

I quaderni di
Idee in Rete

4



**La cooperazione
sociale in
ambito sanitario**

Indice

1 Premessa	4	Caso 6 – Provincia di Avellino	36
L'origine di questo lavoro	4	Caso 7 – Provincia di Agrigento	37
Perché questa ricerca?	4	Caso 8 – Provincia di Firenze	37
Cooperazione in ambito sanitario	5	Caso 9 – Provincia di Firenze	39
2 Gli aspetti normativi: cooperazione sociale e servizi sanitari	8	Caso 10 – Provincia di Milano	40
La questione	8	Caso 11 – Provincia di Roma	42
Cosa accade nelle regioni	13	Caso 12 – Provincia di Asti	48
La 381/1991 e i lavori preparatori	16	Caso 13 – Provincia di Torino	50
Perché delimitare?	19	Caso 14 – Provincia di Cuneo	52
Conclusioni	20	Caso 15 – Provincia di Casale Monferrato	53
3 Esperienze cooperative in Italia	21	Caso 16 – Provincia di Torino	55
Le cooperative di Medici di Medicina Generale	21	5 Temi e riflessioni	57
Le cooperative che offrono servizi ambulatoriali	22	6 Appendici	61
Le cooperative di servizi socio sanitari che evolvono verso il sanitario	22	Traccia di intervista per le cooperative	61
Cooperative di servizi infermieristici	23		
Cooperative farmaceutiche	24		
Cooperative con attività nell'ambito della Medicina del Lavoro	24		
Cooperative odontoiatriche	24		
Altre cooperative con attività sanitarie	25		
Alcuni nodi aperti	25		
4 Gli studi di caso	29		
Caso 1 - Provincia di Torino	29	Testi: Carlo Andorlini.	
Caso 2 - Provincia di Pistoia	30	A cura di Gianfranco Marocchi.	
Caso 3 – Provincia di Napoli	32	Responsabile collana “Quaderni di Idee in Rete”: Gianfranco Marocchi.	
Caso 4 - Provincia di Firenze	33		
Caso 5 – Provincia di Messina	34		

1 Premessa

L'origine di questo lavoro

Questo lavoro è pubblicato nell'ambito delle iniziative formative realizzate dal Consorzio Nazionale Idee in Rete nell'ambito dell'avviso 10/2009 di Foncoop, a supporto di uno dei corsi, dedicato appunto al tema della cooperazione sociale in ambito sanitario.

Si tratta di un tema su cui è aperta una ampia discussione nell'ambito della cooperazione sociale e sul quale il Consorzio Nazionale Idee in Rete da alcuni anni ha sviluppato una riflessione che ha trovato un punto di sintesi nella realizzazione di una ricerca commissionata da Fondosviluppo nel 2009-2010, da cui sono tratti una parte consistente dei materiali qui pubblicati.

Perché questa ricerca?

Esiste uno specifico ruolo, una vocazione peculiare, che porti le cooperative sociali a sviluppare una nuova e sempre più consistente offerta in ambito sanitario?

La domanda non pare irrilevante né superflua, se si considera che da oltre vent'anni questa forma di cooperazione ha un ruolo rilevante nei servizi di cura della persona ed in particolare in campi prossimi e contigui a quello sanitario, come quello socio assistenziale, socio sanitario e socio educativo.

La situazione appare in effetti meno nitida se ci concentriamo su servizi con carattere sanitario in senso stretto, come saranno comunque più avanti definiti; non è del tutto chiaro se e con che rilevanza le cooperative sociali abbiano esteso negli ultimi anni la propria operatività anche a questo settore, né con quali specificità e quale coerenza alla propria mission originaria le cooperative sociali stiano operando. I motivi di questa situazione sono rintracciabili sia in fattori storici, sia negli assetti normativi che introducono elementi di problematicità.

Da un punto di vista normativo, la 381/1991 aveva individuato l'ambito di attività delle cooperative sociali nella gestione di "servizi socio-sanitari ed educativi" e questo ha portato a ritenere che gli aspetti prettamente sanitari dovessero rimanere estranei agli interessi della cooperazione sociale.

In ogni caso la frequentazione dell'ambito sanitario da parte delle cooperative sociali è rimasta per lungo tempo residuale; certo, con molte occasioni di contiguità, in primo luogo connesse all'operatività, al contrario assai intensa, in ambito socio sanitario, ma senza che si trovassero punti di contatto significativi nel settore più strettamente medico, dalla medicina generale e specialistica ai laboratori analisi, ai presidi ospedalieri. Non che siano mancati tentativi, a volte significativi, anche in questi ambiti - in alcuni casi documentati in questa ricerca - ma certamente ciò non ha costituito una parte significativa dell'operatività delle cooperative sociali.

Da alcuni anni, però, come si accennava sopra, si assiste ad una situazione che

rende necessari alcuni approfondimenti. Pur permanendo le perplessità sopra accennate sul fronte giuridico e in un panorama che vede differenze significative tra una regione e un'altra, si assiste a sempre più frequenti "esplorazioni", da parte delle cooperative nell'ambito sanitario. Se ci riferiamo alle cooperative sociali, spesso tali attività rimangono meno consistenti rispetto a quelle socio assistenziali e socio sanitarie nell'ambito dei bilanci delle cooperative, ma ciò non toglie che si renda auspicabile una riflessione che investa l'argomento nei suoi diversi aspetti, da quello giuridico a quello operativo, raccogliendo i punti di vista dei diversi attori coinvolti.

Il ragionamento si pone su piani diversi: quello giuridico, senz'altro, ma anche quello relativo a quali peculiarità la cooperazione sociale può portare in questi servizi e quindi con quale senso - connesso alla propria vocazione di perseguire gli interessi generali della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini - dedica forze ed energie ad intraprendere nuove iniziative in campo sanitario.

La domanda, inoltre, può essere contestualizzata ulteriormente laddove si consideri che, accanto alla cooperazione sociale, anche la cooperazione di produzione lavoro ha iniziato ad operare con sempre maggiore impegno in questo ambito; è dunque ragionevole chiedersi se la scelta di occuparsi di sanità in forma di cooperativa sociale o di cooperativa di produzione e lavoro sia casuale e indifferente, o corrisponda a diverse e specifiche vocazioni delle due forme di cooperativa.

Cooperazione in ambito sanitario

Preliminarmente, è necessario delimitare l'oggetto di interesse.

Una prima esclusione, nell'ambito di questa indagine, è quella dei casi in cui una cooperativa, pur operante entro sistemi organizzativi che prestano servizi sanitari, è nella sostanza estranea a tale ambito, ma si limita ad offrire servizi di supporto.

Se, ad esempio, dei medici si riuniscono in cooperativa per provvedere insieme ad acquisti di beni o servizi di utilità comune (segreteria, pulizie dell'ambulatorio, aspetti informatici, ecc.), ma, dal punto di vista dell'attività in ambito sanitario operano come professionisti singoli - pur in alcuni casi sviluppando un interscambio di informazioni - questo non ricade solo marginalmente nell'ambito di interesse di questo lavoro; così come lo ricadrebbe un servizio - poniamo di logistica, di raccolta rifiuti, di supporto di segreteria - non sanitario ancorché svolto all'interno di presidi ospedalieri. Si sceglie invece di concentrarsi sui casi in cui vi sia un'azione svolta in forma cooperativa che è direttamente e consapevolmente connessa con aspetti del lavoro di cura della persona.

Ma, anche una volta che questo requisito sia stato soddisfatto, sembra opportuno procedere ad ulteriori ragionamenti relativi alla natura dei servizi prestati.

Come già ricordato, infatti, storicamente la cooperazione sociale non è estranea alla gestione di taluni servizi "sanitari", se con questo intendiamo servizi che

siano finanziati dalle Aziende sanitarie locali. Si pensi ad esempio all'accoglienza di persone con problemi di salute mentale, che vede le cooperative sociali impegnate sin dai primi anni della de-istituzionalizzazione, o ai servizi di recupero di tossicodipendenti. In entrambi i casi si tratta di servizi inquadrabili entro percorsi di cura gestiti dalle aziende sanitarie e ricompresi nei livelli essenziali di assistenza che queste debbono assicurare.

Sono poi frequenti e consolidati i casi di operatività nell'integrazione socio sanitaria, ove si collocano i servizi rivolti a disabili e anziani, compresi casi maggiormente spostati verso la parte sanitaria come nel caso dei servizi per malati di Alzheimer. Tuttavia vi sono ragioni per sostenere che non sia opportuno concentrare su tali aspetti l'indagine.

Da una parte, infatti, è opportuno dedicare lo sforzo conoscitivo agli ambiti di sviluppo più recenti e dunque ancora meno conosciuti, mentre tali servizi appaiono ampiamente consolidati.

Dall'altra è opportuno considerare che, negli esempi sopra ricordati, nella maggior parte dei casi le cooperative, pur operando entro percorsi di cura, non sono responsabili degli aspetti medici, ma prevalentemente di una parte - pur fortemente integrata nel percorso di cura - relativa a servizi più facilmente riconducibili, per professionalità impiegate e modalità organizzative, alla generalità dei servizi socio sanitari comunemente gestiti dalla cooperazione sociale.

Si provi, al contrario, e senza pretesa di sistematicità e di completezza, ad indicarne alcuni ambiti di operatività che ricadono pienamente nell'ambito di interesse dell'indagine e che, ad una prima ricognizione, paiono in effetti riscontrare un certo interesse da parte della cooperazione sociale:

- prestazioni a carattere sanitario svolte presso il domicilio del paziente, autonomamente o attraverso intese con altri soggetti del sistema sanitario, come le farmacie: assistenza domiciliare integrata, prestazioni infermieristiche, fisioterapia, riabilitazione, ossigenoterapia, ventiloterapia, nutrizione artificiale; in specifico considerando i casi in cui questi servizi sono svolti nell'ambito di percorsi di cura tesi a ridurre i tempi di ospedalizzazione o di assicurare cure ordinariamente offerte in regime ospedaliero presso il domicilio dei pazienti;
- prestazioni svolte nell'ambito di strutture socio sanitarie: reparti di residenze per anziani attrezzati per ospitare dimissioni protette dagli ospedali e/o letti di continuità per interventi di sollievo a disposizione dei medici di medicina generale;
- prestazioni in ambiti sanitari che richiedono una particolare attenzione ad aspetti relazionali, come gli hospice;
- prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di reparti ospedalieri;
- prestazioni odontoiatriche;
- servizi integrati con medici di medicina generale riuniti in cooperativa o in altre forme di medicina di gruppo, in particolare nell'ambito di iniziative volte a garantire la continuità assistenziale e/o a favorire la cura a domicilio dei pazienti;

- diagnostica e cura ambulatoriale;
- ...

Questo elenco, sicuramente non esaustivo, cita attività in cui, almeno in alcune esperienze, la cooperativa non è confinata ad occuparsi di aspetti educativi-relazionali-assistenziali relativamente a fasce di popolazione - come nel caso della salute mentale e delle dipendenze - per le quali si può ipotizzare che il percorso di cura necessiti di un contestuale percorso di integrazione sociale. Si tratta di casi in cui, per motivi che sarà compito dell'indagine approfondire, la cooperativa sociale è coinvolta nell'offerta di servizi sanitari destinati o destinabili alla popolazione e in cui la cooperativa viene coinvolta direttamente anche nei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti.

La struttura del lavoro

Il lavoro è suddiviso in due parti; nella prima il tema è affrontato attraverso una ricognizione normativa che approfondirà la questione già citata relativa al rapporto tra attività previste dall'articolo 1 della 381/1991 e coinvolgimento della cooperazione sociale in attività sanitarie.

Nella seconda parte si passerà invece all'esame di 16 casi concreti di cooperative sociali operanti in ambito sanitario, provenienti da 12 diverse province.

In sede conclusiva si tenterà di desumere da quanto emerso nelle parti precedenti delle indicazioni sul possibile ruolo della cooperazione sociale in ambito sanitario.

2 Gli aspetti normativi: cooperazione sociale e servizi sanitari

La questione

A prescindere da ogni ragionamento di opportunità, di coerenza con la propria peculiare vocazione e così via, le cooperative sociali, secondo la normativa italiana, possono prestare servizi sanitari?

La risposta a questa domanda non è scontata; la questione nasce dalla previsione, dettata dall'articolo 1, comma 1, lettera a) della 381/1991, che, come è noto, così identifica uno degli ambiti della cooperazione sociale (l'altro essendo quello dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, estraneo all'analisi qui proposta):

Art. 1 - Definizione.

1. Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso:

- a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;
- b) ...

Dunque, si tratta di ragionare circa il fatto che, stante tale definizione normativa dell'ambito di operatività, un'azione in campo sanitario sia o meno permessa alle cooperative sociali.

Per rispondere a questa domanda è innanzitutto necessario concordare in quale ambito di ragionamenti cercare la risposta; se cioè i termini di cui parliamo, "servizi socio-sanitari" e "[servizi] educativi", cioè le locuzioni che sulla base dell'articolo 1 della 381/1991 delimitano il campo di azione delle cooperative sociali, debbano essere intesi in modo tecnico o a-tecnico. In altre parole si tratta di capire se ricercare il significato di tali espressioni (e del loro accostamento, nel caso di "servizi socio-sanitari") nel senso comune o in definizioni tecniche specifiche desumibili dalla normativa.

Se riteniamo che il termine "socio-sanitari" debba essere considerato frutto dell'accostamento (a-tecnico) di due termini di senso comune - come ad esempio quando si dice "contesto socio-economico", con ciò intendendo ciò che inerisce gli aspetti sociali, quelli economici e quelli eventuali che derivino dalla loro interrelazione - i "servizi socio-sanitari" sarebbero quelli sociali, quelli sanitari, quelli con una componente sociale ed una sanitaria o comunque frutto dell'interrelazione tra i due ambiti.

Se al contrario si osserva che, nel nostro ordinamento, "servizi socio-sanitari" ha invece un significato tecnico specifico, diventa necessario rifarsi a ciò che la normativa indica con questo termine.

Va innanzitutto evidenziato come, al momento dell'approvazione della legge 381/1991, non esistesse una definizione normativa precisa dei "servizi socio sanitari".

