

DOCUMENTO TAVOLO TECNICO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PROVINCIA DI FROSINONE

Introduzione

La richiesta di intervento di tipo sanitario in ambito territoriale risulta essere in netta crescita conseguentemente all'aumento dell'età media della popolazione e degli infortuni/incidenti relativi agli individui in età produttiva: tutto ciò riconduce sostanzialmente agli ambiti propri dell'emergenza, intesa come circostanza o eventualità imprevista, generalmente percepita come potenzialmente letale, e che richiede provvedimenti specifici anche di tipo eccezionale (American Heart Association; 2000). Essenzialmente, ogni evento così percepito, genera, nella stragrande maggioranza dei casi, una richiesta di intervento a carico del Sistema di Emergenza Sanitaria 118, che per proprio istituto ha l'obiettivo di garantire risposte all'emergenza/urgenza territoriale, per patologie gravi e acute che richiedono un intervento competente e non differibile direttamente sul luogo dell'evento, ma che in modo statisticamente rilevante gestisce anche una mole considerevole di casi di gravità e acuzie estremamente diversificati, con un'alta incidenza di casi di bassa e bassissima gravità, che ne rappresentano quindi una sorta di sottoprodotto rilevante. Da ciò, in considerazione della inevitabile limitatezza delle risorse utilizzabili, scaturisce la necessità, di effettuare un efficace filtro delle richieste di intervento, per poter successivamente modulare correttamente la risposta con l'obiettivo di garantire prioritariamente a chi ne ha effettivamente bisogno un intervento competente e di qualità e che si concretizzi con l'erogazione di prestazioni e cure "avanzate", permettendo comunque al sistema di rispondere altrettanto adeguatamente ai bisogni clinico-assistenziali di tutti gli altri casi cosiddetti "minori". Questo comporta un impiego intensivo delle risorse, richiedendo la contemporanea capacità di produrre una risposta massimale in tempi brevi nei casi tempo-sensibili. La mortalità evitabile e gli esiti invalidanti prevenibili, con un intervento tempestivo e qualificato costituiscono il campo di azione di un sistema efficace, e la riduzione della loro incidenza ne rappresenta l'obiettivo finale (Clawson J. & Dernocoeur K.; 2007). A questo scopo la vera esigenza è di iniziare la stabilizzazione del paziente nei tempi compatibili con gli standard terapeutici, fornendo cure intensive e continuative fino alla accettazione nella struttura adeguata. Un sistema di allarme in grado di attivare e porre in essere soccorsi di elevata qualità, coordinandoli con la rete di emergenza intraospedaliera realizza l'integrazione tra le fasi extra ed intraospedaliera. L'emergenza sanitaria costituisce l'ambito di azione in cui è maggiore la collaborazione di Medici, Infermieri, Personale Sanitario di supporto e dei Servizi Sociali, per questo la preparazione degli operatori comprende aree di interesse comune. In particolare, gli Infermieri di Centrale Operativa addetti alle consolle 118 utilizzano apparecchiature ad alto contenuto tecnologico ed interagiscono a vari livelli con gli altri operatori del Sistema di Emergenza, e stabiliscono il primo contatto con l'utente che richiede il soccorso, iniziando il processo assistenziale che continua fino all'arrivo dell'equipaggio ed all'eventuale trasporto ed accettazione in un Presidio Ospedaliero.

L'American Heart Association (AHA; 2000), ha proposto il concetto di "Catena della Sopravvivenza", composta da quattro anelli interdipendenti rappresentati da:

- Un rapido accesso al sistema di servizio d'emergenza territoriale;
- Un rapido inizio delle manovre di rianimazione cardio-polmonare (RCP), attuate sia dai presenti sia dai soccorritori giunti sul posto;
- Una rapida defibrillazione eseguita dai primi soccorritori e dal personale dell'ambulanza (infermieri, medici);
- Un rapido inizio delle manovre di rianimazione strumentale e farmacologica avanzata ALS (Advanced Life Support).

