



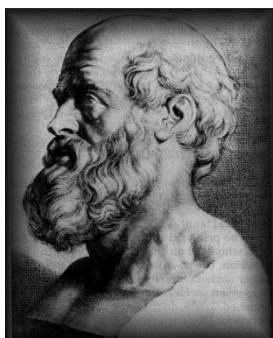
Problematiche mediche, legali ed organizzative  
nella continuità di cura:  
CREG e Modelli ex .Lgs 231/2001

Sabato 23 marzo 2013 – ore 8.30-13.30

Sala Girardi - PIME

Via Mosè Bianchi 94 – Milano

Evento n. 1834-56544 Crediti n. 5



# *Problematiche mediche, legali ed organizzative nella continuità di cura: CReG e Modelli ex d.lgs 231/2001*

*Sabato 23 marzo 2013 – ore 8.30-13.30*

*Sala Girardi - PIME*

*Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

## **Coordinatore**

*Dott. Andrea Ferrarini*

Consulente organizzativo aderente alla rete professionale LSA Partners

## **Moderatore**

*Avv. Andrea Orabona*

Avvocato Penalista del Foro di Milano

## **Programma**

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.15 *Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato*
- 9.15-9.30 *Avv. Alessandra Capalbo*  
Avvocato Penalista aderente alla rete professionale LSA Partners  
*CReG e Modelli 231: le ragioni di questo convegno*
- 9.30-10.00 *Prof. Mario Melazzini*  
Responsabile Programmazione Sanitaria della Regione Lombardia  
*Perché non siano più soli: la continuità di cura in Lombardia*  
*Creg e Cure Sub-Acute*
- 10.00-10.30 *Dott. Davide Lauri*  
Presidente Consorzio Sanità CO.S.  
*Le cooperative di medici e la continuità di cura:*  
*l'esperienza della Cooperativa Medici Milano Centro come provider CReG*
- 10.30-11.00 *Dott. Renato Botti*  
Amministratore delegato Telbios Spa  
*CReG e sistemi tecnologici di supporto*
- 11.00-11.15 *Intervallo*

11.15-11.45 *Dott.ssa Luciana Bovone*  
MMG a Milano  
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano  
*I CRG in Regione Lombardia: il punto di vista della medicina generale*

11.45-12.15 *Dott.ssa Tiziana Siciliano*  
Pubblico Ministero del Tribunale di Milano  
*Dott.ssa Maria Grazia Pradella*  
Pubblico Ministero del Tribunale di Milano  
*Casi giudiziari di applicazione del d.lgs. 231/2001  
nel sistema sanitario lombardo*

12.15-12.45 *Dott. Andrea Ferrarini*  
*La responsabilità amministrativa ex d.lgs 231/2001 degli Studi Medici*

12.45-13.30 *Discussione e compilazione schede di valutazione e di verifica*

# CReG e Modelli 231: le ragioni di questo convegno

*Avv. Alessandra Capalbo*

Avvocato Penalista aderente alla rete professionale LSA Partners

## **La Responsabilità Amministrativa degli Enti, in base al Decreto Legislativo 231/2001**

Questo Convegno ha uno scopo informativo: vuole fare un punto sui CReG; dare alcune informazioni sul decreto 231 e sul modo in cui i Modelli 231 possono essere adottati e applicati al settore medico, per prevenire attività illecite (ma anche contrarie alla deontologia professionale). E' necessario, innanzitutto, chiarire il contenuto della norma e il modo in cui essa definisce la responsabilità delle imprese.

### **I. Cos'è il Decreto Legislativo 231/2001**

Il D.Lgs. 231/2001 ha introdotto in Italia la responsabilità degli Enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reati. La normativa in questione è applicabile alle società, alle associazioni (anche prive di personalità giuridica) ed agli Enti pubblici economici. Essa non è invece applicabile nei confronti dello Stato, degli Enti pubblici territoriali, degli Enti pubblici non economici, nonché degli Enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale.

In base al citato decreto, l'Ente è responsabile per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio nelle seguenti ipotesi:

- a) quando tali reati vengano posti in essere da persone che rivestono all'interno dell'Ente funzioni di rappresentanza, amministrazione, o di direzione dell'Ente stesso ovvero di una sua unità organizzativa dotata di autonomia finanziaria e funzionale; o ancora da persone che si occupano della gestione e del controllo dell'Ente medesimo;
- b) da persone sottoposte alla direzione o vigilanza da parte di uno dei suddetti soggetti.

La responsabilità dell'Ente è esclusa nel caso in cui i soggetti sopra indicati abbiano agito nell'interesse esclusivo proprio o di terzi.

Inoltre l'Ente non risponde dei reati commessi dai soggetti indicati alla precedente lettera a) quando:

- 1 dimostri di aver adottato ed attuato modelli di organizzazione idonei a prevenire reati della stessa specie di quello verificatosi.
- 2 Di aver affidato ad un proprio organismo dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo il compito di vigilare sull'osservanza e l'attuazione del modello organizzativo.
- 3 Le persone hanno commesso il reato eludendo fraudolentemente i modelli di organizzazione.
- 4 Non vi è stata alcuna omessa od insufficiente vigilanza da parte dell'organismo deputato a vigilare sul controllo ed il funzionamento del modello organizzativo.

