la paziente in gravidanza a rischio verso l'Hub di riferimento. La Regione Liguria ha istituito un modulo per il trasferimento in utero.

Regione Liguria



Indicazioni per attivazione STAM tra 23⁺⁰ e 30⁺⁶

1. elevato rischio di parto prematuro (considerando anche il sanguinamento da placenta previa)
2. feto con grave ritardo di crescita (< 1° centile)
3. feto con cardiopatia complessa
4. feto con malformazioni complesse necessitanti correzione chirurgica immediata
5. elevato rischio materno

N.B. La diagnosi di minaccia di parto pretermine si basa sulla valutazione dell'attività contrattile (dolorosa, da travaglio attivo) e sullo stato del collo uterino (cervicometria con cut-off di 18 mm e/o funneling, PAR test positivo).

Regione Liguria



Punti di forza:

- Indicazioni per attivazione STAM ben definite
- Dettagli organizzativi per il trasporto rigorosi (check list)
- Presenza di un modulo unico da affiancare alla cartella clinica

Punti di debolezza :

- Riferimento generico alla tocolisi

Regione Marche



Riferimenti normativi:

nessun riferimento all'interno del Piano Sanitario Regionale

Deliberazione n 847 del 12/07/2014: « Attivazione del sistema di trasporto assistito materno e del sistema di trasporto di emergenza neonatale nella Regione Marche»

Trasporto elettivo: dopo identificazione di una patologia malformativa o dell'accrescimento fetale o sistemica materna

Trasporto urgente: in seguito all'istaurarsi di una condizione acuta materna e/o fetale che necessita di un rapido ricovero in un centro di I livello

Indicazioni allo STAM:

Età gestazionale ≥ 23 settimane

Necessità di terapie intensive per madre, feto o neonato

Non disponibilità in loco di posti letto adeguati alla gravità della gestante, del feto o nascituro

Regione Marche



1 HUB

13 SPOKE

Come funziona: la valutazione dei rischi e benefici materni neonatali e la gestione dei casi potenzialmente deputati al trasferimento è demandata a Dirigenti medici e Neonatologi esperti sia dell'equipe inviante che di quella accettante

E' auspicabile che l'organizzazione possa contare su di una rete informatica accessibile a tutti i reparti di Area Vasta che consenta l'individuazione in tempo reale della disponibilità di posti letto sia di Ostetricia che di TIN

Le esigenze dello STAM sono garantite dai servizi di Emergenza – Urgenza
Nessun riferimento alla terapia farmacologica e non sono riportati moduli che accompagnino la paziente

Regione Marche



Punti di Forza

- In un corso organizzato per la condivisione dei protocolli è stato individuato come farmaco di riferimento per la tocolisi l'atosiban

Punti di debolezza

- In realtà il protocollo non è stato codificato

Regione Molise



1 Hub

2 Spoke

Riferimenti normativi

Decreto del Commissario ad Acta n 47 del 21 07 2015 «La rete dell'Assistenza Perinatale nella Regione Molise. Recepimento – Approvazione

Collegamento, on-line e/o telefonico, del Centro di Coordinamento (CdC) Regionale con i punti nascita regionali, con i Centri TIN extraregionali delle Regioni vicine e con i Centri di III livello per le Chirurgie Specialistiche non presenti in Regione

I centri TIN devono effettuare due volte al giorno la notifica ordinaria della disponibilità di posti letto (ore 8 e 20). Eventuali cambiamenti della dotazione dei posti letto devono essere notificati in tempo reale.

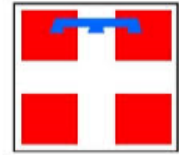
Regione Molise



Principali criticità dell'assetto attuale:

- Presenza di 2 Punti nascita con n. di parti/anno ≤ 500 /anno
- Assenza di Centri di Chirurgia Specialistica Neonatale in Regione: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Chirurgia Oculare
- Necessità di adeguamento delle attrezzature sia da trasporto che di Reparto
- Carenza di personale medico-infermieristico
- Necessità di aggiornamento e condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici da un lato ed organizzativo-procedurali dall'altro

Regione Piemonte



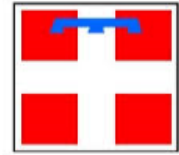
REGIONE PIEMONTE

Riferimenti normativi

PSSR 2012-2015 pag. 138

Le U.O. ostetricia di I livello sono formalmente e funzionalmente collegate con le Unità di ostetricia di II livello secondo il modello centri di riferimento e cardine e garantendo il trasferimento mediante lo STAM a Unità di II livello delle gravide per le quali si preveda che il nascituro abbisogni di terapia intensiva, salvo le situazioni di emergenza nelle quali ciò non sia possibile e per le quali deve essere attivato con tempestività lo STEN

Regione Piemonte



REGIONE PIEMONTE

6 HUB

25 SPOKE

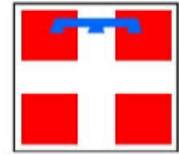
Come funziona: l'attuazione dello STAM è coordinata con la rete del 118 nell'ambito del protocollo relativo ai trasporti secondari protetti

Obiettivo: definire le indicazioni per il ricovero, la dimissione o il trasferimento in utero dopo 23⁺⁰ settimane di gravidanza e prima di 33⁺⁶

INDICAZIONI PER ATTIVAZIONE STAM

- A. Protocollo Emorragia Ante Partum
- B. Protocollo Parto Imminente e pPROM
- C. Protocollo Preeclampsia Severa

Regione Piemonte



REGIONE PIEMONTE

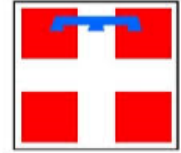
B. Protocollo Parto Imminente e pPROM

tra 23⁺⁰ e 33⁺⁶ trasferimento in caso di:

- Rottura delle membrane
- Dilatazione collo ≥ 2 e ≤ 4 cm
- Più di 1 contrazione ogni 10 min con
- Cervicometria ≤ 20 mm (o tra 21 e 29mm + Partus Test pos)

Prima di procedere al trasferimento si raccomanda di iniziare la profilassi per RDS (Respiratory Distress Syndrome) con Betametasone e la terapia tocolitica con Atosiban secondo lo schema allegato

Regione Piemonte



REGIONE PIEMONTE

Punti di forza:

- Indicazioni per attivazione STAM
- Percorsi diagnostici rigorosi e uniformi in tutta la regione
- Protocolli terapeutici ben definiti

Punti di debolezza :

- Utilizzo di dispositivi diagnostici non previsti in tutti i punti nascita perché non validati a livello internazionale (PARTUS TEST)
- Bozza del documento non convalidata da una delibera regionale

