

3. Cornescu, V.; Mihăilescu, I.; Stanciu, S., 2003, *Managementul organizației*, Editura ALL Beck, București;
4. Cocs, C.; Makim, P., 2006, „*Schimbarea în organizație*”, Editura Polirom, București;
5. Dygert, B. C.; Jacobs, A. R., 2006, „*Managementul culturii organizaționale*” Editura Polirom, București;
6. Daniels, C. A., 2007, „*Managementul performanței*”, Editura Polirom, București;
7. Ețco, C., 2006, „*Management în sistemul de sănătate*”, Epigraf, Chișinău;
8. Janson, J., 2007, „*Managementul carierei*”, Editura Polirom, București;
9. Păuș, V. A., 2006, „*Comunicarea și resursele umane*”, Editura Polirom, București;
10. Pânișoară, G., 2006, „*Integrare în organizație*”, Editura Polirom, București;
11. Pânișoară, G.; Pânișoară, I.-O., 2007, „*Managementul resurselor umane*”, Editura Polirom, București;
12. Owen, J., 2008, „*Cum să fiu un bun manager*”, Editura Polirom, București;
13. Zlate, M., 2004, „*Tratat de psihologie organizațional-managerială*”, Editura Polirom, București;
14. Дуракова, И. Б.; Кубанов, А. Я., 2007, „*Управление персоналом организации*”, ИНФРА-М, Москва;
15. Егоршин, А. П., 2006, „*Основы управления персоналом*”, ИНФРА-М, Москва;
16. Кибанов, А. Я., 2007, „*Основы управления персоналом*”, ИНФРА-М, Москва;
17. Магура, М. И.; Курбатова, М. Б., 2002, „*Организация обучения персонала компании*”, ЗАО Бизнес-школа „ИНТЕЛ СИНТЕЗ”, Москва;
18. Роббинз, С.; Хансейкер, Ф., 2007, „*Тренинг делового общения для менеджеров*”, ИНФРА-М, Москва;
19. Самыгин, С. И.; Кошкин, П. П.; Ратиев, В. В.; Швец, Л. Г., 2006, „*Управление персоналом*”, ФЕНИКС, Ростов-на-Дону.

UNELE ASPECTE DE ORGANIZARE SERVICIULUI DE ASISTENȚA MEDICALĂ DE URGENTĂ ÎN DIFERITE ȚARI

Diana Caraștefan

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some aspects of organization of emergency medical assistance service in different countries

This article presents a descriptive analysis on foundation and regulations of emergency medical assistance service in different countries. For the first time in France, Dominique Jean Larray proposed to transport the wounded from the battlefield promptly to a hospital for providing medical assistance. The first emergency medical assistance service in Germany was organized in 1769. In the USA the emergency medical assistance service has been known since 1862 when the military surgeon Jonathan Letterman organized the first service transporting wounded persons. During the second half of the XIXth century our compatriot N.V. Sklifosovsky founded the emergency medical assistance service in the city of Moscow. We presented the structure of the emergency medical assistance service in different countries and some activity indicators.

Rezumat

În acest articol este prezentată o analiză descriptivă despre fondarea și regulile de activitate a asistenței medicale de urgență în diferite țări. Pentru prima dată în Franța de D.Larrei a fost propusă transportarea răniților de pe câmpul de luptă cât mai rapid într-un spital pentru acordarea asistenței medicale. Primul serviciu de AMU în Germania a fost organizat în anul

1769. În SUA istoricul serviciul de AMU este cunoscut din anul 1862, când chirurgul militar Jonotan Letterman a organizat primul serviciul pentru transportarea răniților. În a doua jumătate a secolului XIX de pământeanul nostru N.Sclifosovsci în Moscova a fost fondat serviciul de AMU Este prezentată structura serviciul de AMU în diferite țări, unii indicatori de activitate.

Întroducere

Medicina de urgență este specialitatea, care are ca scop diagnosticarea, tratarea și stabilizarea funcțiilor vitale ale bolnavului sau accidentatului la locul solicitării, în timpul transportării și în departamentele de medicină de urgență.

Sub raportul principiilor de bază medicina de urgență este unică, dar cu particularități după cum se practică în afara sau în interiorul spitalului [13-18].

Sistemele de asistență medicală de urgență, ca parte componentă a sistemelor de sănătate publică, sunt deja bine conturate, din punct de vedere organizatoric, activează în conformitate cu standarde profesionale de educație și cercetare.

Material și metode

Este îndeplinit un studiu secundar – reviu descriptiv, care a permis în urma analizei a 64 de surse științifice publicate de selectat cele mai importante rezultate de activitatea serviciului de AMU în diferite țări.