La responsabilità amministrativa dell'Ente è prevista per una vastissima tipologia di reati puniti dal codice penale, alcuni molto gravi, che ledono interessi collettivi. Tali reati, secondo l'elenco aggiornato al 28.11.2012, sono così suddivisi:

Indebita percezione di erogazioni, truffa in danno dello Stato o di un ente pubblico o per il

conseguimento di erogazioni pubbliche e frode informatica in danno dello Stato o di un ente pubblico.

(art. 24, D.Lgs. 231/2001).

Delitti informatici e trattamento illecito di dati (art. 24-bis, D.Lgs. 231/2001):

Delitti di criminalità organizzata (art. 24-ter, D.Lgs. n. 231/2001):

Concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità e corruzione. (art. 25, D.Lgs. 231/2001)

Reati di falsità in monete, carte di pubblico credito, in valori di bollo e in strumenti o segni di riconoscimento (art. 25-bis, D.Lgs. 231/2001)

Delitti contro l'industria e il commercio (25-bis.1., D.Lgs. n. 231/2001)

Reati societari (art. 25-ter, D.Lgs. 231/2001)

Reati con finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico previsti dal codice penale e dalle leggi speciali (art. 25-quater, D.Lgs. 231/2001)

Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili (art. 25-quarter.1, D.Lgs. 231/2001);

Delitti contro la personalità individuale (art. 25-quinqies, D.Lgs. 231/2001);

Reati di abusi di mercato (art. 25-sexies, D.Lgs. 231/2001)

Reati di omicidio colposo e lesioni colpose gravi o gravissime, commessi con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro (art. 25-septies, D.Lgs. 231/2001).

Ricettazione, riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita (art. 25-octies, D.Lgs. 231/2001):

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001).

Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria (art. 25-decies, D.Lgs. 231/2001).

Reati ambientali (art. 25-undecies, D.Lgs. n. 231/2001).

Impiego di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare. (art. 25 duodecies, D.Lgs. 231/2001)

La responsabilità dell'Ente sussiste anche nelle ipotesi in cui l'autore del reato non sia stato identificato o non sia imputabile o quando il reato è estinto per una causa diversa dall'amnistia (causa di estinzione del reato).

Il D.Lgs 231/2001 prevede, a carico degli Enti, sanzioni amministrative dipendenti da reato che sono: 1) sanzioni pecuniarie; 2) sanzioni interdittive e cioè: l'interdizione dall'esercizio dell'attività; la sospensione o la revoca dell'attività ritenuta funzionale alla commissione dell'illecito; il divieto di contrattare con la Pubblica Amministrazione se non per ottenere prestazioni di pubblico servizio; l'esclusione da agevolazioni, finanziamenti, contributi o sussidi; o l'eventuale revoca di quelli già concessi; il divieto di pubblicizzare beni o servizi; 3) la confisca; 4) la pubblicazione della sentenza.

Per l'illecito amministrativo dipendente da reato la sanzione pecuniaria è sempre applicata. Nella comminazione di tale sanzione il giudice tiene conto della gravità del fatto, del grado di responsabilità dell'Ente, nonché dell'attività posta in essere per eliminare o comunque per attenuare le conseguenze del fatto illecito e per prevenire la commissione di ulteriori reati. La sanzione pecuniaria viene applicata per quote (non inferiore a cento e non superiore a 1000). L'importo della quota va da un minimo di cinquecentomila ad un massimo di tre milioni.

Le sanzioni amministrative si prescrivono in cinque anni dalla commissione del reato.

Le sanzioni interdittive si applicano nel caso in cui l'Ente ha tratto dalla commissione del reato un profitto di rilevante entità ed il reato sia stato commesso da un soggetto in posizione apicale ovvero da dipendenti se in quest'ultimo caso la commissione

dell'illecito sia stata agevolata da carenze di tipo organizzativo. O ancora nel caso di reiterazione di reati.

Le sanzioni interdittive hanno una durata minima di tre mesi e non possono superare i due anni.

L'interdizione dall'esercizio dell'attività può essere disposta nel caso in cui l'Ente ha tratto un profitto di rilevante entità dalla commissione del reato ed ha riportato condanna almeno tre volte negli ultimi sette anni alla interdizione temporanea.

Anche il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione o di pubblicizzare beni o servizi possono essere applicati in via definitiva se l'Ente è già stato condannato alla stessa pena almeno tre volte negli ultimi anni.

L'applicazione delle sanzioni interdittive è esclusa quando prima della dichiarazione di apertura del dibattimento in sede penale l'Ente ha integralmente risarcito il danno, eliminando le conseguenze dannose del reato o comunque si è efficacemente adoperato in tal senso. Ha eliminato le carenze organizzative attraverso l'attuazione di adeguati modelli organizzativi. Ha messo a disposizione il profitto conseguito ai fini della confisca.

Infine, nel caso in cui sussistono i presupposti per l'applicazione della sanzione interdittiva della interruzione dell'attività dell'Ente, il giudice, in luogo di tale sanzione, può disporre la nomina di un Commissario per un periodo corrispondente alla durata della misura interdittiva nei casi in cui l'Ente svolga un servizio pubblico o di pubblica necessità; oppure nel caso in cui l'interruzione dell'attività possa provocare rilevanti pregiudizi di tipo occupazionale.

