

Adalberto Biasiotti, Rinaldo De Conti

Security e sanità



“Esprimi il tuo pensiero in modo conciso perché sia letto, in modo chiaro perché sia capito, in modo pittoresco perché sia ricordato e, soprattutto, in modo esatto perché i lettori siano guidati dalla sua luce”

Joseph Pulitzer

INDICE GENERALE

CAPITOLO 1

IL PERCHÈ DI QUESTO VOLUME..... 15

- 1.1 Il mondo della security ospedaliera 16
- 1.2 Gerarchia e responsabilità del mondo della sanità 18
- 1.3 Competenze e responsabilità 20
- 1.4 La evoluzione della sicurezza anticrimine ospedaliera 21
- 1.5 Eppure la sicurezza anticrimine è fondamentale! 22

CAPITOLO 2

ACCREDITAMENTO, CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ E SICUREZZA..... 25

- 2.1 Da USL ad ASL 26
- 2.2 La carta dei servizi 28
- 2.3 Qualità ed accreditamento 29
- 2.4 Interventi di sicurezza nei vari insediamenti sanitari secondo JCI 32
- 2.5 Altri interventi di sicurezza secondo JCI 33

CAPITOLO 3
PANORAMICA DEGLI APPRESTAMENTI TECNICI
DI SICUREZZA.....37

3.1 Serrature, chiavi e loro gestione38

3.1.1 *La gestione delle chiavi*.....40

3.2 Le difese fisiche41

3.3 I controlli di accesso42

3.3.1 *Controlli speciali per pazienti speciali*44

3.4 Sistemi anti intrusione45

3.4.1 *Sistemi accentrati e decentrati*.....45

3.5 Le segnalazioni di allarme46

3.6 Gli impianti di video sorveglianza47

3.6.1 *Reti analogiche e digitali*.....47

3.6.2 *Privacy e videosorveglianza*49

3.7 I sigilli di sicurezza.....50

3.8 Citofoni di emergenza.....51

3.9 Sistemi elettroacustici applicati ai servizi di emergenza.....52

3.9.1 *I principali punti della normativa*53

3.10 Sale operative locali e remote55

3.11 Procedure e manuali della sicurezza.....56

CAPITOLO 4**LE AREE DI RISCHIO CRIMINOSO A CONTATTO
CON I PAZIENTI**59

4.1	Il pronto soccorso	60
4.1.1	<i>Il triage</i>	61
4.1.2	<i>La protezione dei beni del paziente</i>	62
4.1.3	<i>Il comportamento dei familiari</i>	63
4.2	I pazienti ricoverati	64
4.2.1	<i>Il controllo degli accessi</i>	65
4.3	La protezione dal furto	66
4.3.1	<i>Cassettiere e contenitori di sicurezza</i>	67
4.4	I pazienti speciali	68
4.4.1	<i>I pazienti detenuti</i>	69
4.4.2	<i>Il paziente con capacità psichiche alterate</i>	70
4.5	I reparti di neonatologia.....	71
4.5.1	<i>Il profilo del malvivente</i>	72
4.5.2	<i>I segni premonitori</i>	73
4.5.3	<i>Le misure di prevenzione</i>	73
4.5.4	<i>Il ritorno in famiglia</i>	76
4.6	Il day hospital	77
4.6.1	<i>La sicurezza dei beni dei pazienti</i>	77
4.6.2	<i>Dal day hospital al ricovero</i>	78
4.7	Le sale operatorie	79
4.8	La gestione sicura dei visitatori.....	81
4.8.1	<i>L'interazione fra i visitatori ed i pazienti</i>	82
4.8.2	<i>Gli orari di visita</i>	83

4.8.3	<i>Il ruolo degli addetti alla sicurezza</i>	83
4.8.4	<i>Le abitudini da scoraggiare</i>	84
4.9	Le camere ardenti: luoghi non solo di preghiera	85
4.9.1	<i>Alcuni reati</i>	86
4.9.2	<i>Le misure di prevenzione</i>	88
4.9.3	<i>La pianificazione di situazioni atipiche</i>	90

CAPITOLO 5

ALTRE AREE DI RISCHIO CRIMINOSO

5.1	I parcheggi.....	93
5.1.1	<i>I parcheggi all'interno del comprensorio ospedaliero</i>	94
5.1.2	<i>I parcheggi riservati al personale</i>	95
5.1.3	<i>I parcheggi dei visitatori</i>	95
5.1.4	<i>Le misure di controllo del rischio</i>	96
5.1.5	<i>I "parcheggi rosa"</i>	98
5.1.6	<i>Il parcheggio di visitatori</i>	99
5.1.7	<i>Le attività di vigilanza e controllo</i>	100
5.2	Attrezzature sanitarie, presidi alberghieri ed alimentari.....	101
5.2.1	<i>Attrezzature e presidi sanitari</i>	102
5.2.2	<i>I presidi alberghieri</i>	104
5.2.3	<i>Lenzuola e biancheria</i>	106
5.2.4	<i>Parliamo infine di alimenti</i>	108
5.3	Le farmacie	111
5.3.1	<i>Il controllo della farmacia</i>	112
5.3.2	<i>La resa dei farmaci</i>	113

5.3.3	<i>Il furto</i>	114
5.3.4	<i>Dal furto alla rapina</i>	116
5.4	La protezione delle cartelle cliniche e degli archivi ospedalieri	117
5.4.1	<i>Le cartelle su supporto cartaceo</i>	118
5.4.2	<i>La protezione delle cartelle elettroniche</i>	119
5.4.3	<i>Le norme europee</i>	120
5.4.4	<i>Gli archivi storici cartacei</i>	122
5.5	Dipendenti ed uffici al sicuro.....	125
5.5.1	<i>Uffici sicuri</i>	126
5.5.2	<i>Le mini casseforti</i>	127
5.5.3	<i>Gli armadietti dei dipendenti</i>	128
5.6	La protezione e movimentazione del contante.....	129
5.6.1	<i>Il punto di incasso</i>	130
5.6.2	<i>La custodia del contante</i>	132
5.6.3	<i>La asportazione del contante</i>	132
5.6.4	<i>La cassa continua</i>	133
5.6.5	<i>Le movimentazioni interne</i>	134

CAPITOLO 6

RISCHIO CLINICO E TECNOLOGIE

	BIOMETRICHE	135
6.1	Le tecnologie biometriche	136
6.2	L'International Biometric Group	136
6.2.1	<i>Le cartelle cliniche elettroniche</i>	137
6.2.2	<i>La normativa ISO 27799</i>	137

