

LE POSTAZIONI TERRITORIALI DELL'EMERGENZA SANITARIA NELLE MARCHE E IN ITALIA

FRANCO PESARESI
Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN)
11/5/2014

Articolo pubblicato nel n. 1-2/2014 di "Appunti". In questo lavoro si analizzano e si valutano le norme di organizzazione del sistema di emergenza sanitaria con particolare riferimento alle postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES) nelle Marche e in Italia.

LE POSTAZIONI TERRITORIALI DELL'EMERGENZA SANITARIA NELLE MARCHE E IN ITALIA

Franco Pesaresi¹

Le postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES) sono quelle che attraverso le ambulanze garantiscono, sul luogo in cui si verifica una emergenza sanitaria, il soccorso necessario. In questo lavoro si analizzano e si valutano le norme di organizzazione delle postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES) nelle Marche e in Italia.

1. Le postazioni di emergenza all'estero

L'obiettivo di celerità di intervento dei mezzi di soccorso territoriali viene ovviamente previsto anche all'estero. In **Olanda**, in caso di emergenza, l'ambulanza deve obbligatoriamente essere sul posto entro un tempo massimo di 15 minuti, in qualsiasi posto della regione (Gras, 1998). Nel **Canton Ticino Svizzero** i tempi di intervento sono in genere contenuti entro i 15 minuti anche se l'obiettivo è quello di arrivare comunque entro 20 minuti fin nella zona più discosta del territorio (Devecchi, 1995). Nella provincia canadese della **British Columbia** il tempo massimo di intervento per le chiamate urgenti nelle aree metropolitane è stabilito in 8 minuti. Nel 1996 il **Governo inglese** ha approvato una nuova "Carta" dei servizi e dei diritti del paziente dal titolo "*The Patient's Charter and You – a Charter for England*". Il documento distingue fra diritti (*rights*) che tutti i pazienti vedranno sempre rispettati e aspettative (*expectation*) che sono standard di servizio che il NHS punta a raggiungere. Lì il servizio ambulanze è autonomo (*Ambulance services*). Nella parte della Carta dedicata *all'Ambulance Services* si legge che se un cittadino chiama una ambulanza di emergenza può aspettarsi (*expect*) che arrivi entro 14 minuti in una area urbana (si definisce tale quella con una densità di popolazione che supera 2,5 persone per acro) o 19 minuti in una area rurale (Department of Health, 1996).

2. La situazione in Italia

Poche regioni hanno definito nei loro atti la diffusione delle postazioni territoriali di emergenza (Cfr. Tab. 1)

Tab. 1 – Le postazioni territoriali secondo la normativa delle singole regioni

Regione	denominazione	Obiettivo	n. postazioni
Abruzzo	Postazioni territoriali		34 medicalizzate 19 non medicalizzate. Totale 53 di cui 31 H24
Basilicata	Punti territoriali di soccorso	Garantire prestazioni di primo soccorso nel tempo medio di 20 minuti	1° liv.: 36; 2° liv.: 14; 4° liv.: 6. Totale: 56
Calabria	Postazioni di emergenza territoriale (PET)	Criterio recente per la determinazione del fabbisogno del numero delle ambulanze avanzate: (n. abitanti : 60.000)+(superficie	52 avanzate 12 di base 18 negli ospedali

¹ Direttore ASP "Ambito 9", Jesi.

		: 350 kmq.)/2.	
Campania	Presidio del servizio assistenza urgenza territoriale (PSAUT) (ambulanza medicalizzata di soccorso avanzato)		74
Emilia Romagna		Intervento entro 8 minuti in area urbana, 15 minuti in area extraurbana prossimale e 20 minuti in area extraurbana distale. Le aree urbane hanno una popolazione non inferiore ai 25.000 abitanti.	
Lombardia	Postazioni di soccorso		208 MSB 35 MSI 52 MSA
Marche	Postazioni territoriali di emergenza sanitaria (POTES)	Intervento entro 8 minuti in area urbana, 20 minuti in area extraurbana	34 MSA + 15 MSI
Molise	Postazioni territoriali		15 (tutte avanzate)
Piemonte	Postazioni di soccorso territoriali		61 ambulanze medicalizzate 12 mezzi con infermiere
Puglia	Punti fissi territoriali di emergenza sanitaria		
Sardegna	Postazioni di soccorso avanzato		24
Sicilia	Presidi territoriali per l'emergenza (PTE)		30 PTE + 22 postazioni SUES con medico/inf. + 24 ambul. Con infermiere
Toscana	Punti di emergenza territoriale (PET)		158 PET di cui: 97 con medico e soccorritori; 34 automediche; 5 con medico, inf e soccorr.; 22 con inf e socc
Umbria	Postazioni di emergenza territoriale 118		32 postazioni