Il giudice indica i compiti ed i poteri spettanti al Commissario. Il profitto derivante dalla prosecuzione dell'attività è oggetto di confisca.

# Le Cooperative dei Medici e la continuità di cura: l'esperienza della Cooperativa Medici Milano Centro come provider CReG

*Dott. Davide Lauri*

Medico di Medicina Generale - Presidente Consorzio Sanità CO.S.

“Dalla cura al prendersi cura”: un radicale cambiamento di prospettiva sancito da Regione Lombardia sia nell’ambito del programma Regionale di sviluppo sia nel Piano Socio Sanitario a partire dal 2011. E’ infatti nelle “regole 2011”, ratificate dalla allora Giunta Regionale nella delibera IX/1479 del 30 marzo, che si prevede da una parte l’attivazione di circa 1100 posti letto per cure subacute e dall’altra la sperimentazione in 5 Asl di un nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici ( Chronic Related Group – CReG ).

L’obiettivo del CReG e’ di assicurare la continuità del percorso assistenziale tra ospedale e territorio. La gestione dei diversi aspetti in cui si articola l’assistenza sanitaria del paziente viene affidata a un unico soggetto “provider “, individuato dalle ASL, che potrà essere un medico o un’organizzazione di Medici di Medicina Generale (MMG), una Onlus, una Fondazione, una Azienda Ospedaliera o una Struttura Sanitaria accreditata sia intra- che extra-ospedaliera.

Il soggetto scelto dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia , gestire virtualmente le risorse messe a disposizione e garantire le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale .

Per la sperimentazione sono state individuate 5 principali patologie: BPCO, ipertensione arteriosa e cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco , diabete mellito di tipo I e II. Tra i servizi assicurati dal CReG rientrano la prevenzione , il follow up , il monitoraggio della compliance terapeutica, la specialistica ambulatoriale , la protesica e la farmaceutica, la telemedicina e il telemonitoraggio.

La sperimentazione rappresenta una grossa sfida per la Medicina Generale (MG) che rischia di vedersi emarginata ed esclusa proprio dalla presa in carico dei pazienti cronici, un’attività cardine del lavoro quotidiano del MMG.



Passare da un modello di medicina di attesa a una medicina di iniziativa, come proposto dal CReG, e dotarsi dei requisiti richiesti dai bandi di concorso per diventare provider, ha comunque presentato un notevole livello di complessità.

Il progetto è stato accolto in modo controverso e contrastante da sindacati, società scientifiche e associazioni della MG .

Da diversi anni in Lombardia operano Cooperative di MMG afferenti al Consorzio Sanità (CoS) , con l'obiettivo di fornire modelli organizzativi e di gestione ai MMG , in particolare a quelli che lavorano in forma associata. Le cooperative del CoS hanno sviluppato competenze gestionali, si sono dotate di strumenti informatici evoluti propri per gestire l'integrazione ospedale-territorio, la continuità assistenziale e il self-audit , hanno realizzato decine di centri polifunzionali complessi e hanno gestito progettualità di ricerca e di presa in carico innovative degli assistiti .

Il CReG ha rappresentato dunque un progetto di interesse comune per i MMG delle Cooperative e, per i motivi sopra enunciati, ha visto scendere in campo 4 Cooperative del CoS nelle 5 ASL interessate dalla sperimentazione .

La complessità dei servizi richiesti al provider ( centro servizi e call center h12 per 365 giorni/anno, programmi informatici in grado di interagire con il SISS per costruire un Electronic Patient Record per i pazienti presi in carico, servizi di telemedicina e telemonitoraggio, ecc.) ha fatto nascere delle partnership tra le Cooperative provider e società di servizi terze ( subfornitori ) per realizzare insieme le competenze e gli strumenti necessari allo svolgimento del progetto .

A Milano la Cooperativa CMMC, che era composta da 32 MMG soci organizzati in 6 centri polifunzionali , ha vinto il primo bando di concorso della ASL (ottobre 2011) e partecipa al progetto CReG attualmente con 55 MMG .

All' interno della cooperativa si è identificato un gruppo di coordinamento del progetto costituito da 6 MMG, 1 segretaria, 1 infermiere, 2 informatici e 2 amministrativi .

Il progetto si è svolto a partire da gennaio 2012 con una prima fase di arruolamento e formazione che è durata fino a giugno. Sono stati arruolati, previa informativa e raccolta del consenso informato, 7000 assistiti sui 15000 potenzialmente eligibili.

È stato effettuato contestualmente un lavoro di revisione dei dati e delle classi CReG estratte dalla BDA .

Ad Aprile 2012 è stato aperto un sito web istituzionale ( Buongiorno CReG ) dedicato ai MMG e ai pazienti partecipanti al progetto ed attivato il call center h12.

Successivamente da luglio a ottobre 2012 sono stati preparati i Piani di Cura Individualizzati per tutti i pazienti CReG . Prima si sono riviste e aggiornate le linee di indirizzo (PDTA ) per la gestione appropriata delle varie patologie / classi CReG , poi si e' realizzato con i subfornitori ( a Milano la CMMC collabora con Telbios ) un gestionale per lo sviluppo dei piani di cura, che servono a programmare l'insieme delle prestazioni e dei controlli che ogni singolo paziente, sulla base della gravita' della sua patologia, dovra' effettuare mese per mese nell'arco di due anni .