La riforma del 1978 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale non contemplava l'argomento; le prestazioni (capo III° della legge, articolo 19 e seguenti) erano articolate sulla base dei filoni della prevenzione, della cura e della riabilitazione; vi erano indicazioni su ambiti che, con il linguaggio odierno potremo identificare come socio sanitari (Art. 27 "Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi"), ma nulla più.

Successivamente, l'unico cenno in qualche modo prossimo a questa definizione fu quello introdotto dalla Legge 730/1983 (la "finanziaria 1984") che si interessava della questione in riferimento alla ripartizione degli oneri di talune prestazioni; nell'ambito del Titolo VII "Disposizioni in materia di servizi sanitari", si affermava infatti che "sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate." Con riferimento a tale disposizione, il successivo DPCM 8 agosto 1985 (il c.d. "Decreto Craxi") puntualizza che:

"rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1. Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente:

- *alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili, nell'ambito degli interventi previsti dall'art. 26 della richiamata legge n. 833 del 1978;*
- *alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali, ai sensi dell'art. 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, purché le suddette prestazioni siano integrate con quelle dei servizi psichiatrici territoriali;*
- *alla cura e/o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti relativamente sia alla fase terapeutica di disassuefazione fisica sia a quella diretta alla rimozione della dipendenza psicologica dalla sostanza stupefacente o psicotropa, secondo programmi terapeutici concordati con le unità sanitarie locali."*

Come si può vedere, se ci limitiamo agli atti precedenti alla 381/1991, si può trovare traccia della tematizzazione normativa di un ambito di servizi in cui risulta presente insieme una componente sociale ed una sanitaria; ma d'altra parte, per una vera e propria definizione dell'ambito socio sanitario si dovranno attendere ancora alcuni anni.

Nel 1992 la circolare 116 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, esplicita alcuni chiarimenti relativamente ai settori di attività delle cooperative sociali, esprimendosi come segue:

*"Circa i servizi socio-sanitari ed educativi che possono essere gestiti dalle cooperative sociali di cui all'art.1, lettera a), si osserva che gli stessi debbono essere finalizzati alla promozione umana e alla integrazione sociale dei cittadini, come interesse generale della comunità. In concreto si ritiene che questa funzione sia svolta da quei **servizi sociali ed assistenziali, scolastici di base e di formazione professionale, sanitari***

di base e ad elevata integrazione socio-sanitaria, tutti di rilevanza costituzionale (art. 32 comma 1, art. 34, art. 35 comma 2, art. 38 della Costituzione). **Ne consegue che questi possono essere i settori di attività delle cooperative sociali.** Riguardo invece i destinatari dei servizi dovrà trattarsi di persone bisognose di intervento sociale. Tale intervento trova la sua origine in motivazioni connesse sia all'età, sia alla condizione personale o familiare, che alla condizione sociale.”

Da notare che l'articolo 32, comma 1 della costituzione è quello che afferma che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”, cioè quello che istituisce la tutela della salute come diritto soggettivo del cittadino.

Dunque, se pur la fonte in questione è meramente una circolare applicativa, appare chiaro, sia dal testo che dal riferimento, che chi in quegli anni (pre definizione del termine “socio-sanitario”) leggeva quelle parole ne ricavava un'indicazione inclusiva rispetto ai servizi sanitari, semmai rimarcando (e lo vedremo, oltre, nelle discussioni che hanno condotto all'approvazione della 381/1991) la necessità che tali servizi si indirizzino in primo luogo a persone che necessitano di particolare tutela sociale.

Prima di procedere è solo il caso di ricordare che nel 1995 la legge 85 ha aggiornato l'articolo 7 della legge 381/1991 - quello dedicato al regime tributario - introducendo uno specifico regime IVA per talune prestazioni offerte da cooperative sociali e cioè:

prestazioni socio-sanitarie, educative, comprese quelle di assistenza domiciliare o ambulatoriale, o in comunità e simili, o ovunque rese, in favore degli anziani ed inabili adulti, di tossicodipendenti e malati di AIDS, degli handicappati psicofisici, dei minori, anche coinvolti in situazioni di disadattamento e di devianza, rese da cooperative e loro consorzi, sia direttamente che in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale

Va segnalato che ciò non va fatto coincidere senza ulteriori specificazioni con una volontà di delimitare l'oggetto delle cooperative sociali; tanto è vero che vi sono cooperative sociali che rendono in piena legittimità servizi diversi da quelli sopra citati, semplicemente non fruendo dello specifico regime IVA che tale articolo per essi introduce qualora prestati da cooperative sociali. D'altra parte sembra ragionevole supporre che il legislatore desse per scontato che quantomeno le attività citate potessero essere svolte da cooperative sociali. Da una parte l'impianto generale dell'articolo sembra riferirsi ad una utenza tipicamente “socio-sanitaria” nel senso tecnico che oggi attribuiremmo; dall'altra non sfugge, oltre che il riferimento esemplificativo ai “malati di AIDS”, la supposizione che le attività possano svolgersi in “ambulatori”, portando così a ritenere che esse possano operare in contesti tipicamente sanitari. Ma comunque non è forse il caso di sopravvalutare troppo, per i fini di questa indagine, una disposizione di carattere tributario.

Ritornando al significato attribuibile al termine “socio - sanitario”, la prima definizione compiuta si trova nel D.Lgs 229/1999, che, integrando il D.Lgs 502/1992, introduce all'art. 3 septies, quanto segue:

Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare mediante

percorsi assistenziali integrati bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

E poi, al comma 2, tale definizione viene articolata come segue:

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- a) **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Senza intrattenersi più del dovuto sull'esegesi di questa definizione, si può senza problemi convenire sul fatto che l'ambito socio sanitario si definisca dall'intersezione tra un bisogno relativo alla salute che si verifica in relazione (indotto o inducente) a bisogni di natura sociale.

Successivamente il **DPCM 14/02/2001** “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie” all'articolo 3 dettaglia le prestazioni come segue:

*Sono da considerare **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite ... Dette prestazioni [sono] di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse*

*Sono da considerare **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini*

*Sono da considerare **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attingono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative ... Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario*

Non sfuggirà che assumendo in modo letterale e consequenziale questa definizione, di “socio sanitario” sarebbero escluse dall'ambito di operatività delle cooperative sociali le prestazioni socio assistenziali (a meno che non siano inquadrabili come “educative”, l'altro termine che compare nella definizione della 381/1991; ma così non è per tutte), definite invece dall'articolo 128, comma 2, del D.Lgs **112/1998**, cui fa riferimento anche l'art. 1, comma 2 della legge **328/2000**:

per “servizi sociali” si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

La separatezza dei due ambiti è nota a tutti gli operatori del settore, non fosse altro a motivo delle non infrequenti discussioni che la suddivisione di questi due ambiti genera relativamente ad aspetti quali:

- gli enti tenuti a garantire i servizi, assumendone di conseguenza il costo: interamente gli enti locali, salvo ambiti specifici esplicitati dalla legge, relativamente ai servizi sociali; le Aziende Sanitarie, da sole o insieme agli enti locali, secondo una ripartizione definita in via normativa (**DPCM 29 novembre 2001**) nonché in sede di accordi e conseguenti deliberazioni regionali, per quanto riguarda i servizi socio sanitari;
- il riconoscimento dei profili professionali: tipico il caso degli operatori socio sanitari, ove la definizione di un profilo professionale riconosciuto anche in ambito sanitario e socio sanitario, ha richiesto la definizione di uno specifico percorso formativo rispetto a quello previsto per il corrispondente profilo in ambito assistenziale.

Vale la pena di notare che, se consideriamo servizi socio assistenziali, servizi socio-sanitari e servizi sanitari, da un'interpretazione letterale della 381/1991, le cooperative sociali potrebbero includere tra i propri ambiti di attività solo i secondi. Non quindi i servizi socio assistenziali (se non di tipo educativo), privi di componente sanitaria, che rappresentano una quota significativa degli affidamenti degli enti gestori che si sono avvalsi di cooperative sociali senza che mai sia parso ragionevole porre questioni di legittimità.

A ben vedere vi sarebbe da discutere anche su una parte non secondaria dei servizi pur inclusi nell'allegato 1c del DPCM del 2001, intitolato “area dell'integrazione socio sanitaria”, dal momento che esso comprende una serie di prestazioni di carattere chiaramente sanitario, non a caso prevedendo per esse la totale corresponsione del costo da parte dell'Azienda sanitaria (come nel caso degli esempi già richiamati di recupero dei tossicodipendenti, di accoglienza di malati di HIV o di persone con problemi di salute mentale).

Dunque, al termine di questa ricostruzione, ci si trova ad un bivio. Una prima possibile lettura parte dal fatto che, all'epoca della 381/1991, il termine socio sanitario avesse una valenza a-tecnica (verrà definito normativamente nei termini oggi vigenti solo nel 1999); e che dunque esso vada inteso in generale come riferito all'area sociale e a quella sanitaria nonché alla loro intersezione, salvo ulteriori e diversi ragionamenti e specificazioni.

Una seconda lettura interpreta invece il termine socio sanitario in senso tecnico, argomentando che la definizione di questo ambito, pur posteriore alla Legge 381/1991, corrispondeva ad una terminologia nei fatti analoga anche ai tempi dell'approvazione della normativa e soprattutto considerando che, nei successivi 18 anni di vigenza, non si è avvertita la necessità di introdurre specificazioni e

correzioni alla 381/1991 dopo che gli ambiti qui considerati sono stati definiti in modo univoco dalle normative citate. Questo porterebbe ad una lettura “letterale” con il risultato di escludere i servizi sanitari dall'ambito di operatività delle cooperative sociali oltre che ad avviare analoghi ragionamenti sulle attività socio assistenziali pur comunemente da queste svolte.

Cosa accade nelle regioni

Prima di proseguire il ragionamento sulle questioni sopra sollevate, è opportuno uno sguardo comparativo alle altre regioni italiane. Questo sinteticamente il quadro:

Abruzzo: la LR 85/1994 si limitava a ripercorrere, senza ulteriori specificazioni, il testo della 381/1991; nella sezione A dell'albo sono iscritte le cooperative che “gestiscono servizi socio sanitari ed educativi”; nel 2004 la LR 38 ha invece inteso esplicitare gli ambiti di attività con un linguaggio tecnicamente più aggiornato, specificando che la sezione A dell'Albo accoglie “cooperative che gestiscono servizi **socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi**”;

Basilicata: la definizione della LR 39/1993 ricalca quella della 381/1991. Come nella normativa nazionale, la dizione è precedente al D.Lgs 299/1999 che modificando il D.Lgs 502/1992 ha definito le prestazioni socio sanitarie.

Calabria: secondo la LR 5/2000 “Si considerano cooperative sociali quelle che in applicazione della lettera a) del comma 1 dell'art. 1 della legge 381/91, gestiscono **servizi socio-sanitari, educativi e di formazione**, disciplinati dai regolamenti, dai piani, dai programmi regionali in materia di interventi socio-sanitari ed educativo-assistenziali.” In questo caso quindi è utilizzata per il tema di cui qui ci si occupa la definizione della 381/1991; da notare poi l'inclusione delle attività formative (invece esplicitamente escluse da altre regioni come ad esempio il Piemonte) e la dizione “educativo-assistenziali” che rimanda certamente ad un contesto a-tecnico. La legge è successiva alla definizione tecnica delle prestazioni socio sanitarie;

Emilia Romagna, l'art. 2, comma 4 della LR 7/1994, come sostituito dall'articolo 193 della LR 3/1999, esplicita specificamente l'inclusione dei servizi sanitari nell'ambito di attività delle cooperative sociali affermando che l'albo prevede la “Sezione A, nella quale sono iscritte le cooperative che gestiscono servizi socio-assistenziali, **sanitari** ed educativi;”

Friuli Venezia Giulia: la LR 20/2006, modificando la precedente 7/1992 (che rispetto agli ambiti di attività ricalcava la 381/1991) esplicita l'inserimento dei servizi socio assistenziali; la sezione A dell'Albo comprende le “cooperative che gestiscono servizi socio-sanitari, **socio-assistenziali** ed educativi”;

Liguria: la LR 23/1993 si limita a ripercorrere la dizione della 381/1991, anche in questo caso essendo stata approvata prima della definizione tecnica dell'ambito socio sanitario;

Lazio: la LR 24/1996 ripercorre la dizione della 381/1991, anche in questo caso

essendo stata approvata prima della definizione tecnica dell'ambito socio sanitario;

Lombardia: la LR 16/1993 prevedeva l'iscrizione alla sezione A dell'albo alle cooperative "che gestiscono servizi socio - sanitari, **assistenziali** ed educativi"; la dizione è stata leggermente modificata, anche dopo l'approvazione della legge regionale 21/2003, attraverso la DGR 5536 del 10/10/2007, in cui si afferma che nella stessa sezione "sono iscritte le cooperative sociali che gestiscono servizi socio-sanitari, **socio-assistenziali** e educativi. I settori di attività e servizi che potranno essere svolti dalle cooperative sociali al fine dell'iscrizione nella sezione A dell'Albo sono individuati dalle Direzioni Generali della giunta Regionale competenti per materia". La LR 1/2008, testo unico sulle organizzazioni di terzo settore, non ha ulteriormente specificato in via normativa la questione, lasciando originalmente un tema di così ampia portata non solo al di fuori del compito normativo del Consiglio regionale, ma anche del potere esecutivo della Giunta regionale.