Fonte: Bibliografia

Ancora meno sono le regioni che hanno stabilito i tempi di intervento per i soccorsi ma le poche che lo hanno fatto si sono comunque attestate sugli 8 minuti per le aree urbane e sui 20 minuti per quelle extraurbane.

Al di là delle previsioni di legge, molto importanti sono anche i dati di fatto delle singole regioni. Purtroppo però non ci sono dati espliciti relativi alla distribuzione delle postazioni territoriali di

soccorso in Italia. Possiamo però farci una idea molto vicina al vero utilizzando una ricerca del Ministero della Salute (2007) che censisce gli equipaggi di soccorso. Per individuare le possibili postazioni territoriali abbiamo estrapolato i dati sugli equipaggi che garantiscono le 24 ore e che sono composti da almeno due persone una delle quali è un infermiere o un medico. I dati estrapolati sono indicati nella tab. 2.

Tab. 2 – Situazione delle postazioni territoriali di soccorso nelle regioni. Anno 2005

Regioni	Postazioni	Popolazione	Abitanti per postazione
Piemonte	74	4.341.733	58.672
Valle d'Aosta	4	123.978	30.994
Lombardia	74	9.475.202	128.043
Trento	5	502.478	100.496
Bolzano	6	482.650	80.442
Veneto	58	4.738.313	81.695
Friuli V G	15	1.208.278	80.552
Liguria	13	1.610.134	123.856
Emilia Romagna	117	4.187.557	35.791
Toscana	158	3.619.872	22.910
Umbria	32	867.878	27.121
Marche	39	1.528.809	39.200
Lazio	124	5.304.778	42.780
Abruzzo (2012)	31	1.305.307	42.107
Molise	15	320.907	21.394
Campania	191	5.790.929	30.319
Puglia	107	4.071.518	38.051
Basilicata	31	594.086	19.164
Calabria	58	2.004.415	34.559
Sicilia	107	5.017.212	46.890
Sardegna	26	1.655.677	63.680
Italia	1.285	58.751.711	45.721

Note: Sono stati conteggiati gli equipaggi che garantiscono le 24 ore e che sono composti da almeno due persone una delle quali è un infermiere o un medico. L'anno di riferimento è il 2005 o anno più recente.

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute (2007) e Istat, DCA Abruzzo 11/2013, DGR Toscana 1235/2012.

Le risultanze della tab. 2, come al solito quando si parla di regioni, ci propone un quadro estremamente diversificato, solo in parte giustificato dalla differenti realtà demografiche e orografiche. La media è di una postazione ogni 45.700 abitanti ma agli estremi troviamo la Basilicata con una postazione ogni 19.200 abitanti e la Lombardia con una postazione ogni 128.000 abitanti. La maggior parte delle regioni (12) prevede una postazione ogni 30.000-60.000 abitanti (Cfr. Tab. 2).

Nel 2013 la regione Abruzzo ha provveduto a riordinare il settore delle postazioni territoriali dichiarando di utilizzare il sistema proposto dall'Agenas (vedi successivo par. 1.3). Il risultato è comunque una sostanziale conferma della rete attuale con 31 postazioni medicalizzate e 22 postazioni non medicalizzate per un totale di 53 (DCA 11/2013).

3. La Formula dell'AGENAS per la distribuzione dei mezzi di soccorso

Deve essere la Regione a definire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di Conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali e non certo le singole aziende sanitarie. E' indispensabile provvedere a livello regionale con la definizione e l'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale per assicurare la copertura del territorio con i mezzi con personale sanitario a bordo, attorno ai quali si dispone poi la rete delle ambulanze di base.

