

**NUOVE LINEE GUIDA PER LA ORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI
DI ASSISTENZA URGENZA TERRITORIALE**

PREMESSA

- La L.R. 2/94 nell'ambito del Sistema Integrato Regionale della **Emergenza Sanitaria 118**, ha individuato un livello di intervento definito Servizio Assistenza Urgenza Territoriale (SAUT) caratterizzato da presidi territoriali che non dovevano essere superiori al numero di Distretti di cui alla L.R. 32/94.
- Con successiva D.G.R. n.772 del 26.06.97 è stato stabilito che il numero dei SAUT in Regione Campania dovesse essere pari al numero dei Distretti ;
- La L.R. 13/98, modificando la L.R. 2/94, ha individuato 113 Distretti, eliminando alcuni errori contenuti nella L.R. 32/94 ;
- L'art.3 – quater del D.Lvo 229/99, comma 1,prevede la ridefinizione dei distretti sanitari nell'ambito territoriale delle AA.SS.LL.
- Il D.lvo n. 229/99, che ha modificato l'art.8 comma 1bis del Dlvo n.502/92 e successive modifiche, stabilisce l'individuazione da parte delle Regioni di specifiche aree di attività della emergenza sanitaria onde consentire il passaggio dinamico alla dipendenza ai medici addetti alla Emergenza Sanitaria Territoriale, al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, previo giudizio di idoneità.
- Inoltre, l'art.8 comma 1bis del D.Lvo n.229/99, stabilisce che, nelle more del passaggio alla dipendenza le Regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza sanitaria, secondo criteri di flessibilità operativa.
- La DGR n.4617 del 09.07.99, individuando l'area della Emergenza Sanitaria, ha avviato le procedure concorsuali per il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati di Guardia Medica con 5 anni di anzianità al 31.12.92, ai sensi dei DD.Lvi 502/92 e D.Lvo. 5 17/93.
- La DGR n.1239 del 23.03.2001, individuando l'area della Emergenza Sanitaria, ha avviato le procedure concorsuali al fine di consentire il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati di Emergenza Sanitaria Territoriale che maturano dinamicamente i 5 anni di anzianità, ai sensi e per gli effetti del D.Lvo n.229/99.
- Il D.P.R. 270/2000, che disciplina i rapporti con i medici convenzionati dell'area della Medicina Generale (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale e Medicina dei Servizi), nel rispetto del D.Lvo n.229/99, separa definitivamente la Continuità Assistenziale (Capo III) dalla Emergenza Sanitaria Territoriale (Capo V), definendone specificamente i diversi ruoli e i differenti compiti.
- Il capo V del D.P.R. 270/2000 stabilisce che il compito istituzionale dei medici della Emergenza Sanitaria è quella di garantire interventi di assistenza e di soccorso avanzato con mezzo idoneo ed attrezzato secondo la vigente normativa, nonché una più stretta integrazione dei medici della Emergenza sanitaria nella Emergenza Ospedaliera, nell'ambito dei P.S. dei presidi ospedalieri e nei DEA

L' organizzazione dell'emergenza territoriale in Regione Campania è regolata come segue:

1 - UBICAZIONE

- I presidi PSAUT e i punti di stazionamento del servizio di emergenza territoriale, da allocarsi in strutture diverse dai presidi di Continuità Assistenziale, sono ubicati nelle sedi individuate dalle AA.SS.LL..

- La rete del Servizio Trasporto Infermi è quella prevista dalla deliberazione di Giunta Regionale n°5922 del 16.12.2002.
- La eventuale ridefinizione delle sedi PSaut e della ubicazione dei mezzi di soccorso, coordinati dalla Centrale Operativa territorialmente competente, deve tener conto delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della rete ospedaliera della emergenza sanitaria (DEA), nonché del rispetto dei tempi di percorrenza previsti dalla normativa nazionale e deve essere sottoposta a verifiche periodiche in ordine a criteri di funzionalità ed operatività da parte dei responsabili delle Centrali Operative competenti.