Generalità sul ruolo e funzioni della C.O. 118

- Riceve le chiamate di soccorso attraverso il numero telefonico unico 118 per l'emergenza sanitaria
- Valuta la criticità della situazione ed il grado di complessità dell'intervento
- Coordina gli interventi del personale operante sui mezzi di soccorso e sui mezzi del servizio di continuità assistenziale
- Invia, in caso di necessità, gli operatori sanitari ed il mezzo di soccorso più idoneo presente sul territorio, mantiene il collegamento via radio con i soccorritori, individua ed allerta la struttura ritenuta più idonea all'accogliimento del paziente, mobilità, se del caso e coordina l'intervento di altri mezzi del soccorso
- Organizza il trasferimento di pazienti per i quali si ravvisi l'urgente necessità di un trasporto assistito presso strutture altamente specializzate, qualora non siano presenti nel territorio di competenza aziendale, attraverso specifiche procedure DEA
- Allerta la guardia del Dipartimento di prevenzione al verificarsi di situazioni di emergenza
- Istruisce la popolazione sulle modalità di comportamento in caso di emergenza sanitaria promuovendo l'educazione sanitaria alla cultura dell'emergenza
- Gestisce le urgenze psichiatriche del paziente, mobilità, se del caso e coordina l'intervento di altri mezzi del soccorso

La C.O. dell'A.R.E.S. "118" di Frosinone si sviluppa nell'ambito del territorio provinciale e coincide con la totalità di esso: è sostanzialmente composta da due sottosistemi principali identificabili con la Centrale Operativa Provinciale, e le Postazioni territoriali, ove sono presenti personale operativo e mezzi di soccorso.



La C.O. rappresenta il nucleo centrale del Sistema con la specifica funzione di gestire tutte le richieste di soccorso, mediante l'analisi e la definizione di esse, con l'obiettivo di garantire al cittadino utente non solo l'invio del mezzo di soccorso più adeguato, ma anche una precoce stabilizzazione del paziente in loco, e l'invio celere alla struttura di ricovero e cura più adeguata.

Le postazioni distribuite sull'intero territorio provinciale sono in numero di 14: di queste sei (Atina, Cassino, Ceprano, Isola del Liri, Fiuggi e Frosinone) sono attualmente medicalizzate.

La provincia di Frosinone ha un territorio di circa 3.239Kmq., pari al 18,9% di tutta la regione Lazio. Di detta superficie, 1375.3Kmq. sono di territorio montano, e i restanti di collina e pianura. Assente è il territorio costiero.

Ha una popolazione di circa 494.000 abitanti con una densità media di 118 abitanti/Kmq per un totale di 91 comuni.

Razionale sulla proposta di accorpamento

La proposta di accorpamento con dismissione delle attività di una delle due centrali operative di emergenza sanitaria dei territori provinciali di Frosinone e Latina, prende corpo dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera." In cui si dispone testualmente *"Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione/provincia autonoma."*

Successivamente, rispetto a quanto indicato nel Decreto del Commissario ad Acta 5 luglio 2017, n. U00257 - Attuazione Programma Operativo di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00052/2017. Adozione del Documento Tecnico denominato: "Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015", si sta procedendo per quanto disposto al punto 5.1.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso che cita testualmente *"In ottemperanza allo standard di una CO con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione-provincia autonoma, si è proceduto alla riduzione del numero delle CO presenti sul territorio regionale che sono passate da 7 a 4, mediante la soppressione della CO Regionale, l'accorpamento di quella di Roma e Provincia di Roma ed, infine l'accorpamento delle CO di Rieti e Viterbo ossia attualmente si ha, in media, una CO ogni 1.500.00 di abitanti."*

Entro il 2018 è previsto l'accorpamento delle CO di Frosinone e Latina, riducendo ulteriormente il numero delle CO presenti sul territorio regionale. Tale accorpamento sarà realizzato garantendo in una delle due provincie la sede del numero unico 112. In coerenza con il DM 70/2015, la rete territoriale di soccorso si articola come una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse con Servizio emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, con condivisione delle procedure con l'attività del Distretto e con la rete ospedaliera. Ciò si realizza anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati."

Sulla base degli standard del DM 70/2015 è stato rideterminato il numero dei mezzi di soccorso avanzato. Il calcolo totale dei mezzi di soccorso andrà rideterminato quando l'Ares 118 prenderà in carico anche la gestione dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti), attualmente demandati alle singole aziende sanitarie."