6.3	Privacy e biometria.....	139
6.3.1	<i>Uso di dati biometrici nelle operazioni di trasfusione</i>	139
6.4	La identificazione dei pazienti.....	145
6.4.1	<i>Il palmo della mano</i>	145
6.5	La smart patient room.....	146
6.6	La gestione biometrica della farmacia	149

CAPITOLO 7

I RISCHI DELLA MEDICINA NUCLEARE..... 151

7.1	Una breve panoramica storica	151
7.2	Cosa sono le RDD	152
7.3	I radio nuclidi coinvolti.....	154
7.4	Le prescrizioni della agenzia internazionale per l'energia atomica	155
7.5	I pazienti di medicina nucleare	156

CAPITOLO 8

IL MANUALE DELLA SICUREZZA E DELLE PROCEDURE RELATIVE..... 159

8.1	I commenti all'indice del manuale	161
8.2	La raccolta dei dati.....	171
8.3	Un'esperienza pratica	173

CAPITOLO 9**GLI UOMINI DELLA SICUREZZA: 175**

9.1	Un glossario	176
9.2	Aspetti economici ed operativi.....	177
9.3	Servizi di portierato e servizi armati.....	178
9.4	Servizi di vigilanza e servizi di accoglienza	182

CAPITOLO 10**IL CONTRATTO DI FORNITURA DEL SERVIZIO
DI GUARDIE PARTICOLARI GIURATE 185**

10.1	La individuazione dei servizi richiesti	186
10.2	La scelta degli offerenti.....	188
10.3	I criteri di valutazione dell'offerta tecnica	189
10.4	Alcuni esempi di criteri di valutazione	190
10.5	Disposizione senza sanzione, è finzione!	191

CAPITOLO 11**L'APPALTO MISTO DI BENI E SERVIZI 195**

11.1	I limiti della procedura	196
11.2	Beni in concessione oppure in leasing	196
11.3	Alcuni impianti speciali	197
11.4	Chiavi e serrature	199
11.5	Vediamo gli impianti più impegnativi.....	201
11.5.1	<i>L'impostazione del capitolato tecnico e della parte economica</i>	204
11.5.2	<i>Il capitolato tecnico.....</i>	205
11.5.3	<i>La parte economica</i>	206

CAPITOLO 12

LA MANUTENZIONE ED IL FACILITY MANAGEMENT NELL'IMPIANTISTICA

DI SICUREZZA	209
12.1 I vari tipi di manutenzione ed i vari contratti.....	210
12.1.1 <i>I tipi di contratto</i>	211
12.2 I parametri contrattuali.....	213
12.2.1 <i>Il tempo di intervento ed il tempo di riparazione</i>	213
12.2.2 <i>Il caso dell'ascensore</i>	214
12.3 Norme e lista di controllo.....	215
12.3.1 <i>Check list manutentivo</i>	216
12.4 La ricognizione degli impianti.....	216
12.5 Facility management: è una soluzione?.....	219
12.6 Quali impianti possono essere coinvolti	220
12.7 Un possibile aiuto informatico.....	222
12.8 I criteri di impostazione dei prezzi.....	224
12.9 I criteri di durata del contratto	225
12.9.1 <i>La durata corta</i>	225
12.9.2 <i>La durata lunga</i>	226
12.9.3 <i>Una possibile soluzione di compromesso</i>	227
12.10 Chi gestisce il contratto	227
12.10.1 <i>Il responsabile del facility management</i>	228
12.10.2 <i>Il responsabile amministrativo del contratto</i>	229
12.10.3 <i>Il responsabile locale del controllo operativo</i>	229
12.10.4 <i>La commissione paritetica di monitoraggio</i>	229

CAPITOLO 13

UNA PANORAMICA DELLE NORMATIVE

AFFERENTI ALLA SECURITY231

13.1 Il decreto del TAR del Lazio numero 5413/2010 232

13.2 Gli enti normativi europei e mondiali..... 233

13.3 Il contrassegno delle normative 235

13.4 UNI - Commissione “servizi” 251

13.5 UNI - Commissione “manutenzione” 252

13.6 CEI - Commissione “sistemi di cablaggio” 253

13.7 Varie 253

CAPITOLO 1

IL PERCHÈ DI QUESTO VOLUME

Oggi è possibile reperire, nelle biblioteche specializzate, numerosi volumi dedicati al problema della sicurezza anticrimine di varie attività.

Vi sono volumi dedicati alla sicurezza anticrimine nell'ambiente bancario, altri volumi dedicati alla sicurezza in ambienti produttivi e del terziario.

Cominciano essere più rari i volumi che affrontano temi specifici, come ad esempio la sicurezza nel mondo della energia e dei trasporti. È probabile che tra non molto la entrata in vigore della direttiva europea sulla sicurezza delle infrastrutture critiche farà sì che aumenti l'attenzione degli autori e degli editori nei confronti di pubblicazioni, che prendono in esame specifico i problemi di queste attività, che non sono certamente di nicchia e che possono avere un impatto disastroso sulla società civile, in caso di compromissione.

Stupisce un poco il fatto che sino ad oggi nessuno abbia ritenuto appropriato dedicare un volume ad un settore che dal punto di vista economico rappresenta una voce dominante nella economia italiana: stiamo parlando appunto del mondo della sanità.

All'estero esiste già qualche pubblicazione sul tema e la sensibilità è certamente maggiore.

In Italia esistono delle associazioni che raccolgono gli specialisti di sicurezza, come ad esempio l'AIPROS o AIPSA; nell'ambito di queste associazioni sono state già create delle sottosezioni dedicate a temi specifici, come ad esempio la sicurezza bancaria, ma nessuno fino a oggi ha pensato di creare una sotto-

sezione dedicata ad un settore specifico e complesso, che ha caratteristiche ed esigenze di sicurezza completamente diverse da quelle di ogni altra attività della società civile.

Ai lettori che si stupiscono per questa affermazione piuttosto impegnativa, consigliamo di leggere le pagine che seguono, dove gli autori metteranno in evidenza perché il mondo della security ospedaliera ha caratteristiche affatto peculiari ed ha bisogno di esser affrontato con competenze specifiche.

1.1 Il mondo della security ospedaliera

Cominciamo a porci qualche domanda, mettendo a confronto le modalità di funzionamento e le esigenze di sicurezza di vari contesti industriali, commerciali e dei servizi.