Regione Puglia



Riferimenti normativi

Regolamento Regionale n 14 del 4 06 2015 all'art.7 "Sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM)" è stato stabilito che deve essere operativo su tutta la regione il sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e il sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM), attraverso la definizione di un modello Hub & Spoke organizzato su tre aree territoriali: area nord, area centro-sud, area sud individuando come Hub:

- l'Azienda Ospedaliera Universitaria "OO.RR." di Foggia
- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari
- l'Ospedale Vito Fazzi di Lecce

Deliberazione della Giunta Regionale n 136 del 23 febbraio 2016

Regione Puglia



Nella delibera 136 del 23 febbraio 2016 si stabilisce che bisogna:

- definire specifici protocolli operativi condivisi tra centri Hub e Spoke, in cui tutte le fasi del trasporto materno/neonatale sono adeguatamente progettate e pianificate (condizioni o patologie materno-fetali che richiedono il trasferimento in utero del feto ovvero il trasferimento del neonato)
- Le modalità di trasporto e i tempi minimi di attivazione di ciascuna modalità
- La tipologia, i ruoli, la competenza e le responsabilità degli operatori sanitari sia della struttura inviante che di quella ricevente, nonché del personale che accompagna la madre e/o il neonato nel trasferimento

Regione Puglia



- di dare mandato al Direttore Generale della Asl di Lecce nonché ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere “OO.RR” di Foggia e “Policlinico” di Bari di rendere operativi entro sei mesi dall’adozione del presente schema di provvedimento, i centri Hub già individuati con il Regolamento regionale n. 14/2015 nell’ambito del sistema di trasporto di emergenza neonatale (STEN) e il sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM);
- di dare mandato alla Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, con il supporto tecnico del Comitato Punti Nascita Regionale, di attuare, entro sei mesi dall’adozione del presente schema di provvedimento, quanto descritto nelle predette Linee guida Ministeriali

Regione Puglia



Le linee guida prevedono, inoltre, l'attivazione di un sistema informatizzato i cui obiettivi sono:

1. Check posti disponibili nelle TIN
2. Monitoraggio e recupero della casistica (Sistema Edotto)

Regione Toscana



3 HUB (1 per AUSL)

23 SPOKE di I e II LIVELLO

Riferimenti normativi:

- Delibera 381/2014 allegato B

**RIORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO PROTETTO
NEONATALE E DEL TRASPORTO MATERNO ASSISTITO IN
REGIONE TOSCANA**

Regione Toscana



Come funziona: Per favorire la massima tempestività nella corretta identificazione dei centri ricettivi per i trasporti, ogni punto nascita dovrà tenere quotidianamente aggiornato il sistema informatizzato di rilevazione dell'occupazione dei posti letto ostetrici e neonatali

- l'Ostetricia del centro richiedente prende contatto con l'Ostetricia dell'HUB. Il trasporto avviene in ambulanza medicalizzata, con un'ostetrica e, se necessario, un ginecologo forniti dal centro inviante.

Regione Toscana



Strumenti di monitoraggio delle performance organizzative e cliniche

Dovrà essere individuato, e nel tempo garantito, un sistema di indicatori che rilevi i fenomeni derivanti dalle modifiche organizzative della rete neonatologica regionale, che monitori l'applicazione dei protocolli concordati e misuri gli outcome sull'assistenza neonatologica.

AUSL Sud Est

Realizzato sulla base di un collegamento funzionale stretto tra le singole Strutture di ricovero, collegate in Rete tra loro e con il servizio dell'Emergenza-Urgenza sanitario territoriale (U.O. 118).

Regione Toscana



AUSL Nord Ovest

Trasporto Assistito Materno prima della 32a settimana di gestazione in caso di rischio di parto pretermine o per una situazione clinica materna o fetale che metta a rischio la salute della mamma o del nascituro. 1 HUB

AUSL Centro

1 HUB \leq 29a settimana. 2 centri di riferimento se $> 29a$ e $< 32a$ settimana
L'organizzazione del TAM inter-ospedaliero è basata su un collegamento funzionale facilitato tra strutture territoriali e di ricovero, collegate in rete tra loro e con il sistema di Emergenza Sanitaria Territoriale (Servizio 118)
A supporto è attivo in AVC un sistema informatico web che consente di prendere visione della situazione di occupazione dei posti letto in ciascun Punto Nascita dell'AVC.

Regione Toscana



Punti di forza:

- Identificazione di strumenti di monitoraggio delle performance
- Sistema informatizzato di rilevazione dell'occupazione dei posti letto ostetrici e neonatali

Punti di debolezza :

- Eterogeneità di comportamento tra le AUSL (ex Aree Vaste)
- Mancanza di indicazioni rigorose per attivazione STAM
- STAM poco definito in AUSL Sud Est

Regione Umbria



2 HUB

5 SPOKE

Riferimenti normativi

Del.R.1698 del 15/12/2015

STAM: il servizio di trasporto assistenziale materno esiste dal 2006, anche se garantito solo dalle singole aziende. Dal 2014 la regione ha razionalizzato i punti nascita ed anche i servizi emergenziali.

Il collegamento funzionale avviene tra strutture territoriali (Spoke) e strutture di ricovero (Hub) collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza – urgenza sanitaria territoriale (Servizio 118). Quando possibile, il trasporto materno deve essere programmato e prevedere il collegamento continuo tra struttura inviante e ricevente.

In casi di elevata gravità, la regione prevede anche la possibilità di una STAM extra-regionale

Regione Umbria



Come funziona: si avvale del sistema 118 che individua il centro hub disponibile. In seguito una ambulanza attrezzata dallo spoke ricevente trasferisce il neonato patologico al centro di terzo livello.

La base dell'implementazione del servizio è rappresentata dalla sottoscrizione di due protocolli d'intesa siglati rispettivamente tra l'Unità sanitaria locale Umbria 1 e l'Azienda Ospedaliera di Perugia e tra l'Unità sanitaria locale Umbria 2 e l'Azienda Ospedaliera di Terni. Anche per la STEN è previsto, in caso di elevata gravità, il trasferimento extra-regionale.