Criticità generali

In merito a quanto sopra, desideriamo indicare le prime nostre considerazioni, soprattutto legate a criteri di accorpamento, effettuato essenzialmente in ottemperanza al numero di abitanti per bacino di riferimento di cui al D.M. n° 70/2015, che indica "orientativamente" un numero di popolazione servita non inferiore a 600.000 abitanti.

Più puntualmente, il legislatore indica tale criterio aggettivandolo appunto come atto orientativo e di indirizzo generale, presumendo quindi "de facto" una possibile eventuale flessibilità, che sicuramente è stata presa in considerazione circa l'accorpamento dei territori/popolazioni delle Province di Rieti e Viterbo che mostrano un numero totale pari a 474.759 cittadini residenti al 2017 (dati ISTAT al 31/12/2017).

Per quanto attiene il previsto prossimo eventuale accorpamento delle C.O. che servono i territori di Frosinone e Latina, probabilmente è stato utilizzato un criterio ed una chiave di lettura differente, che in questo caso non è nota, ma che prende il dato "orientativo" di popolazione residente come vincolante. Perplesità, genera la decisione di garantire la sede in una delle due Province della struttura NUE 112, soprattutto in relazione al fatto che i "rumors" e dichiarazioni apparse sui media indicano allo stato l'allocazione della stessa presumibilmente in Provincia di Frosinone: è importante chiarire che nella sostanza detta struttura provvederà "solo" a smistare le richieste di intervento alle varie strutture di coordinamento, gestione e organizzazioni degli interventi di competenza, deviando il chiamante richiedente il soccorso/intervento alle varie CC.OO. di Polizia, Carabinieri, Vigili del Fuoco, Emergenza Sanitaria (118), quindi con funzioni prodromiche, supportive e di filtro preventivo, nel nostro caso specifico ad interventi di gestione, pianificazione ed organizzazione di un intervento di tipo sanitario di emergenza territoriale. L'allocazione della struttura NUE in una provincia o in un'altra non inciderà in maniera presumibilmente significativa su alcuna delle attività rivolte al cittadino. Interessante l'indicazione del DCA sopra citato, riferita al fatto che *"la rete territoriale di soccorso si articola come una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse con Servizio emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, con condivisione delle procedure con l'attività del Distretto e con la rete ospedaliera."* che sicuramente o probabilmente è stata il leitmotiv che ha condotto la direzione Strategica dell'ARES ha individuare il territorio di Rieti come sede della neonata C.O. unica Rieti-Viterbo, vista la diversa attuale offerta ospedaliera e territoriale dal punto di vista quantitativo che le ASL di Rieti e Viterbo offrono, con una netta preponderanza a favore della Provincia di Viterbo. La collocazione della C.O. 118 nella Provincia di Rieti "compensa" e "livella" sicuramente la capacità di offerta e di risposta sanitaria tra le due province.

Altro fattore di criticità, rappresenterà la prossima gestione dei trasferimenti secondari in urgenza che sono direttamente dipendenti dall'offerta sanitaria delle singole ASL: l'accorpamento della C.O. 118, se Latina sarà la scelta finale della sede fisica, diverrà

sicuramente elemento sperequativo a danno del frusinate in quanto, rispetto a Latina, la nostra provincia, non essendo sede di DEA di 2° livello utilizza ed utilizzerà la modalità del trasferimento secondario in urgenza come risposta obbligata al trattamento di pazienti critici. Solo questo aspetto diventa preponderante circa la scelta di allocazione della C.O. a favore della Provincia di Frosinone o in alternativa, se ancora percorribile, del non accorpamento delle due CC.OO., con il mantenimento di uno status quo che garantirebbe una risposta sicuramente più efficace ed altrettanto sostenibile, vista anche la “*gestione dei trasporti secondari (ordinari ed urgenti), attualmente demandati alle singole aziende sanitarie*” prevista nel sopracitato DCA.

Criticità strutturali provinciali

L'accorpamento previsto, e la paventata collocazione strutturale della C.O. 118 di Frosinone su Latina, avrebbe dovuto anche prescindere da una serie di considerazioni di tipo strutturale ed infrastrutturale legata ai territori serviti.

Le diversità territoriali, sociodemografiche, orografiche ed anche culturali tra le due province, dovranno, a nostro avviso, predisporre un ulteriore momento di riflessione, che possa aiutare ad orientare le scelte che si stanno compiendo, tendendo non solo al mantenimento dell'attuale capacità di riposta dell'attuale sistema di emergenza urgenza territoriale, ma se possibile, aumentandolo e migliorandolo.