Marche: la legge 50/1995 ripercorre la dizione della 381/1991, anche in questo caso essendo stata approvata prima della definizione tecnica dell'ambito socio sanitario;

Molise: la legge 17/2000 ripercorre la dizione della 381/1991; in questo caso l'approvazione è successiva alla definizione tecnica dell'ambito socio sanitario;

Toscana: la LR 87/1997 ripercorre la dizione della 381/1991 ed esclude poi esplicitamente, in un separato comma, la possibilità che siano iscritte all'Albo le cooperative sociali operanti nel settore sanitario;

Trentino Alto Adige: la LR 15/1993 non dice nulla di diverso dalla 381/1991 rispetto al tema in questione; nell'originalità delle soluzioni regionali adottate, vale la pena di segnalare come tale norma preveda l'iscrizione all'Albo delle cooperative che gestiscono "servizi socio-sanitari, **culturali** ed educativi";

Piemonte: si tratta di un caso particolarmente interessante; sino al 2009 la LR 18/1994 ripercorreva la definizione della 381/1991 (nella sezione A dell'albo "sono iscritte le cooperative che gestiscono servizi socio sanitari ed educativi"); la LR 32/2009 introduce alcune modifiche nelle quali si stabilisce che nella "sezione A siano iscritte le cooperative che gestiscono **servizi alla persona** (sostituendo quindi alla dizione della 381/1991 una definizione più ampia) e quindi specificando che "Le cooperative sociali iscritte alla sezione A oltre alle attività socio-assistenziali, socio-sanitarie ed educative, possono gestire anche **attività sanitarie nell'ambito del trasporto sanitario, dell'assistenza domiciliare, della residenzialità in strutture ad elevata intensità assistenziale, di ambulatori in cui si erogano prestazioni sanitarie**" e quindi dettagliando ulteriormente che "Le attività sanitarie ... sono rese prevalentemente ad integrazione di quelle socio assistenziali e, in via prioritaria, finalizzate alla tutela e supporto degli anziani, dei minori e dei cittadini in stato di disagio psichico, fisico e sensoriale nell'ambito di specifici progetti assistenziali"; si prevede inoltre una futura deliberazione di Giunta, ad oggi non emanata, che meglio specifichi gli ambiti di attività ammessi.

Puglia: ancora diversa la soluzione della LR 21/1993, ove si afferma che "Si considerano cooperative sociali quelle che, in applicazione della lettera a) del 1° comma dell' art 1 della legge 8- 11- 91, n. 381, gestiscono servizi socio-sanitari, educativi e di **formazione**, disciplinati dai regolamenti, dai piani, dai programmi

regionali in materia di interventi socio-sanitari ed educativo-assistenziali." Si noti che in diverse normative regionali (tra cui quella piemontese, ma anche, ad esempio, quella toscana), proprio le attività formative sono tra quelle esplicitamente precluse alle cooperative sociali.

Sardegna: la LR 16/1997 ripercorre la dizione della 381/1991 ed esclude poi esplicitamente, in un separato comma, la possibilità che siano iscritte all'Albo le cooperative sociali operanti nel settore sanitario;

Umbria: variando la precedente LR 12/1993, che ricalcava quanto previsto nella 381/1991, la LR 9/2005 dell'Umbria disciplina la sezione A dell'albo prevedendo che vi siano "iscritte le cooperative che gestiscono servizi sociali, **sanitari** ed educativi";

Valle d'Aosta: la legge 20/1993 ripercorre la dizione della 381/1991, anche in questo caso essendo stata approvata prima della definizione tecnica dell'ambito socio sanitario;

Veneto: in prima istanza, la LR 24/1994 aveva utilizzato la definizione della 381/1991, pur specificandone l'estendibilità, con riferimento alle cooperative di tipo A, alle attività ergo terapeutiche. Più recentemente, la 23/2006, art. 2, comma 1, ha previsto l'iscrizione alla sezione A dell'Albo alle cooperative impegnate nella "gestione di servizi socio-sanitari ed educativi **anche con riferimento agli ambiti di cui all'articolo 1, comma 2, lettera c)**"; quest'ultimo rimando sostanzia un'operazione inclusiva, dal momento che richiama il passo della legge in cui la Regione "prevede le forme di partecipazione della cooperazione sociale alla programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona, disciplinando le modalità di raccordo delle attività delle cooperative sociali con quelle delle pubbliche amministrazioni aventi contenuto sociale, socio-assistenziale, socio-educativo, socio-sanitario e **sanitario**, nonché con le attività di formazione professionale, di sviluppo dell'occupazione e delle politiche attive del lavoro, con particolare riferimento all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate e delle altre persone deboli di cui all'articolo 3".

Nel prospetto successivo sono riassunte le opzioni adottate dalle diverse regioni, unitamente all'anno di approvazione della relativa Legge Regionale (o altro atto dirimente rispetto alla questione trattata).

1	Riportano la definizione 381/91 senza ulteriori ampliamenti / esclusioni <i>Approvate pre D.Lgs 299/1999</i>	Basilicata (1993), Liguria (1993), Lazio (1996), Marche (1995), Trentino Alto Adige (1993), Puglia (1993), Valle d'Aosta (1993)
2	Riportano la definizione 381/91 senza ulteriori ampliamenti / esclusioni <i>Approvate post D.Lgs 299/1999</i>	Calabria (2000), Molise (2000)
3	Escludono esplicitamente le attività sanitarie	Toscana (1997), Sardegna (1997)
4	Identificano il settore socio assistenziale come distinto da quello socio sanitario	Abruzzo (1994), Friuli Venezia Giulia (2006), Lombardia (2007)
5	Includono esplicitamente le attività sanitarie	Emilia Romagna (1994), Umbria (2005), Veneto (2006), Piemonte (2009, con alcune limitazioni)

* Campania e Sicilia non hanno ad oggi approvato una Legge Regionale applicativa della 381/1991

Rispetto alle regioni del primo gruppo non vi sono considerazioni particolari da fare; le scelte concretamente operate in sede di ammissione all'Albo derivano o da atti esecutivi della Giunta o da prassi interpretative adottate dagli uffici.

Le regioni del secondo gruppo sono probabilmente simili alle precedenti, anche se l'aver approvato la propria normativa dopo la definizione tecnica delle "prestazioni socio-sanitarie" fatta dal D.Lgs 299/1999, potrebbe indurre a pensare - qualora fosse a ciò attribuita consapevolezza - l'aver voluto significare specificamente le prestazioni così definite dal citato decreto. Sia detto per inciso, se così fosse, in queste regioni si aprirebbe un problema di notevoli dimensioni, costituito, prima ancora che dall'includibilità o meno delle cooperative che svolgono servizi sanitari, dalla includibilità delle cooperative che offrono servizi socio assistenziali.

Le regioni del terzo gruppo escludono la possibilità che le cooperative sociali operino in campo sanitario; orientamento simile si potrebbe anche forse attribuire a quelle del quarto gruppo che, avvertendo il bisogno di identificare il settore socio assistenziale come distinto da quello socio sanitario - rendendolo esplicitamente di pertinenza delle cooperative sociali - fanno presumere di aver adottato una lettura "tecnica" del termine "socio-sanitario" e quindi di escludere tendenzialmente l'ambito prettamente sanitario.

Infine, le regioni del quinto gruppo sono quelle più aperte rispetto alla possibilità delle cooperative sociali di operare in ambito sanitario. Tra queste, va segnalata la diversa "tattica normativa" di Emilia Romagna e Umbria da una parte e del Veneto dall'altra, ponendosi il Piemonte in una posizione intermedia. Le prime due definiscono in modo diretto l'ambito sanitario come ricompreso nelle attività delle cooperative sociali. A questo proposito va osservato - e lo stesso si può dire di chi, come Toscana e Sardegna, esclude l'ambito sanitario o esplicita indicazioni relative a campi come quello formativo e culturale non interessati da questa indagine - che, sebbene la questione non sia mai stata oggetto di ricorso del Governo presso la Corte Costituzionale, un'azione di questo genere rappresenta oggettivamente un rischio per la regione che l'agisca. Diversa l'operazione del Veneto (e in parte del Piemonte) che riporta la dizione della 381/1991, ne fa (implicitamente) una lettura autentica nel senso "a-tecnico" sopra discusso e la sostanzia con un'operazione inclusiva di carattere "attuativo-interpretativo", compiendo probabilmente una scelta più prudente rispetto a quelle delle altre regioni citate.

La 381/1991 e i lavori preparatori

Prima di concludere la parte di analisi normativa e visti i dubbi sollevati, è opportuno uno sguardo ai lavori parlamentari che originarono la 381/1991 e quindi la definizione di "servizi socio-sanitari ed educativi" di cui si è discusso. Sono riportati gli aspetti concernenti la questione trattata rinvenibili nelle proposte di legge presentate presso la Camera dei Deputati e presso il Senato della Repubblica che hanno poi originato la legge 381/1991.

S173 (Salvi e altri, 1987) e S438 (Vecchi e altri, 1987): le proposte, presto unificate, non approfondiscono il tema delle attività proprie delle cooperative sociali; fanno riferimento alla "promozione umana e all'integrazione sociale", nonché, nella

relazione, a interventi con finalità eminentemente riabilitative e di inserimento. L'ambito di attività è piuttosto identificato dal tipo di destinatari (disabili, tossicodipendenti, anziani, minori). Si prevede che le Regioni determinino le modalità di raccordo con i servizi socio-sanitari.

C1645 (Garavaglia e altri, 1987): nella Relazione di questa proposta, è citato l'art. 45 della legge 833/1978, laddove, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale, richiamava la funzione delle associazioni di volontariato; quindi si argomenta che allo stesso fine è opportuno istituire una diversa e più adeguata forma giuridica. La proposta non indicava poi un'articolazione dei settori di attività, ma una modifica del codice civile centrata sulla definizione di una società a profilo solidaristico, ritenuto di per sé identificativo della natura di cooperativa sociale senza ulteriori specificazioni.

C2617 (Borgoglio e altri, 1988): la proposta riguarda le "cooperative integrate" ed ha contribuito alla disciplina delle cooperative che nella 381/1991 sono state poi disciplinate alla lettera B; non interviene sull'ambito dei servizi di cura della persona.

C669 (Cristofori e altri, 1987): si tratta di normativa mirata soprattutto agli aspetti previdenziali che cita in premessa settori quali assistenza ai minori attraverso la gestione di scuole, doposcuola, ambulatori, case, colonie, asili, centri ricreativi e culturali, mense, assistenza agli anziani, agli infermi, ecc.; nell'articolato ciò è riassunto nella formula "servizi sociali e assistenziali".

C2964 (Grilli e altri, 1988): nella relazione e poi nell'articolo 1, le "cooperative di servizi sociali" hanno lo scopo di realizzare interventi nel settore assistenziale, sanitario ed educativo, rivolti alla persona e alla collettività.

C5507 (Piro e altri, 1991): si tratta di un testo ormai vicino alla formulazione definitiva, che presenta all'articolo 1 la definizione di "servizi socio-sanitari ed educativi" che sarà poi approvata nella 381/1991.

C3391 (unifica S173 e S438, dopo la loro approvazione in Senato, 1988): questo testo non identifica le cooperative a partire dall'ambito di azione ma dallo scopo solidaristico e dai destinatari: la cooperativa ha come scopo la promozione umana e l'integrazione sociale degli invalidi fisici, psichici e sensoriali, dei tossicodipendenti, degli alcolisti, degli anziani, dei minori, degli ex detenuti, dei condannati ammessi a misure alternative.

Nel corso della discussione, l'XI Commissione del Senato nei giorni 9-10 novembre 1988 non affronta direttamente l'argomento; discutendo l'articolo che originerà l'articolo 10 della 381/1991, cioè la deroga al divieto di partecipazione a società da parte dei professionisti, lo si giustifica affermando che "è la prima volta che viene introdotta una norma che deroga a quella legislazione [quella che vieta l'inserimento dei professionisti in attività di gruppo], ma la presenza di **medici**, consulenti tributari, tecnici, diventa indispensabile", così evidenziando tra le righe che la professionalità medica era tra quelle ritenute normali per una cooperativa sociale tanto da richiedere una impegnativa deroga normativa. Uno dei senatori, a conclusione della discussione, chiosa "quando ci si trova a trattare determinati disegni di legge come quello in esame si constata la carenza dello Stato nei servizi sociali e sanitari al fine di garantire la solidarietà umana e sociale ai cittadini invalidi, tossicodipendenti, ex detenuti, alcolisti, anziani e minori."

Nella XI commissione della Camera, il **6 aprile 1989**, senza che il punto diventi oggetto di uno specifico dibattito, le cooperative sono citate dai deputati come “cooperative che realizzano fini solidaristici attraverso servizi sociali”, e come “cooperative che hanno l’obiettivo di realizzare interventi nel settore assistenziale, sanitario ed educativo” (oltre alle cooperative di utenti, che non saranno poi accolte nella disciplina definitiva). In ogni caso il tema in questione rimane periferico nella discussione.

In una successiva seduta (**22 maggio 1991**) il testo è sostanzialmente definito e il dibattito comunque non interessa il tema qui citato.

Analogamente, ritornando all’XI Commissione del Senato, il 18 settembre 1991 e poi nella successiva ed ultima seduta prima dell’approvazione in aula del 23 ottobre, viene data per acquisita la dizione di servizi socio-sanitari ed educativi”. Si registra, per la cronaca, un intervento del Senatore Chessa in cui, a chiosa dell’avvenuta approvazione del provvedimento in Commissione, si riporta l’eco di una discussione relativamente all’utilizzo del termine “socio-sanitario”, cui altri avrebbero preferito il termine “socio-assistenziale”. È forse, questo - penultimo intervento di tutto il complesso iter di approvazione della legge - l’unico cenno ad una qualche problematizzazione circa la denominazione dell’ambito di attività. Ma si tratta, appunto, di un commento quasi con le caratteristiche di un “fuori verbale” a votazione già effettuata.

In conclusione, la discussione delle diverse proposte che hanno infine portato alla 381/1991 si è talora animata su alcuni temi (denominazione della nuova entità da disciplinare, ruolo dei volontari, riferimento o meno al principio solidaristico, possibilità o meno di divisioni “sociali” entro cooperative di produzione lavoro, ecc.), ma non ha mai affrontato in modo organico il tema dell’esatta individuazione del tipo di servizi da ricomprendere, con la consapevolezza di star delimitando, sulla base di alcuni specifici ragionamenti, l’operatività delle cooperative sociali. In particolare, salvo alcuni accenni fugaci sopra riportati (peraltro nella maggior parte favorevolmente allusivi ad un impegno della cooperazione sociale in sanità), il tema specifico oggetto di questa indagine, se cioè sia o meno legittimo che le cooperative sociali operino in campo sanitario, non è stato tra gli aspetti affrontati dai parlamentari.

