

**Legge regionale 16 ottobre 2014, n.  
17**

**Il Piano di Emergenza/Urgenza  
regionale**

# Il nuovo Piano di emergenza

Il **miglioramento** della attuale organizzazione del sistema di soccorso territoriale di emergenza/urgenza diviene **necessario e non più rinviabile** per i progressi della medicina che richiedono **l'adeguamento del sistema regionale agli standard europei del soccorso in emergenza.**

# Obiettivi della pianificazione

- Realizzare un sistema che sia rispondente ai criteri di **Efficienza, Efficacia ed Equità** e sia in grado di offrire un soccorso appropriato nei limiti di tempo stabiliti dagli standard europei (18')
- Riconoscere a *tutti i cittadini pari dignità assicurando una equa distribuzione del diritto alla salute;*
- Ottenere il miglior risultato nel rispetto del principio costituzionale di *buon andamento dell'azione amministrativa;*
- Adottare modelli di analisi del fabbisogno caratterizzati da **criteri scientifici.**

# Miglioramento

- Centrale regionale di emergenza/urgenza
- Modello informatizzato di dispatch (modello di valutazione predefinito)
- Procedure di valutazioni omogenee
- Implementazione delle postazioni di soccorso
- Rimodulazione postazioni automedica
- Istituzione Organismo regionale di programmazione e controllo (CREU)

# Analisi delle Criticità per tempi di soccorso

- Il “tempo di soccorso” è il tempo che intercorre dal momento della chiamata al momento dell’arrivo del soccorso sul paziente.
- Gli standard temporali di soccorso sono di tipo normativo nazionale (8’ per le aree urbane e 20’ per le aree extraurbane) e di indirizzo europeo (18’ massimo) come indicato dal “The European Emergency Data (EED) Project “ del 2002.

# Analisi delle Criticità per tempi di soccorso anno 2014

- Si sono rilevate criticità in particolare nelle zone di montagna dell'udinese e del pordenonese

# Calcolo del fabbisogno per emergenze

(IERI=individual emergency risk index)

***Indice di frequenza individuale in grado di generare una emergenza.***

- Numero emergenze anno/ numero popolazione servita = 0.02 -0.03 (a seconda delle province)
- Costruiamo l'Unità frazionaria ( $1/0.02 - 1/0.03$ )
- Moltiplichiamo l'unità frazionaria x 365, avremo, a seconda delle province, 18.250 e 11.000.
- E' il numero di persone che possono generare, con elevata probabilità statistica, una emergenza al giorno.

# **MIGLIORAMENTO RISORSE E STRATEGIA**

Valorizzazione dell'assetto esistente

Implementazione Postazioni Ambulanze

Implementazione e Rimodulazione Automedica

# Implementazione Ambulanze

## 08:00- 20:00

### **Nuove postazioni ALS**

1. Gradisca
2. Ampezzo
3. Ovaro
4. Paluzza
5. Chiusaforte
6. Azzano Decimo
7. San Pietro al Natisone

# Implementazione Ambulanze

## 20:00 – 08:00

### **Nuove postazioni ALS**

1. Azzano Decimo
1. San Pietro al Natisone

# Servizio Automedica

## Implementazione e Rimodulazione

Il Servizio di Automedica assume una distribuzione territoriale a "maglie larghe", quale risorsa aggiuntiva agli equipaggi ALS limitatamente ai codici di gravità che lo richiedono.

Le postazioni di Automedica e per essa del Medico preposto, si identificano con il Pronto Soccorso di  
Trieste, Gorizia, Latisana, Udine, Tolmezzo, Pordenone.

# **Nasce il Comitato Regionale per le Emergenze Urgenze (CREU)**

E' un organismo consultivo per la Direzione Centrale della Salute con la quale partecipa alla programmazione e controllo del Sistema di emergenza/urgenza.

# CAPITOLI DEDICATI

- Emergenza materno-infantile (servizi di trasporto di emergenza)
- Punti di primo intervento
- Presidi ospedalieri di base e Aree di emergenza (spoke)
- Presidi ospedalieri di I e II livello (hub)
- Reti per la gestione delle patologie tempo-dipendenti
- Centrale operativa assistenza primaria
- Salute mentale
- Sanità penitenziaria
- Centro regionale antidoti