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ha perfezionato il criterio nazionale previsto in sede di Conferenza Stato-Regioni (DPR 27 marzo 1992) che prevedeva una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti e comunque per la copertura di un territorio non superiore a 350 Km². Il perfezionamento del criterio per la distribuzione dei mezzi di soccorso a livello regionale dell'Agenas tiene conto maggiormente delle aree montane e pedemontane ed è sintetizzato dalla formula che si ripropone qui di seguito (Agenas, 2011):

$$\frac{(PRP/60.000) + (PRM/40.000)}{2} + \frac{(SP/350 \text{ Km}^2) + (SM/300 \text{ Km}^2)}{2} = \text{mezzi di soccorso (MSA)}$$

Intendendo per: PRP = Popolazione residente in area di pianura; PRM = Popolazione residente in area montana e pedemontana; SP = Superficie pianura; SM = Superficie montana; MSA = qui inteso come Mezzo di soccorso sia nella forma di auto medica (ASA), sia ambulanza di soccorso avanzato (MSA), sia ambulanza di soccorso avanzato di base (con infermiere a bordo e senza medico) (MSAB).

L'applicazione della formula individua, con un'approssimazione molto vicina alla realtà, il fabbisogno regionale del numero di postazioni di soccorso con personale sanitario a bordo.

Il criterio che si sceglie a livello regionale per la distribuzione dei mezzi di soccorso territoriale deve poi essere comunicato e condiviso con le istituzioni che governano il territorio, al fine di evitare spinte campanilistiche che squilibrino il sistema.

4. La situazione delle Marche

La Regione Marche, nel 1998, ha approvato la Legge regionale n. 36 che ha organizzato il sistema dell'emergenza sanitaria. Nel 2013, dopo 15 anni la Regione Marche ha provveduto ad aggiornare e a dare completa attuazione all'organizzazione dell'emergenza con una serie di atti.

Nelle Marche, le postazioni territoriali dell'emergenza sanitaria (POTES) garantiscono, sul luogo in cui si verifica una emergenza sanitaria, il soccorso necessario. La legge regionale (art.7 LR 36/1998) afferma che costituisce obiettivo del sistema garantire un intervento di soccorso entro otto minuti dalla chiamata per le aree urbane e venti minuti per le aree extraurbane, salvo particolari situazioni di complessità orografica e di viabilità.

L'art. 8 della L.R. 36/1998 delle Marche recita inoltre che la Giunta regionale stabilisce:

- La localizzazione delle POTES nel territorio regionale;
- Quali sedi delle POTES debbono funzionare per dodici ore al giorno o comunque per un orario che non copre tutta la giornata, tenendo conto della popolazione afferente e della specifica epidemiologia.

Fino al 2013, in attesa dell'atto regionale di dimensionamento, sono state attivate 44,5 POTES (31,5 MSA² + 13 MSI³). La mancanza di un atto programmatico di riferimento non ha aiutato nella

² Mezzo di soccorso avanzato.

³ Mezzo di soccorso infermieristico

distribuzione equilibrata delle risorse. E' probabile che si sia realizzato un sovradimensionamento nelle zone di Fano, Fabriano, Ancona e Civitanova ed un sottodimensionamento in altre zone come Ascoli Piceno.

Questi primi dati letti alla luce dei dati indicativi (e da interpretare) delle tab. 1 e 2, ci consegnano però l'idea di una diffusione delle POTES nel territorio delle Marche, prima della riorganizzazione di giugno 2013, che è superiore alla media italiana. Questo aspetto, naturalmente, potrebbe avere delle parziali giustificazioni in presenza di una popolazione estremamente frammentata e distribuita in una realtà orografica complessa.

Nel maggio del 2013 la Regione Marche dà attuazione all'art. 8 della L. R. 36/1998 e definisce la rete delle POTES (DGR 735/2013) dopo vari tentativi mai portati a termine.

Per calcolare il numero di postazioni (POTES) dotate di mezzi di soccorso avanzati (MSA) si è utilizzata la formula elaborata dall'Agenas che tiene conto anche dei territori montani. L'utilizzo della formula ha determinato una necessità di 28,5 postazioni. La Giunta regionale ha deciso inoltre di aggiungere ulteriori 4 postazioni, una per ogni centrale operativa, al fine di favorire la riconversione dei piccoli ospedali in Case della salute e i percorsi individuati nella ridefinizione delle reti cliniche, migliorando la qualità complessiva dell'offerta sanitaria.