Punti di debolezza: mancanza di un protocollo clinico-diagnostico per la gestione della paziente in stam

Regione Molise



Il clinico che decide il trasferimento deve:

- Acquisire il consenso informato
- Mettere in atto tutte le misure diagnostiche per definire le condizioni materne (visita ostetrica, esami ematochimici misurazione della P.A., ECG, controllo della diuresi) e fetali (ecografia, cardiocografia), 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 UOP**
- Contattare il centro di riferimento della propria rete o quello più adeguato alla patologia materno/fetale in questione
- La richiesta di trasferimento per attivare il mezzo di trasporto va effettuata con modalità da definire successivamente con il 118
- Il trasporto via terra è da preferire nel caso di trasferimento non in emergenza ed in emergenza. In casi eccezionali si può ricorrere al trasporto via aria per il trasporto in emergenza

Regione Molise



- Paziente che riporti nella gravidanza precedente: un neonato con handicap neonatale grave nondovuto a una problematica intrapartale; una morte endouterina senza causa apparente; una morte neonatale precoce o un ricovero del neonato in un centro di terapia intensiva per problematiche non inerenti la sofferenza intrapartum.
- **Minaccia di parto pretermine prima di 35 settimane, accertata ecograficamente.**
- Gravidanza gemellare < 35 settimane di gestazione
- Gravi malattie materne, come nefropatie, grave ipertensione, gravi malattie metaboliche, etc.
- Alloimmunizzazione Rh.
- Gravi flebiti e malattie tromboemboliche per cui è necessaria un'assistenza e consulenza ematologica.
- Grave poliamnios e oligoamnios, documentati ecograficamente, conseguenti o a patologie materne o a malformazioni anche sospettate.
- Presenza di crescita intrauterina ritardata (< 10), con età gestazionale accertata ecograficamente.
- Placenta previa indipendentemente dall'età gestazionale.
- Diabete di tipo I in terapia insulinica non complicato.
- Tossicodipendenza in gravidanza
- Grave obesità della donna (BMI > 35)

Regione Campania



STEN:

Riferimenti normativi

- Accordo Stato Regioni del 16/12/2010
- PSR 2011-2013: Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi basato sul POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile).
- BURC 11 gennaio 1994 n°2

il sistema è attivo con due centri di riferimento gestiti dal SIRES:

- Ospedale Sant'Anna e S.Sebastiano di Caserta per la prov. di Caserta, Benevento e Avellino
- Policlinico Federico II di Napoli e Ospedale Annunziata di Napoli per le prov. di Napoli e Salerno

Come funziona: i centri hub sono forniti di 2/3 ambulanze attrezzate per il trasporto emergenziale; alla chiamata del SIRES, si recano presso lo spoke che necessita di un trasferimento e trasportano il neonato alla sede hub con posto disponibile.

Regione Lazio



REGIONE LAZIO

STEN:

Riferimento normativo DCA n°56 del 12/07/2010

il trasporto neonatale è attivo ed è coordinato dal Policlinico Umberto I di Roma che si serve del sistema OPTIN (Sistema Informativo Occupazione Posti letto Terapia Intensiva Neonatale). Il servizio viene attivato immediatamente dopo il parto ed è compito della centrale, con ambulanza attrezzata, recarsi presso lo spoke in emergenza e trasferire il neonato all'hub che ha messo il posto a disposizione. OPTIN è stato istituito nel 2003 e raccoglie dati relativi al trasferimento ed anche alle caratteristiche del neonato patologico da trasferire.

In Regione Lazio sono aumentate le nascite pre-termine (<37 settimane gestazionali): dal 5,2% nell'82 all'8,5% nel 2014. Tale incremento è riferibile prevalentemente alle età gestazionali più vicine al termine (35-36 settimane) a causa di un aumento dei cesarei programmati

(Rapporto Nascite nel Lazio 2014)

Friuli V.G.- Trentino A.A.



- Non vi è una specifica Delibera Regionale su STAM
- Nessun protocollo /checklist proposta
- Solo generiche indicazioni all'interno di atti normativi «sull'importanza di instaurare una rete STAM efficace»



Trentino A.A.:

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016

Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

DGR 3235 DD. 29.11.2004

Friuli V.G.:

PREMESSO che con DGR n. 2082, del 5.08.2004, è stata approvata la nuova proposta di progetto obiettivo materno - infantile e dell'età evolutiva;

E. Romagna



- **DGR 1603/2013 «Linee di indirizzo per la realizzazione di STAM e STEN»**

Disomogeneità nella distribuzione delle nascite

Nella scelta della modalità organizzativa del trasporto in utero e neonatale va tenuto presente che la Regione Emilia-Romagna si caratterizza per una marcata disomogeneità nella distribuzione delle nascite e, di conseguenza, nei fabbisogni assistenziali in ambito perinatale: il 44.9% delle nascite si registra in Area Vasta Emilia Nord (AVEN) in cui sono presenti 3 Centri che garantiscono cure intensive neonatali (Hub) e 13 centri Spoke. Il 29.1% delle nascite si registra in Area Vasta Emilia Centro (AVEC) in cui operano 3 Centri Hub e 5 centri Spoke. Il 26,0% delle nascite si registra in Area Vasta Romagna (AVR) con 3 Centri Hub e 3 centri Spoke.

9 Hub e 22 Spoke

Situazione attuale e bisogni presunti

La realtà regionale si caratterizza per una marcata disomogeneità relativamente a:

- distribuzione delle nascite, con poco meno della metà dei nati concentrata in AVEN.
- distribuzione dei centri Hub rispetto al bacino di utenza Operano 3 centri Hub in AVEN (44.9% dei nati in Regione), 3 in AVEC (29.1% dei nati) e 3 in AVR (26.0% dei nati).
- numero di centri Spoke che gravitano sul singolo Hub (13 spoke vs. 3 Hub in AVEN, 6 vs. 3 in AVEC e 3 vs. 3 in AVR).

- **Vengono riassunte le indicazioni /controindicazioni al trasferimento**
- **Nessun protocollo /checklist proposta**

Veneto

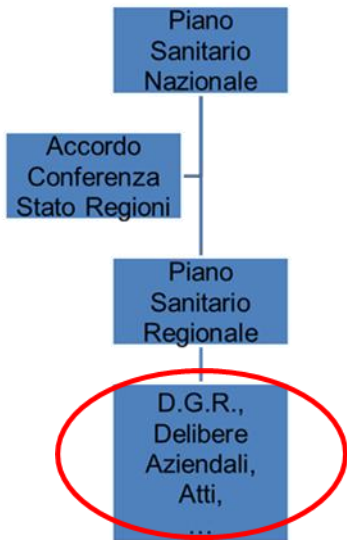


➤ **LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23** «Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016»:

- potenziamento del Servizio di Trasporto del Neonato Critico (STEN), facente capo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona;
- **attivazione e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM).**



Veneto



Piani Aziendali
di adeguamento

- **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3318 del 03 novembre 2009:** «Istituzione della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza».
- **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 440 del 10 aprile 2013:** «Adozione delle linee guida per la definizione del livello di assistenza sanitaria nel trasporto interospedaliero».