Piuttosto vi era una certa impressione condivisa su ciò che, in quella fase iniziale le cooperative (che si sarebbero poi dette) sociali stessero facendo, un generico rimando agli ambiti di cura della persona e in particolare delle persone in condizioni di particolari disagio; e questo si è poi cristallizzato nella definizione della 381/1991. Semmai una limitazione che implicitamente emerge dalla lettura complessiva degli atti è che, quale che sia il tipo di servizio di cura della persona realizzato, esso sia immaginato con una specifica caratterizzazione tesa a favorirne la fruizione da parte di specifiche categorie di persone: disabili, anziani, minori a rischio, tossicodipendenti. Dunque, se volessimo rifarci allo spirito delle discussioni che hanno portato alla 381/1991, potremo affermare che il problema non è tanto quello che le cooperative sociali svolgano o meno attività sanitarie, ma quello che tali attività siano una risposta ai bisogni delle fasce più deboli della popolazione. Dunque, esemplificando, forse sarebbe fuori dallo spirito emerso dalle discussioni parlamentari una clinica privata per pazienti che desiderano interventi di chirurgia estetica e/o trattamenti particolarmente confortevoli, mentre sarebbe

del tutto coerente un ambulatorio che preveda particolari soluzioni organizzative per rendere più agevole la diagnosi e la cura degli anziani che faticano ad usufruire delle prestazioni del sistema sanitario.

Perché delimitare?

Vanno ancora proposti alcuni ragionamenti generali sui motivi che possono ragionevolmente delimitare il campo d’azione delle cooperative sociali.

Qui può essere utile un raffronto sul trattamento delle cooperative di tipo B, la cui normativa prevede in effetti alcune limitazioni: relativamente al tipo di appalti che possono essere riservati e rispetto al tipo di persone che possono essere inserite ai fini della considerazione dello svantaggio.

In questi casi è evidente che la delimitazione è posta in corrispondenza di un chiaro *favor* che la normativa attribuisce entro il perimetro così delimitato: la possibilità di affidare commesse derogando alla normativa in materia di affidamenti da parte della pubblica amministrazione e la fiscalizzazione degli oneri sociali. La legge, nel momento che si dispone a destinare uno specifico e significativo *favor*, ragionevolmente si prende cura di delimitarlo a determinate situazioni. Ma non è questa la situazione che caratterizza la normativa sulle cooperative di tipo A.

Un secondo ragionamento, che prescinde da ogni *favor* (se non quello generale di “fregiarsi” di una certa qualifica) riguarda la volontà di salvaguardare l’identificabilità di un fenomeno. Non sono “sociali” tutte le cooperative, ma solo quelle che offrono prestazioni particolarmente connotate per il loro valore sociale. Per quanto talvolta messo in discussione da autorevoli studiosi, tale principio è ben presente nell’ordinamento italiano in ambiti limitrofi a quello qui oggetto di discussione.

Si consideri il D.Lgs 460/1997, che definisce Onlus le organizzazioni che, accanto a caratteristiche che garantiscano la loro finalità non lucrativa, operino (di qui “l’utilità sociale”) nei seguenti settori: assistenza sociale e socio-sanitaria, assistenza sanitaria, beneficenza, istruzione, formazione, sport dilettantistico, tutela, promozione e valorizzazione delle cose d’interesse artistico e storico, tutela e valorizzazione della natura e dell’ambiente, promozione della cultura e dell’arte, tutela dei diritti civili, ricerca scientifica di particolare interesse sociale.

Il D.Lgs 155/2006, nell’adempiere alla delega della legge 118/2005 che istituiva l’impresa sociale, identifica come segue “le materie di particolare rilievo sociale in cui essa opera”: assistenza sociale, assistenza sanitaria, assistenza socio-sanitaria, educazione, istruzione e formazione, tutela dell’ambiente e dell’ecosistema, valorizzazione del patrimonio culturale, turismo sociale, formazione universitaria e post-universitaria, ricerca ed erogazione di servizi culturali, formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica ed al successo scolastico e formativo, servizi strumentali alle imprese sociali. Accanto ai primi tre riferimenti, ambito sociale, sanitario e socio sanitario, sono indicati i relativi riferimenti normativi.

È solo il caso di notare, per quanto ciò non determini alcuna proprietà transitiva “all’inverso” circa i settori di attività consentiti, che le cooperative sociali sono considerate di diritto sia Onlus che imprese sociali.

Conclusioni

Veniamo ora alle conclusioni.

La domanda dalla quale si è partiti riguarda quale valenza attribuire alla delimitazione, presente nell'art. 1 della 381, delle attività delle cooperative di tipo A ai "servizi socio-sanitari ed educativi"; ci si è posti la domanda in particolare riferendosi alla ammissibilità, tra le attività delle cooperative sociali di tipo A, delle cooperative che operino nel settore sanitario e alla modalità con cui ciò potrebbe essere convenientemente espresso nella normativa regionale.

Ripercorriamo alcuni degli elementi emersi nel corso dell'analisi:

- la definizione dell'ambito di attività delle cooperative di tipo A in sede di normativa nazionale è avvenuta, da quanto si può desumere in sede di atti parlamentari, con una traduzione ("a-tecnica" anche perché le prestazioni socio sanitarie non erano ancora state definite in sede normativa) dell'ambito generale della cura della persona e in particolare delle persone in situazioni di maggior disagio e difficoltà;
- a fronte di ciò, nel corso di questi anni, le Regioni hanno disciplinato gli ambiti di attività delle cooperative sociali in modo diverso, o accogliendo senza modifiche la definizione della 381/1991 o introducendo specificazioni, alcune delle quali hanno esplicitamente incluso o escluso la possibilità che le cooperative sociali operino in ambito sanitario;
- in normative successive si è proceduto alla definizione delle Onlus (una definizione a fini tributari) e dell'impresa sociale (una "qualifica" che si sovrappone a quella civilistica propria delle imprese che hanno i requisiti) articolando in modo assai più ampio l'ambito di attività è tra l'altro includendo il settore sanitario;
- nei fatti, le cooperative sociali, anche a prescindere da formali riconoscimenti, hanno in questi anni aumentato notevolmente la propria operatività nell'ambito sanitario.

Ciò premesso, si aprono due livelli di ragionamento.

Sul livello nazionale rimane la questione di una definizione, quella della 381/1991, superata dalla normativa successiva e resa tecnicamente imprecisa e limitativa nella sostanza.

A livello regionale non si tratta probabilmente di legiferare autonomamente in senso estensivo rispetto alla 381/1991, azione che esporrebbe a non poche incertezze, ma piuttosto di prendere atto del carattere a-tecnico della definizione della 381/1991, delle successive normative intervenute che richiedono una maggiore precisione terminologica e delle evoluzioni sostanziali del fenomeno che suggeriscono di tradurre la logica della "cura della persona" sottostante alla 381/1991 in termini più attuali, in ciò comprendendo anche gli aspetti sanitari. L'operazione, senza porre in essere particolari *favor* a favore delle cooperative sociali, si limiterebbe a rimuovere le incertezze sulla possibilità che esse mettano a frutto esperienze maturate in settori che comunque presentano una intensa integrazione sanitaria, anche nella tutela della salute in senso stretto, presumibilmente nelle prestazioni che più richiedono le capacità organizzative e relazionali che questo tipo di organizzazioni hanno sviluppato.

In generale - ma ciò sarà oggetto di riflessioni successive in fase conclusiva - quello che pare di poter desumere è la necessità di individuare azioni che risultino coerenti, più che con l'esegesi della delimitazione settoriale, con la vocazione della cooperazione sociale in termini più generali.

3 Esperienze cooperative in Italia

Di seguito sono riportate alcune schede relative a cooperative che operano in campo sanitario; la fonte è costituita da un estratto delle informazioni relative alle attività svolte desunte da una parte degli archivi revisionali di Confcooperative risalenti all'anno 2008. Va precisato che la fonte, oltre a non essere aggiornatissima, non è considerabile come elenco sistematico e onnicomprensivo, per cui gli spunti che se ne derivano possono essere intesi come utili meramente ad aprire una discussione e non per desumere conoscenze definitive sui fenomeni in questione. Se, sulla base dei dati, sembra imprudente azzardare informazioni sulla *rilevanza* relativa dei diversi filoni di cooperazione sanitaria di seguito citati, si ritiene che comunque il solo fatto di documentare una loro esistenza non episodica rappresenti una informazione di per sé preziosa.

Le cooperative di Medici di Medicina Generale

Lo sviluppo di queste cooperative è connesso alla diffusione di diverse forme di medicina associata ("in rete", "in associazione", "di gruppo") tra medici di medicina generale, processo sostenuto a livello contrattuale e dalle aziende sanitarie per la maggiore qualità e continuità nelle risposte assistenziali che questo tipo di organizzazione è in grado di offrire ai cittadini. Entro questo quadro, che viene approfondito a parte, la costituzione dei medici in cooperativa risponde, nella maggior parte dei casi, all'esigenza di dotarsi di servizi funzionali alla gestione ambulatoriale (locali, attrezzature, personale di segreteria, servizi informatici, ecc.). È possibile che in alcuni casi ciò si estenda anche ad aspetti connessi alla prestazione del servizio sanitario vero e proprio, comprendendo ad esempio il coinvolgimento di personale sanitario (infermieri, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione). Ordinariamente queste cooperative non hanno rapporti con l'azienda sanitaria, ma solo con i medici stessi: i medici fruiscono di incentivi per l'esercizio della medicina in forma associata legati al maggiore servizio che viene assicurato alla popolazione (ad esempio l'estensione oraria della copertura del servizio, con conseguente riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso); per poter garantire tale prestazione i medici debbono però dotarsi di servizi che si assicurano attraverso lo strumento cooperativo. Va segnalato che, in occasione dell'ultimo rinnovo contrattuale dei Medici di Medicina Generale, si è sviluppato un consistente dibattito su questo punto, anche in relazione a quali servizi assicurare attraverso lo strumento cooperativo, con il confronto tra posizioni più o meno aperte verso l'ampliamento dei servizi offerti attraverso lo strumento cooperativo in ambito più marcatamente sanitario; è prevalsa in ogni caso una posizione più prudente, che i medici hanno ritenuto maggiormente attenta alla singolarità del rapporto personale tra medico e paziente, considerato come aspetto fondativo del rapporto professionale. Dunque la cooperativa si occupa, nella maggior parte dei casi, dei servizi che consentono il funzionamento dell'ambulatorio, dalla segreteria alle pulizie, agli aspetti informatici. Per questo motivo, come già evidenziato, si pongono al limite dell'ambito di interesse di questa indagine. Le

cooperative di Medici di Medicina Generale si caratterizzano - o almeno così era al momento della rilevazione - con frequenza simile come cooperative sociali o come cooperative di produzione lavoro. Generalmente hanno dimensioni limitate, che variano da poche decine di migliaia di Euro a qualche centinaia di migliaia di Euro, nei casi in cui tali cooperative acquisiscano un ruolo riconosciuto dalla gran parte dei medici di un certo territorio.

Le cooperative che offrono servizi ambulatoriali

Queste cooperative gestiscono ambulatori specialistici e laboratori di analisi. Nella maggior parte dei casi si caratterizzano come cooperative sociali e si articolano in due categorie:

- da una parte vi sono cooperative che, similmente a quanto avviene nel caso delle cooperative di medici di medicina generale, offrono servizi generali agli ambulatori (o come fornitori esterni o come forma di organizzazione dei sanitari che vi operano);
- dall'altra vi sono cooperative che offrono direttamente servizi sanitari ambulatoriali.

In questo caso, le riserve verso l'attribuzione alla cooperativa di un compito più marcatamente sanitario incontra resistenze minori, per due motivi:

- non vi è l'ostacolo a monte derivante dalla caratteristica del rapporto con l'azienda sanitaria territoriale, che nel caso della medicina generale lega l'ASL al singolo professionista, mentre nel caso di un ambulatorio convenzionato può riguardare una struttura societaria;
- ha meno pregnanza la questione del rapporto personale fiduciario tra medico e paziente che caratterizza invece il medico di medicina generale.

Sembra, almeno in alcuni casi, emergere una certa affinità elettiva tra queste strutture e la vocazione della cooperazione sociale: il poliambulatorio come centro aperto al territorio può porsi in continuità con la filosofia e le azioni di molte cooperative sociali.

Le dimensioni di queste cooperative sono medio piccole (anche se superiori a quelle delle cooperative di medici di medicina generale) e giungono in alcuni casi ad alcune centinaia di migliaia di Euro.

Le cooperative di servizi socio sanitari che evolvono verso il sanitario

Si tratta in questo caso di cooperative sociali che vantano una consistente esperienza nel campo dei servizi socio sanitari, compresi quelli che prevedono una notevole integrazione con la sanità; si pensi alle strutture per anziani non autosufficienti o per disabili gravi. In queste cooperative sono storicamente presenti professionalità sanitarie: infermieri, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione; talvolta anche medici, quantomeno sotto forma di contratti di

collaborazione legati alla direzione sanitaria o ad altri servizi nell'ambito di strutture socio sanitarie per anziani.

In questi casi le cooperative si avventurano in campi più esplicitamente sanitari in "continuità" con i servizi sino a quel momento svolti, ad esempio aprendo nuclei specifici entro strutture residenziali, connesse a particolari situazioni degli utenti (es. nucleo Alzheimer), o a particolari fasi della cura (dimissioni protette da strutture ospedaliere, *hospice*). Le stesse azioni possono essere sviluppate, con simili logiche di continuità con i servizi socio sanitari tradizionalmente svolti, anche nell'ambito dei servizi domiciliari, offrendo prestazioni infermieristiche o altri servizi in ambito sanitario quali fisioterapia, ossigenoterapia, ventiloterapia, nutrizione artificiale.

Si tratta generalmente di cooperative solide; in diversi casi i fatturati assommano ad alcuni milioni di Euro, anche se generalmente i servizi a caratterizzazione esplicitamente sanitaria costituiscono una parte secondaria del fatturato.

Cooperative di servizi infermieristici

Diversamente dai precedenti, in questo caso il servizio a valenza sanitaria, solitamente centrato sulla figura dell'infermiere (pur coinvolgendo spesso altre professionalità sanitarie) non è un derivato più o meno occasionale e secondario di un rapporto con le ASL nato sul fronte dei servizi socio sanitari, ma fa parte della missione fondante della cooperativa stessa - eventualmente portando successivamente allo sviluppo di altre fasce di servizio connesse, come quelle socio sanitarie. Si assiste a caratterizzazioni di queste cooperative assai diverse tra loro; la maggioranza si colloca nell'ambito delle cooperative sociali, ma sono presenti anche casi in cui la maggiore enfasi sugli aspetti professionali porta verso la cooperazione di lavoro.