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 920/2013 le cose cambiano di nuovo (è passato un mese dalla precedente deliberazione). Le POTES (invece di 32,5) salgono a 34 (contando al 50% quelle attive per 12 ore). Rispetto alle previsioni del mese precedente viene aggiunta una nuova postazione per Urbino/Urbania e per Sant'Elpidio a Mare, quest'ultima attiva 12 ore. La DGR 920/2013 colloca nelle POTES le MSA-Automediche. Nel complesso sono previste 24 MSA-Ambulanze e 10 MSA-Automediche.

La DGR 735/2013 precisa che il mezzo di soccorso avanzato presente in ogni POTES può operare come ambulanza medicalizzata o come Automedica; quest'ultima tipologia è prevista quando nel suo raggio d'azione sono disponibili almeno tre Mezzi di soccorsi di base MSB (Mezzi del volontariato con soccorritore ed autista soccorritore), con cui può intervenire direttamente o indirettamente una volta che si è liberata dal precedente intervento o là dove il suo intervento non risulti necessario. Peraltro, fra quelle previste, non risulta che nel raggio d'azione della MSA-Automedica di Pesaro siano disponibili almeno tre Mezzi di soccorsi di base MSB (Mezzi del volontariato con soccorritore ed autista soccorritore); in quell'area sembra essere presente solo la CRI.

A questi mezzi vengono poi aggiunti 15 mezzi di soccorso infermieristico-MSI (con equipaggio costituito da infermiere ed autista soccorritore). Vale la pena di sottolineare che questi mezzi sono da considerare alla stessa stregua del MSA, che in altre nazioni ed in altre regioni italiane costituiscono un modello alternativo a quello dei MSA. Allo stato attuale non conosciamo la collocazione dei MSI. Se sono collocati nelle POTES già individuate e gravate di carichi di lavoro notevoli, la loro previsione potrebbe essere opportuna. Se invece sono collocate in altri siti, il loro ruolo andrebbe rivisto dato che, di fatto, andrebbero a costituire delle ulteriori POTES.

Il quadro complessivo (49 MSA e MSI) vede un aumento effettivo dei mezzi e degli equipaggi rispetto alla situazione attuale così come indicato nella tab.3 che è di molto superiore agli standard nazionali (+72% rispetto ai 28,5 ottenuti applicando i criteri nazionali).

Tab. 3- Il quadro attuale e futuro delle ambulanze delle POTES nelle Marche.

CENTRALE OPERATIVA	MSA 2012	MSA PREVISTE 2013	MSI 2012	MSI PREVISTE 2013	TOTALE 2012	TOTALE PREVISTO 2013
PESARO SOCCORSO	9,5	9,5	4,0	4,5	13,5	13,0
ANCONA SOCCORSO	9,0	9,0	3,0	5,0	12,0	14,0
MACERATA SOCCORSO	6,5	8,0	4,0	3,0	10,5	11,0
PICENO SOCCORSO	6,5	7,5	2,0	2,5	8,5	9,5
REGIONE MARCHE	31,5	34,0	13,0	15,0	44,5	49,0

Legenda: MSA= Mezzi di soccorso avanzato; MSI= Mezzi di soccorso infermieristico. Fonte: DGR 735/2013 e DGR 920/2013.

Le DGR 735/2013 e DGR 920/2013 provvedono ad individuare tutte le sedi delle POTES, così come indicato nella tabella 4, dotandole dei mezzi di soccorso necessari. Ciò che invece non è indicato è il livello di performance del nuovo sistema e cioè in quanti minuti sono potenzialmente raggiungibili i comuni in territorio urbano ed extraurbano e se tutti i comuni sono coperti dal livello di performance indicato. Non è indicato, infine, se l'individuazione dei siti delle POTES ha privilegiato la migliore copertura del territorio o la presenza di strutture sanitarie.