Modello Organizzativo Regione Veneto*

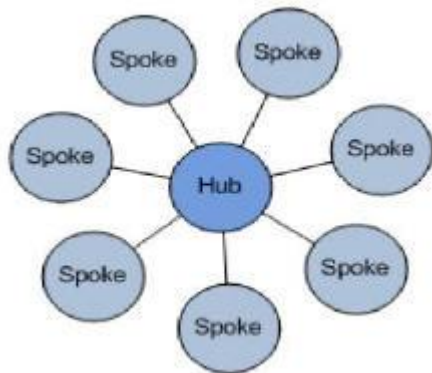
Padova: Camposampiero, Cittadella, Schiavonia, Piove di Sacco, Casa di Cura di Abano Terme - **Rovigo:** Adria, Trecenta

Treviso: Castelfranco, Conegliano, Oderzo, Montebelluna, Vittorio Veneto - **Belluno:** Feltre, Pieve di Cadore

Venezia/Mestre: Chioggia, Dolo, Mirano, San Donà, San Giovanni e Paolo di Venezia, Portogruaro

Verona: Bussolengo, Isola della Scala/Villafranca, Legnago, S. Bonifacio, Casa di cura di Peschiera del Garda, Ospedale classificato di Negrar

Vicenza: Asiago, Arzignano, Bassano, Santorso, Valdagno



NB: i centri di riferimento sono tenuti ad accogliere tutti i trasporti primari provenienti dal territorio di competenza, indipendentemente dalla disponibilità di posti letto di degenza ordinaria o intensiva.

Modello Organizzativo Regione Veneto*



- Parto imminente non espletabile in loco di neonato a rischio: rianimatore e medico ostetrico;
- Parto non imminente di neonato a rischio, con parto in itinere non escluso:
 - a. parto gemellare o presentazione podalica - rianimatore e medico ostetrico;
 - b. altri casi - rianimatore e ostetrica;
- Parto in itinere escluso con necessità di assistenza medica per la gestante (es. ipertensione e preeclampsia grave,...) - rianimatore o altro medico a seconda del livello di assistenza richiesto dalle condizioni cliniche;
- Parto in itinere escluso senza necessità di assistenza medica per la gestante - infermiere.

*: «Livello di assistenza sanitaria nel trasporto interospedaliero» da D.G.R. n. 440 del 10 aprile 2013⁶⁰

Veneto



Il modello organizzativo attuato dalla Regione Veneto risponde a quanto indicato a livello Nazionale (PSN e Accordo Stato-Regioni)

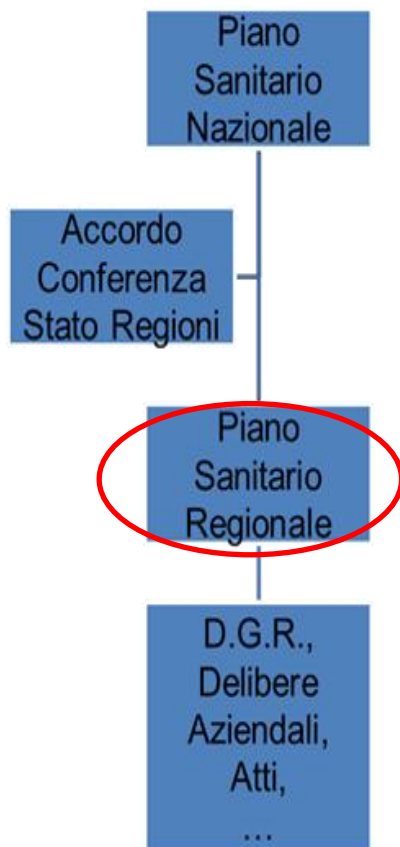
- a livello di **Infrastrutture** (rete HUB e SPOKE),
- a livello di **Organizzazione** del Sistema di Trasporto Assistito Materno.

MANCANZA DI protocolli / PDTA condivisi tra HUB e SPOKES afferenti, relativi alle modalità del trasferimento (che esami diagnostici, che trattamenti farmacologici iniziare,...)



REGIONE SICILIA

Sicilia



➤ PSR 2011-13

Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) in ambito regionale per la centralizzazione delle gravidanze a rischio nei centri di II livello per le cure ostetrico-ginecologiche e neonatali

Sicilia



REGIONE SICILIA



Il Servizio (STAM), deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture in rete tra loro tramite il Servizio 118.

- Il trasporto assistito materno può essere affidato, purchè in presenza di ostetrico ginecologo, ai mezzi operativi afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (DEA) (D.P.R. 27/03/1992).
- L'allocazione dei servizi STEN e STAM, sarà definita su proposta della Commissione regionale per l'assistenza materno-infantile, in considerazione delle indicazioni del documento in atto all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Sicilia



REGIONE SICILIA

Programma Operativo Consolidamento e Sviluppo 2013 – 2015

- Rete Sten / Stam
- Responsabile del procedimento attuativo Servizio 4 – DPS
Programmazione Ospedaliera –

Indicatori di processo

- Entro il 31.12.2013: Individuazione dei centri Spoke sulla base della rimodulazione della rete ospedaliera (Sten/Stam);
- Monitoraggio annuale (Step al 31.12.) sullo stato organizzativo strutturale della rete Sten/Stam (report a 60 gg);
- Monitoraggio annuale (Step al 31.12.) sull'operatività della rete Sten/Stam (report a 60 gg);
- Indicatori di risultato Indice sintetico delle implementazioni (fino a funzionalità ottimale a regime): 50% al 31.12.2014 e 100% al 31.12.2015;



Sicilia



REGIONE SICILIA



D.A. n 299/2015

- « riordino e razionalizzazione della rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistita materna (STAM)»

D.A. n 767/2015

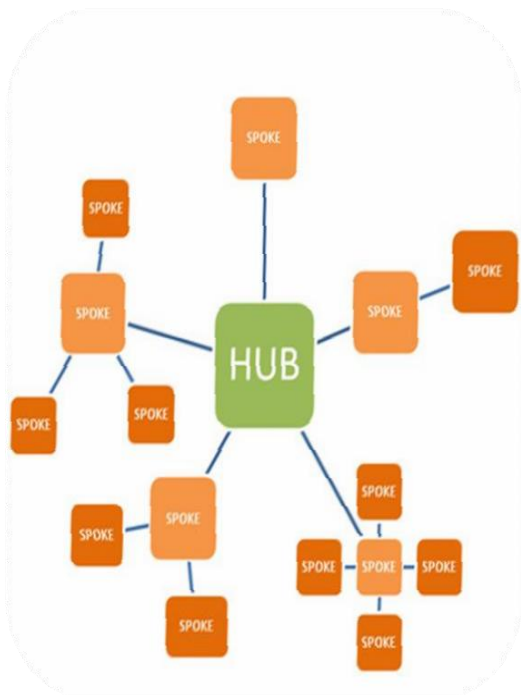
- « procedura operativa rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (sten) e assistito materno (stam)»