Da una parte operano alcune grandi strutture, con fatturati di decine di milioni di Euro, che assicurano la gestione di servizi di notevoli dimensioni ad ASL e aziende ospedaliere e che organizzano in modo strutturato centinaia di operatori a copertura di servizi complessi; dall'altra vi sono strutture medio piccole e piccole che in alcuni casi paiono essere più che altro frutto dell'associazionismo professionale di un numero limitato di professionisti, che in taluni casi (presumibilmente non per la totalità della propria vita professionale) trovano funzionale approcciarsi ai clienti - pubblici e privati - attraverso la cooperativa.

Tra i partner delle cooperative infermieristiche (e anche di quelle di origine socio sanitaria descritte nel paragrafo precedente), oltre le aziende sanitarie, si trovano grandi imprese, spesso multinazionali, che gestiscono strumentazioni complesse per terapie sanitarie come la ossigenoterapia e la ventiloterapia presso il domicilio dei pazienti.

Va anche segnalato che alcuni dei servizi gestiti da queste cooperative si caratterizzano per il forte rischio di cadere in forme di intermediazione di manodopera o comunque di forniture di personale povere di contenuti organizzativi.

Cooperative farmaceutiche

Meritano un discorso a sé; si caratterizzano come cooperative di consumo i cui soci sono farmacisti che grazie ad esse si riforniscono di prodotti farmaceutici a prezzi concorrenziali e si assicurano la gestione degli aspetti organizzativi e logistici. Talvolta uniscono questa attività principale all'offerta di servizi alle farmacie, quali servizi informatici, gestione informatizzata dei magazzini, formazione ed aggiornamento sui prodotti farmaceutici, ecc.

In taluni casi gestiscono anche direttamente o tramite apposite società delle farmacie.

Queste cooperative hanno fatturati di alcune decine di milioni di Euro.

I recenti sviluppi normativi, più avanti discussi, che consentono alle farmacie di offrire al pubblico anche servizi alla persona potrebbero determinare nuove forme di servizio realizzate in partenariato con altri soggetti, tra cui cooperative sociali.

Cooperative con attività nell'ambito della Medicina del Lavoro

Un certo numero di cooperative hanno individuato la propria area di attività nell'offerta di servizi di Medicina del Lavoro legati all'obbligo in capo alle imprese di mettere in atto le misure previste dalla legislazione vigente in materia di sicurezza del lavoro. Queste cooperative articolano la propria operatività sul complesso di azioni a ciò connesse, dal contatto commerciale con le imprese, alle visite mediche, alla formazione fino ai piani di sicurezza. Sono quindi compresenti nella compagine sociale medici e altre figure con professionalità diverse. Sono prevalentemente cooperative di produzione lavoro, anche se in alcuni casi si tratta di cooperative sociali, soprattutto quando tale azione è inserita entro ambiti di operatività che comprendono anche altri aspetti più consueti per le cooperative sociali.

I fatturati di queste imprese sono generalmente modesti, nell'ordine di qualche decina / centinaia di migliaia di Euro.

Cooperative odontoiatriche

L'odontoiatria, come è noto, è uno degli ambiti in cui il servizio sanitario nazionale offre minori risposte, con conseguente necessità del cittadino di affidarsi in modo preminente a cure private, spesso costose.

A fronte di questa situazione vi sono state alcune iniziative istituzionali - il protocollo sull'**odontoiatria sociale**, teso ad assicurare prestazioni alle fasce deboli della popolazione - nonché una evoluzione delle offerte di mercato, ove compaiono con sempre maggiore frequenza soluzioni, sia italiane che estere, di cure a costi più contenuti.

Ciò non toglie che tra gli attori che possono assumere un ruolo nel proporre un'offerta accessibile ai cittadini vi siano anche le cooperative sociali, anche a partire da una consolidata tradizione, spesso di origine volontaristica, tesa ad assicurare cure dentarie ai non abbienti.

Sono state individuate sia cooperative di produzione lavoro con un approccio simile a quello descritto rispetto ai medici di medicina generale (fornire servizi comuni ai professionisti, sia nell'ambito di uno stesso spazio fisico condiviso, sia rispetto ad esigenze comuni della professione quali la formazione e la comunicazione) sia invece - ed è il fenomeno pertinente a questa indagine - cooperative in cui gli odontoiatri soci si propongono di offrire servizi a fasce sociali deboli attraverso la forma cooperativa.

Altre cooperative con attività sanitarie

Sono state individuate un certo numero di cooperative le cui attività sono limitrofe a quelle oggetto di questa ricerca.

Innanzitutto va richiamato come in molti casi vi siano attività che, pur non poste al centro dell'interesse di questa ricerca, hanno una caratterizzazione di tipo sanitario:

- vi sono molte cooperative sociali che offrono servizi che, per inquadramento entro i LEA sanitari e per le professionalità richieste, si collocano nell'ambito dell'integrazione socio sanitaria con una componente sanitaria assai rilevante. Già si è fatto cenno, in sede introduttiva, ad ambiti quali la salute mentale e le dipendenze; in questi servizi è inoltre possibile individuare alcune componenti, focalizzate in particolare su azioni specificamente terapeutiche. Lo stesso si può dire circa taluni servizi per anziani come ad esempio quelli diretti a malati di Alzheimer. In alcuni di questi casi si tratta di servizi che, qualora non si limitino ad essere appendici occasionali di servizi socio sanitari, tendono a rientrare a pieno titolo nell'ambito di interesse di questa ricerca;
- alcune cooperative operano nel campo degli ausili protesici; si tratta evidentemente di un terreno di confine rispetto all'ambito di interesse della ricerca; in alcuni casi il focus della cooperativa pare essere incentrato sulla produzione di ausili, in altri all'assicurare la disponibilità degli stessi ai cittadini e quindi connesso a far evolvere la sanità in un senso di maggiore accessibilità;
- alcune cooperative operano sia in convenzione con le aziende sanitarie, sia con clienti privati, nell'ambito dei trasporti di malati, disponendo di ambulanze attrezzate;
- alcune attività come il telesoccorso si connotano talvolta con aspetti più marcatamente sanitari, con centralini in grado di dare valutazioni professionali o con applicazioni di telemedicina;
- un certo numero di cooperative operano nel campo della prevenzione, in particolare con azioni di mediazione culturale in campo sanitario tese a facilitare il rapporto del sistema sanitario con i cittadini stranieri.

Alcuni nodi aperti

Si è fatto cenno ad alcune problematiche relative alla portata della forma cooperativa come strumento per l'aggregazione dei medici di medicina generale. Sembra ad oggi chiaro che la forma cooperativa è tra quelle cui si guarda con maggiore interesse

nell'ambito del processo che, pur lento, appare ormai irreversibile, di graduale diffusione di forme di cooperazione tra medici tese ad assicurare una presa in carico dei cittadini per una maggiore fascia oraria e con una più ampia articolazione di prestazioni. L'aspetto che invece è oggetto di discussione riguarda, come accennato, quali aspetti siano oggetto dell'azione cooperativa.

Il 27 maggio 2009 è stata rinnovata la convenzione tra Sistema Sanitario Nazionale, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta. Questa convenzione, nel confermare (art. 54) la possibilità di utilizzare forme cooperative - aspetto già presente nella precedente convenzione - puntualizza che esse "non possono in ogni caso fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici". Il medico quindi cura il proprio paziente entro un rapporto professionale individuale; la cooperativa gli può fornire una serie di servizi di supporto, dalla segreteria agli aspetti informatici.

Probabilmente in questa presa di posizione si sono sovrapposte due problematiche che più correttamente andrebbero distinte. La prima, rispetto alla quale la posizioni espresse nella convenzione appaiono ragionevoli, è relativa alla natura della presa in carico del cittadino; se questo è il tema, appare normale che i medici riaffermino la natura individuale del rapporto, basata sulla fiducia tra un professionista e il paziente che vi si affida. E che quindi si faccia chiarezza, se mai necessaria, circa il fatto che l'organizzazione cooperativa non può essere intesa come strumento per trasformare la medicina generale in una presa in carico collettiva del paziente da parte di un gruppo, fatti salvi i casi in cui la disponibilità di un medico diverso dal proprio, ma a questo associato - ad esempio in orari in cui il proprio medico non è presente - costituisca un'alternativa preferibile rispetto al rivolgersi ad un pronto soccorso; ma forse non è questo il problema principale.

La seconda problematica, che forse invece appare poco declinata, riguarda il fatto che un gruppo di medici che opera congiuntamente sul territorio possa farsi fulcro di una serie di azioni di tutela della salute, che passano per servizi domiciliari, prestazioni diagnostiche e prestazioni specialistiche.

Questa seconda questione interessa, accanto ai medici, anche le farmacie; nel D.Lgs. 153/2009, che attua la delega prevista dall'articolo 11 della Legge 18 giugno 2009, n. 69, infatti si "provvede alla definizione dei nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale", che concernono "la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio ... a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta" attraverso diverse azioni tra cui "la messa a disposizione di operatori socio sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta". In altre parole, ciò che le farmacie possono fare in questo ambito sono azioni quali:

- la collaborazione al servizio di assistenza domiciliare integrata a supporto delle attività del medico di medicina generale o in risposta alle richieste dei cittadini attraverso:
 - la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti per la effettuazione, a domicilio o presso la farmacia, di specifiche

prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia;

- la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari e la preparazione e la consegna a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici;
- la collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti;
- la realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione;
- la erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri, anche avvalendosi di personale infermieristico;
- l'effettuazione, presso le farmacie, di alcune semplici analisi mediche rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ma che vengono svolte con difficoltà da alcuni cittadini;
- la effettuazione di prenotazioni di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Tutte azioni rispetto alle quali non è difficile ipotizzare possibili collaborazioni con cooperative sociali.

Medici di medicina generale e farmacie sono i due soggetti del Sistema Sanitario Nazionale più diffusi sul territorio, con una presenza capillare spesso ramificata anche in centri di piccole dimensioni e geograficamente isolati. Sono inoltre i due soggetti che hanno un rapporto più profondo e consolidato con la cittadinanza, comprese le fasce più deboli della popolazione e che rappresentano il primo canale di accesso al servizio sanitario da parte di chi ha un problema relativamente alla propria salute; entrambi, accanto ad erogare le prestazioni che il proprio ruolo prevede, rappresentano per i cittadini un punto di accesso formale e informale alle risorse di salute del territorio.

Se si considera che le strategie di riorganizzazione del sistema sanitario prevedono una ridefinizione del ruolo degli ospedali, sempre più indirizzati al trattamento - il più breve possibile - delle acuzie e sempre più concentrati in un numero limitato di poli, è evidente che la questione di chi sarà in grado di organizzare le risposte ai problemi di salute del territorio si pone come centrale.

Quale sia il modello destinato ad emergere oggi non è chiaro, né chi saranno i soggetti che sapranno assumere ruoli rilevanti nel governarlo. La vera questione è comunque quali saranno i soggetti - le farmacie, i medici di medicina generale o altri - che saranno in grado di organizzare e diffondere il modello di presa in carico centrata sul territorio. Questo implica la capacità di mobilitare e organizzare una serie di professionalità sanitarie che vanno tra loro articolate, di articolare soluzioni in grado di garantire la continuità nella presa in carico per orari estesi. Ciò che è in gioco, rispetto alla medicina generale, non è quindi tanto il rapporto personale tra medico e paziente, ma un ruolo tradizionale di sportello passivo *versus* la capacità di promuovere nuove soluzioni per riorganizzare la presa in carico territoriale dei problemi di salute; ciò che è in gioco rispetto alle farmacie è la capacità di superare un ruolo tradizionale di mera vendita di prodotti farmaceutici per valorizzare il proprio radicamento sul territorio diventando organizzatori di

servizi per la salute.

Entrambe le categorie corrono un rischio, se incapaci di percorrere questa strada: i medici di vedere sempre più mortificato il proprio ruolo in senso burocratico, legato alla formalità della prescrizione e al controllo della spesa che tale flusso di prescrizione genera; i farmacisti di essere sottoposti a pressioni economiche crescenti da una parte per la vendita di farmaci anche attraverso altri canali di distribuzione, dall'altra per la ricerca, da parte delle ASL, di strategie per diminuire la spesa, inclusa la distribuzione diretta dei farmaci.

In questo senso la cooperazione sociale può essere un alleato prezioso, perché entrambi questi soggetti difficilmente possono, salvo alcune eccezioni, avere l'attitudine ad organizzare servizi diffusi sul territorio, che si tratti di prestazioni domiciliari o di letti di continuità. L'incontro con la cooperazione sociale, che invece questi servizi li gestisce e organizza da sempre, sarebbe prezioso per queste strategie, ma non è scontato, per l'appartenenza a universi - di linguaggio, di storia, di vocazione - diversi tra loro e che nei circa trent'anni di esistenza della cooperazione sociale non si sono mai intrecciati.

4 Gli studi di caso

Sono di seguito riprodotti gli esiti delle interviste di approfondimento relative ad alcune cooperative operanti in ambito sanitario. Vi sono esperienze di cooperative nate da poco e di altre attive da decenni, cooperative piccole e grandi, del nord, del centro e del sud. Ci si è concentrati, più che sugli aspetti dimensionali, su quelli qualitativi, nella consapevolezza che il fenomeno da cogliere è in corso di emersione. Si proverà a dare conto delle prospettive di sviluppo, ma anche di dubbi e perplessità di chi si è incamminato su questa strada.

Caso 1 – Provincia di Torino

La cooperativa

Si tratta di una cooperativa nata nel 1995 operante nella provincia di Torino, una cooperativa storica e con un legame solido con il proprio territorio; si occupa principalmente di servizi per disabili e per minori con disagio psichico, opera sia in centri residenziali a vario regime di protezione, sia in centri diurni. Il fatturato complessivo è di circa tre milioni di Euro annui e vede una compagine del personale di circa 120 dipendenti.