Il Centro servizi della Cooperativa e di Telbios insieme agli infermieri operanti presso i centri dei MMG, interviene attivamente nel monitoraggio della aderenza dei pazienti e dei medici ai percorsi diagnostico terapeutici sviluppati . Sono stati infine identificati degli indicatori di processo e di esito per ogni gruppo di patologie, per monitorare l'andamento e l'efficacia degli interventi di cura.

A partire da novembre 2012 , dopo aver ricevuto l' autorizzazione da Regione ed ASL , sono in corso trattative con alcuni soggetti erogatori ( ICP e Casa di Cura Pio X) per arrivare a una gestione integrata tra MMG e specialisti dei pazienti seguiti nel progetto , in assenza della quale si era evidenziato un punto di notevole criticita'.

Attualmente ( marzo 2013 ) sono stati attivati strumenti di tele monitoraggio domiciliare per circa 50 pazienti diabetici e scompensati gravi con la supervisione del Centro Servizi , e a fine marzo si attiveranno 5 postazioni di telemedicina presso alcuni studi associati dei MMG (tele cardiologia, tele spirometria, rilevazioni glicemia, saturimetria, ecc.) per l'effettuazione di esami di monitoraggio in pazienti non complicati.

Sono stati somministrati 700 questionari di customer satisfaction ai pazienti all'inizio del processo di presa in carico e cura che verranno risomministrati a fine progetto .

Stiamo ricevendo ora i primi dati relativi ad alcuni indicatori di processo e di aderenza ai piani di cura, e i primi indicatori di gestione economica , ma bisognera' aspettare ancora qualche mese per avere dati interpretabili e attendibili sull'andamento del processo di cura dei pazienti CReG in confronto agli altri assistiti . Si sono evidenziate diverse criticita', alcune delle quali corrette in corso d'opera (esempio imprecisione delle classi CReG dai dati ricavati dalla BDA) ma anche punti di forza legati alla coesione e allo spirito di appartenenza del gruppo su una progettualita' complessa .

Il primo risultato positivo per la MG resta comunque che, alla luce della risposta fornita dai MMG delle Cooperative al progetto CReG, la Regione ha sospeso al momento la partecipazione di altri soggetti esterni alla MG come provider nella gestione della cronicita'.

# CReG e sistemi tecnologici di supporto

*Dott. Renato Botti*  
Amministratore delegato Telbios Spa

## **Telbios e D. Lgs. 231/2001 nei CReG**

Telbios è una società per azioni, nata nel 2001 con capitali privati, nell'ambito del campus scientifico dell'Ospedale San Raffaele di Milano.

La società ha come scopo lo sviluppo e la realizzazione di progetti innovativi di sanità elettronica, di telemedicina, telemonitoraggio e teleassistenza.

I suoi principali assets sono:

- un centro servizi operativo 24 ore su 24, gestito da medici, infermieri ed operatori specializzati;
- un know-how sviluppato nel corso degli anni, con competenze nel campo della gestione delle malattie croniche, dell'assistenza a soggetti fragili, elaborazione e supporto di processi organizzativi complessi, nella proposta di soluzioni innovative nel mondo sanitario;
- un team consolidato con skills clinici, ingegneristici e progettuali;
- collaborazioni e rapporti contrattuali con primarie società nazionali ed internazionali nel mondo delle soluzioni software e della tecnologia biomedicale.

Negli anni sono stati sviluppati molteplici progetti verso la pubblica amministrazione e privati, in particolare verso Ministeri(Difesa, Sanità e Giustizia), Regioni, Comuni e singole ASL o Aziende Ospedaliere e, infine, società private (Saipem, P&G, Telecom Italia, ...), creando una solida base per diventare un valido e referenziato interlocutore a livello nazionale ed internazionale (in quest'ultimo ambito è recente il coinvolgimento in un progetto dell'UE per lo studio di nuove soluzioni a livello paneuropeo per le malattie croniche).

Dal 2011 Telbios collabora con tre cooperative di Medici di Medicina Generale per lo sviluppo e gestione del progetto CReG di Regione Lombardia: la società è il provider tecnologico delle cooperative afferenti alle ASL di Milano Città e Milano 2, Bergamo e Como, a cui:

- eroga i servizi di call center 12h/365 giorni l'anno (risposte alle chiamate di MMG, personale di studio e pazienti, chiamate in uscita verso i pazienti, compliance farmacologica);
- fornisce la piattaforma software per l'elaborazione e governo dei piani di cura (con un sistema DSS, decision support system, a supporto dei MMG);
- eroga ai pazienti corsi di educazione per la gestione delle patologie croniche con il metodo stanford;
- fornisce la tecnologia per il telemonitoraggio, da casa, dei parametri vitali del paziente;
- fornisce la tecnologia ed il supporto clinico per la telemedicina presso gli studi dei MMG;
- collabora con i MMG per il disegno dei processi operativi e il raggiungimento dell'appropriatezza delle cure.

Nel 2009 Telbios si è dotata di un primo Modello Organizzativo ex D. Lgs. 231/2001, aggiornato e significativamente rivisto a partire dal 2012.