Il sistema di emergenza territoriale è strettamente dipendente dai cittadini/utenti e dalle situazioni territoriali. Sino ad ora, con l'eccezione di Roma Capitale, che rappresenta caso a se in tutto il territorio nazionale, abbiamo avuto una discreta risposta ai bisogni di salute del cittadino proprio perché le varie diversità territoriali coincidevano ed erano servite e delimitate in ambito provinciale. Le complessità clinico organizzative dei sistemi di emergenza territoriali avevano trovato una risposta adeguata proprio nel loro ambito provinciale rappresentando l'infungibilità della presenza di strutture come le CC.OO. 118 fisicamente allocate in ogni provincia.

Le varie CC.OO. provinciali, sono anche parte di un sistema estremamente più ampio che le vede come interfaccia di altre Strutture ed Enti che si occupano di emergenza che, nella riorganizzazione dell'Ares, sicuramente avrebbero criticità nell'interfacciarsi con una organizzazione sovraprovinciale e viceversa.

Le diversità infrastrutturali legate alla viabilità rappresentano criticità che sicuramente possono essere adeguatamente affrontate nella Provincia di Latina quasi totalmente con l'ausilio di tecnologia di geolocalizzazione, ci risulta difficile pensare che ciò sia sovrapponibile alla Provincia di Frosinone.

Ulteriori fattori di rischio sono rappresentati dalla presenza di circa 100 km di tratto autostradale che attraversano la provincia di Frosinone con una media di 60/70.000 veicoli transitanti ogni giorno: immaginiamo quanti individui sono in carico annualmente alla C.O. 118 di Frosinone e quanti mezzi pesanti, trasportanti anche merci pericolose per l'ambiente e i cittadini, transitano lungo la Provincia a cui si aggiunge un tratto di pari lunghezza di TAV.

Oltre all' A1 Roma-Napoli, la C.O. di Frosinone coordina i tratti della S.S. Casilina, S.S. dei Monti Lepini, Super Strada per Sora-Avezzano-Val di Comino-Cassino; numerose strade provinciali; linea ferroviaria Roma-Napoli. Ricordiamo in fine, la presenza dell'eliporto militare del 72° Stormo a Frosinone e vista la promozione del Frosinone Calcio in serie A, sono previsti, in futuro, 2/3 grandi eventi calcistici mensili, di portata nazionale.

Le numerose macro e maxi emergenze negli anni gestite dalla C.O. di Frosinone e l'esperienza acquisita dagli operatori non potranno essere mai sostituite da nessun algoritmo o paragonati all'unico fattore di rischio importante della Provincia di Latina legata all'emergenza mare.... ovvero per massimo due mesi l'anno.... senza contare l'elevatissimo rischio sismico che insiste su vaste aree della provincia di Frosinone, tanto che il comune di Vallerotonda è stato classificato come avente il più alto fattore di rischio della Regione Lazio.

La tabella riassuntiva sottostante rappresenta sinteticamente ma efficacemente i fattori di rischio che sostengono l'infungibilità della presenza in provincia di Frosinone della C.O. 118:

Incendi	73 Comuni, per un totale di circa 360.200 abitanti.
Terremoti	30 Comuni con pericolosità sismica alta dove possono verificarsi fortissimi terremoti, per un totale circa di 94.027 abitanti. 12 Comuni con pericolosità sismica media dove possono verificarsi forti terremoti per un totale circa di 91.803 abitanti. 47 Comuni con pericolosità sismica media dove possono verificarsi forti terremoti per un totale circa di 300.241 abitanti. 2 Comuni con pericolosità sismica bassa, che può essere soggetta a scuotimenti modesti per un totale circa di 6.996 abitanti.
Frane e smottamenti	47 Comuni, per un totale di circa 290.000 abitanti, di cui almeno quattro attualmente attive.
Straripamenti e alluvioni	30 Comuni, per un totale di circa 230.800 abitanti.
Risc. Agricolo e Industriale	Esteso su tutto il territorio provinciale, tenuto conto della tradizione socio culturale e della polverizzazione di piccole, medie e grandi imprese, variamente distribuite, anche se prevalenti lungo l'asse autostradale e nella Valle del Liri.
Risc. Turistico	Altamente diffuso su tutto il territorio, con netta prevalenza per la città di Fiuggi e per le località sciistiche montane. La vicinanza con Roma, l'Abruzzo e il litorale pontino sono indubbi elementi di implementazione del rischio.