Il servizio oggetto di intervista: assistenza domiciliare di tipo sanitario

Il servizio oggetto di indagine è un'assistenza domiciliare con caratteristiche sanitarie, realizzata dalla cooperativa da circa sei anni. L'Azienda Sanitaria ha provveduto a convenzionare il servizio attraverso l'iniziale affidamento alla cooperativa e poi direttamente al Consorzio.

Il fatturato annuo del servizio è contenuto, circa 48 mila Euro annui. Riguarda interventi a domicilio a favore di persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) prevedendo i seguenti servizi:

- Fisioterapia: erogata attraverso due fisioterapisti che lavorano per la cooperativa con collaborazioni di tipo professionale e che svolgono il servizio da circa sei anni, in pratica da quando è iniziato;
- ossigenoterapia: l'intervento viene realizzato attraverso un accordo con una importante società privata del settore;
- Attività infermieristica: erogata attraverso la presenza di un infermiere che prevalentemente accompagna i pazienti in ospedale al momento in cui si rende necessario che si sottopongano a visite specialistiche.

Nel corso degli anni l'attività è rimasta pressoché stabile, senza che si verificasse un significativo sviluppo.

Considerazioni e valutazioni

Il servizio oggetto di intervista sembra non prevedere al momento particolari ampliamenti così come non ve ne sono stati negli anni precedenti, anche se vale la pena ricordare che circa un anno e mezzo fa la stessa ASL si era rivolta

alla cooperativa per progettare insieme un intervento di fisioterapia territoriale, intervento che però ad oggi non ha avuto la possibilità di essere attivato. Sembra d'altra parte che ora la nuova dirigenza della ASL sia interessata e disponibile a coinvolgere le cooperative sociali nell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie.

Dalle valutazioni fatte insieme ai responsabili della cooperativa si rileva anche una problematicità circa la capacità di affermarsi con successo in ambito sanitario; sarebbe necessario "creare una cultura del lavoro in ambito sanitario che ancora ad oggi non c'è" affinché le cooperative possano iniziare a pensare tale settore come strategico nei loro programmi di sviluppo. Nel corso dell'intervista si ricordava infatti che tali attività sono ad oggi ad esclusivo appannaggio di altre organizzazioni culturalmente più consolidate, le cui prestazioni sono però erogate a costi significativamente superiori rispetto alle cooperative; questo sembra aprire la possibilità che l'Azienda Sanitaria consideri la possibilità di rivolgersi ad interlocutori economicamente più competitivi, a patto che possano garantire la stessa professionalità.

Caso 2 – Provincia di Pistoia

La cooperativa

Si tratta di una cooperativa sociale di tipo A, costituitasi nel 2001, di piccole dimensioni e che ha iniziato solo di recente ad essere attiva in modo stabile. Il fatturato complessivo annuo si aggira intorno ai 400.000,00 Euro e la compagine del personale è costituita da 12 dipendenti.

All'inizio del 2007 ha ricevuto in affidamento una parte dei servizi all'interno di una RSA, che costituiranno l'oggetto di questo approfondimento. Ad oggi la cooperativa svolge una parte di servizi di assistenza alla persona, di animazione e gestisce il servizio infermieristico e fisioterapico, oltre ad alcuni servizi per minori.

Il servizio oggetto di intervista: prestazioni sanitarie all'interno di una struttura socio sanitaria

Dall'aprile del 2007 la cooperativa si occupa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie di tipo infermieristico e fisioterapico all'interno di una RSA; in quell'anno infatti la ASL ha per la prima volta proposto una gara d'appalto "chiavi in mano", in cui cioè il soggetto aggiudicatario avrebbe dovuto gestire per intero la struttura, compreso il servizio infermieristico che, a differenza della fisioterapia, fino al 2007 era gestito direttamente da infermieri della ASL. Attualmente la cooperativa svolge tali attività nel seguente modo:

- Per l'attività fisioterapica, vengono erogate 36 ore settimanali, circa 6 ore giornaliere esclusa la domenica, attraverso l'impiego di due Fisioterapisti con contratto di assunzione part-time.
- Per l'attività infermieristica, vengono complessivamente erogate circa 600 ore mensili che garantiscono una presenza giornaliera diurna di circa 20 ore, in cui vengono impegnati un infermiere professionale che svolge la propria attività per la cooperativa come lavoratore autonomo in regime di libera professione e che coordina il servizio, che è svolto in parte anche in collaborazione con una società privata che si occupa di servizi sanitari e che fornisce altri infermieri

professionali che completano l'equipe.

- Il fatturato totale delle prestazioni sopra menzionate si aggira intorno ai 200.000,00 Euro all'anno. Trattandosi di servizio conseguente a gara d'appalto triennale è rimasto stabile; la cooperativa auspica che, visti i buoni risultati, la ASL decida di riproporre la stessa modalità di affidamento appaltando anche l'area infermieristica in futuri affidamenti relativi ad altre strutture.

Considerazioni e valutazioni

Come si evince da quanto sopra riportato si tratta di una cooperativa di piccole dimensioni e senza esperienze pregresse in ambito sanitario che si è avvicinata a questo settore a seguito di un affidamento pubblico.

In relazione alla parte fisioterapica non sono state incontrate particolari difficoltà o differenze nella gestione del personale, inizialmente riassorbito dal precedente gestore, poi in parte sostituito con altre unità.

Diversa valutazione per la parte infermieristica; fin dall'inizio infatti è stato estremamente difficoltoso individuare il personale, dopo molti colloqui anche attraverso agenzie interinali non è stato possibile individuare una équipe disponibile a lavorare con il contratto della cooperative sociali; anche nel caso di neo laureati si preferiva attendere concorsi in ASL e rimanere nelle graduatorie, che per la verità hanno tempi di chiamata molto brevi, piuttosto che accettare il contratto delle cooperative sociali anche con tempo indeterminato. La Cooperativa ha anche provato a rendere il contratto più remunerativo attraverso l'erogazione di incentivi *ad hoc* annullando completamente i margini di ricavo, ma tutto ciò non ha comunque modificato l'interesse per la suddetta proposta, in quanto l'assunzione con contratto pubblico rimane concretamente e culturalmente più desiderabile e vantaggiosa. In un caso è stato possibile individuare un infermiere disponibile (il coordinatore), che ha però richiesto di utilizzare l'equivalente importo economico entro un contratto di libera professione, mentre per gli altri componenti la cooperativa ha dovuto cercare la collaborazione con una società privata del settore sanitario.

Anche a prescindere da eventuali criticità di tipo normativo, il tipo di rapporto instaurato ha portato a diverse difficoltà nella cogestione del servizio; la collaborazione con un altro soggetto, nonostante i buoni rapporti, complica la gestione del personale, espone a problematiche interne e diminuisce le possibilità di governare il *turn-over* e dare di conseguenza continuità agli utenti; inoltre implicazione naturale di questo assetto è lo scarso senso di appartenenza del personale alla cooperativa e la sua limitata adesione alla sua *mission* e al suo progetto.

Altra difficoltà, peraltro ad oggi ben risolta, è stata quella di superare la diffidenza dell'Azienda sanitaria inizialmente poco fiduciosa e sospettosa sul fatto che la cooperativa potesse erogare un servizio sanitario infermieristico di qualità.

Nonostante l'inizio casuale e le problematiche sopra esposte, questi servizi rappresentano un parte economicamente importante per la cooperativa; generano il 50% del suo fatturato e margini economici più ampi rispetto agli affidamenti in ambito socio assistenziale.

Sulla base di questa esperienza, in sede di pianificazione delle attività future la cooperativa, ha definito come suo prossimo obiettivo quello di creare un settore o

una cooperativa che si possa strutturare e specializzare per affrontare attività di tipo sanitario, nello specifico quelle infermieristiche.

Caso 3 – Provincia di Napoli

Le cooperative

L'intervista in oggetto tratta dell'esperienza di due cooperative con caratteristiche similari che fanno parte di un consorzio di piccole dimensioni e che operano in alcuni territori della Regione Campania e della Regione Toscana. La prima cooperativa è nata nel 1999 e si è occupata sin dall'inizio di assistenza infermieristica; è stata infatti uno dei primi soggetti in Italia ad attivarsi per reperire infermieri all'estero, sopperendo alla carenza creatasi in Italia. Ad oggi la cooperativa svolge la propria attività attraverso la gestione globale di case di cura, case di riposo, RSA, RA, residenze sociali per disabili, case famiglia e gruppi appartamento per disabili fisici e psichici. Opera per il 90% della propria attività in Toscana e per il rimanente 10% in Campania, con un fatturato di circa 3 milioni e mezzo di Euro e circa 200 soci lavoratori. Dall'esperienza appena descritta nasce nel corso del tempo una seconda cooperativa con caratteristiche pressoché similari che svolge la propria attività con una distribuzione inversa, per il 70% in Campania, per il 30% in Toscana; anche i numeri sono simili, in quanto essa conta 3 milioni di Euro di fatturato con circa 150 soci lavoratori. In seguito nascerà una terza cooperativa di dimensioni più piccole (500.000,00 Euro di fatturato e circa 20 lavoratori) che opera prevalentemente in gruppi appartamento per disabili; nel 2005 nasce il consorzio che ad oggi ha funzione di general contractor e coordinamento dell'attività delle tre associate.

I servizi sanitari oggetto di intervista: prestazioni sanitarie all'interno di strutture socio sanitarie

Entrambe le cooperative provvedono all'erogazione del servizio infermieristico e impiegano circa trenta infermieri, per un fatturato sanitario di poco superiore al milione di Euro per ciascuna cooperativa. I servizi sono tutti svolti in convenzione con le Aziende Sanitarie di zona e generalmente affidati attraverso gare d'appalto. Una delle due cooperative per una piccolissima parte dell'attività infermieristica opera anche presso ambulatori esterni in collaborazione con le Confraternite della Misericordia.

Considerazioni e valutazioni

L'esperienza sopra descritta nasce dalla percezione, sorta intorno alla fine degli anni novanta, di un bisogno emergente in ambito sanitario, nonché di una particolare situazione che si stava creando nei paesi dell'est Europa, che avrebbe determinato una disponibilità significativa di personale con qualifiche sanitarie, disponibile a trasferirsi per lavorare in altri Paesi. La prima delle due cooperative qui esaminate ha iniziato la propria attività proprio attraverso l'impiego di personale infermieristico reperito sul mercato estero. Si è misurata fin da subito con l'ambito sanitario e con le relative criticità molte delle quali ancora presenti; uno dei problemi principali è stato quello di non incorrere in situazioni che si

potavano caratterizzare come intermediazione di manodopera, criticità risolta solo in seguito nel momento in cui la cooperativa ha gradualmente preso in gestione la globalità del servizio. La gestione dei servizi infermieristici ha permesso alla cooperativa di posizionarsi all'interno dei servizi in un momento di necessità e tutto ciò è servito da volano che ne ha permesso in seguito l'espansione dei servizi in altri segmenti fino alla gestione completa di reparti e strutture. Permane comunque la valutazione relativa alla particolare criticità del settore sanitario, molto più complesso e carico di responsabilità rispetto a quello socio assistenziale.

Permangono inoltre difficoltà nel reperimento degli infermieri e nella gestione del loro turn-over. Gli infermieri vengono a tutt'oggi reperiti in larga misura all'estero; dopo un periodo di permanenza in Italia e con la possibilità di partecipare a bandi pubblici spesso scelgono di lasciare il lavoro per andare nel servizio pubblico creando costantemente la necessità di nuove risorse.

Un altro elemento critico, sempre relativo al personale, è legato alla scelta delle cooperative di offrire i servizi necessari all'accoglienza delle lavoratrici dall'estero: la cooperativa si occupa del reperimento e del "controllo" della sistemazione abitativa, dal momento che la cooperativa mantiene la responsabilità nei confronti delle agenzie immobiliari con cui opera e i casi in cui si verificano problemi non sono infrequenti. Inoltre la cooperativa si occupa di favorire l'equiparazione del titolo acquisito all'estero in modo da consentire agli infermieri di poter operare in Italia e provvede ad una sorta di iniziale formazione linguistica; la cooperativa si fa così carico di un investimento iniziale significativo, necessario e propedeutico al lavoro vero e proprio, che come evidenziato prima va dissolto nel caso di scelta delle lavoratrici di inserirsi nella pubblica amministrazione.

Infine rimane ad oggi ancora irrisolto il problema dei Crediti Formativi (ECM): la legge ne stabilisce l'obbligo per tutto il personale sanitario ma non chiarisce a carico di chi è il costo di detta formazione; alla cooperativa non sono riconosciute risorse per adempiere a tale obbligo, mentre gli stessi infermieri non sono in grado o non vogliono provvedere autonomamente a tale adempimento di legge.

Proprio in conseguenza delle suddette complessità e difficoltà, queste cooperative, che pur si sono ritagliate una importante fetta di mercato proprio a partire da servizi sanitari, non sentono ad oggi particolari necessità di sviluppare ulteriormente questo settore.

Caso 4 - Provincia di Firenze

La cooperativa

La cooperativa nasce nel 1982 per rispondere a concrete esigenze del tessuto sociale locale; all'epoca si trattava della prima cooperativa sociale di tipo A presente in quel territorio ed operava all'interno di una pluralità di settori: tossicodipendenza, handicap, anziani e infanzia/minori.

Oggi la cooperativa continua ad essere ben radicata sul territorio, sviluppa un fatturato di circa tre milioni di Euro e impiega complessivamente circa 60 dipendenti.

I servizi oggetto di intervista: prestazioni a valenza sanitaria presso RSA

Tra i diversi servizi, la Cooperativa gestisce dal 2004 in ATI con un'altra Cooperativa una RSA con 30 posti letto complessivi, all'interno della quale sono stati attivati 3 posti (27 + 3) a valenza sanitaria. Le Cooperative si sono aggiudicate nel 2004 il servizio, in precedenza gestito direttamente dall'Azienda Sanitaria; all'epoca era già presente un posto letto a carattere specificatamente sanitario cui ne sono stati aggiunti altri due negli anni successivi. Questi posti letto vengono gestiti dai medici di medicina generale e proprio per questo motivo sono riservati esclusivamente a pazienti di comuni vicini alla sede di prestazione del servizio, sull'Appennino tosco-emiliano in una zona abbastanza lontana dai primi centri ospedalieri sia in direzione della Toscana che in direzione dell'Emilia Romagna. Il progetto nasce pertanto in modo specifico per accogliere quelle patologie che non possono essere trattate al proprio domicilio e per le quali si rende necessario un regime di cure comparabile a quello ospedaliero.