Rezultatele obținute

Din istoria Universală este cunoscut, că începutul asistenței medicale de urgență a fost pus de baronul Dominic Larrei – chirurgul lui Napoleon, care a demonstrat că neacordarea asistenței medicale la timp ostașelor răniți duce la majorarea mortalității în rândurile lor. De către D.Larrei a fost propusă transportarea acestor răniți de pe câmpul de luptă cât mai rapid într-un spital pentru acordarea asistenței medicale.

De atunci a trecut mult timp și deja în Franța în anul 1955 au început activitatea echipe medicale mobile, care acordau AMU accidentaților în accidente rutiere și efectuau transportarea pacienților de la un staționar la altul. Eficacitatea activității a acestui serviciu a dus la majorarea lor dublă către anul 1965. La moment serviciul de AMU dezvoltat (SAMU) activează în 105 regiuni ale Franței.

Serviciul de AMU are dispecerat central, care primește apelurile în regim nonstop pe numărul național „15” sau universal „112”. Dispecerul transmite solicitările medicului, care le împarte în dependența de urgența acordării asistenței medicale. În componența echipelor mobile sunt tehnicieni medicali, sau pompieri. În unele cazuri medicii pot veni la locul solicitării cu transportul propriu. În dependența de profil echipele mobile sunt de terapie intensivă (MICU) și de reanimare (SMUR). În brigăzi SMUR activează reanimatologul cu asistenta medicală; unele MICU sunt specializate în acordare AMU în perinatologie, unde activează medic-pediatru și asistenta medicală. Timpul de sosire a echipelor este sub 15 de minute. Dacă este necesară transportarea pacientului în staționar, medicul-dispecer determină profilul spitalului [18]

Pe lângă staționarele sunt organizate secțiile de Asistență Medicală Urgentă care sunt împărțite în două niveluri. La nivelul I (SAU) activează chirurgii (se efectuează investigații radiologice și de la laborator). La nivelul II (URAOU) specialiștii sunt invitați după necesitate. Instruirea profesională are o durată de la 8 până la 15 ani.

În centrele industriale mari (Leon, Marseli) în urma creșterii a traumatismelor sunt organizate secții de AMU în componența spitalelor, unde sunt transportați pacienții în urma accidentelor rutiere. În unele orașe (Parisul, Tulusa) sunt organizate centre de reanimare pentru acordarea AMU accidentaților și pacienților cu maladii cardio-vasculare grave[30].

Germania se consideră a doua țară în lume unde a fost organizat serviciul de urgență. Primul serviciu a fost organizat în anul 1769. Acordarea primului ajutor medical la locul accidentului s-a efectuat de către pompierii și echipele Crucii Roșii. La mijlocul secolului XIX a fost organizat serviciul de transportare a bolnavilor și accidentaților. În anul 1957 Carl-Heintz

Bauer a organizat primele echipe de medici pentru acordarea AMU la locul accidentării, iar în anul 1960 Rudolf Frei și Fridrih Wilhelm Aufild au argumentat necesitatea implementării echipelor de reanimare, iar în anul 1970 a început activitatea primul helicotper de reanimare.

Asistența Medicală Urgentă în Germania se acordă în cadrul asistenței medicale primare de medicii de gardă, asistenței medicală spitalicești și AMU la etapă de prespital.

Asistența Medicală Urgentă este unificată: structura serviciului, instruirea, atestarea personalului, finanțarea. În acordarea AMU sunt implicați pompierii, Crucea Roșie, Asociații de transport, companiile private de AMU. În fiecare regiune este un dispecerat central, care coordonează întreaga activitate a AMU. Un telefon unic pentru preluarea apelurilor nu există. În majoritatea regiunilor sunt două numere: 112 sau 19222.

Asistența Medicală Urgentă are două sisteme: la etapă de prespital: BLS – pentru transportarea bolnavilor negravi și ALS – pentru pacienții cu stări extrem de urgente. În echipele ALS activează medici și tehnicieni, mai mulți de 50 % din solicitările acestor echipe revin îmbolnăvirilor acute. Pregătire specială pentru ALS nu este necesară. Majoritatea medicilor din AMU activează în staționare în calitate de anesteziologi, chirurghi sau terapeuți. În localitățile rurale activează medici de diferite specialități.

Timpul mediu pentru sosirea echipelor este de la 5 până la 15 minute.

Serviciul AVIA de Asistența Medicală Urgentă de asemenea activează după această sistemă. În helicotper activează medic, paramedic și unul sau doi piloți. Raza de deservire este în jurul la 50 km de la staționar.