Tab. 4 – localizzazione delle POTES nelle Marche (dotazione MSA ambulanze ed automediche)

LOCALIZZAZIONE POTES	TIPOLOGIA	SITO	ORARIO
CO118 – Pesaro Soccorso	MSA -Ambulanza	Territorio AV 1	H 24
Pesaro	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Montecchio	MSA -Ambulanza	Distretto sanitario	H 12 (8-20)**
Urbino/Urbania	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Urbino/Urbania	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24/12*
Sassocorvaro	MSA -Ambulanza	C.d.S. PPI	H 24
Fano	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Fossombrone	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 24
Cagli	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 24
Pergola	MSA -Ambulanza	PPI	H 24
CO118 – Ancona Soccorso	MSA -Ambulanza	Territorio AV 2	H 24
Ancona centro	MSA-Automedica	Distretto sanitario ex CRAS	H 24
Ancona Torrette	MSA-Automedica	AOU DEA 2° Torrette	H 24
Chiaravalle	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 12 (20-8)**
Falconara	MSA -Ambulanza	Sede P.A. Croce Gialla	H 12 (8-20)**
Loreto/Osimo	MSA-Automedica	C.d.S. PPI	H 24
Senigallia	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Jesi	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Fabriano	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Sassoferrato	MSA -Ambulanza	C.d.S. Sassoferrato/Arcevia	H 24***
CO 118 – Macerata Soccorso	MSA -Ambulanza	Territorio AV 3	H 24
Macerata	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Tolentino	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 24
Civitanova Marche	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Recanati	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 24
Camerino	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Matelica	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 12 (8-20)**
San Severino Marche	MSA -Ambulanza	Ospedale PPI	H 12 (20-8)**
Cingoli	MSA -Ambulanza	C.d.S.	H 24
CO 118 – Piceno Soccorso	MSA -Ambulanza	Territorio AAVV 4 e 5	H 24
Porto S. Giorgio/Fermo	MSA-Automedica	Distretto sanitario	H 24
Montegiorgio	MSA-Automedica	C.d.S.	H 24
Amandola	MSA-Automedica	PPI	H 24
Ascoli Piceno	MSA-Automedica	Ospedale DEA 1°	H 24
Offida	MSA -Ambulanza	Distretto sanitario	H 24
San Benedetto del Tronto	MSA -Ambulanza	Ospedale DEA 1°	H 24
Sant'Elpidio a Mare	MSA -Ambulanza	Territorio AV 4	H 12 (8-20)**

Fonte: DGR 920/2013. Legenda: MSA: mezzi di soccorso con medici e infermieri. *24 ore con possibilità di ridurre la disponibilità oraria a 12 ore, a fronte di una rimodulazione dei mezzi di soccorso dell'AV1. **La fascia oraria può essere modificata rimanendo inalterate il numero delle ore di H12, in relazione alle effettive necessità del servizio a fronte di una rimodulazione dei mezzi di soccorso dell'AV di riferimento. ***La POTES di Sassoferrato è utilizzata in modo integrato con la postazione di Arcevia, utilizzando sinergicamente i mezzi di soccorso delle due sedi.

5. Il costo

Secondo una valutazione del 2011 dell'ASUR Marche ogni equipaggio MSA costa annualmente 743.292 euro se funziona 24 ore al giorno mentre costa 371.646 euro se funziona 12 ore al giorno. Per le MSA automediche, dato che utilizzano lo stesso personale, possiamo ipotizzare lo stesso costo. Una postazione del MSI costa invece 364.068 euro per un funzionamento di 24 ore al giorno. Applicando questi valori alle postazioni previste negli atti della regione Marche, appena illustrati, si ottiene un costo annuo delle POTES di circa 30,7 milioni di euro. Se si applicassero invece gli standard nazionali il costo sarebbe di circa 21,2 milioni di euro (Cfr. Tab. 5). Il maggior costo sostenuto dalla regione Marche per il nuovo sistema così riorganizzato sarebbe di circa 9,5 milioni di euro.

Tab. 5 – il costo delle POTES previste nelle Marche

Numero mezzi	Tipologia	Costo unitario	Costo complessivo
24	MSA-Ambulanza	743.292	17.839.008
10	MSA-Automedica	743.292	7.432.920
15	MSI – Mezzi di soccorso infermieristici	364.068	5.461.020
Totale 49			30.732.948
POTES secondo standard nazionali = 28,5	MSA	743.292	21.183.822
Maggior costo			9.549.126

Note: Le postazioni funzionanti per 12 ore al giorno sono state valutate pari al 50% dell'unità.