Criticità Professionali

Con l'obiettivo di analizzare le criticità di tale riorganizzazione nell'emergenza-urgenza territoriale in maniera obiettiva, sono stati presi in considerazione i risultati di studi scientifici e presenti in letteratura, legati alle prestazioni operatore dipendente, che irrimediabilmente perderemmo nell'accorpamento così come è stato ipotizzato.

Diversi studi hanno dimostrato che la combinazione di conoscenza, esperienza e intuizione sono essenziali fattori per un buon processo decisionale nella gestione della richiesta di soccorso telefonica (Ek, B., & Svedlund, M. 2015; Ellensen et al., 2014; Huibers et al.; 2012). I risultati di tali studi hanno mostrato che gli algoritmi tempo-percorso dipendente, forniscono all'infermiere di C.O. un buon supporto nella maggior parte delle situazioni ma che presenta anche molte imperfezioni. L'algoritmo infatti, può guidare una decisione circa la spedizione di un'ambulanza, ma può a volte costringere l'infermiere ad inviarla anche se non ce n'è bisogno, questo perché il sistema informatico guida la decisione dell'infermiere che gestisce la chiamata, sulla base di rigidi criteri non sempre utili nella presa di decisioni infermieristiche. Gli infermieri infatti, in tali studi hanno dichiarato di aver bisogno di bilanciare rigorosamente tra l'utilizzo dell'algoritmo tempo-percorso dipendente e il buon senso, l'esperienza acquisita nella C.O. come triagista nella formulazione di domande chiave non scritte e l'intuizione (Leopardi, M., & Sommacampagna, M. 2013). Anche Banning, (2007), ha descritto il modello 'intuitivo-umanista' come diverso dall'informazione elaborazione modello - logaritmo e indica che sussistono elementi di entrambi i modelli nel processo decisionale infermieristico di C.O., se ne deduce che deve essere seguito il modello - logaritmo, ma che in situazioni particolari le loro decisioni sono state determinate con altri metodi. Stephenson e Thrasher (2010), hanno spiegato che gli infermieri di Centrale operativa prendono le loro decisioni utilizzando i sistemi di supporto informatici come da linee guida, ma hanno riscontrato variazioni nel grado di autonomia, e che spesso gli infermieri contrastavano i protocolli imposti dagli algoritmi tempo-percorso dipendente, usando le proprie conoscenze cliniche se ritenevano che questi li portavano ad una decisione inappropriata.

Anche lo studio di Ellensen et al. (2014), ha mostrato un uso generale relativamente alto ma con grande variazioni individuali, anche Huibers et al. (2012), hanno evidenziato che gli Infermieri nel triage telefonico non lo utilizzavano del tutto, analogamente Ek, B., & Svedlund, M. (2015), affermano che se gli infermieri di C.O. scelgono di fare affidamento sulla propria esperienza e conoscenza del territorio invece di seguire rigorosamente l'algoritmo, hanno seguito una strategia che è comunemente usata tra infermieri esperti, senza che questa abbia influenzato l'adeguatezza della loro stima di urgenza nell'assegnazione del codice di gravità.

Altro dato rilevante che emerge dalla letteratura (Ek, B., & Svedlund, M. 2015), consiste nella descrizione delle barriere linguistiche come un problema significativo durante le interviste telefoniche con immigrati, turisti e in particolare quando i richiedenti soccorso sono persone che vivono in zone rurali e differenti del paese, che a causa di *slang* ed espressioni locali, dialetto o di una lingua parlata di zona territoriale, risulta difficile da capire se non conosciuta dall'infermiere che gestisce la telefonata.

Gli stessi studi concordano nell'affermare che le barriere linguistiche procurano altresì tempi diversi di risposta a seconda se un'ambulanza è stata inviata in una zona rurale rispetto a una grande città, questo fattore, a volte, ha influenzato il processo decisionale, e non solo per l'invio del mezzo di soccorso ma soprattutto per le difficoltà nel fornire istruzioni pre-arrivo al chiamante, istruire ad esempio chi è vicino al paziente per la rianimazione cardio-polmonare (CPR) via telefono fino all'arrivo del mezzo di soccorso, oppure fornire istruzioni pre-arrivo per l'ostruzione delle vie aeree, queste difficoltà dipendono dall'abilità del chiamante di descrivere i sintomi, dalle sue abilità linguistiche e dallo stato mentale.