Unii specialiști socot irațională antrenarea medicilor calificați pentru acordarea AMU la etapă de prespital. După părerea lor este mai rațional de reorganizat și fortificat echipele de reanimare, ce va duce la îmbunătățirea considerabilă a calității acordării AMU și micșorarea cheltuielilor. Ei de asemenea argumentează lipsă necesității declarării unui statut special AMU. În același timp, odată cu micșorarea numărului de paturi în staționare, micșorarea numărului de spitale, această sistemă poate duce la separarea AMU ca specialitatea medicală, crearea secțiilor de AMU pe lângă staționare [21,35]

În SUA istoricul serviciului de asistența medicală de urgență este cunoscut din anul 1862, când chirurgul militar Jonotan Letterman, preluând conceptul lui Dominic Larrei, a organizat primul în țara serviciul pentru transportarea răniților. În 1865 în spitalul din Ținținate a fost organizat primul serviciu civil de asistență medicală de urgență. Doctorul Edvard Dalton în New-York, în 1869 în spitalul Bellevue a organizat primul serviciu de transportare a pacienților și traumatizaților. În anul 1928 în statul Virginia de către medicul Julien Vaison a fost organizată prima echipă de acordare a asistenței medicale de urgență la locul accidentării.

În anul 1966 Academia Națională de Știință a publicat „Raport Alb” cu denumirea „Morbiditatea și invalidizarea în urma cazurilor nefaste: atârănarea neserioasă față de morbiditatea în societatea contemporană”. Ca rezultatul acestui raport au fost aprobate în anul 1966 actului de securitate pe autostrăzi, a apărut transportului sanitar echipat, programelor de instruire. În anul 1973 a fost aprobată o lege specială îndreptată la îmbunătățirea acordării asistenței medicale urgente la nivel național. Au fost separată Asistența Medicală de Urgență și Societățile Obștești de Securitate, a început pregătirea în masa a populației și a voluntarilor. În anul 1994 a fost organizat Sistemul Național Medicina și Catastrofe, pentru acordarea asistenței medicale de urgență pacienților în masă.

Telefonul pentru toate serviciile (pompieri, poliție, AMU) este 911, apelurile sunt preluate de către dispeceri, care au o pregătire teoretică de 12 săptămâni și practică de 300 ore în domeniu. Programele de pregătire a dispecerilor se bazează pe standardele elaborate de către American Society for Testing and Materials în anul 1990. Dispecerii instrucează sinistrații despre măsurile care necesită a fi efectuate până la sosirea echipei de AMU. Baza de Suportul Vital (Basic Live Support – BLS) se efectuează de colaboratorii care au o pregătire de 40-60 de ore, dar Suportul Vital Avansat (Advanced Live Support – ALS) de către colaboratori cu pregătire de 110 de ore. Paramedicii se instruiesc 1000 de ore, dintre care 250-500 ore sunt de pregătire teoretică și 500 de ore activitatea în departamente de urgență. Toți colaboratorii posedă

efectuarea defibrilării automate. Programul de instruire în diferite state este diferit [29,32.37].

Strategia acordării AMU „Scoop and run” se bazează pe regula „orei de aur” care în AMU înseamnă 30 de minute de la accidentare. Asistența prespitalicească minimală include – restabilirea permeabilității căilor respiratorii cu intubarea endotracheală și ventilarea pulmonară, restabilirea sistemului cardio-vascular, măsuri de hemostază provizorie, imobilizarea și transportarea în centrele traumatologice. Scopul principal „Scoop and run” – este transportarea pacientului în staționar timp de 10 minute după sosirea echipei la locul accidentării „the platinum ten minutes”.

Altă strategie a asistenței medicale de urgență – „The stay and run” este preluată din modelul francez de AMU, care prevede volum maximal de acordarea asistenței medicale de urgență pînă la transportare. Asistența Medicală Urgentă la etapă de prespital este acordată de către medici și asistente medicale sau tehnicieni de AMU, care sunt echipați cu aparatajul și medicamente necesare. Scopul de bază fiind – stabilizarea stării pacientului pînă la transportare.

În ultimii ani a apărut o nouă concepție „Play and run” – timpul care nu poate fi micșorat (degajarea pacienților blocați în autovehicul) se folosește la locul accidentării pentru abord venos periferic și alte manipulații medicale (pantaloni antișoc). În sistemul de acordare de AMU în SUA pe larg sunt implicați voluntarii [34,36].