La continuità sanitaria è assicurata dal medico di medicina generale che interviene come fosse al domicilio del paziente ma avvalendosi della prestazioni infermieristiche e fisioterapiche presenti in struttura.

I ricoveri hanno sempre un carattere di temporalità, generalmente, e salvo circostanze specifiche, non superano il mese di degenza.

Nella struttura vengono complessivamente impiegati un Coordinatore con la qualifica di infermiere professionale, 11 operatori addetti all'assistenza di base, un fisioterapista, 5 Infermieri professionali oltre al personale ausiliario.

La presenza dei posti letto a carattere sanitario ha portato alla modifica del personale con la presenza infermieristica sulle 24h anziché nella sola fascia diurna.

Il fatturato annuo rispetto a questa specifica attività è di circa 200 mila Euro.

Considerazioni e valutazioni

Il servizio si è sviluppato solo successivamente alle altre attività dell'impresa, non svolge un ruolo centrale ma è pur sempre rilevante; la cooperativa intervistata considera il settore sanitario come un ambito che attualmente non prevede ulteriori margini di ampliamento, ma verso il quale ripone molta attenzione e si dichiara disponibile e pronta a misurarsi in futuro con eventuali prospettive di sviluppo.

Durante l'intervista non emergono criticità significative, mentre risulta quanto mai evidente che il punto di forza dell'esperienza risiede nell'offrire il servizio in un territorio particolare, isolato e distante dai presidi ospedalieri, dove esso rappresenti una risorsa preziosa disponibile a costi molto contenuti.

Caso 5 – Provincia di Messina

La cooperativa

Si tratta di una cooperativa ad oggetto plurimo che sin dalla sua costituzione, nel 1996, si è occupata della gestione di servizi sociali, sociosanitari ed educativi con l'obiettivo di fornire un supporto alle famiglie con problemi legati alla disabilità, in particolare quella psichica. Gestisce alcune comunità alloggio per soggetti disabili psichici e anziani, assistenza domiciliare e un centro ludico ricreativo per persone

diversamente abili, servizi di riabilitazione (fisiokinesiterapia, massofisioterapia, logopedia). Per quanto riguarda il settore di inserimento lavorativo a favore di persone svantaggiate opera in settori quali quello della manutenzione del verde e gestisce anche uno stabilimento balneare attrezzato per disabili. Il fatturato totale della cooperativa è di circa un milione e mezzo di Euro all'anno ed il personale complessivamente impiegato è di circa 50 unità.

I servizi oggetto di intervista

Sono due i servizi svolti dalla cooperativa oggetto di approfondimento, l'assistenza riabilitativa integrata domiciliare e ambulatoriale e l'assistenza domiciliare integrata su cure palliative.

Rispetto al primo, la cooperativa offre servizi di riabilitazione domiciliare e ambulatoriale sin dal 1998; inizialmente il servizio era gestito attraverso un affidamento diretto poi, nel 2000, attraverso l'affidamento ad una società mista costituitasi sfruttando il "pacchetto Treu" del '97. Nel 2000 si è costituita una società mista formata da tre cooperative sociali (tra cui quella intervistata) e la ASP (Azienda Sanitaria Provinciale) locale; la ASP detiene il 51% della società le cooperative il 49%.

Le figure impiegate nel servizio sono fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti oltre ad un assistente sociale, uno psicologo, due pedagogisti e un neuropsichiatra infantile.

Il servizio viene offerto ad una utenza eterogenea e copre una fascia di età che va dai bambini agli anziani; il fatturato complessivo si aggira intorno ai 450 mila Euro.

Passando all'assistenza domiciliare integrata su cure palliative (ADIP), nel 2007 la già citata società mista si è aggiudicata l'affidamento di tale servizio, da cui deriva un fatturato per la cooperativa pari a circa 70 mila Euro all'anno. Le figure impiegate nel servizio sono OSS e fisioterapisti.

Considerazioni e valutazioni

La cooperativa intervistata considera il settore sanitario come uno degli ambiti possibili di sviluppo ma non il principale; il fatturato complessivo per gli interventi sanitari rappresenta circa un terzo del fatturato totale. Ad oggi l'obiettivo in ambito sanitario risulta essere quello di consolidare e mantenere i servizi e gli importi attuali, ma la cooperativa si ritiene interessata e pronta ad implementarne lo sviluppo qualora se ne creino le condizioni.

La cooperativa si dichiara soddisfatta dei servizi svolti, non sembra essere oggetto di particolare difficoltà il reperimento e la disponibilità di personale con caratteristiche professionali in ambito sanitario. Sottolinea come elementi di forza di questi servizi la capacità di erogarli a costi altamente competitivi entro standard professionalmente elevati e garantendo flessibilità nella gestione. Viene inoltre rilevato come tali interventi non necessitino di investimenti economici importanti in quanto la parte di assistenza ambulatoriale viene assicurata all'interno di strutture dell'Azienda Sanitaria già accreditate e dotate della strumentazione necessaria.

Caso 6 – Provincia di Avellino

La cooperativa

Si tratta di una cooperativa ad oggetto plurimo (A e B) nata nel 2004 che opera sin da allora prevalentemente nell'ambito della riabilitazione sanitaria domiciliare nella provincia di Avellino.

I servizi oggetto di intervista: prestazioni sanitarie domiciliari

La cooperativa svolge prestazioni riabilitative sanitarie di tipo fisiochinesioterapico a carattere domiciliare: fisioterapia, logopedia, neuro-psicomotricità. Questa è stata la sua attività sin dalla nascita.

Queste attività hanno rappresentato in questi anni la quasi totalità del fatturato della cooperativa, passato dai 300.000 Euro del 2004 a 1.200.000 Euro del 2007; poi nel 2008 si è riscontrato un calo ad 850.000 Euro e un ulteriore calo è atteso per l'anno 2009 - durante il quale si è svolta l'intervista - a causa della sempre minore disponibilità di risorse del Servizio Sanitario Regionale.

Nella cooperativa operano circa 45 fisioterapisti, 5 logopedisti e 1 neuro-psicomotricista.

Nonostante la flessione degli ultimi anni, la cooperativa continua a considerare il settore della riabilitazione sanitaria domiciliare come centrale e strategico per il proprio sviluppo futuro. Recentemente, per potenziare gli interventi a carattere sanitario, si è pertanto accreditata con 13 altri enti del territorio (di cui la maggior parte cooperative) per l'erogazione di servizi domiciliari per profili OSS e OSA, con la convinzione che in prospettiva futura la Regione Campania orientata verso una diminuzione dell'ospedalizzazione provvederà ad ampliare l'accreditamento a fisioterapisti ed infermieri.

I servizi sono resi prevalentemente verso cittadini e verso centri privati di riabilitazione che a loro volta sono accreditati presso la ASL.

Considerazioni e valutazioni

Tra i punti di forza vi è la garanzia di una maggior remunerazione rispetto ai classici servizi di assistenza; è stato calcolato un margine di remunerazione su prestazione oraria che si avvicina al 30% - 35%. Non vi sono spese strumentali rilevanti, tranne l'utilizzo di un software che permette di gestire in modo efficiente gli accessi ed altre informazioni riducendo i tempi di lavoro.

Ad oggi sembra non essere un problema il reperimento di personale con le professionalità richieste. Il servizio erogato viene apprezzato soprattutto perché garantisce maggior flessibilità nella gestione degli operatori a costi inferiori rispetto a quelli proposti dal mercato e, coerentemente con lo scopo sociale della cooperativa, unisce elevata professionalità e uno stile di relazione con gli utenti che valorizza il rapporto umano di prossimità e solidarietà.

I punti di criticità rilevati afferiscono alle sempre minori risorse a disposizione da parte dell'Azienda Sanitaria e ai lunghi tempi di pagamento che favoriscono l'emergere di soggetti professionalmente meno qualificati che forniscono prestazioni a costi inferiori e scarsamente professionali.

Caso 7 – Provincia di Agrigento

La cooperativa

La cooperativa, nata nel 2001, inizia l'attività nel 2003 con un servizio di Assistenza Tutelare Oncologica presso l'Hospice della locale Azienda Ospedaliera, tuttora presente e che costituirà l'oggetto di questo approfondimento. Nel 2004 e nel 2008 vengono invece aperte due strutture residenziali socio educative per minori 0-18 anni. La cooperativa ha attualmente in organico circa 25 persone per un fatturato complessivo di circa 750.000,00 Euro.

I servizi oggetto di intervista: Assistenza Tutelare Oncologica

Il servizio oggetto di indagine prevede prestazioni di assistenza sanitaria all'interno dell'Hospice dell'Azienda Ospedaliera; l'intervento prosegue ormai da circa sei anni ed impiega sette persone con qualifica di OSS; nei primi anni di erogazione del servizio il personale impiegato era di quattro unità, si è sviluppato nel tempo fino a dieci ma i tagli effettuati dall'Azienda Sanitaria nell'ultimo periodo hanno portato ad una diminuzione del personale impiegato. All'interno dell'Hospice la cooperativa garantisce durante la fascia diurna la presenza di due OSS e di uno in fascia notturna. Il fatturato complessivo del servizio è di circa 145.000,00 Euro. È quindi evidente come in questo caso la cooperativa, pur nata nel 2001 su attività in ambito sanitario, oggi ha come settore centrale della propria attività quello dei servizi socio-educativi. Da un punto di vista delle strategie, permane comunque la caratterizzazione voluta dai soci fondatori, che individuavano come rilevante l'impegno in progetti con caratteristiche sanitarie; ad oggi infatti, nonostante la scarsa disponibilità di risorse della ASP, la cooperativa persegue il progetto di estendere l'assistenza ai malati terminali anche presso il loro domicilio.

Considerazioni e valutazioni

Non emergono durante l'intervista particolari criticità legate all'erogazione del servizio, unica nota negativa sembra essere la sempre maggiore mancanza di risorse sanitarie che gradualmente stanno contraendo le potenzialità del servizio. Tra i punti di forza sembra emergere l'importante considerazione di cui la cooperativa gode presso l'azienda sanitaria e presso il personale della stessa; l'integrazione e la collaborazione del personale ASP con il personale della cooperativa sembra infatti talmente solido da garantire qualità al servizio anche laddove le risorse potrebbero e dovrebbero essere maggiori. Sembra inoltre apprezzato e decisivo nell'erogazione di un servizio di qualità la capacità degli operatori stessi di fornire oltre ad un servizio professionalmente qualificato, anche la disponibilità ad agire nella relazione attivando spazi di ascolto e di accoglienza empatica nei confronti dei degenti, determinando così il vero e proprio valore aggiunto dell'attività.

Caso 8 – Provincia di Firenze

La cooperativa

La cooperativa nasce nel 1979 su un progetto finalizzato a dare risposte alle esigenze

della terza età, caratterizzandosi in primo luogo come risposta mutualistica ai bisogni che i soci stessi avrebbero avuto nel proprio futuro di persone anziane; questo ha portato alla realizzazione di una RSA, di un Centro Diurno e di alcuni mini alloggi. In una prima fase i terreni acquisiti dalla cooperativa furono utilizzati dagli stessi soci come orti sociali, attività a tutt'oggi presente e che vede impegnate quotidianamente circa 50 persone nei giorni feriali e oltre 80 persone nei giorni festivi.

La cooperativa è costituita da 128 soci volontari e da 80 dipendenti non soci, gestisce una RSA con circa 50 posti letto comprensivi di un nucleo Alzheimer e 35 appartamenti assistiti; è inoltre in fase di attivazione e di sviluppo una attività sanitaria di tipo ambulatoriale in parte a gestione diretta e in parte a gestione ASL per la quale la cooperativa percepisce un affitto dei locali. Le prestazioni ambulatoriali a gestione diretta sono rivolte sia ai degenti della RSA sia ai cittadini e prevedono tariffe agevolate per i soci. Nessuno dei soci compresi dirigenti e amministratori lavora per la cooperativa o percepisce compensi; il socio gode solo di agevolazioni in caso necessiti di accedere ai servizi erogati, motivo per cui le domande di associazione devono essere sottoposte alla cooperativa prima dei sessanta anni, età oltre la quale non è più possibile un'ammissione. Il fatturato complessivo si aggira ad oggi intorno ai 2.2 milioni di Euro all'anno.

I servizi sanitari oggetto di intervista

Focalizzandosi sulle attività a caratterizzazione sanitaria, la cooperativa gestisce all'interno del complesso residenziale le seguenti attività:

- due posti letto che all'interno dell'RSA sono a disposizione dei medici di medicina generale per l'accoglienza di situazioni post-operatorie che necessitano di cure sanitarie specifiche non erogabili a domicilio;
- un servizio infermieristico, gestito in collaborazione con un'altra cooperativa sociale, che assicura una compresenza infermieristica sulle 24 ore giornaliere garantendo l'assistenza non solo all'interno dell'RSA ma, su chiamata, anche presso i mini appartamenti;
- un servizio di fisioterapia che vede impiegati due fisioterapisti assunti direttamente dalla cooperativa.

Il fatturato complessivo per le voci sopra indicati si aggira intorno ai 450.000,00 Euro all'anno.

Al momento dell'intervista erano inoltre in fase di attivazione altri servizi a caratterizzazione sanitaria:

- un Centro di Training e Riabilitazione per la terza età con apertura pomeridiana dal lunedì al venerdì con la presenza di fisioterapisti, cardiologo, psicologo, medico naturopata, medico sportivo e personale in grado di seguire le attività ginniche degli anziani;
- un Centro Diagnostico Terapeutico con servizi di cardiologia, dermatologia, geriatria, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, medicina sportiva, psicoterapia, oculistica, ecografia.

Le prestazioni vengono erogate attraverso professionisti che collaborano con la

cooperativa a seguito della stipula di una convenzione che regola il ricavato sulle prestazioni.