Il Codice Etico ed il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo sono composti da una parte generale e da più sezioni che codificano i vari reati e rischi ai quali la Società è esposta. A completamento del Modello sono in essere più procedure operative, integrate nel sistema di Qualità ISO 9001:2000, che disciplinano i comportamenti, le azioni e le regole di comportamento dei collaboratori di Telbios.

A supervisionare l'applicazione del Modello c'è un Organismo di Vigilanza (a diretto riporto del Consiglio di Amministrazione) che, sulla base di un calendario annualmente elaborato, svolge audit al fine di verificare la correttezza dei comportamenti aziendali, oltre a ricevere periodicamente dal management dei flussi informativi codificati nelle procedure operative (al fine di avere una visibilità sull'attività aziendale e sul sorgere di eventuali problematiche).

Il Modello e le procedure operative sono in particolare focalizzate sulle attività relative ai processi di acquisto di beni e servizi, sull'assunzione di personale e sulla sottoscrizione di consulenze, sul processo di offerta commerciale e di risposta a bandi di gara, sulla reportistica relativa ai contatti con funzionari della pubblica amministrazione.

Per quanto attiene il progetto CReG, in ottemperanza a quanto prescritto dal Modello, ci si è attenuti ad una significativa segregazione dei compiti, condividendo le responsabilità ed i contatti con i MMG e le Istituzioni fra diverse funzioni aziendali, creando così delle insormontabili barriere al coinvolgimento personale di singoli dipendenti.

Inoltre tutte le operazioni eseguite, ed in particolare i risultati e le risposte del software a disposizione dei MMG, sono tracciate consentendo alle persone incaricate, in ogni momento, di avere una visione complessiva o particolare di quanto sta accadendo evitando così la creazione di vuoti informativi o carenza di informazioni.

Da ultimo il software per l'elaborazione dei piani di cura e il DSS sono stati sviluppati seguendo le principali linee guida nazionali ed internazionali, le best practices condivise dal mondo clinico, e approvando i documenti finali in specifici tavoli professionali fra le diverse cooperative coinvolte: questo consente di avere una ragionevole sicurezza che le proposte sanitarie ai singoli pazienti saranno sempre rivolte a raggiungere la migliore appropriatezza e cura possibile per la persona a prescindere dalla spesa collegata al piano proposto e al sottostante impatto economico. Occorre infine sottolineare la presenza di procedure di sicurezza dati (back-up, disaster recovery, ...) in grado di garantire sia l'integrità dei dati sia la business continuity e la corretta gestione della privacy di tutti gli attori del sistema.

# I CRG in Regione Lombardia: il punto di vista della medicina generale

*Dott.ssa Luciana Bovone*

MMG a Milano

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

## PREMESSA

Le perplessità che l'Ordine dei Medici di Milano, ente pubblico garante della trasparenza, privo di alcun secondo fine, ha sempre dichiarato nei confronti dei CreG, si riferisce essenzialmente alle seguenti criticità:

- 1- innanzitutto questo progetto è scaturito da un'unica penna, senza consultazioni con altri attori della Sanità, e soprattutto senza una corretta informazione a chi sarebbe il diretto fruitore del servizio, il Cittadino: pessimo inizio di qualsivoglia percorso di modifica di sistema! Inoltre:
- 2- i CreG sono nati con lo scopo di migliorare la presa in carico del paziente cronico, oltre che **CONTENERE LA SPESA** (vedi **QUOTA PREDEFINITA di RISORSE**), e a nostro avviso nessuna cura rivolta al cittadino può sottostare a logiche economiciste: ciò non è deontologicamente accettabile.
- 3- il rapporto Medico-Paziente, da sempre in ogni sondaggio apprezzato dal cittadino, a nostro vedere vero garante della sua difesa e della sua salute, risulta mortificato; i medici che attualmente hanno aderito in qualità di Provider hanno incontrato concrete difficoltà tecniche. Nel caso il MMG affidi i propri pazienti ad altro gestore invece, rischierebbe facili contenziosi e conflittualità, situazioni sulle quali il nostro Ordine, a tutela sia del Cittadino che degli Iscritti, ha il dovere di vigilare. I colleghi che hanno accettato la proposta dei CreG si sono messi in competizione con l'organizzazione di Provider privati, veri e propri colossi finanziari, rispetto ai quali a distanza non vedo grandi possibilità: Noi sappiamo far bene i Medici, non gli Imprenditori! Sarebbe stata miglior scelta quella di valorizzare le nostre qualità, piuttosto che indurci a reinventare un ruolo così poco deontologico!

- 4- sono già in corso varie sperimentazioni, che sembrano dare interpretazioni pratiche differenti tra loro del nuovo sistema, cui possono conseguire differenti trattamenti ai cittadini, e noi pensiamo che non dovrebbero mai esserci disparità di trattamento della salute del Cittadino.
- 5- la complessa organizzazione proposta dalla Delibera IX/1479 del 30-3-2011 è certo facilmente fruibile da Coloro che hanno già una concreta organizzazione di uffici, telefoni, segretarie: il riferimento è apertamente diretto a tutte le Case di Cura convenzionate, già peraltro pronte all'esperienza, che saranno facilmente indotte a moltiplicare la spesa con altri servizi che potranno offrire "ad latere" al paziente! Nulla di deontologico si può leggere anche in tale realtà!
- 6- inoltre..quali validi indicatori per provare la bontà del Progetto? Non ne ho letto! Oppure: esistono Progetti andati a buon fine cui ispirarsi? E' noto il fallimentare studio inglese P4P, durante il quale le prestazioni ridondanti e spesso inutili legate ai rigidi protocolli(l'analogo dei PDT), hanno portato solo ad implementare la spesa, senza risultati di salute per il Paziente.