Secțiile pentru acordarea AMU sunt organizate pe lângă staționare și acordă AMU pacienților cu IMA, accidentaților în urma accidentelor rutiere și altor pacienți cu urgențe ce pun viața în pericol. Aceste secții conlucrează cu secțiile chirurgicale și de terapie intensivă. În unele state secțiile de AMU sunt dislocate în afară spitalelor și atunci ele îndeplinesc funcția centrelor de Asistență Medicală Urgentă. În aceste secții activează medici cu pregătirea specială. Pacienți inițial sunt examinați de asistente medicale, care efectuează triajul primar. În spitalele medii, secțiile de AMU sunt dislocate direct lângă pista de aterizare a heliicopterului. În aceste secții pacienții se stabilizează pentru a fi ulterior transportați cu heliicopterul în centrele de profil [28]

Din anul 1969 și-a început activitatea transportul avia sanitar. Serviciul de AMU de stat este finanțat prin sistemul fiscal al țării și al companiilor de asigurare. Serviciul privat de AMU primește sumele prin conturi de decontări și cecuri bancare.

În secolul XX în Mare Britania stațiile de AMU pentru prima dată au fost organizate de chirurgul Robert Jonson, în spitalele din Manchester. Unul din momentele principale pentru îmbunătățirea acordării de AMU la traumatisme a fost crearea în anul 1918 a Asociației Britanice Ortopedice, (British Orthopedic Association). Secțiile în care se acorda asistența de urgență bolnavilor traumați se numeau – secția de urgență. (Casualty Departaments). În 1962 Harry Platt a ținut o prelegere care a pus începutul organizării Asistenței Medicale de Urgență – (Accident and Emergency A&E).

Programele naționale de instruire snt introduse în anul 1993. Actual, Accident and Emergency este transformată în Emergency Medicine, în urma majorării numărului de pacienți cu maladii acute.

Telefoanele de solicitare a serviciului de AMU sunt 999 sau 112. Apelurile sunt clasificate în trei categorii: A – urgențele majore, B – urgențele de gradul doi, C – toate cele altele. După standardele Serviciului Național de Sănătate (National Health Service Direct – NHS Direct), în 75% cazuri de categoria A ambulanța trebuie să fie la locul solicitării nu mai târziu de 8 minute, în 95% cazuri de categoria B, C nu mai târziu de 14 minute în localitățile urbane și nu mai târziu de 19 minute în localitățile rurale. Acest interval de timp este un indicator foarte important în activitatea asistenței medicale de urgență. Timpul sosirii la locul solicitării, a activității echipei și a transportării pacienților este fixat strict.

În echipele de AMU activează paramedici și tehnicieni. Cu organizarea activității echipelor și utilizării mijloacelor tehnice se ocupă managerul de gardă.

Majoritatea SAMU sunt echipate cu sisteme de navigare satelitică, care permit micșorarea timpului de sosire la locul de solicitare. Cu acest scop în localitățile rurale pentru acordarea AMU activează voluntari. În cazuri de urgență sunt folosite elicoptere sanitare cu echipe de tehnicieni și paramedici, iar în Londra sunt echipe cu medici de urgență. În caz de

urgența în masa în ajutorul paramedicilor vin echipe de medici din departamentul de urgență. Pentru viitor se planifică organizarea echipelor medicale mobile din centrele medicale din care vor face parte medici anesteziologi, chirurghi și asistente medicale [1,23]

Primul ajutor medical se acordă de către medicul de practică generală după înscriere prealabilă, în legătură cu această mulți pacienți se adresează direct în departamentele de urgență a spitalelor.

În ultimii ani crește numărul de centre traumatologice, unde asistența de urgență este acordată de asistente medicale cu practica generală, care conlucrează cu chirurghi din departamente de urgență și în caz de necesitate au posibilitatea se spitalizeze pacienții. Aceste centre au devenit actuale și populare pentru populație, deoarece că acces este mai rapid. Centrele de asistență de urgență sunt organizate în străzi, supermarkete, stațiile feroviare în care activează asistentele medicale. Se planifică fortificarea acestor centre și consolidarea lor cu departamentele de urgență, unde activează medici, asistente medicale și paramedici, care în caz de necesitate pot acorda asistența medicală de urgență. Pentru efectuarea defibrilării urgente sunt instruiți colaboratorii în supermarkete, cluburi sportive, întreprinderi mari. În localitățile rurale în acest scop sunt instruiți pompierii [22,28]