Sicilia



REGIONE SICILIA

Organizzazione rete operativa



➤ Sicilia occidentale

- Palermo Trapani-

Centro Stam Az. Osp Villa Sofia-Cervello

Centro Operativo Sues 118 Palermo

➤ Sicilia centrale

-Enna Caltanissetta Agrigento-

Centro Stam P.O. Umberto I EN

Centro Operativo SUES 118 Caltanissetta

Sicilia



Organizzazione rete operativo

➤ Sicilia orientale

-Catania Ragusa Siracusa Messina-

Centro Stam Catania- P.O. Santo Bambino di Catania

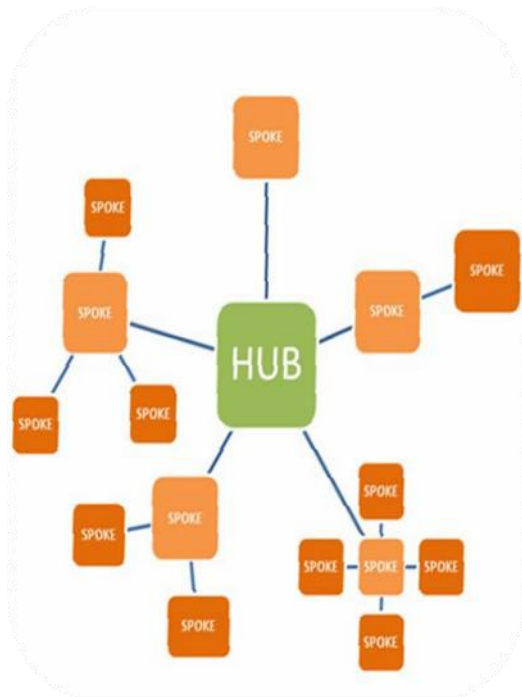
Centrale Operativa SUES 118 Catania

Centro Stam Asp Di Messina P.O. Barone di Patti

Centrale Operativa SUES di Messina

Centro Stam P.O. G Martino di Messina

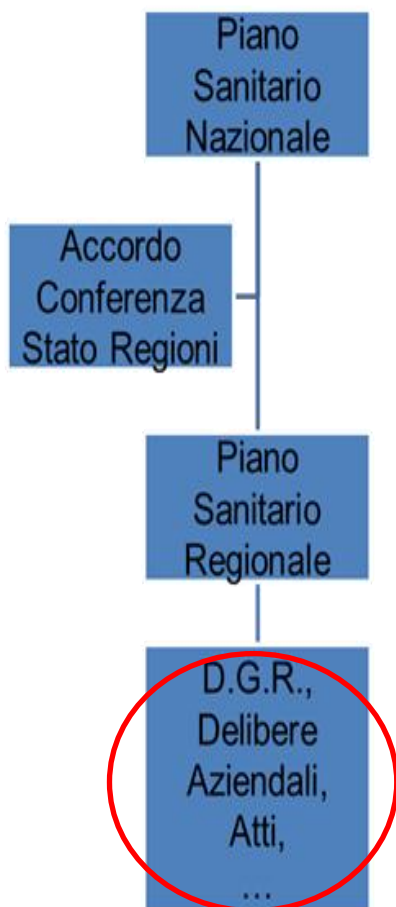
Centrale Operativa SUES 118 di Messina



Analisi Contesto Sicilia



REGIONE SICILIA



ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 29 maggio 2015.

Integrazioni della procedura operativa rete dei servizi di trasporto assistito materno (STAM). Protocolli operativi per la gestione della comunicazione STAM e STEN. Sistema di verifica del monitoraggio semestrale attività Sues 118 STAM e STEN.

Disponibilità di protocollo gestionale e checklist

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

Capo sala

Coordina le attività attraverso la gestione delle risorse umani e materiali degli approvvigionamenti, delle informazioni e comunicazioni. Effettua il controllo e la verifica dei processi. Delega le attività in caso di assenza

Ostetrica

Controlla la dotazione e la funzionalità degli apparecchi elettromedicali, dei presidi sanitari e dei farmaci necessari al trasferimento. Effettua il trasferimento secondo i criteri individuati nella procedura

Autisti

Curano la manutenzione ordinaria, preventiva e la pulizia dei veicoli e dei presidi ivi contenuti, effettuano attività di controllo e verifica sulle apparecchiature e attrezzature in dotazione alle ambulanze



Modalità Operative- Indicazione STAM_i

Le situazioni che impongono lo STAM sono:

- 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;
- feto con grave ritardo di crescita (<5° percentile);
- feto con cardiopatia complessa;
- feto con malformazioni complesse necessitanti correzione chirurgica immediata;
- 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, all'immunizzazione RH, ipertensione grave, sepsi, preeclampsia grave, ecc).



Modalità Operative -Controindicazioni

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

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:
 - clampare il funicolo ombelicale con due pinze a circa 34 cm dall'ombelico e recidere il funicolo tra le due pinze

Calabria



REGIONE CALABRIA



REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

CARTINA POLITICA DELLA CALABRIA



PROVINCE
Cosenza
Crotona
Reggio Calabria
Vibo Valentia

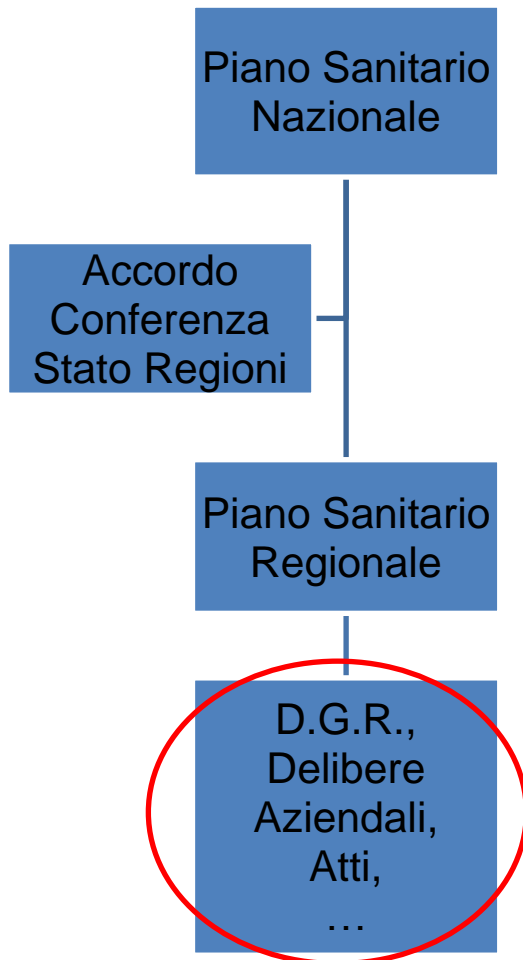


©Roviborboni.it

n. 36 del 6 maggio 2011

Oggetto: Recepimento Accordo Conferenza Unificata 16 dicembre 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"