Invitiamo innanzitutto i lettori a chiedersi quante aziende abbiano incontrato nella loro esperienza professionale che debbano essere in grado, nel settore manifatturiero o dei servizi:

- di operare nell'arco delle ventiquattrore,
- di accogliere "clienti", intendendo con ciò pazienti, che in molte circostanze possono essere incapaci di intendere e volere,
- di accogliere i visitatori che devono interagire con i pazienti,
- di gestire situazioni di crisi, connesse ad esempio al verificarsi di disastri nell'ambiente circostante,
- di preparare cibi, anche di tipo specializzato, se non nell'arco delle ventiquattrore, perlomeno in un arco di tempo eccezionalmente esteso,
- di custodire nei propri magazzini prodotti alimentari, prodotti farmaceutici, protesi ed ortesi, con valore economico spesso straordinariamente elevato,
- di garantire il perfetto funzionamento di tutte le apparecchiature tecniche nell'arco delle ventiquattrore,
- di mantenere gli accessi sotto controllo nell'arco delle ventiquattrore pur in presenza di numerosi ingressi, che non possono essere chiusi o che possono essere tenuti sotto controllo con significative difficoltà,
- di gestire contante in medie e grandi quantità, con tutti i rischi relativi di rapina, frode, differenza contabile.

La difficoltà di identificare i soggetti che accedono aumenta la complessità di questo contesto, che, ripetiamo, non può essere paragonato a nessun altro contesto funzionale della società civile.

Se a questa considerazione aggiungiamo il fatto che la sanità, da sola, rappresenta un settore di dimensioni enormi, che impiega dipendenti in numero straordinariamente elevato, con gradi di specializzazione che vanno dalla generica assistenza alla assistenza superspecialistica, ci rendiamo conto delle peculiarità della progettazione ed attuazione di una strategia di sicurezza per un istituto ospedaliero, rispetto a quella svolta per un supermercato, un albergo od una industria.

Queste considerazioni confermano come la gestione della sicurezza ospedaliera abbia caratteristiche affatto peculiari, che sono rese ancora più problematiche dalla recente evoluzione dell'attività stessa.

Tanto per cominciare, prendiamo in considerazione la figura del paziente, che in un certo senso è il "cliente" dell'organizzazione sanitaria, intesa in senso imprenditoriale .

Questo paziente - cliente si trova talvolta in condizioni critiche o delicate, che fanno sì che egli non sia sempre consapevole della propria condizione e di come si sviluppa la sua interrelazione con la amministrazione ospedaliera.

Lo stesso ragionamento si può applicare ai visitatori.

Il fatto che al pronto soccorso spesso si verificano delle situazioni critiche è certamente da imputare al fatto che la situazione di stress in cui un visitatore si trova in quel momento lo porti a comportarsi in maniera assolutamente anomala, rispetto a comportamenti che egli adotterebbe in qualsiasi altra circostanza.

Per trovare un parallelo con queste situazioni di crisi, ricordiamo ai lettori che spesso le guardie particolari giurate addette al controllo dell'accesso ai tribunali si trovano in situazioni di conflitto con i visitatori, che evidentemente accedono al tribunale non in condizioni di spirito sereno, ma sotto elevato stress. In queste condizioni di stress, è del tutto normale che i comportamenti dei visitatori possano essere del tutto anomali e talvolta esageratamente reattivi, rispetto a comportamenti che essi in condizioni normali assumerebbero.

Ulteriore complicazione nasce dal fatto che oggi un insediamento ospedaliero non provvede solo alla cura dei malati. In esso convivono spesso, laboratori di ricerca avanzata e cliniche universitarie per l'insegnamento agli studenti, nonché servizi e attività finalizzati alla prevenzione; molti ospedali svolgono

anche attività di prevenzione, che sono svolte in un contesto che nulla a che vedere con il contesto della cura diretta dei pazienti.

Da qualche tempo si sono anche sviluppate le attività cosiddette *intra moenia*, che fanno sì che i medici possano svolgere attività privata, nel contesto ospedaliero, sulla base di uno specifico contratto di collaborazione. Tali ambulatori privati debbono evidentemente essere gestiti con criteri diversi da quelli con i quali si gestisce il rapporto con un paziente nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

L'illustrazione di questi specifici punti di differenza fra le attività ospedaliere ed altre attività già mette in luce come il mondo della sanità ospedaliera sia, sotto molti aspetti, assai diverso da altri mondi.

Ma vi sono molte altre differenze.

1.2 Gerarchia e responsabilità del mondo della sanità

Una ulteriore differenza tra il mondo della sanità e gli altri mondi è legata agli obiettivi funzionali ed al rapporto gerarchico dei soggetti presenti.

È evidente che l'obiettivo primario di una istituzione ospedaliera è quello di curare al meglio i propri pazienti e, in molti casi, prevenire addirittura l'insorgenza di una malattia. Questo è l'obiettivo primario e tutti gli altri obiettivi devono essere resi congrui o compatibili con questo.

Purtroppo appaiono evidenti possibili contrasti tra questo obiettivo primario ed altri obiettivi.

Un autore ricorda come, quando entrò in vigore la normativa a tutela della privacy, un primario da lui intervistato ebbe a dichiarare con franchezza, e forse anche crudeltà, che tra l'obiettivo di curare un paziente e l'obiettivo di rispettarne la privacy, quest'ultimo obiettivo diventava decisamente irrilevante.

Forse l'atteggiamento era un poco estremistico, ma comprensibile.

Ecco quindi nascere un nuovo problema per il responsabile della sicurezza anticrimine:

- fare in modo che il raggiungimento di soddisfacenti condizioni di sicurezza non vada a scapito del primario obiettivo di prendersi cura della salute dei pazienti.

D'altro canto, si può anche osservare che il fatto che il paziente si trovi in un

ospedale, ed in esso si senta sicuro e protetto da eventi dannosi esterni, può certamente costituire un elemento oltremodo positivo, che potrebbe contribuire, talvolta in modo determinante, al recupero della sua salute: pensiamo che nessuno possa contestare la fondamentale osservazione che un uomo è felice quando il suo corpo funziona correttamente e la sua mente percepisce una rasserenante sensazione di sicurezza ambientale.

Lo studio della organizzazione gerarchica della gran parte delle istituzioni ospedaliere mette in evidenza come le attribuzioni di responsabilità siano essenzialmente guidate dal livello di responsabilità del soggetto nei confronti della cura del paziente.