Instruirea clinică a tehnicienilor și paramedicilor se efectuează după standarde speciale și Protocoale Clinice Naționale. După pregătirea de bază și susținerea examenelor, tehnicienii activează timp de 1 an sub supravegherea paramedicului sau altui tehnician calificat, și numai după această are voie se activeze de sine stătător. Susținerea examenelor de calificare are loc la fiecare 3 ani. Paramedicii timp de 2 luni fac studii adăugătoare în domeniul anatomiei și psihologiei, maladiilor grave și a traumelor, obstetricii, pediatriei și psihiatriei. În afară de această ei activează în departamentele de urgență, blocurile operatorii. În acest timp ei sunt obligați se efectueze minim 25 de venepuncții, 25 intubații endotrachiale și 25 de concluzii ECG. Pentru medicii instruire este timp de 5 ani, dintre care 3 ani studiază discipline clinice, după care primesc grad de bacalaureat în medicina. Studiile postuniversitare – 1 an, pregătirea profesională în AMU – 3-4 ani. Specialiști calificați în AMU se instruesc suplimentar timp de 5 ani cu angajarea lor obligatorie în departamentele de urgență și instruirea la cursuri de 3 luni la diferite discipline medicale (Burdick W., Goung G.). [9,32]

Pentru prima data în România este reglementată unitar introducerea numărului european pentru apeluri de urgență, 112.

Serviciul de Ambulanță al mun.București (S.A.M.B.) este o unitate sanitară cu un caracter de unicitate nu numai la nivelul municipiului București dar chiar și la nivelul întregii țări. Este o unitate medicală strategică, având ca specific lucrul în regim de așteptare 24 de ore din 24, 365 de zile pe an. S.A.M.B. este în subordinea Direcției de Sănătate Publică a mun.București. Acest serviciu asigură asistență medicală de urgență la nivelul prespitalicesc, atât la locul solicitării, cât și pe parcursul transportării pacienților (bolnavilor, accidentaților, gravidelor) către spital. Transportul medicamentelor, produselor biologice (sânge și organe) și al personalului medico-sanitar se face în program continuu, asigurându-se necesarul de asistență medicală de urgență pe întreg teritoriul mun. București, iar dacă este cazul și în afara acestuia, 24 de ore din 24.

SAMB răspunde solicitărilor telefonice venite atât din partea populației cât și a altor unități medicale, în mediu - 950 de solicitări în 24 de ore.

Fiind principalul segment al asistenței medicale și transportului pentru urgențele majore în etapa prespital, SAMB este implicată și în asistența medicală preventivă a marilor aglomerări umane cum ar fi activitățile sportive, culturale, social politice, greva foamei, asigurând asistență medicală și transportul pentru urgențele individuale, colective și de masă în cazul catastrofelor. Pe lângă asistența medicală de urgență și asistența medicală de urgență în caz de dezastre, S.A.M.B. efectuează și alte activități cum ar fi asistența medicală la domiciliu pentru urgențele de gradul doi, eliberarea de certificate constatatoare de deces în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, acordând de asemenea asistență medicală și transportul la spital pentru cazurile sociale, în lipsa unui sistem de asistență socială.

Serviciul de Ambulanță al mun.București funcționează în colaborare cu Pompierii, Poliția sau Unități ale MAPN pe baza unor protocoale încheiate între Ministerul Sănătății și aceștia.

Pentru a asigura o mai bună rezolvare a solicitărilor, Serviciul de Ambulanță al mun.București are organizate stațiile de ambulanță în sectoare 1, 3, 4, 5 și 6 sediul central fiind și stație de sector pentru sectorul 2. Dispecerizarea și coordonarea întregului personal operativ în teren se face din Stația Centrală, SAMB rezolvând toate solicitările adresate de populația din București la numărul național unic 961, și mai nou numărul unic de urgență 112, asistată de calculator prin intermediul aplicației computerizate DISPEC, perfecționată și adaptată continuu pe parcursul a 9 ani, pentru a face față specificului de funcționare al SAMB, pornind de la planificarea anticipată a personalului, optimizarea rezolvării cazurilor cu echipajele corespunzătoare, până la obținerea diverselor situații statistice cerute de Ministerul Sănătății sau de modul de funcționare al decontării activității SAMB cu Casa de Asigurări de Sănătate a mun.București.

Aproximativ 150 de ambulanțe din care 24 sunt Ambulanțe de Resuscitare și Terapie Intensivă (ARTI) și 21 sunt Ambulanțe Urgență și Resuscitare (AUR), având echipajul format în funcție de specificul activității de asistență medicală, din 1, 2 sau 3 persoane cuprinzând: doctori, asistenți medicali și ambulanțieri.

Personalul medical operativ este format din 95 medici, 190 personal mediu sanitar (110 asistenți, 81 operatori registratori de urgență – pregătiți pentru identificare cât mai corectă a diagnosticului prezumtiv) și 240 ambulanțieri (șoferi instruiți pentru a fi la nevoie a treia persoană ce completează echipajul specializat în intervențiile de urgență ale ambulanței). Programul de lucru al personalului este în ture (zi și noapte).