Calabria



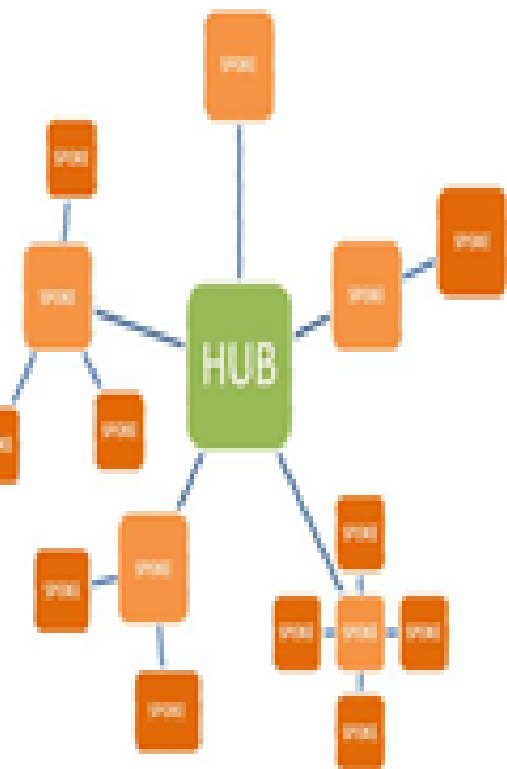
REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

- DCA n. 48 del 3 Giugno 2015
- OGGETTO: Istituzione Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita. Integrazione e modifica al DPGR n 36 del 6 maggio 2011

Calabria



Castrovillari-Cetraro-Paola

Centrale operativa SUES 118 di Cosenza

➤ Area Centro

A.O. Puglese-Ciaccio di Catanzaro

Lamezia Terme- Crotona- Vibo Valenzia

Centrale Operativa SUES 118 Di Catanzaro

➤ Area Sud

A.O. Bianchi-Melocrino di Reggio Calabria

Locri-Polistena

Centrale Operativa SUES 118 di Reggio Calabria

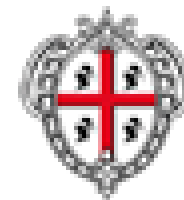
Sardegna



➤ Lo schema del Piano Sanitario Nazionale 2010-12 dispone:

- la razionalizzazione della rete dei punti nascita
- l'organizzazione del trasporto materno e neonatale.

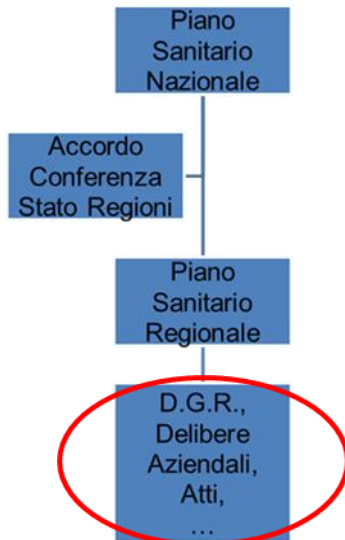
➤ **Non hanno ancora deliberato**



REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA



Lombardia



PROGETTO PILOTA AREA BRIANTEA

«Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi del PSN 2006-2008. Schema per la presentazione dei progetti da parte delle regioni (Anno 2007)»

Regione Proponente:

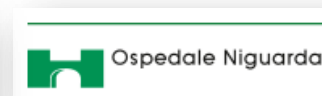
Regione Lombardia

Titolo del Progetto:

«Riorganizzazione delle cure perinatali nell'area Briantea attraverso la creazione di un network ostetrico-neonatale basato sul trasporto»

Linea progettuale nella quale il progetto si colloca:

Iniziative a favore delle gestanti, partorienti e neonati, trasporto neonatale



→ Non c'è una delibera di sistema che copra tutta la Regione



Lombardia: il Progetto «PILOTA» STAM Brianteo

Il progetto mira a definire standard e protocolli operativi atti ad abilitare una stretta collaborazione di rete tra punti nascita (Spoke) e Unità di Terapia Intensiva Neonatale (Hub)

Per supportare la collaborazione tra gli attori Hub e Spoke della rete sono messi a disposizione due strumenti web di rete:

- **Sistema EUOL**
- **Neots-TM web**

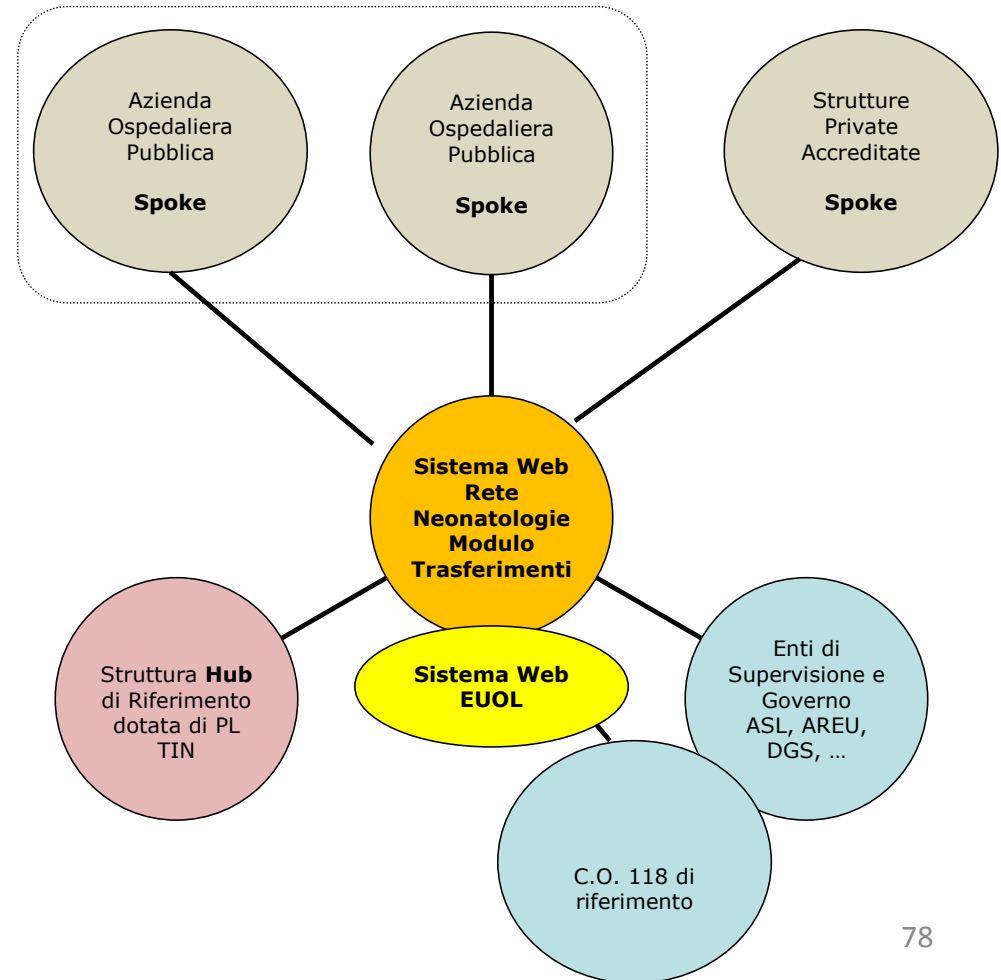
Il sistema **EUOL** serve alla condivisione delle informazioni di disponibilità dei posti letto nelle Terapie Intensive.