2 - COMPITI DEI PSAUT

- I PSAUT sono strutture di primo soccorso territoriale attivi 24 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno, espletano attività d'osservazione medica breve e piccola chirurgia; essi sono aperti all'utenza e costituiscono una rete territoriale organizzata dall'ASL ed attivata dalla Centrale Operativa competente per territorio, sulla base di - appositi protocolli e di linee guida. -
- L'accesso dell'utenza al PSAUT e la relativa prestazione sanitaria erogata deve essere organizzata per codici di gravità, mediante triage infermieristico.

3 - ATTIVITA' DEI MEDICI IMPIEGATI NEI PSAUT

I medici del P.S.A.U.T. svolgono sia attività territoriale che ospedaliera.

L'attività territoriale consiste in:

- a. assicurare il pronto soccorso attivo medico-chirurgico territoriale di base nei locali opportunamente attrezzati per idonei interventi sanitari e percorsi diagnosticoterapeutici, nonché per la osservazione medica breve , per interventi di piccola chirurgia e per la stabilizzazione del paziente;
- b. rispondere con massima sollecitudine alle chiamate della C.O.;
- c. recarsi, nel più breve tempo possibile, sul luogo in cui è stato richiesto l'intervento;
- d. identificare la gravità della situazione sanitaria;
- e. stabilire la possibilità di trattamento in loco;
- f. richiedere al C.O. il mezzo di trasporto più idoneo;
- g. predisporre, se necessario, il ricovero ospedaliero presso l'ospedale più idoneo a fornire la specifica assistenza sanitaria necessaria al paziente;
- h. fornire notizie sulle condizioni del paziente, direttamente o tramite la C.O., ai sanitari che prenderanno successivamente in cura il caso;
- i. prestare servizio sui mezzi di soccorso, anche avanzato, del Servizio Trasporto Infermi.;
- j. demandare, se di competenza, il trattamento al medico di assistenza primaria o continuità assistenziale.

L'attività ospedaliera consiste nell'inserimento dei medici di P.S.A.U.T. nella organizzazione dei D.E.A. e P.S.A., ai sensi del comma 3 dell'art.12 della L.R.2/94.

4 - AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE OBBLIGATORIO

Le singole Aziende Sanitarie, considerate le esigenze professionali del servizio e la necessità di un aggiornamento continuo e puntuale per i medici di emergenza sanitaria territoriale organizzano l'aggiornamento professionale obbligatorio per tutti gli operatori addetti all'emergenza secondo linee guida internazionali (BLS-D, PBLs, ALS, PTC, ATLS).

5 -ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI PSAUT

A - Spazi

Gli ambienti necessari per l'attività del PSAUT debbono essere dimensionati nella misura minima prevista dalla Circolare n. 1995 del 16/2/96, debbono essere adeguati al numero di medici che vi operano, anche nel rispetto della DGR n.7301 del 31.12.2001 relativa ai requisiti minimi strutturali.

In particolare, gli spazi, di dimensioni non inferiori ai 60 mq. debbono essere così suddivisi:

- sala d'accettazione e d'attesa per eventuali accompagnatori
- sala o box con lettino attrezzato per le prime cure mediche;
- sala o box di medicazione per piccola chirurgia;
- sala o box per l'osservazione medica breve;
- servizi igienici;
- magazzino;
- spogliatoio;
- sala per la sosta ed il riposo degli operatori.

B - Arredi

- panche
- sedie di attesa;
- n. 4 lettini da visita medica;
- sgabelli;
- scrivanie;
- sedie;
- poltroncine;
- poltrone per il riposo degli operatori sanitari.

C- Attrezzature

- armadi metallici con serratura per medicinali e strumenti;
- carrello da medicazione;
- lampada scialitica;
- set chirurgico completo;
- set per IOT;
- cardiotelefono;
- unità respiratoria (Ossigeno terapeutico, flussimetro per ossigeno, pallone Ambu;
- ventilatore automatico;
- apparecchiatura minima per analisi di laboratorio;
- serie di strisce reattive;
- defibrillatore con monitor e stampante;
- saturimetro;
- aspiratore;
- telefono;
- radio palmare;
- personal computer;
- fax;
- farmaci necessari per primo intervento.

D - Ulteriori dotazioni

Ai medici dei PSAUT è assegnato un KIT di pronto soccorso per interventi domiciliari territoriali.