Da ultimo non si può non chiedersi se la conclusione non sarà quella di spostare la quota capitaria del paziente cronico dal MMG al Provider accreditato. Vero o non vero, un Progetto dovrebbe sempre mostrare in modo trasparente il proprio scopo ed il proprio percorso. E poi: così il rischio è che si perda la capillarità degli studi dei medici di famiglia sul territorio ed il rapporto di alleanza terapeutica tra MMG e Paziente.

La gente sarà davvero così d'accordo? A questi dubbi si aggiungano i rischi economici e legali, di cui vi parleranno altri oratori..

Ciò premesso, se proprio si vuole perseguire la strada(comunque discutibile) della budgettizzazione della prestazione sul territorio, può essere proponibile affidare alla ASL la gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche in qualità di unico gestore, referente e detentore del budget. Ciò potrà far coincidere il Provider con l'effettivo possibile controllore di spesa: come si evince infatti dalla Legge regionale N°33 del 30-12-2009(Testo Unico delle Leggi regionali in materia di Sanità) all'Art.14 "il distretto è l'articolazione organizzativa su base territoriale il cui scopo è assicurare il coordinamento degli operatori e delle relative funzioni, la gestione dell'assistenza sanitaria, dell'educazione sanitaria, dell'informazione e prevenzione e delle attività sociosanitarie e sociali(di competenza delle ASL). Il distretto assicura l'analisi e l'orientamento della domanda sanitaria e sociosanitaria, al fine di verificare la qualità dei servizi erogati e di garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi offerti e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento"...inoltre" ha autonomia

economico-finanziaria,...nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle proprie funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività”.

#### *CONTENUTI ed OBIETTIVI*

Essendo la ASL da sempre in rapporto col MMG, col quale il confronto sarebbe semplice e fruttuoso, verrebbe FACILMENTE garantita la richiesta di CONTINUITA' DI SISTEMA nell'accompagnare il Paziente cronico lungo il suo percorso clinico.

#### *PILASTRI TECNOLOGICI*

Fatti salvi i primi due pilastri tecnologici (Banca Dati assistito e PDTA), riguardo al terzo, cioè al CRITERIO di REMUNERAZIONE è opportuno evitare di far riferimento a tariffe fisse per patologia, anche solo come criterio di benchmarking. Potrà invece essere utile fornire ai singoli partecipanti “report riservati”, aggiornati il più possibile in tempo reale, affinché ognuno possa valutare il proprio comportamento prescrittivo. Infatti, in questa fase sperimentale, la verifica della spesa potrà essere utile per futuri progetti.

E' tassativo che all'eventuale raggiungimento di un target economico non debba corrispondere PREMIO alcuno, né PUNIZIONE in caso contrario. Infatti “meccanismi di premialità e di penalizzazione” legati al raggiungimento di parametri pre-imposti di tipo certamente NON clinico, potrebbero configurare un possibile conflitto d'interesse da parte del medico, con pesanti implicazioni di carattere deontologico.

Pertanto pensiamo di offrire un'alternativa più giusta alla tutela della Salute del Pz. cronico, con lo sguardo attento ad OBIETTIVI CLINICI: i parametri validi per la lettura dell'efficacia del CReG devono essere di QUALITA' DELL'ASSISTENZA EROGATA, di PREVENZIONE e CURA. Il risparmio economico ne sarebbe la diretta conseguenza, come ormai assodato dalla letteratura.

Concludendo, un'IPOTESI di lavoro potrebbe prevedere l'istituzione presso i MMG di AMBULATORI DEDICATI con visite periodiche programmate in cui il professionista si faccia carico, oltre dei controlli periodici, anche della rivalutazione terapeutica, della programmazione, del follow-up, ma anche –ad esempio- di campagne di educazione alimentare, monitoraggio dei cambiamenti degli stili di vita, attuando così un programma di Prevenzione ed Educazione sanitaria con riduzione dei costi, a breve e a lungo termine.



Il ruolo del Provider-ASL dovrà essere quello di supervisore del procedimento clinico, dovrà organizzare la fornitura domiciliare dei presidi, la copertura oraria delle urgenze e gli incontri periodici tra i vari operatori.