Il sistema **Neots-TM web** serve alla gestione dei trasferimenti con invio della scheda clinica della mamma all'Hub di riferimento.

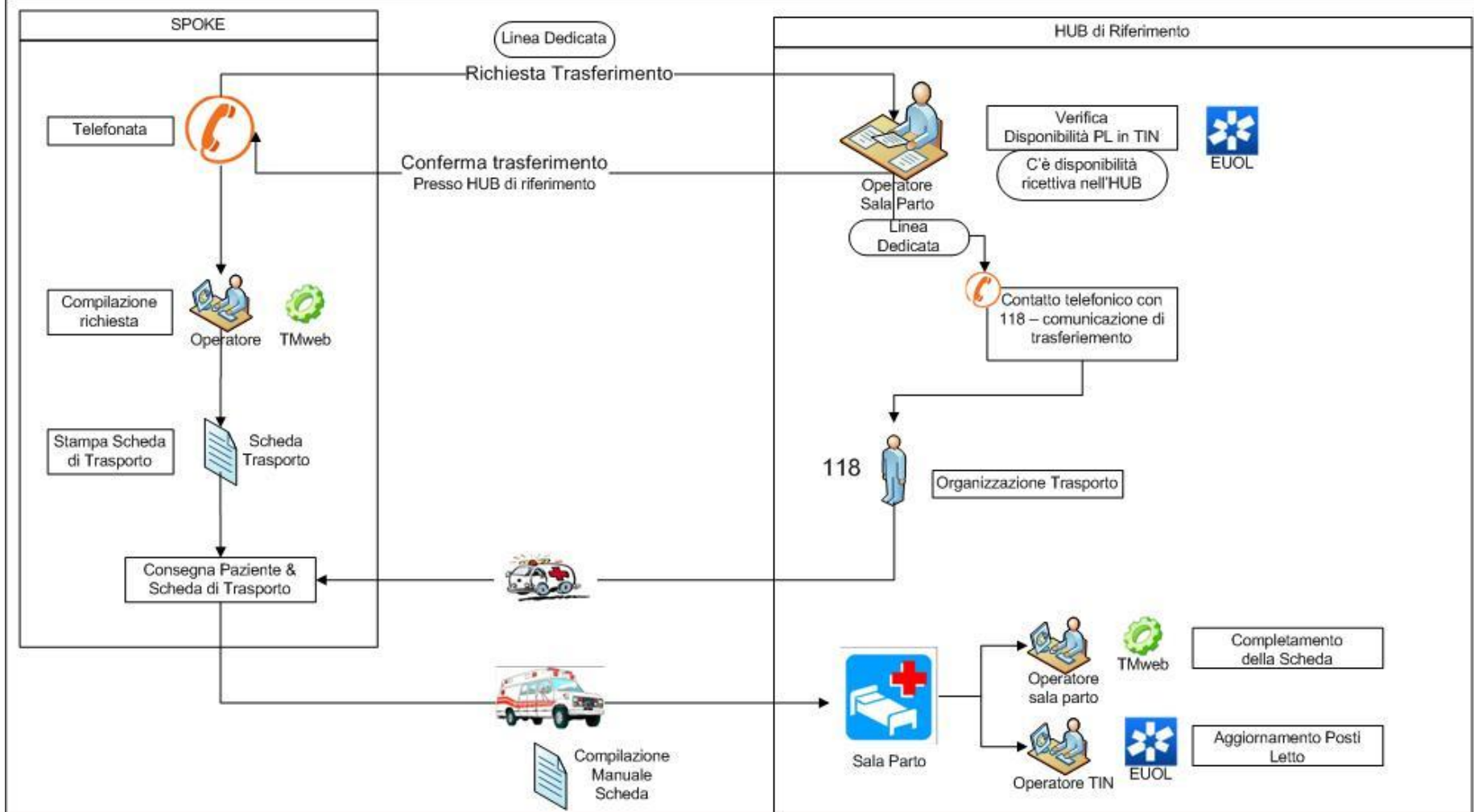


Raccoglie tutti i protocolli/procedure per HUB-SPOKE



LOMBARDIA: Il Pilota

Caso 1: struttura SPOKE effettua il trasferimento presso il proprio HUB di riferimento



Le differenze nel trasferimento di tipo STAM – STEN:

L'equipe del trasporto è costituita da:

per lo STAM → medici ed operatori dello Spoke inviante

per lo STEN → medici ed infermieri della struttura Hub di riferimento



IL SISTEMA EUOL



Regione Lombardia

- applicazione per il monitoraggio delle disponibilità di una risorsa
- raggiungibile tramite postazione internet all'indirizzo: rc.emergaurgenza.net
- Visualizzazione stato di disponibilità di posti letto nelle Terapie Intensive Neonatali in EUOL:

- San Gerardo Monza
- A. Manzoni Lecco
- Niguarda Cà Granda
- ICP Buzzi
- Policlinico Mangiagalli
- Macedonio Melloni



IL SISTEMA NeoTS- TM web

Il sistema **Neots-TM web** per la gestione dei trasferimenti abilita le seguenti funzioni:

Hub

- Generazione richiesta (nel caso sia necessario un trasferimento da Hub ad altro Hub)
- Ricezione informatica della richiesta e scheda clinica compilata in alcune sezioni
- Inserimento informazioni nella scheda
- Chiusura del caso
- Eventuale gestione back transport
- Visione Report (casi e feed back sull'intera rete)
- Consultazione protocolli clinici



TIPOLOGIA DEI TRASPORTI

PRIMARI

Da U.O. di 1° livello a U.O. di 2° livello (Spoke -> Hub)

INTERTERZIARI

Tra U.O. di 2° livello (Hub ↔ Hub), per esecuzione di interventi terapeutici non erogabili presso il centro trasferente, esecuzione di accertamenti diagnostici, mancanza di posti letto

BACK-TRANSPORT

Trasferimento dei neonati, in condizioni stabili e non più necessitanti di tecnologia sofisticata, presso l'U.O. di 1°- 2° livello di provenienza

Vantaggi: Riavvicinare il neonato al proprio nucleo familiare e ottimizzare le risorse delle TIN



Trasporto immediato:

- › Effettuabile entro 1 ora
- › Ginecologo e ostetrica presenti

Trasporto urgente:

- › Appena possibile (qualche ora)
- › Ginecologo o ostetrica

Trasporto dilazionabile:

- › Ricovero e/o osservazione nel centro periferico
- › Ginecologo o ostetrica



SCHEDA DI TRASPORTO E PROTOCOLLI CONDIVISI HUB-SPOKE

Ogni fase del processo STAM è scandito da una parte della scheda di trasporto. Questa è stata suddivisa in sezioni e per ciascuna di queste si è individuata la struttura addetta alla compilazione e lo strumento utilizzato (Neots-TMweb o scheda cartacea).