Credo che nessun lettore abbia dubbi circa il fatto che nel caso una misura di sicurezza anticrimine si trovi malauguratamente in contrasto con la applicazione di un protocollo terapeutico, quest'ultimo debba prevalere. È questo il fatto che rende oltremodo delicato e complesso il ruolo svolto dal responsabile della sicurezza anticrimine e, di concerto, anche dal responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione, di cui parleremo tra poco.

La natura stessa dell'attività ospedaliera fa sì che sia molto difficile introdurre uno dei più elementari concetti, in materia di sicurezza anticrimine, vale a dire un severo controllo sugli accessi. Ormai sono talmente numerosi i casi di soggetti, che indossando un camice bianco e portando al collo uno stetoscopio, hanno visitato pazienti all'interno di un reparto, che non vale nemmeno la pena di citarli nuovamente.

D'altro canto, a fronte di una situazione di crisi, che richiede l'immediato intervento di personale sanitario, non credo che alcuno potrebbe assumersi la responsabilità di impedire l'ingresso ad un anestesista, solo perché egli ha dimenticato o non porta in bella evidenza il tesserino di riconoscimento! O che sedicenti medici abbiano lavorato per lunghi periodi in strutture ospedaliere senza aver mai conseguito una laurea. È forse compito del security manager verificare le credenziali del personale operante? Probabilmente no! Ma allora chi lo fa?

Ancora una volta, la tutela del paziente ha la priorità sulla security del paziente. Un responsabile della sicurezza anticrimine ospedaliera, che non ha ben chiaro questo concetto, probabilmente non farà molta strada e la sua attività verrà sistematicamente ignorata o tenuta in scarso conto.

Ecco perchè, ancora una volta, il security manager ospedaliero deve partecipare attivamente, mettendo a disposizione le sue competenze e sensibilità peculiari, alla gestione organizzativa dell'ospedale.

Come ben ha descritto un collega, specialista di sicurezza ospedaliera negli Stati Uniti, il rapporto che deve instaurare il responsabile della sicurezza anticrimine con il personale ospedaliero è, sotto certi aspetti, simile a quello che esiste tra il medico e l'infermiere.

Il medico è solito individuare l'infermiere come un soggetto destinatario delle sue istruzioni terapeutiche; ad esso spettava metterle esattamente in atto, a beneficio del paziente.

Per contro, un moderno infermiere professionale (IP) vede la relazione con il medico in un modo completamente differente. Questo IP si riconosce nel ruolo di collaboratore del medico con proprie competenze e compiti che convergono verso il paziente.

Il responsabile della sicurezza anticrimine, che non imposta con le altre figure professionali presenti nella struttura ospedaliera un'analogha collaborazione, potrà trovare difficoltà insormontabili nello svolgere la sua indispensabile attività.

1.3 Competenze e responsabilità

Quale che sia la struttura nella quale si trovi ad operare, un presupposto indispensabile per l'efficace svolgimento dell'attività di un security manager è l'effettiva e reale possibilità di monitorare l'intero fenomeno di sua competenza, per quanto grande o differenziato possa manifestarsi.

Bisogna purtroppo rilevare che la storica suddivisione in cliniche specialistiche, ora evolutesi in Dipartimenti specializzati, ha portato seco il rischio di riduzione dei flussi di comunicazione trasversale dei fenomeni non strettamente medico/sanitari.

Spiegandoci meglio, senza voler generalizzare e auspicando che ciò non accada, gli autori desiderano allertare il security manager circa una possibile e palese difficoltà ad essere partecipe o semplicemente informato di tutti gli eventi di competenza della sua funzione. Furti di beni non denunciati; differenze inventariali in qualche modo riassorbite, grazie alla benevolenza dei colleghi; beni particolarmente appetibili custoditi nella più totale indifferenza, in attesa della loro destinazione finale: sono solo alcuni esempi di fatti non portati a conoscenza della sicurezza patrimoniale, solo perché non esiste una specifica istruzione operativa adottata e applicata da tutti.

Il primo progetto che un security manager avveduto dovrebbe far adottare nell'azienda dove inizia ad operare è sicuramente la disposizione che segue:

- segnalare un accadimento non comporta automaticamente l'assunzione di responsabilità per non averlo evitato; al contrario verrà riconosciuta una sorta di "impunità" per tutti coloro che agiscono in tal senso, collaborando alla correzione od alla stesura dell'istruzione operativa atta a contrastare l'evento; può essere significativo per i lettori segnalare che, nel mondo del controllo del traffico aereo e degli incidenti, che talvolta si verificano, è presente una situazione simile; è assai più importante individuare con certezza la causa di un incidente aereo, per evitare che si ripeta, piuttosto che individuare subito i colpevoli od i responsabili dell'incidente stesso. Se queste due fasi non vengono tenute ben separate, si assiste ad un comportamento dei soggetti coinvolti che non è di piena collaborazione, proprio per il timore di essere coinvolti in successive iniziative civili o penali. Questa mancanza di trasparenza, e quindi di informazione, può spesso portare a gravi difficoltà nella identificazione delle cause di un sinistro e, purtroppo, al ripetersi del sinistro stesso; per porre rimedio a questo inconveniente, soprattutto quando una anomalia non ha portato ad un sinistro vero e proprio, ma solo ad una elevata probabilità che esso si possa verificare, è stata da tempo istituita la attività cosiddetta di "blind reporting", vale a dire di segnalazione anonima di situazioni potenzialmente pericolose.

1.4 La evoluzione della sicurezza anticrimine ospedaliera

L'ospedale in passato era identificato come un luogo di sofferenza, dove pochi illuminati dottori della medicina si ingegnavano a curare i pazienti, sperimentando nello stesso tempo nuove terapie, in stanzoni medievali con promiscuità inimmaginabile.

Oggi esso si è evoluto in complesse strutture ospedaliere con sale operatorie robotizzate e macchinari diagnostici avveniristici di valore immenso, con percorsi terapeutici dettati da standard internazionali, stanze di degenza con assistenza differenziata e tutti i confort alberghieri possibili. Ieri l'ospedale era una comunità di persone che, più che lavorare, vivevano insieme, dove era di fatto impossibile introdursi clandestinamente e con un riconoscimento sociale incondizionato per la categoria medica.

Oggi l'ospedale si è trasformato; ad esempio, il rispetto incondizionato è oggi diventato il più pragmatico rispetto professionale, ed è lecito rivolgere critiche e chiedere risarcimento dei danni al personale medico, quando il risultato non è quello atteso.