Il dispatch e una corretta gestione di questo processo attraverso il decision making da parte dell'infermiere di C.O., aumenta inoltre la sicurezza negli interventi degli equipaggi a bordo dei mezzi di soccorso, con i quali si interfaccia continuamente per tutta la durata dell'intervento, fino all'arrivo dell'equipaggio inviato e terminando con l'arrivo nella giusta struttura sanitaria (Isenberg, D., Cone, D. C., & Stiell, I. G. 2011; Pecetta, F., & Giusti, G. D. 2015).

Secondo uno studio condotto nelle Centrali Operative 118 del Centro Italia (Pecetta, F., & Giusti, G. D. 2015), il sistema di dispatch può essere definito come "Sistema di Gestione Verticale" delle chiamate, in quanto alla "console" c'è un solo Operatore che svolge attività di Call-Taker (intervista telefonica, decisione di triage, istruzione pre-arrivo) e di Dispatcher (allertamento ed invio dei mezzi di soccorso, coordinamento e supervisione dell'evento), fra queste rientra anche la C.O. 118 di Frosinone. Dallo stesso studio emerge che nel 73% delle Centrali Operative coinvolte nello studio, l'operatore che gestisce il Dispatch telefonico gestisce anche l'attribuzione del codice-colore e contatta il mezzo più idoneo da inviare sull'evento, inoltre nell'81% delle C.O. alla ricezione della chiamata sono presenti solo Infermieri considerati "esperti clinici", o in possesso di "competenze avanzate" riconosciute attraverso percorsi formativi post base.

Tab. 2. Operatori medi presenti in ogni centrale per turno di servizio.

	INFERMIERI	MEDICI	OPERATORI TECNICI	TOTALE
LAZIO				
Frosinone	3			3
Latina	3			3
Rieti	2			2
Roma	20			20
Viterbo	2			2

(Tratto da: Pecetta, F., & Giusti, G. D. 2015).



Essendo quella della C.O. 118 di Frosinone fra quelle con tipologia a sistema di gestione verticale, si evince che l'Infermiere di C.O. ha un ruolo decisionale essenziale per quanto attiene i tempi di servizio della Centrale. Tenendo conto che secondo gli studi di Maccari, C., La Torre, G., Del Cimmuto, A., & Boccia, A. (2009), *“Per tempo di servizio va inteso il tempo di intervista (dal primo squillo – o più facilmente dal momento in cui si “alza la cornetta” – alla chiusura della conversazione con l’utente); tempi di attivazione dei mezzi di soccorso; tempi di attivazione di altri enti necessari per la gestione dell’emergenza; comunicazione con gli equipaggi per la rilevazione degli stati (partenza, arrivo partenza per l’ospedale, arrivo in ospedale, operatività); assistenza per il raggiungimento del luogo; ricezione di più chiamate per ogni evento e/o necessità di richiamare l’utenza o fornire istruzioni prearrivo; supporto al personale di soccorso sul posto; attivazione degli ospedali di destinazione”*. Tale tempo sembra distribuirsi secondo la distribuzione di Erlang (o distribuzione gamma), ed è essenziale per calcolare il numero di operatori di C.O. la cui attività non consente la formazione di code, ovvero non ci sia, o venga ridotta al minimo, la probabilità di sovrapposizione di più eventi di quanti operatori sono in servizio. Tale calcolo è stato fatto negli studi di Maccari, C., La Torre, G., Del Cimmuto, A., & Boccia, A. (2009), considerando dimensioni crescenti del bacino di utenza della Centrale Operativa, rappresenta il primo studio che si è occupato del dimensionamento delle Centrali di Emergenza Sanitaria utilizzando la teoria delle code, per cui sarebbe indispensabile ed auspicabile conoscere tale stima in maniera predittiva qualora la C.O. di Frosinone fosse accorpata a quella di Latina.