Dispecerizarea apelurilor la numărul telefonic unic național 112 cuprinde 3 segmente principale: predispecerat - preluare a apelurilor de la populație, dispecerat 112 și - post dispecerat 112 (repartizare a apelurilor către dispeceratele ambulanței, poliției și pompierilor).

S.A.M.B este acreditat de Centrul de Perfecționare al Ministerului Sănătății pentru cursuri de Advanced Life Support, Basic Life Support, Școala de Ambulanțieri și Operatori Registratori de Urgență. Pentru școala de ambulanțieri și operatoare de urgență se organizează cursuri în 2 sesiuni iar pentru celelalte categorii în funcție de solicitări. De exemplu acum se desfășoară cursuri de urgențe medico-chirurgicale pentru asistenți medicali în cadrul programului REMSSy 3. De asemenea S.A.M.B. organizează cursuri de Basic Life Support pentru persoane fizice fără profesie medicală.

Serviciile de Ambulanță Județene sunt unități sanitare publice de importanță strategică, cu personalitate juridică, aflate în coordonarea departamentului de specialitate din Ministerul Sănătății Publice și al autorităților de sănătate publică județene, având în structura lor – compartiment pentru asistența medicală de urgență prespitalicească, transport medical asistat, cu sau fără medic, transport sanitar neasistat [3,10,14].

În a doua jumătate a secolului XIX de pământeanul nostru N.Sclifosovici în Moscova a fost fondat serviciul de asistență medicală de urgență.

În anul 1998 Rusia împreună cu alte țări europene a semnat document „Unificarea legăturii telefonice”, care prevede un număr unic pentru apelare în caz de urgență – „112”, însă până la moment el nu este folosit pe tot teritoriul țării. Se mai practică „Sistemele de bază”, și fiecare oraș folosește numărul său de apelare („005”, „051”, „059”).

Dacă în SUA și majoritatea țărilor Comunității Europene cu unificarea numărului se ocupă companiile de telecomunicație, în Federația Rusă acest lucru este îndeplinit de Departamentul Situații Excepționale și Apărării Civile. Până la moment, telefonul pentru solicitarea AMU este „03”.

În Federația Rusă sunt organizate și funcționează 3000 de Stații de AMU, la care activează peste 20 000 de medici și 70 000 lucrători medicali medii. În fiecare an de Serviciul de AMU sunt deservite de la 46 până la 48 milioane de solicitări, acordând asistența medicală de urgență la mai mult de 50.000.000 de pacienți anual [38].

Stațiile de AMU ca instituții medico-sanitare de sine stătătoare sunt amplasate în orașele

cu populație mai mult de 50 000 de persoane, în localitățile cu populație până la 50.000 sunt organizate secțiile în componența spitalelor urbane și raionale.

În urbe cu populație mai mult de 100.000 persoane sunt organizate Stații de AMU și Substații de AMU, cu calculul timpului de ajungere la locul solicitării până la 15 minute. În localitățile rurale sînt organizate secții de urgență, unde activează numai echipe de felceri. Unitatea funcțională de baza a Stației, Sub stațiilor, Secțiilor, este echipa de Asistența Medicală Urgentă, care poate fi: echipă de felceri, echipă de medici (generală, cardiologică, neurologică, terapie intensivă mături, copii, psihiatrică, pediatrică, obstetrical-ginecologică, toxicologică) [39,40].

În Portugalia primele echipe mobile de AMU au început se activeze din anul 1965. Serviciul de AMU de Stat a fost organizat în anul 1971. Din Anul 1989 în echipe activează medicii. A fost organizat Institutul Național de AMU (INEM). Pentru solicitarea urgenței este un număr unic 112. Toate apelurile la acest număr se înregistrează în centrul de poliție. Dacă sunt legate de AMU, sunt transmise dispeceratului centrului medical (CODU). Este un dispecerat separat pentru catastrofele mari (CODU-MAR).

AMU în Danemarca este împărțită în două niveluri: AMP, care este acordată de medicii de practică generală și AMS, care se acordă în staționare. Telefonul pentru recepționarea apelurilor este 112. Sunt 9 centre de dispecerat.

La etapa de prespital activează paramedicii și asistentele medicale. Medicii conduc activitatea echipelor de AMU. Paramedicii sunt instruiți după un standard național din trei niveluri. Pentru pregătirea medicilor și asistentelor medicale nu sunt prevăzute programe speciale. În Danemarca există 55 de staționare cu secții de AMU, în aceste secții lucrează medici chirurghi și terapeuți, anesteziologii sunt chemați în cazuri extrem de grave.