È questa la conseguenza dello scorrere del tempo e dell'evoluzione della scienza e della tecnica, ma proprio per queste ragioni il compito di progettare, realizzare e gestire la complessa macchina della sanità non può essere più affidato alla buona volontà del singolo tecnico, bensì dovrà essere assegnato ad una équipe di esperti di più settori, che sinergicamente lavorino per un unico obiettivo: "rendere l'ospedale un luogo sicuro".

1.5 Eppure la sicurezza anticrimine è fondamentale!

Se lo scenario che abbiamo delineato sino ad adesso potrebbe risultare eccessivo per qualche lettore, è ora il caso di mettere invece in evidenza quali elementi oggi assumono un ruolo sempre più significativo e tale da permettere di conferire alla sicurezza anticrimine un nuovo ruolo ed una nuova immagine.

Appare evidente che una delle prime ragioni per le quali una amministrazione ospedaliera deve affrontare in modo incisivo il problema della sicurezza anticrimine, soprattutto dei pazienti, è riconducibile ad una responsabilità morale.

Qualsiasi organizzazione al servizio del pubblico ha l'obbligo di gestire l'ambiente, affidato alle sue responsabilità, in maniera da diminuire al massimo la possibilità di danni ai propri pazienti, sia di natura accidentale, sia di natura dolosa, sia di natura economica.

Non dimentichiamo che questa responsabilità morale è corroborata da disposizioni di legge, che vanno dall'ormai superato decreto legislativo 626/94 sulla sicurezza dell'ambiente di lavoro al più recente decreto legislativo numero 81/2008.

Ricordiamo al proposito che l'alta corte di giustizia europea ebbe a condannare l'Italia, su iniziativa del procuratore aggiunto Guariniello di Torino perchè, nel recepire la direttiva europea sulla sicurezza dell'ambiente di lavoro, il legislatore italiano non ebbe cura di mettere in evidenza che la responsabilità del datore di lavoro si estendeva alla protezione da **tutti i rischi** dell'ambiente di lavoro, fossero essi di natura accidentale, o di natura dolosa.

La associazione bancaria italiana - ABI - per anni si oppose a ritenere che il rischio rapina nell'agenzia bancaria dovesse essere inserito nel documento di valutazione del rischio, salvo poi fare macchina indietro a tutta velocità e rendersi conto, sotto la pressione della magistratura giudicante, che il rischio rapina nell'agenzia bancaria era tanto importante, e forse di più, quanto il rischio di torcicollo dovuto ad impianti di illuminazione difettosa, oppure di turbe della vista, dovute a schermi dei computer od impianti di illuminazione difettosi!

Questa responsabilità di natura morale diventa ancora più cogente, ed assume addirittura un carattere contrattuale, quando il paziente non è in grado di badare a se stesso.

In questo caso appare evidente che l'organo che lo tutela ha una responsabilità ancora più elevata, nel garantire che alcun danno accada al paziente, che avrebbe potuto essere previsto e dal quale egli avrebbe potuto essere meglio protetto.

Basta parlare con le compagnie di assicurazioni, che assicurano gli istituti ospedalieri, per rendersi conto come il problema della responsabilità civile dell'ospedale sia cambiato in maniera drammatica, negli ultimi decenni, con un drammatico incremento del contenzioso, che vede il paziente od i suoi familiari a contrasto con l'amministrazione ospedaliera. Ciò vale non solo per le più evidenti forme di contenzioso, legate a protocolli terapeutici non appropriati, negligenze o errori materiali nella cura del paziente (il cosiddetto rischio clinico), ma anche al fatto che al paziente non sia stato assicurato un sufficiente livello di sicurezza, durante la degenza.

Il fatto che il decreto legislativo sulla sicurezza dell'ambiente di lavoro, sopra illustrato, dia precise indicazioni di tipo cogente al datore di lavoro, nella fattispecie l'amministrazione ospedaliera, che deve assolutamente garantire un elevato livello di protezione a tutti coloro che si trovano al suo interno, siano essi dipendenti, pazienti, visitatori, tecnici sotto contratto, altro non fa che evidenziare la necessità di attuare un appropriato programma di protezione non solo da eventi infortunistici, ma anche da eventi criminosi.

Nulla impedisce che il responsabile della sicurezza antinfortunistica possa anche assumere il ruolo di responsabile della sicurezza anticrimine, proprio perché il legislatore non pone alcuna differenza fra questi due tipi di responsabilità.

Semmai, la differenza nasce dal fatto che possono essere richieste competenze specifiche e diverse a chi si occupa dei problemi antinfortunistici ed a chi

si occupa dei problemi di criminalità. In questo caso occorre che l'amministrazione ospedaliera, come datore di lavoro, analizzi a fondo il problema e decida come ripartire le responsabilità su soggetti specializzati.

Ciò che oggi non è più ammesso, è l'ignorare o sottovalutare le proprie responsabilità!

Le stesse compagnie di assicurazione, che molto tempo fa potevano assicurare le amministrazioni ospedaliere senza effettuare analisi approfondite, oggi conducono delle analisi di rischio estremamente approfondite, supportate da una purtroppo lunga esperienza di sinistri, in modo da avere la ragionevole certezza di avere inquadrato correttamente tutti i livelli di rischio, legati ai vari eventi negativi che possono verificarsi in un ospedale.

Il fatto poi che gli eventi legati a un trattamento improprio del paziente assumano rilevanza sulle cronache quotidiane, mentre eventi legati al furto di prezioso materiale sanitario non abbiano pari dignità giornalistica, nulla toglie al valore dei risarcimenti che le compagnie devono corrispondere ed al conseguente inevitabile aumento del premio per gli anni successivi.

CAPITOLO 2

ACCREDITAMENTO, CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ E SICUREZZA

Da ormai diversi anni, il Servizio Sanitario Nazionale attraversa un profondo e complessivo processo di revisione e rinnovamento dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale.

I principi della legge 833/78, che sono stati mantenuti come validi anche nella successive leggi di riforma del SSN, li troviamo come capisaldi della sanità per il terzo millennio:

- globalità degli interventi in materia di **prevenzione**, di **cura** e di **riabilitazione**;
- **uguaglianza dei cittadini** nei confronti del SSN;
- tutela della **salute**, come **fondamentale diritto** dell'individuo ed interesse della collettività, da attuarsi nel rispetto delle **libertà** e della **dignità** della persona **umana**;
- **unitarietà strutturale del SSN**, inteso come complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione **con competenze ripartite** fra lo Stato, le Regioni e gli enti locali territoriali;
- **programmazione** nazionale delle attività sanitarie;
- diritto del **cittadino** ad essere **informato** e possibilità di far sentire la sua voce, anche di protesta.