Questo maggior costo potrebbe anche essere giustificato da un territorio dall'orografia particolarmente svantaggiata, dalla ricerca di una maggiore efficacia, o da altre motivazioni. Ma andrebbe comunque motivato alla comunità regionale perché si intendono elevare significativamente gli standard organizzativi e quindi anche i costi rispetto alle indicazioni nazionali e alle altre regioni. Così come andrebbero illustrati quali sono gli standard prestazionali che si garantiscono con questa organizzazione (per esempio quanti comuni si raggiungono entro i 20 minuti indicati dalla norma nazionale con l'ambulanza?)

6. Valutazioni

La determinazione del numero delle POTES necessarie costituisce un passaggio complesso che va affrontato in modo rigoroso stabilendo preventivamente obiettivi e criteri per la loro individuazione utilizzando i criteri dell'Agenas o della Conferenza Stato regioni (DPR 27 marzo 1992). In questo senso, la regione Marche ha scelto di partire dai criteri stabiliti dall'Agenas a cui poi si sono aggiunte 5,5 postazioni in più e 15 mezzi con infermieri (MSI) determinando così una dotazione di postazioni e mezzi con personale sanitario che è notevolmente superiore agli standard nazionali. Il maggior costo di questa organizzazione è di circa 9,5 milioni di euro pari ad una maggiorazione del 45% rispetto allo standard nazionale. Non è stata fornita una argomentazione per questa scelta organizzativa se non quella di accompagnare la fase di riorganizzazione ospedaliera che dovrebbe essere transitoria, mentre la decisione regionale non viene presentata come una organizzazione temporanea. Eppure, questa scelta che è molto costosa per la regione e che per le sue dimensioni potrebbe apparire ingiustificata andrebbe motivata ed in modo convincente.

La rete territoriale dell'emergenza è molto diffusa ma mancano i dati relativi alla sua efficacia, almeno potenziale. La localizzazione delle POTES deve essere fatta in modo da coprire tutto il territorio regionale (in genere almeno il 90%) entro i tempi di percorrenza indicati dalle linee guida nazionali e dalla legge regionale. Purtroppo i materiali messi a disposizione della Giunta regionale

non indicano il livello di performance del nuovo sistema e cioè in quanti minuti sono potenzialmente raggiungibili i comuni e se tutti i comuni sono coperti dal livello di performance assunto come obiettivo (8 minuti per le aree urbane e 20 minuti per le aree extraurbane). Per una valutazione completa dell'efficacia del sistema e per comprendere se la maggior dotazione di mezzi è giustificata dalla difficoltà a raggiungere gli obiettivi di performance stabiliti dalla legge regionale la regione Marche dovrebbe fornire questa ulteriore documentazione.

Bibliografia.

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), *Il Piano di riorganizzazione dell'assistenza nelle regioni in piano di rientro: la rete dell'emergenza sanitaria*, Monitor n. 27/2011.

Department of Health of England, *The Patient's Charter and You – a Charter for England*, London, Crown copyright, 1996.

DPR 27 marzo 1992, *Atto di coordinamento e di indirizzo alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*.

Gras T., *Olanda: nuova organizzazione*, N&A mensile italiano del soccorso, Vol.80 - Luglio 1998.

Ministero della Salute, *Sistema di emergenza territoriale "118"*, Roma, 2007.

Regione Abruzzo: DCA (decreto commissario ad acta) n.11 del 20/2/2013: "*Approvazione della rete emergenza urgenza*".

Regione Marche: DGR 20 maggio 2013, n.735: "*Riduzione della frammentazione della rete ospedaliera, riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della rete territoriale della emergenza-urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012*"

Regione Marche: DGR 17 giugno 2013, n.920: "*L. R. 36/98 – Individuazione del numero, tipologia, dislocazione e disponibilità oraria delle Potes nel territorio regionale*".

Regione Toscana: DGR 28 dicembre 2012, n.1235: "*DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo*".