Gli interventi debbono essere annotati su apposito registro, simile a quello usato nei presidi ospedalieri per l'attività di Pronto Soccorso.

E - Abbigliamento

Le AA.SS.LL. provvedono a fornire al personale PSAUT impegnato sul mezzo di soccorso idoneo abbigliamento professionale di "Alta Visibilità" (Norma EN 471), in numero di 2, di colore rosso-arancio con relativa stemmologia.

6 - MEZZI DI TRASPORTO

Il sistema di emergenza sanitaria è dotato dei mezzi di soccorso di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n° 5922 del 16.12.2002 .

7 - PERSONALE

a) Ambulanza da trasporto (ex tipo B)

Il personale addetto all'ambulanza attrezzata per interventi di primo soccorso è composto di due unità costituite da:

- autista-soccorritore;
- infermiere professionale ;

b) Ambulanza medicalizzata di soccorso avanzata(ex tipo B Medicalizzata)

Il personale addetto all'autoambulanza di soccorso avanzato è composto di tre unità costituite da:

- autista-soccorritore
- infermiere professionale;
- medico del PSAUT

c) Centri Mobili di Rianimazione(ex tipo A)

Per l'eliambulanza e i Centri mobili di rianimazione la dotazione è la seguente:

- autista - soccorritore;
- infermiere professionale;
- medico specialista in Anestesia e Rianimazione.

d) Auto e moto medicalizzata

Il personale addetto all'auto o moto medicalizzata è composto da due unità:

- infermiere professionale con compiti di conduzione del mezzo;
- medico del PSAUT.

8 - DISPOSIZIONI FINALI

Le presenti linee guida sostituiscono quelle di cui alle delibere n.° 8684 e 10287 dell'anno 1998 e le relative circolari applicative.

L'allegato A indica l'elenco dei Saut attualmente attivati su cui i Direttori Generali devono fare proposte secondo le modalità sottoriportate.

Le singole AA.SS.LL. entro 30 gg. comunicheranno all'Assessorato la proposta di accorpamento e riallocazione delle sedi PSAUT, l'eventuale variazione della dislocazione dei mezzi di soccorso e delle postazioni , nonché dei contingenti di personale per singolo PSAUT che tenga conto della rete viaria delle condizioni geomorfologiche del territorio.

L'Assessorato alla Sanità, entro i successivi trenta giorni, delibererà i nuovi contingenti di personale, nonché il numero dei PSAUT con i collegati punti di stazionamento e postazioni 118.

Conseguentemente i PSAUT già attivati e riconfermati, entro 120 giorni dall'entrata in vigore dell'atto deliberativo di cui sopra, dovranno essere così modificati:

- adeguamento del personale, mezzi, spazi, arredi, attrezzature e presidi di cui ai sopra citati articoli 5, 6 e 7;
- apertura all'utenza 24 ore al giorno, per tutti i giorni dell'anno, espletando attività d'osservazione medica breve, per interventi di piccola chirurgia e per la stabilizzazione del paziente.

I SAUT già attivati e da sopprimere verranno dismessi entro 120 giorni dall'entrata in vigore delle nuove

“Linee Guida” e gli operatori, dal momento che la previsione dei contingenti di personale è per ASL, saranno ripartiti negli altri PSAUT attivati.

In attesa del passaggio alla dipendenza dei medici addetti alla Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi del D. Leg. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nonché del D. Leg. 229/99, il personale medico impiegato nei PSAUT è quello convenzionato, di cui al Capo V DPR 270/2000, a tempo pieno ed esclusivo a 38 ore settimanali, e che sia stato considerato idoneo a tale servizio perché in possesso dell’attestato d’idoneità all’esercizio dell’attività d’Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell’art. 66 DPR 484/96, o perché - titolare ex art. 22 del DPR 41/91.

Il passaggio alla dipendenza dei singoli medici sopra citati determinerà l’automatica riconversione dei singoli contingenti nella Dotazione Organica dei PSAUT.

Il contingente dei medici di Emergenza Sanitaria deve essere ripartito dalla ASL, nel rispetto del proprio atto Aziendale, tra i presidi PSAUT, P.S.A. , D.E.A. e C.O.