La direzione del processo di cambiamento è stata formalizzata da alcune linee innovative di fondo, delle quali in particolare si vuole evidenziare:

- il **Piano Sanitario Nazionale** viene elaborato ogni tre anni dal Governo e stabilisce *“gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del SSN, nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente e in conto capitale ... nel rispetto degli obiettivi di programmazione socio-economica nazionale, di tutela della salute individuale a livello internazionale ed in coerenza con l’entità del finanziamento assicurato al SSN”*.
- la **regionalizzazione** del servizio ha portato all’attribuzione di responsabilità di “organizzazione dei servizi”, di tutela della salute e di definizione dei “criteri di finanziamento dell’ **ASL** e delle **Aziende Ospedaliere**”. Inoltre si evidenziano altre funzioni, assegnate alle regioni od alle province autonome, di tipo organizzativo, amministrativo e di controllo, determinanti per la gestione complessa del servizio sanitario nel proprio territorio di competenza.

2.1 Da USL ad ASL

Con l’**aziendalizzazione** delle USL (ora ASL) è stata riconosciuta a queste ultime piena autonomia, poiché ciascuna di esse è dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Si tende ad un superamento della direzione collegiale di coordinamento con un ritorno ad una condizione dirigitica e verticistica dell’assetto direzionale, in sintonia con l’impegno aziendalistico. Questo aspetto è ben evidente se si pensa alla figura del Direttore Generale, cui spettano “tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza della USL”.

Altri aspetti rilevanti sono i seguenti:

- il finanziamento a prestazioni (**DRG**) supera sia il finanziamento per giornate di degenza sia il ripiano dei conti sui dati storici, che si ritengono essere state le principali cause di lievitazione della spesa sanitaria;
- la **dipartimentalizzazione** dei servizi ha consentito il recupero di efficienza e di produttività delle strutture attraverso l’integrazione delle competenze e delle responsabilità, in un contesto di scarsità di risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti;
- la **sperimentazione gestionale** rappresenta senza dubbio un fattore di sviluppo determinante nel processo di ridefinizione del modo di essere del SSN.

I risultati di queste sperimentazioni vengono verificati e valutati annualmente e sulla base dei risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. (Inoltre) il Governo e le Regioni adottano i provvedimenti conseguenti;

- il nuovo approccio alla **gestione economico-finanziaria**, attraverso l'introduzione della contabilità analitica per centri di costo, ha permesso di valorizzare le risorse assorbite dai singoli centri di responsabilità, inquadrando nuove opportunità e modalità di approccio al sistema dei fornitori di beni e servizi, ipotizzando, ad esempio, la riqualificazione interna della Funzione/ Ufficio acquisti;
- i **diritti dei cittadini** sono al centro della riforma del SSN, ed in particolare i diritti:
 - all'**informazione**;
 - alla documentazione sanitaria;
 - alla **sicurezza**;
 - alla **qualità**;
 - alla riparazione dei torti.
- **la privatizzazione del rapporto di lavoro** ha comportato il recupero della contrattazione libero-professionale tra il datore di lavoro ed il prestatore d'opera, introducendo il principio della **responsabilità gestoria** connessa al raggiungimento dei risultati.

Da quanto appena detto si possono trarre conclusioni di carattere generale circa le caratteristiche che una struttura ospedaliera dovrebbe possedere per operare come azienda:

- in primo luogo è stato rivalutato, se non introdotto, il principio di economicità che consiste nell'equilibrio reddituale (tra costi e ricavi) e nell'equilibrio di cassa (fra entrate e uscite);
- in secondo luogo devono essere ideati e rispettati processi di pianificazione, programmazione, budgeting e reporting.

Perché la riforma del servizio sanitario possa dirsi attuata, è necessario che giungano a completamento vari cambiamenti di tipo:

- **sociale**: riferiti alle sfere economiche, tecnologiche, socio-culturali e politico-giuridiche;
- **organizzativo**: per esempio per ciò che riguarda la struttura, le competenze

e le responsabilità specifiche;

- **culturale** in ambito specificamente sanitario, che riguardano in particolar modo alcuni concetti chiave: risorse finite, valore del denaro, assistenza ottimale, efficienza clinica, orientamento al cliente e alla qualità.

La pianificazione sanitaria deve essere definita come **il processo dinamico di previsione delle risorse e dei servizi richiesti per raggiungere obiettivi determinati** secondo un ordine di priorità stabilito, che permette di scegliere la soluzione ottimale **fra diverse alternative possibili**; queste scelte prendono in considerazione il contesto di vincoli, interni ed esterni, all'organizzazione sanitaria, conosciuti o prevedibili per il futuro.

Il porre **l'uomo al centro dell'attenzione** è un aspetto caratteristico di molte attività legate al settore dei servizi: questo avviene sia in termini di gestione del personale che svolge l'attività, ma anche di orientamento al cliente.

Si può riscontrare una sorta di innovazione sociale che si affianca a quella tecnica e tecnologica e che ha come obiettivo quello di **gestire il personale**, in modo tale che sia utilizzato al meglio come risorsa (sua **organizzazione e continuo addestramento**) ed anche che sia **motivato a partecipare** all'attività, per esempio quando si sente coinvolto in quello che fa o perché ha la possibilità di migliorare la sua posizione sociale ed economica.

Per quanto attiene invece al secondo aspetto, si sottolinea che la centralità dell'uomo, inteso come **cittadino - utente del SSN** è evidente nello spirito della riforma, dove si richiama la partecipazione e la tutela dei diritti del cittadino.

2.2 La carta dei servizi

Un altro esempio dell'importanza del cittadino-utente è la **Carta dei Servizi**, che ogni azienda deve darsi secondo le direttive del Ministero della Salute, che ha previsto una articolazione in quattro sezioni:

- la **presentazione** dell'Azienda;
- le **informazioni** sulle strutture e sui servizi offerti;
- gli indicatori e gli **standard** della **qualità** e degli impegni e programmi;
- i meccanismi di **tutela** e di **verifica**.