În secțiile de AMU pacienții primari sunt examinați de asistente medicale. În cazul catastrofelor mari, pentru coordonarea activității, în fiecare regiune se organizează centre de dirijare (MICC). AMU în Danemarca nu este oficial o specialitate medicală. [26]

În Finlanda telefonul pentru apeluri este 112. În echipele mobile activează tehnicieni medicali și paramedicii, ei acordă primul ajutor medical și transportează pacienții la staționar. În unele cazuri primul ajutor medical este acordat de pompieri, care sunt pregătiți în domeniul AMU timp de 1,5 ani. Asistentele medicale și paramedicii fac studii timp de 4 ani. Medicii activează în echipele dislocate în Helsinki și 4 helicoptere, dislocate în diferite regiuni ale țării.

În localitățile urbane timpul de sosire a echipei constituie 5-7 minute, în localitățile rurale de la 10 la 15 minute.

Secțiile de AMU sunt prevăzute în 20 de spitale, unde lucrează medici chirurghi și terapeuți în regim nonstop și în cazuri extrem de grave, sunt chemați de la domiciliu medicii anesteziologi. AMU în Finlanda nu este o specialitate medicală separată [8,29].

Concluzii

1. În majoritatea țărilor serviciul de AMU este partea componentă în acordarea asistenței medicale a populației. În acordarea AMU sunt implicați pompierii, Crucea Roșie, Asociații de transport, companiile private de AMU, voluntari (în deosebi în mediul rural).

2. Un telefon unic (112) pentru preluarea apelurilor nu există. În majoritatea țărilor sunt cel puțin două numere. Apelurile sunt clasificate în trei categorii: A – urgențele majore, B – urgențele de gradul doi, C – toate cele altele. Cu aceasta activitatea se ocupă colaboratorii dispeceratului central.

3. În Germania, de exemplu, sunt organizate centrele de asistență de urgență în străzi, supermarketuri, stațiile feroviare în care activează asistentele medicale.

4. Pentru pregătirea medicilor, tehnicienilor, pompierilor, voluntarilor sunt elaborate programe speciale cu *curricula* individuală, care are ore teoretice și practice. Aceasta pregătirea se desfășoară conform Standardelor Internaționale.

Bibliografie

1. Alexander Kuehi – EMS Systems Development in the United States in Principles and Practice of Emergency Medicine. Edited by George R., Scharz et al., Lea Febiger, 1992. Vol.1. Pp.3115-3120.
2. American Heart Association Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care International consensus on science Supplement to Circulation, Voi. 102. Nr.8. August 22.2000. pp.1-21.
3. Andercou A. – Urgențe chirurgicale traumatologice. Editura Dacia. Cluj-Napoca. 1993.
4. Bernstein E., Goldfrank L.R., Kelleman A.L. et al. – A public health approach to emergency medicine preparing for the twenty-first century. Acad.Emerg.Med. 1994. Vol.1. pp.277-286
5. Beveridge R.C. – Emergency Medicine: A Canadian Perspective. Ann.Emerg.Med. 1995. Vol.26. pp.504-507
6. Bică T. Asigurarea accesibilității în asistența medicală de urgență populației Republicii Moldova. Anale științifice „Probleme actuale de Sănătate Publică și Management”. Chișinău, 2009, pp.271-278.
7. Bowles L.T. – Recommendations for emergency medicine. Ann.Emerg.Med. 1993. Vol.25. N° 2. pp.234-235.
8. Burdick W.P. – Emergency medicine's role in education of medical students. Directions for change. Ann.Emerg.Med. 1991. Vol.20 pp.688-691.
9. Calotă F., Ghelase F. – Urgențe chirurgicale. Editura „Novus”. Craiova. 1992. p.5.
10. Cameron P., Jeinek Gh., Everit I. et. al. Textbook of Paediatric Emergency Medicine Ed.Churchill Livingstone Elsevier, 2006. pp. 13-465-475.
11. Chandra N.C., Hazinski M.F., – Textbook of Basic Life Support for Healthcare Providers. American Heart Association. 1994. pp. 1-14.
12. Chiorean M. – Serviciul mobil de urgență și reanimare (SMUA) In: Cardan E., Cristea I., Chiorean M. (ed). Medicina intensivă. Editura Dacia. Cluj-Napoca. 1997. Vol.1. pp.31-33.
13. Ciobanu Gh. – Organizarea asistenței medicale de urgență. In : E.Popușoi. Sănătate Publică și Management, pp. 272-288. Ed. C.E.P. Chișinău, 2002.
14. Ciobanu Gh. – Asistența medicală de urgență în Republica Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale 1 (10) 2007, Chișinău. 2007. pp.7-14.
15. Ciobanu Gh.– Evaluarea clinico-epidemiologică și managementul strategiilor urgențelor medico-chirurgicale în Republica Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale 1 (10) 2007, Chișinău, 2007, pp. 199-211.
16. Ciobanu Gh. – Fortificarea Serviciului Asistență Medicală Urgentă în Republica Moldova în anii 2006-2010. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale 1 (10) 2007, Chișinău, 2007, pp. 199-211.
17. Ciobanu Gh. – Managementul serviciului de urgență în sistemul sănătății publice al Republicii Moldova. Tipografia Centrală, Chișinău 2007. 320p
18. Ciobanu GH. Syndromes coronaries algus dansl'activite de medicin d'urgence. Archives of the Balkan Medical Union. Chișinău, 2008, pp.5-13.
19. Clawson J.J. – Emergency Medical Dispatch. In: Roush W.R. (ed). Principles of EMS systems. Second ed. American College of Emergency Physicians Dallas. Texas. 1994. pp.263-291.
20. Cone D.C. – Emergency medical services. In Plantz S.H., Adler J.N. (eds) Emergency Medicine. Williams Wilkins Co. 1998. pp. 685-700
21. Delbridge T.R., Paris P.M. – EMS Communications. In : Roush W.R. (ed) Principles of EMS systems. Second ed. American College of Emergency Physicians Dallas. Texas. 1994. pp. 245-263.
22. European Standard. – Medical vehicles and their equipment – Road ambulances