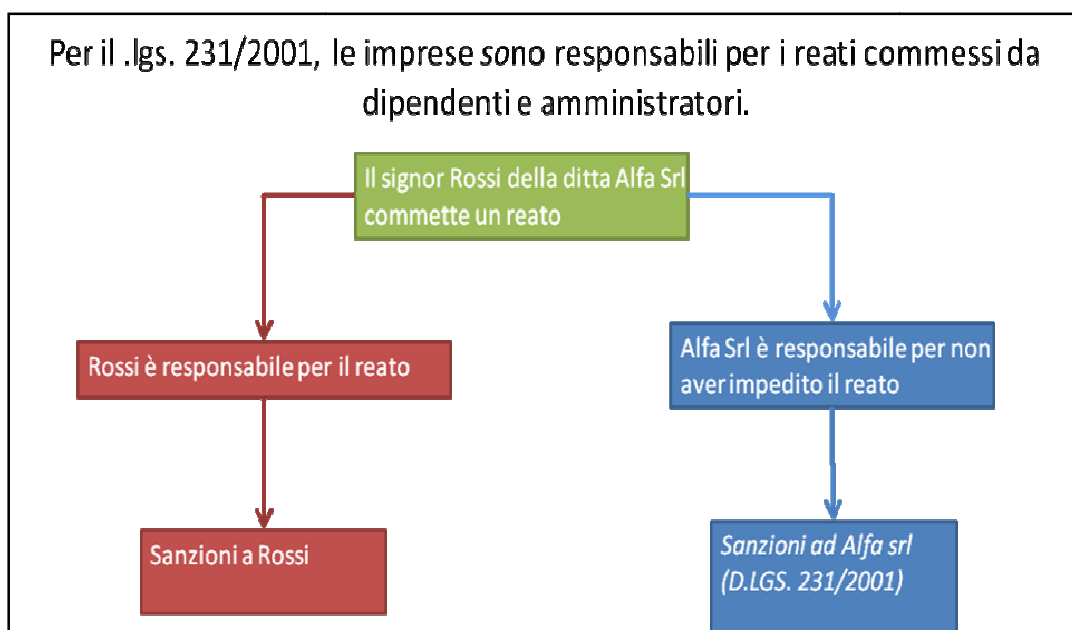
Non è questa la sede per parlare di retribuzioni. In ogni caso si può pensare di mettere in campo risorse per il MMG che aderirà al progetto, valutando che l'impegno richiesto va ben oltre il normale rapporto convenzionale. Come già detto, il compenso non dovrà avere le caratteristiche di risparmio/premio, deontologicamente inaccettabile, ma dovrebbe prevedere un compenso a prestazione.

# La responsabilità amministrativa ex d.lgs 231/2001 degli Studi Medici

*Dott. Andrea Ferrarini*

Consulente organizzativo aderente alla rete professionale LSA Partners

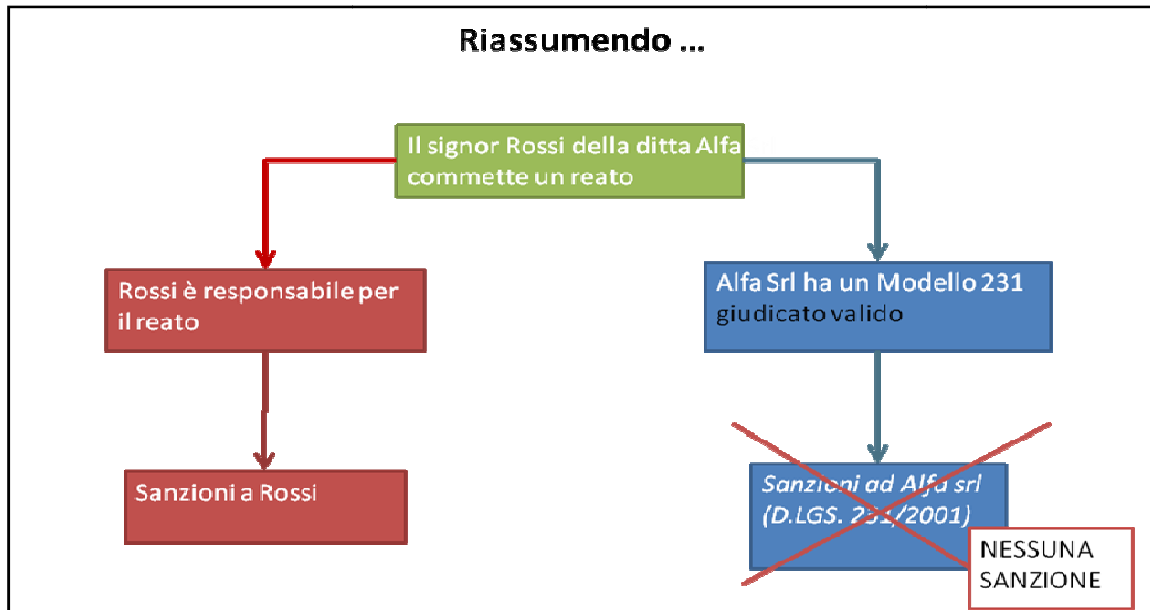
## LE FASI DI COSTRUZIONE DI UN MODELLO 231



Per non essere sanzionata, l'impresa deve dimostrare :

- Di aver adottato dei sistemi di controllo efficaci, per prevenire i reati;
- Di aver nominato un Organismo di Vigilanza, per verificare la corretta applicazione del Modello 231;
- Che la persona che ha commesso il reato ha aggirato tali controlli, agendo all'insaputa dell'azienda.

I Modelli 231 sono i sistemi di controllo che, se correttamente costruiti e adottati in azienda, possono prevenire i reati ed esimere l'Ente dalla propria responsabilità amministrativa, nel caso sia commesso un reato.