La Carta contiene dei principi ispiratori fondamentali del servizio pubblico socio-sanitario, che sono uguali per ogni azienda nazionale, e dei concetti chia-

ve che caratterizzano l'attività aziendale; i primi sono sintetizzabili come segue:

- **eguaglianza** = pari opportunità per tutti nell'accesso ai servizi;
- **imparzialità** = parità di trattamenti nei confronti dei richiedenti;
- **continuità** = stabilità e regolarità di funzionamento dei servizi;
- **diritto alla scelta** = i cittadini possono scegliere il soggetto erogatore;
- **partecipazione** = garanzia della corretta informazione e della possibilità di formulare pareri;
- **efficacia, efficienza ed economicità della gestione.**

Per quanto attiene ai principi chiave spesso l'accento viene posto sull'orientamento alla soddisfazione degli utenti-clienti, all'informazione degli stessi, alla riduzione delle attività burocratiche e all'istituzione di sistemi di controllo e di miglioramento della qualità.

In questo contesto evolutivo si inserisce la motivazione e la necessità della creazione e dello sviluppo di una cultura e di una struttura (interna e/o esterna che sia) di protezione del patrimonio aziendale.

2.3 Qualità ed accreditamento

L'istituzione di regole generali ai fini di un miglioramento e di una diffusione della qualità dell'assistenza sanitaria risale al 1918, quando l'American College of Surgeons fonda il primo sistema di accreditamento rivolto agli ospedali; già nel 1912 i chirurghi dell'American College of Surgeons affermarono nella dichiarazione finale del III Congresso dei Chirurghi del Nord America la necessità di:

- standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro.

Nel corso degli ultimi sessant'anni il sistema di accreditamento si è diffuso in quasi tutti i paesi occidentali e più di recente in alcuni paesi del Sud America e dell'Est Europeo.

In Italia l'introduzione di nuovi indirizzi sulla gestione della salute pubblica e sulla centralità del cittadino-utente è avvenuta attraverso i decreti di riordino del Sistema Sanitario Nazionale (D.L. 502/1992 e D.L. 517/93); in base a tali de-

creti, le Strutture sanitarie si sono trovate ad operare in un regime gestionale di tipo aziendale, con l'obbligo di mostrare sempre maggiore evidenza e trasparenza delle proprie capacità organizzative.

Il D.P.R. n. 4 del 14 gennaio 1997 apre la strada all'accREDITAMENTO istituzionale vero e proprio, riportando i requisiti strutturali e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle Strutture pubbliche e private; il decreto lascia inoltre alle regioni la competenza di determinare i livelli di qualità, che costituiscono requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO di Strutture pubbliche e private già in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione.

Il recepimento di tale decreto è avvenuto, e sta tuttora avvenendo, in modi e tempi diversi da regione a regione: accanto a realtà ben organizzate (vedi regioni quali Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Liguria, etc.), esistono regioni che dimostrano una particolare lentezza nel delineare un percorso per l'accREDITAMENTO; ciò può essere dovuto all'eterogeneità delle realtà regionali in campo sanitario e ad una scarsa conoscenza delle tematiche della qualità.

Per coloro che non sono addetti del settore, brevemente precisamo che con il termine di accREDITAMENTO si intende un'attività di valutazione periodica per rilevare l'adesione ai criteri previsti da leggi e regolamenti e per promuovere la buona qualità delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda il Servizio Sanitario Nazionale, l'accREDITAMENTO istituzionale è un atto con il quale viene riconosciuto ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie (cioè un provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio delle attività sanitarie da parte di qualsiasi soggetto pubblico o privato in possesso di requisiti minimi prestabiliti e verificati), lo stato di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Per ottenere l'accREDITAMENTO di una Struttura è necessario seguire un iter che prevede la presentazione dell'istanza di accREDITAMENTO, ovvero della richiesta di accREDITAMENTO predisposta dall'Azienda richiedente per le proprie strutture, contenente l'insieme delle domande e delle risposte relative ai requisiti richiesti dalla normativa vigente.

La richiesta è anche autocertificazione per i requisiti soddisfatti e deve essere predisposta per ciascuna struttura dell'azienda (molte regioni hanno predisposto software per l'accREDITAMENTO e relativi manuali messi a disposizione dell'azienda richiedente, ai fini di facilitare la presentazione dell'istanza); la richiesta è seguita da esame documentale e visite di verifica presso l'azienda richiedente.

Se l'iter ha avuto esito positivo, viene emanato il Decreto di accreditamento della/delle Struttura/e; se l'iter ha avuto esito negativo, possono essere notificate delle prescrizioni con i relativi termini di adeguamento; di seguito verrà eseguita una nuova verifica (vedi punto 2.).

Solo per dare un esempio di come le misure di sicurezza e tutela del patrimonio aziendale possano contribuire al raggiungimento dell'accreditamento, esaminiamo lo screening proposto dalla Regione Lombardia, dove troviamo le seguenti domande:

- Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?

(Si deve illustrare il percorso e le modalità di accesso, circolazione e permanenza dell'utente/cliente, declinandole esattamente al fine di renderle disponibili agli stessi utenti ed al personale sanitario).

- Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?

(Questa domanda ci richiama alla gestione e conservazione della documentazione amministrativa, cui la cartella clinica appartiene).

- Esiste un piano di adeguamento al D.Lgs. 196/2003, con aggiornamento almeno semestrale?

(Quale protezione di dati personali si garantisce in un'azienda? Vi è un piano di gestione della sicurezza dati? Vi è un piano per la custodia delle modalità di accesso al software e hardware?).

L'iter di accreditamento è solo un primo grande passo verso la definizione di elementi utili:

- alla promozione della cultura della qualità all'interno della struttura sanitaria,
- alla individuazione di attività finalizzate al miglioramento continuo delle prestazioni ed allo sviluppo di una maggiore sensibilità nei confronti delle esigenze dell'utente/paziente.

Negli Stati Uniti d'America, a metà del secolo scorso, si sviluppò un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, in parallelo con quello dell'accreditamento (stiamo parlando della Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organization -JCAHO).

Da quell'iniziale esperienza si sviluppò il processo di certificazione di qualità,

ricosciuto nel mondo attraverso la sua divisione “Joint Commission International- JCI”. Tale percorso è stato sperimentato in alcune regione italiane; in particolare, la Lombardia ha individuato 10 ospedali dove il percorso di sviluppo della qualità si è basato sull’analisi e sul rispetto di 368 standard, rappresentanti i requisiti essenziali che tutte le strutture sanitarie debbono soddisfare.