CEN Bruxseles. 1998 . pp.1-33.

24. Ghidrai O. -Urgențe geriatrice. Casa cărții de Știință. 1997. pp.22-209.

25. Goung G.P., Sklar D. – Health Care Reform and Emergency Medicine. Ann.Emerg.Med. 1995. Vol.26.pp. 666-674.

26. Growder V. – Defining emergency medicine are we generalists or specialists ? Ann.Emerg.Med 1994. Voi. 23 pp. 869-872.

27. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care Recommendation of the 1992 National Conference American Heart Association. JAMA. 1992. Vol.268. pp.2135-2298.

28. Hauswald M. – The Emergency Departments's Role in EMS. In : Roush W.R. (ed) Principles of EMS systems. Second ed. American College of Emergency Physicians Dallas. Texas. 1994.pp.155-165.

29. James O., Page J.D. – Historical Perspective on EMS Systems. In : Roush W.R. (ed). Principles of EMS systems. Second ed. American College of Emergency Physicians Dallas.Texas. 1994. pp.1-10.

30. Jenkins J.L., Braen G.R. – Manual of Emergency Medicine. Fourth Edition Lippincott Williams Wilkins. 2000. pp.3-615.

31. Josiah Macy. Jr. Foundation – The Role of Emergency Medicine in the Future of American Medical care. Ann.Emerg.Med. 1995. Vol.25.№2. pp.230-233.

32. Kelleman A.L. – Clinical Emergency Medicine Today and Tomorrow. Ann.Emerg. Med. 1995. Vol.25.№2. pp.235-238.

37. Kendall M.G., Stuart A. – Многомерный статистический анализ и временные ряды. Москва. 1976. 736С.

33. Parson P., Wiener-Kronish J.P. – Criticai Care Secrets . Third Ed. HANLEZ BELFUS. INC, Philadelphia. 2003. pp.588-605.

34. Petersdorf R.G: – The place of emergency medicine in the academic community. Ann.Emerg.Med. 1992, Vol.21, pp.193-200.

35. Regel G., Stâlp M., Zehvann U. – Prehospital care, importance of early intervantion on outcome. ALYSIS 1997. Vol.110. pp.71-76.

36. Schwartz G.R., Cazten C.G., Mandelsen M.A., et al. – Principles and Practice of Emergency Medicine, Third ed. Vol.II, Lea Febiger, 1992. pp.3115-3343.

37. Weigand J.V. – Prehospital Ground Transport : System Structure and Function. In : Roush W.R. (ed) Principles of EMS systems. Second ed. American College of Emergency Physicians Dallas.Texas. 1994. pp.165– 183.

38. Ашмарин И.Ю., Меркудинов И.В., Хахлов А.Ф. и др. – Служба дистанционной неотложной круглосуточной консультативной кардиологической помощи. Кардиология. 2000. №1.с.25-33.

39. Волков И.Б., Ужegov Н.Н. – Временная структура обращаемости по станции скорой и неотложной медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения.. Алма-Ата 1999. стр.24-26.

40. Радущкевич В.М., Дежурный Л.И. – Перспективы совершенствования экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Скорая помощь. 2000 №1.с.34-37.