Conclusioni

In merito a quanto sopra riportato risulta evidente che la scelta di un accorpamento delle Strutture di Frosinone e Latina presenta numerose criticità che travalicano ogni possibile eventuale ridimensionamento della spesa e che difficilmente, pur in una un'ottica di razionalizzazione, si riuscirebbero a mantenere inalterati gli standard di due Centrali Operative.

Dall'analisi presentata, seppur macroscopica, si evince che uno spostamento con sede a Latina rappresenterebbe un vulnus difficilmente colmabile proprio in relazione alle specificità della Provincia di Frosinone che ha un territorio esteso e complesso per caratteristiche orografiche e di viabilità, numerosi piccoli Comuni, estensione, e rischi specifici maggiori e sicuramente diversi da quelli della Provincia di Latina, che in ogni caso ha meno punti di criticità tanto che, possiamo serenamente e convintamente affermare che, se accorpamento deve esserci, sia più logico - come fatto per Rieti - si individui la C.O. di Frosinone come sede per il Lazio Sud.

Tutto ciò non solo a difesa delle professionalità insistenti nella nostra provincia, ma soprattutto a beneficio del diritto alla salute dei nostri concittadini, compresi i residenti a Latina. Tutti noi abbiamo il diritto di pretendere un servizio efficace, efficiente e di qualità e, proprio per questo ci fa piacere riportare un aforisma di Bertrand Russell che appare riportato in calce all'atto aziendale dell'ARES 118 *“In ogni cosa è salutare, di tanto in tanto, mettere un punto interrogativo a ciò che a lungo si era dato per scontato”*. Facciamone tesoro tutti noi.

Frosinone, 20 luglio 2018

Il Presidente
Gennaro Scialò PhD



References

- American Heart Association. *Circulation* 1991;83:1832–47.7. Part 12: from science to survival strengthening the Chain of Survival in every community. *Resuscitation* 2000;46:417–30.8.
- Banning M, (2007) A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing* 17, 187–195.
- Clawson J, Dernocoeur K. *Time Life Priority Situations. Principles of Emergency Medical Dispatch*, 3rd ed. Salt Lake City, UT: Priority Press, 2007, pp 26–31.
- Ek, B., & Svedlund, M. (2015). Registered nurses' experiences of their decision-making at an Emergency Medical Dispatch Centre. *Journal of clinical nursing*, 24(7-8), 1122-1131.
- Ellensen, E. N., Hunnskaar, S., Wisborg, T., & Zakariassen, E. (2014). Variations in contact patterns and dispatch guideline adherence between Norwegian emergency medical communication centres-a cross-sectional study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 22(1), 2.
- Huibers, L., Giesen, P., Smits, M., Mookink, H., Grol, R., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage in Dutch out-of-hours primary care: the relation between history taking and urgency estimation. *European Journal of Emergency Medicine*, 19(5), 309-315.
- Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family practice*, 29(5), 547-552.
- Isenberg, D., Cone, D. C., & Stiell, I. G. (2011). A simple three-step dispatch rule may reduce lights and sirens responses to motor vehicle crashes. *Emergency medicine journal*, emermed-2011.
- Leopardi, M., & Sommacampagna, M. (2013). Emergency nursing staff dispatch: sensitivity and specificity in detecting prehospital need for physician interventions during ambulance transport in Rovigo Emergency Ambulance Service, Italy. *Prehospital and disaster medicine*, 28(5), 523-528.
- Maccari, C. (2012). I servizi di emergenza sanitaria territoriale (118) in Italia e il ruolo dell'infermiere. *Centro*, 250(97.625), 91-826.
- Maccari, C., La Torre, G., Del Cimmuto, A., & Boccia, A. (2009). Il dimensionamento delle Centrali di Emergenza Sanitaria 118: dalla prassi alla teoria. *CLINICAL GOVERNANCE*, 3, 35-41.
- Pecetta, F., & Giusti, G. D. (2015). Gli infermieri nell'organizzazione del dispatch telefonico. Studio osservazionale nelle centrali operative 118 del centro italia. *Italian Journal of Emergency Medicine*, 53, 57.
- Purc-Stephenson, R. J., & Thrasher, C. (2010). Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 482-494.
- Travers, A. H., Rea, T. D., Bobrow, B. J., Edelson, D. P., Berg, R. A., Sayre, M. R., ... & Swor, R. A. (2010). Part 4: CPR overview: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 122(18 suppl 3), S676-S684.