Un Modello 231 è composto da:

- Un **Codice Etico**, che definisce i principi etici, che guidano le scelte e le modalità di gestione dei processi aziendali
- Una **Parte Generale**, che definisce: le risorse, le responsabilità e gli strumenti utilizzati per la prevenzione dei reati; nonché le Procedure per la gestione del *processo di valutazione del rischio di reato* e per la gestione dei *processi-chiave* dell'azienda
- Un **Sistema Sanzionatorio**, che definisce le sanzioni a carico di dipendenti e soggetti apicali, in caso di violazioni alle prescrizioni, ai divieti e alle procedure del Modello 231
- Una o più **Parti Speciali**, con procedure specifiche, divieti e flussi informativi verso l'OdV, utili per la gestione delle attività aziendali maggiormente esposte al rischio di reato.
- La definizione delle caratteristiche e dei compiti dell'**Organismo di Vigilanza**

## **FASI DI COSTRUZIONE E APPLICAZIONE DI UN MODELLO 231**

ANALISI DEL CONTESTO AZIENDALE:

Studio della documentazione aziendale (statuto, bilanci, organigramma, eventuali procedure adottate); Studio del settore economico in cui l'azienda opera Individuazione dei soggetti da coinvolgere nel processo di costruzione del Modello 231; Definizione del livello di percezione del rischio di reato proprio dell'azienda e della sua *permeabilità* ai comportamenti a rischio.

#### DEFINIZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO:

Definizione degli strumenti e degli indicatori da utilizzare per l'individuazione e l'analisi del rischio di reato

Definizione dei criteri per definire il livello di rischio

Definizione del "livello di rischio" accettabile per l'azienda.

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI REATO** Interviste ai dipendenti e ai soggetti apicali della società, per individuare le modalità di gestione ed il livello di controllo dei processi; i soggetti, i processi e gli interessi sensibili al rischio di reato e per definire. Individuazione, analisi, misurazione e ponderazione delle fonti di rischio(ad. es condotte che potrebbero dare origine ad un reato). Sviluppo ipotesi di trattamento

#### GAP ANALYSIS ED ACTION PLAN:

Individuazione delle lacune nel sistema di controllo in essere dell'azienda. Individuazione dei rischi *non accettabili* e delle aree a rischio di reato da "presidiare" con le Parti Speciali del Modello 231. Definizione di un *Action Plan*, che definisce le tempistiche e le modalità di elaborazione e adozione delle nuove procedure.

#### DEFINIZIONE DEL MODELLO 231:

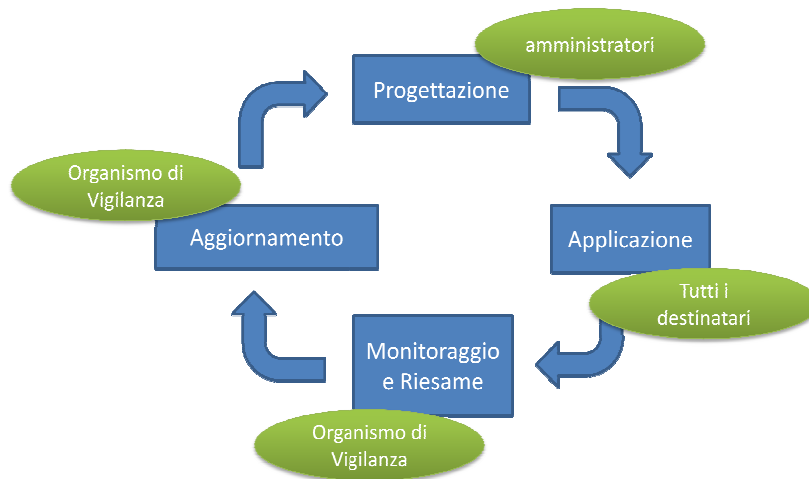
Definizione del Codice Etico della *Parte Generale* rischio, *Sistema Sanzionatorio* e delle *Parti Speciali*. Individuazione dei componenti dell'Organismo di Vigilanza.

**APPROVAZIONE DEL MODELLO. INSEDIAMENTO DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA** Il modello è approvato dagli amministratori. Gli amministratori nominano anche i membri dell' OdV, che, una volta insediato, definisce un proprio regolamento, prende visione del Modello 231 e definisce le attività da porre in essere per svolgere il proprio mandato. Tutti i soggetti coinvolti nelle attività aziendali saranno adeguatamente informati dell'adozione del Modello 231 e dell'insediamento dell' OdV.

**APPLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL MODELLO** Applicare il Modello in azienda significa rendere operativo il sistema di deleghe e procure, il sistema di gestione delle risorse umane e le procedure per i processi-chiave dell'organizzazione, inclusi nella *Parte generale*.

Significa inoltre Applicare le procedure delle *Parti Speciali* nelle aree maggiormente esposte al rischio di reato e promuovere attività di informazione e formazione nei confronti dei destinatari del Modello 23.

Infine, necessario, in caso di violazioni, rendere operativo il sistema sanzionatorio Il Modello 231 deve essere aggiornato e adeguato nel tempo, attraverso un processo di *miglioramento continuo*.



# Appunti

# Appunti