Pertanto, ai fini dell’accreditamento, si prevedono ben 1032 elementi misurabili, che si concretizzano in aspetti puntuali, cui deve corrispondere una risposta positiva o negativa (SI/NO).

I punti della norma che impattano sulla security sono il punto **6.3 e 6.4** (ISO 9001:2008) rispettivamente riferito alle infrastrutture ed all’ambiente di lavoro.

2.4 Interventi di sicurezza nei vari insediamenti sanitari secondo JCI

Gli ospedali a padiglioni hanno sicuramente problematiche differenti in merito alla accessibilità e ad alla sorveglianza, rispetto agli ospedali costruiti in edifici unici.

Le modalità di accesso, quali ingressi a badge, che permettono la tracciabilità degli operatori per accessi sono utili per migliorare il livello di sicurezza delle strutture; tali accessi vengono controllati solo per il personale dipendente più a rischio e per i locali aperti al pubblico (6.3).

L’ergonomia degli spazi e la eradicazione di situazioni di pericolo, quali mancata accessibilità ad estintori o a strutture asportabili ed usabili come corpi contundenti, riduce il rischio di danno strutturale o danno fisico agli operatori, a fronte di pazienti affetti da crisi di agitazione psicomotoria e/o in caso di violenza contro gli operatori.

Un ambiente di lavoro confortevole con un buon clima, infine, riduce la litigiosità e lo stress da prestazione migliorando il sensemaking del team work (6.4).

I requisiti di tracciabilità delle prestazioni e delle proprietà del cliente impongono un sistema di gestione del processo di permanenza alberghiera del paziente, mirato alla riduzione delle perdite dei beni del paziente.

I requisiti di accreditamento all’eccellenza come i requisiti JCI (AOP - Valutazione del Paziente, COP - Cura del Paziente) richiedono una presa in carico del paziente con valutazione delle sue autonomie e problematiche in generale, in particolare la valutazione di tutte quelle condizioni che salvaguardino

la salute del paziente (intese quali quelle misure volte all'erogazione di cure sicure con compressione dei rischi di produzione, biologici, fisici e chimici) e della sua incolumità (ovvero se ha atteggiamenti autolesionistici, oppure assume comportamenti a rischio, oppure ancora se degente vicino a pazienti con questi *hazard*).

Importante è inoltre la comunicazione con il cittadino e dunque la gestione dei requisiti JCI denominati PFR - Pazienti e Familiari e MCI - Gestione delle Comunicazioni e delle Informazioni, che permettono la compressione del rischio di litigiosità ed aggressività dell'utenza.

2.5 Altri interventi di sicurezza secondo JCI

Richiamiamo altri passaggi presenti nella certificazione JCI che hanno rilevanza dal punto di vista del Security manager ospedaliero.

- Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?

(Ad esempio, l'introduzione di sistemi di controllo accessi, badge o fascette identificative, non rappresenta solo uno strumento per la gestione del rischio clinico).

- Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica?

(La protezione dei dati sensibili, la loro custodia e conservazione nel tempo sono obiettivi di security).

- Esiste un piano di adeguamento al D.Lgs. 196/2003, con aggiornamento almeno semestrale?

(Ovviamente di parla di elaborazione del documento programmatico per la sicurezza ed altre prescrizioni in tema di privacy).

- Esiste un inventario delle apparecchiature in dotazione?

(Si entra nella tutela del patrimonio aziendale, sempre più cospicuo e difficilmente surrogabile in caso di danneggiamento, sabotaggio o sottrazione).

- Esiste, almeno nel 20% delle unità operative, un sistema di indagini per la valutazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori, basato sulla distribuzione, raccolta ed elaborazione di questionari, reclami ed interviste, in misura pari al 10% dei pazienti trattati nella singola U.O. in ogni semestre?

(È un tema delicato, perché spesso gli utenti sono riluttanti a compilare i questionari, e ciò pone in difficoltà i responsabili coinvolti).

- Esiste un elenco riepilogativo annuale, per settore (dipartimento, o area omogenea o unità operativa) delle azioni legali subite?

(Furti e danneggiamenti portano inevitabilmente ad un'azione risarcitoria, e la corretta documentazione del fenomeno consente al security manager di prendere provvedimenti mirati e puntuali).

- Esiste una cartellonistica ed una segnaletica in grado di orientare l'utente all'interno della struttura e verso l'uscita?

(La segnaletica d'indirizzamento è utile nella quotidianità, ma quella d'emergenza è altrettanto efficace? Tener presente che, in caso di grave disastro o imminente pericolo, i sistemi di allertamento e diffusione vocale possono agevolare non poco le azioni delle squadre di sicurezza).

- Esiste l'atto di nomina di un numero di soggetti adeguato alle caratteristiche della struttura, incaricati della prevenzione incendi, della lotta antincendio, dell'evacuazione e del piano di addestramento all'emergenza?

(Molti operatori già addestrati alla gestione della sicurezza (safety) sono altrettanto addestrabili quali operatori della security).

- Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?

(I principi etici richiamati in ogni Codice sono alla base dell'operato del Security Manager).

- Ogni nuovo insediamento ospedaliero prevede una dotazione di parcheggi minima, pari al 40% della superficie lorda della pavimentazione, divisa in zona dedicata agli operatori e zona dedicata agli utenti, la cui distanza massima dall'entrata del presidio assicuri la usufruibilità dell'intera area di parcheggio?

(Non si creda che il problema dei parcheggi sia solo di poche realtà sfortunate; in realtà, esso è forse uno dei primi ostacoli da affrontare nell'organizzare la mobilità interna di un ospedale; gli spazi di sosta sono per elezione quelli dove si concentrano furti ed aggressioni nelle ore notturne – si veda lo specifico capitolo).

Il rapido e non esaustivo esame delle normative vigenti in materia di accreditamento e delle linee guida per l'eccellenza nella sanità porta ad un solo risultato:

- il ruolo del security manager in una struttura ospedaliera ha fatto certamente fatica a farsi largo tra le priorità dettate dalla cura del paziente, ma ora il

sistema sanità ha raggiunto piena consapevolezza della necessità di offrire un ambiente sicuro a 360 gradi.

Tale consapevolezza dovrà trovare pronti tutti gli attori coinvolti nel sistema qualità nel collaborare al fine comune di assicurare un ambiente, cui avvicinarsi per ricevere le migliori cure possibili e dove i professionisti possano esercitare al meglio la loro opera, in un crescendo di efficacia ed efficienza.