Chi Compila dove	SCHEDA di TRASPORTO
SPOKE su Neots-Tmweb	(A) Apertura Scheda <i>(Generalità Richiesta; Dati Anagrafici; Problema Attuale)</i>
	(B) Esito
	(C) Dati Allegati
	(D) Terapia Effettuata c/o H. inviante
	(E) Variabili Cliniche <i>(Condizioni di partenza)</i>
SPOKE in ambulanza e Neots- TMweb	(F) Trasporto <i>(Terapia in corso durante il trasporto; Presidi utilizzati; Complicanze durante il trasporto)</i>
HUB su TMweb	(G) Variabili Cliniche <i>(Condizioni di arrivo)</i>
	(H) Back Transport Madre
HUB/ SPOKE su Neots-TMweb	(I) Chiusura Scheda <i>(Parto; Complicanze PostPartum; Neonato)</i>



NIGUARDA





Transport as a system: reorganization of perinatal assistance in Northern Lombardy

Stefano Martinelli, Patrizia Vergani, Rinaldo Zanini, Roberto Bellù, Clotilde Farina & Paolo Tagliabue



I diversi presidi ospedalieri sono strutturati in sotto-reti Hub e Spoke, ovvero a ciascun Hub afferiscono diversi Spoke, in particolare le reti presenti in questo progetto sono:





Lombardia: dopo il Pilota, quale futuro per la Regione?

PUNTI DI FORZA «PILOTA»

- Organizzazione informatica tramite EUOL-NEOTs
- Protocolli standardizzati tra HUB-SPOKE

PUNTI DI DEBOLEZZA «PILOTA»

- Limitata copertura geografica (solo area Briantea Lecco/Monza/Nord Milano)
- Basso numero di trasporti vs centro HUB-Niguarda
- Presenza sull'area milanese di altre TIN non incluse nel sistema che lavorano extra-rete
- Alto costo dei sistemi informatici



Lombardia



Regione
Lombardia

Serie Ordinaria n. 1 - Giovedì 07 gennaio 2016

D.g.r. 29 dicembre 2015 - n. X/4702

**Determinazioni in ordine alla gestione del servizio
socio-sanitario per l'esercizio 2016**



Trasporto Materno- Neonatale

« **Dovrà essere attivato e regolamentato**, in coerenza con quanto definito dall'accordo Stato Regioni del 2010 e quanto proposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale di trasporto assistito materno (STAM) in collaborazione con AREU/112»



L'attuale rete dei punti nascita lombarda non sempre è coerente con quanto definito dall'accordo Stato/Regioni del 16.12.2010

Medicina Materno Fetale: nasce una nuova rete

PROPOSTA:

Unità di Medicina Materno Fetale per Patologie Complesse ad Alto Rischio Ostetrico (M.M.F)

- Insieme di funzioni professionalmente finalizzate alle **donne** e ai **feti** che richiedono **elevati livelli assistenziali**.
- si collocano nelle **U.O. di Ostetricia e Ginecologia presso Presidi dotati di Punti Nascita di II livello unitamente a di Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN)**
- Sono prevedibili da **9 a 11 Punti Nascita** di II livello con centri **M.M.F. + TIN** con dimensioni e bacini di utenza coerenti con Accordo Stato/regioni del 16.12.2010

Tutto questo deve essere reso possibile iso- risorse.

Si propone di:

- incrementare il rimborso per talune patologie
- ridurre corrispondentemente il rimborso per altre

Enrico Ferrazzi - Mario Meroni





DELIBERAZIONE N° X / 4873

Seduta del 29/02/2016

INDICAZIONI RELATIVE ALL'ASSOLVIMENTO DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 541, DELLA LEGGE 28 DICEMBRE 2015, N. 208, STANDARD OSPEDALIERI E LEGGE 161/2014. PRIMO PROVVEDIMENTO

Si approva il documento di programmazione dell'adeguamento della rete d'offerta in base alle disposizioni del DM 70/2015

1.4 ARTICOLAZIONE DELLA RETE MATERNO-INFANTILE

L'offerta in Regione Lombardia è costituita, per l'anno 2015, da **71 Punti Nascita** di cui 9 con un numero di parti < 500 /anno, in larga misura maturati nel 2015 anche in conseguenza della Sono stati chiusi, infatti 9 punti nascita caratterizzati da un numero di parti inferiori a 500.

Nel decreto 70/2015 sono definite, oltre al riferimento dell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010, anche le dimensioni dei bacini di utenza per le unità operative di Terapia Intensiva Neonatale che devono essere compresi tra 600.000 e 1.200.000 abitanti.

Per una corretta definizione del progetto di riorganizzazione dei Punti di Offerta ad alto livello di intensità di cure sono stati identificati dei parametri di efficacia ed efficienza, riportati nel Sub-Allegato 1, Tabella 2. I criteri riportati, in aggiunta a variabili di georeferenziazione e alla densità della popolazione hanno consentito di ipotizzare una rete di 12/14 unità di Terapia Intensiva Neonatale con dimensioni minime coerenti con quanto previsto dalla normativa attuale (Accordo

TABELLE DI RIFERIMENTO

“Documento generale di programmazione dell’adeguamento della rete d’offerta alle disposizioni del DM 70-2015”

Tabella 1. Criteri per la definizione e valutazione della Rete d’offerta dei Punti Nascita

19. M.M.F (Medicina Materno Fetale)

Valuta se il Presidio del Punto Nascita è sede di U.O. di Ostetricia e Ginecologia in grado, secondo standard ben individuati, di gestire in modo appropriato, le gravidanze patologiche e quindi il livello di assistenza erogabile in ambito della gravidanza. Se presente deve essere prevista anche una U.O. di TIN al fine di garantire la uniformità di livello assistenziale previsto dall’Accordo /Stato gravidanza.

Primi passi della Regione Lombardia per estendere il progetto Pilota Lombardo (2011)

- ***Definizione di 12-14 Hub che presentino MMF + TIN***
- ***Ampliamento della rete STAM a tutta la regione***