Come già evidenziato, negli stessi locali sono inoltre presenti ambulatori sanitari gestiti direttamente dalla ASL (Ginecologia, Pediatria, Psichiatria) per cui la cooperativa percepisce un affitto per i locali ed un compenso per il servizio di gestione degli appuntamenti.

Considerazioni e valutazioni

Come appare evidente si tratta di una cooperativa singolare che si è potenziata e sviluppata nel corso degli ultimi 30 anni per rispondere ai bisogni diretti dei soci, nessuno dei quali lavora in cooperativa ma che possono usufruire dei servizi beneficiando di agevolazioni. Nel corso degli anni la cooperativa si è attrezzata per realizzare un Centro ambulatoriale in grado di offrire ai propri soci non solo prestazioni sociali e di tipo assistenziale, ma anche servizi sanitari specializzati, che, come si è visto, si sono aperte nel corso del tempo anche al territorio. Ad oggi alcune prestazioni sono convenzionate con la ASL, altre proposte direttamente sul mercato privato attraverso collaborazioni con specialisti, alcuni dei quali dipendenti della cooperativa, altri convenzionati con la stessa. Il Centro residenziale inaugurato inizialmente nel 1995, poteva ospitare 32 persone, il successivo ampliamento era stato pensato e previsto dai soci con le caratteristiche di un piccolo nucleo ospedaliero. In corso di costruzione, alcune modifiche dei parametri previsti dal Regolamento Regionale, hanno fatto sì che per mancanza dei requisiti richiesti, quello che era stato pensato come un piccolo ospedale si sia trasformato in un ampliamento dei posti letto della RSA.

Nella gestione dei servizi sanitari le maggiori difficoltà incontrate dalla cooperativa riguardano la gestione delle sostituzioni del personale infermieristico nei casi di ferie e malattie, ma in generale la cooperativa è riuscita a gestire in modo soddisfacente le attività. Nel corso del 2010 la cooperativa si prefigge l'obiettivo di portare a regime l'attività ambulatoriale iniziata nel corso del 2009 [anno di effettuazione dell'intervista], con la duplice finalità di rendere il Centro un punto di riferimento per l'offerta sanitaria ambulatoriale del territorio e per assicurare ai soci condizioni agevolate rispetto al mercato di riferimento.

Caso 9 – Provincia di Firenze

La cooperativa

La Cooperativa nasce dal volere di un gruppo di infermieri professionali che, costituitisi in studio associato, già operavano all'interno di strutture residenziali socio-sanitarie erogando prestazioni di carattere infermieristico. Alla fine del 2008 questi professionisti hanno deciso di trasformare lo studio associato in cooperativa sociale; ad oggi i soci-lavoratori di cooperativa sono dieci e viene realizzato un fatturato di circa 200 mila Euro all'anno.

I servizi oggetto di intervista: prestazioni sanitarie all'interno di strutture socio sanitarie

Allo stato attuale il fatturato della cooperativa viene realizzato attraverso l'erogazione di prestazioni di carattere sanitario, prevalentemente infermieristiche,

all'interno di case di cura e strutture tutelari per anziani. Si tratta di strutture esclusivamente a gestione privata con cui la cooperativa ha stipulato delle convenzioni. Il personale che ad oggi lavora in modo stabile all'interno della cooperativa è costituito da nove infermieri ed un fisioterapista della riabilitazione.

Considerazioni e valutazioni

Il caso in questione evidenzia un processo per il quale uno studio associato infermieristico ha deciso di trasformarsi e costituirsi in cooperativa sociale; questo è avvenuto come conseguenza della volontà di ampliare l'ambito di intervento per potersi aprire e sperimentare in settori non esclusivamente di carattere sanitario. Infatti dall'intervista emerge come questi professionisti lavorando all'interno di strutture con caratteristiche socio sanitarie abbiano sentito l'esigenza di occuparsi all'interno delle stesse strutture di altri ambiti di intervento. Fra le varie attività da sviluppare si prevedono nello specifico servizi di trasporto sanitario e attività di carattere prettamente assistenziale attraverso l'impiego di profili quali OSS e OSA. La cooperativa di recentissima costituzione sta operando proprio in questa direzione; ad oggi i profili professionali sopra citati hanno prevalentemente carattere di stagionalità e vengono forniti su bisogni specifici e temporanei, ma la cooperativa conta nel corso del tempo di consolidare e dare stabilità a tali attività all'interno delle strutture in cui opera.

Rispetto al reperimento di figure professionali infermieristiche disponibili a lavorare per una cooperativa sociale, l'analisi della cooperativa evidenzia come la diminuzione dei concorsi pubblici e il continuo afflusso di infermieri dall'estero abbiano saturato il mercato creando le condizioni per cui non sembra essere particolarmente difficile reperire risorse per l'erogazione di dette prestazioni, motivo per cui l'impiego in situazioni come quelle proposte dalla cooperativa diventa maggiormente appetibile. Un elemento di riflessione è la scelta di professionisti che già operavano all'interno di alcuni servizi di utilizzare lo strumento cooperativo; questo è legato alla volontà, come si è visto, di ampliare il raggio di azione anche verso ambiti più specificatamente sociali e socio-assistenziali, quindi con un percorso inverso a quello riscontrato in altre interviste.

Caso 10 – Provincia di Milano

La cooperativa

Si tratta di un istituto con una lunga storia alle spalle; nasce nel 1908 in forma di cooperativa a responsabilità limitata; nel 1954 stipula una convenzione con la Cattedra di Odontoiatria dell'Università di Pavia, in base al quale l'Istituto diventa sede della sezione staccata della Scuola di specializzazione Odontoiatrica dell'Università. Nel 1968 l'Istituto inaugura la prima Casa di Cura di Chirurgia Maxillo-Facciale e qualche anno dopo il suo direttore diventa anche responsabile della Scuola di Specialità di Chirurgia Maxillo-Facciale di cui l'Istituto diventa sede. Dal 1978 diventa il punto di riferimento per neolaureati in Medicina/Chirurgia che desiderano specializzarsi, approfondire le proprie conoscenze o introdursi nel campo della ricerca scientifica. Nel 1993 diventa sede della Cattedra e della Scuola di Specializzazione in Odontostomatologia dell'Università degli Studi

di Milano. Nel 2005 si trasforma in cooperativa sociale. Oggi la cooperativa può contare su una compagine costituita da circa 600 soci; offre servizi nel settore dell'odontoiatria e della chirurgia maxillo-facciale sia nell'ambito dell'attività sanitaria sia nell'ambito della ricerca scientifica e della formazione con un fatturato complessivo che supera i 15 milioni di Euro.

Vi operano 190 lavoratori, di cui 70 medici, 80 addetti ai servizi sanitari e 40 tra amministrativi e addetti ai servizi ausiliari.

I servizi oggetto di intervista

Poliambulatorio Odontostomatologico. Organizza ed eroga prestazioni e servizi sanitari ambulatoriali per la prevenzione e la cura delle malattie della bocca e dei denti; tale attività viene svolta quasi esclusivamente in regime privatistico; solo una piccola parte, pari a circa 30mila Euro all'anno derivano dalla convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Il fatturato complessivo del settore è di circa 12 milioni di Euro.

Casa di Cura di Chirurgia Maxillo-Facciale. La Casa di Cura dispone di 40 posti letto per interventi di Chirurgia Maxillo-Facciale. Buona parte delle prestazioni vengono effettuate in accreditamento con il Sistema Sanitario Nazionale; il fatturato con il SSN è soggetto ad un tetto di circa 2,5 milioni di Euro all'anno, mentre il fatturato complessivo della struttura è di poco superiore ai 3 milioni di Euro.

Considerazioni e valutazioni

Nel 2005, come detto, l'istituto si trasforma in cooperativa sociale. Si tratta di una scelta importante e consapevole, basata sulla convinzione che la cooperativa sociale costituisca la forma più adatta per giocare un ruolo da protagonista all'interno della comunità, in coerenza con una tradizione centenaria di impegno sociale. Ciò si sostanzia in un'offerta di prestazione secondo principi di trasparenza e di correttezza etica, di alto contenuto professionale e a prezzi mediamente contenuti. In realtà, secondo la rilettura della storia dell'ente che fanno oggi gli amministratori, l'Istituto, pur non avendone la forma giuridica, è nei fatti sempre stato (e si è sempre sentito) una cooperativa sociale; la trasformazione ha solo data ufficialità ad una identità già chiara ed evidente fin dagli esordi. Ciò ha significato, a partire dalla specifica mission dell'ente, operare per estendere il diritto all'assistenza odontoiatrica anche alle categorie meno abbienti, andando così ad impattare su un fenomeno che nel nostro Paese risulta altamente problematico.

Infatti tra le preoccupazioni dell'Istituto vi è storicamente stata quella di consentire l'accesso ai propri servizi anche a portatori di handicap fisici e/o psichici, a persone svantaggiate, o comunque a casi che per diversi motivi difficilmente possono trovare risposta in studi professionali. L'obiettivo è quello di attivare modalità di prestazione dei servizi che si prestino alla fruizione da parte di persone che per diversi motivi rischiano di esserne esclusi: anziani, minori, sieropositivi, emofiliaci, trapiantati e cittadini extracomunitari, così da garantire a queste categorie un accesso a prestazioni altamente specialistiche e di elevato livello a costi contenuti. Vi è consapevolezza che ciò determina il far fronte a costi di gestione comparativamente più elevati rispetto a quelli sostenuti per i soggetti non in condizioni di svantaggio ed è su questo punto che nel corso dei decenni la

cooperativa ha messo a punto proprie strategie al fine di contenere le tariffe su livelli inferiori rispetto alle altre strutture presenti sul territorio, determinando così anche un effetto calmierante sui prezzi di mercato.

Complessivamente vi lavorano circa 150 medici laureati in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria; circa una metà in regime di libera professione e metà assunta con contratto di lavoro dipendente; quest'ultimi lavoratori hanno di norma orari part-time che non superano le quindici ore settimanali, in cui ordinariamente accettano compensi inferiori rispetto a quelli percepiti nella restante parte dell'attività lavorativa, condividendo lo spirito e la mission della cooperativa.

La cooperativa, inoltre, sin dalla sua fondazione è stata ed è tutt'ora punto di riferimento per la formazione in ambito stomatologico ed ha rappresentato un centro di eccellenza nella formazione culturale teorico-pratica in campo odontoiatrico. Attraverso l'organizzazione di Master specializza circa 70 laureati all'anno che dopo un triennio di praticantato sono in grado di operare a tutti gli effetti nel settore. Inoltre organizza in modo sistematico corsi per Assistenti alla poltrona (due all'anno per complessive 60 persone) dando risposta, anche in questo caso, a problematiche di tipo sociale rispetto a casi di esclusione lavorativa femminile.

Riguardo le prospettive di sviluppo in ambito sanitario, visto il perdurare di una situazione generalizzata di crisi economica, nell'analisi della cooperativa rimane prioritario l'obiettivo di mantenere l'attuale struttura e consolidare l'erogazione dei servizi resi cercando di reperire comunque le risorse necessarie da investire costantemente sulle nuove tecnologie che possono permettere di erogare sempre e comunque prestazioni di massima qualità e all'avanguardia. In ambito formativo l'obiettivo per i prossimi anni è quello di dar vita alla prima università odontoiatrica privata, anche per far fronte alla situazione generata dal numero chiuso per l'accesso alle facoltà, da cui consegue il fatto che circa 400/500 persone si trasferiscono all'estero per gli studi per poi rientrare in Italia in cerca di una occupazione nel settore.

Caso 11 – Provincia di Roma

Il Consorzio

Si tratta di un consorzio che raggruppa numerose cooperative in diverse province del Lazio. Focalizzandosi sui soli servizi svolti in collaborazione con le ASL, si possono evidenziare i seguenti servizi: (valori economici da budget preventivo anno 2010):

committente	Oggetto	Euro annui
Asl Roma A	Ospedale Virtuale	350.000
Asl Roma A	CUP	1.340.000
Asl Roma B	Inserimento dati ricette	20.000
Asl Roma C	Centri diurni psichiatrici	100.000
Asl Roma D	Progetto Health Care Litorale	150.000
Asl Roma E	Residenze psichiatriche – solo formaz.	20.000
Asl Viterbo	ADI, psichiatria e altro	850.000
Asl Avezzano AQ	Residenze psichiatriche	130.000
Asl Avezzano AQ	Servizio 118 e trasporto pazienti	400.000
Totale servizi		3.400.000

Si è scelto, per coerenza con l'oggetto di questa ricerca, di approfondirne in particolare due, l'Ospedale virtuale e il progetto *Health Care Litorale*. Si tratta di due servizi, pagati dalle ASL del territorio sulla base delle giornate di presa in carico dei pazienti, partiti rispettivamente nel 2004 e nel 2003; questi servizi si sono sviluppati in corrispondenza ad una evoluzione delle attività della cooperativa che sono evolute dall'ambito socio assistenziale / socio sanitario a settori più specificamente sanitari.

I servizi sopra elencati hanno visto uno sviluppo significativo, con un aumento previsto di circa un milione di Euro complessivo tra il 2009 e il 2010.

In ogni caso lo sviluppo nell'ambito sanitario è ritenuto centrale nelle strategie di sviluppo dell'impresa, in particolare investendo sulla crescita degli attuali servizi, nonché sullo sviluppo di nuovi e diversi servizi in collaborazione con la medicina generale quali:

- Gestione di centri diurni per anziani non autosufficienti
- Gestione Hospice per malati terminali
- Gestione RSA
- Gestione di PTMG – Presidi Territoriali di Medicina Generale

I servizi oggetto di intervista: l'ospedale virtuale

Il servizio prevede il ricovero a domicilio di 60 pazienti ultra sessantacinquenni con patologie croniche. L'intervento prevede l'attivazione e gestione del servizio di Assistenza Domiciliare sanitaria e socio-assistenziale.

Rispetto alle professionalità impiegate, sono riassunte nel seguente prospetto:

Medici di medicina generale	21
Infermieri	7
Terapisti della riabilitazione	-
Fisioterapisti	5
OSS - Operatori Socio Sanitari	6
Personale di coordinamento e segreteria centrale operativa	4

I dati economici del servizio sono i seguenti:

Fatturato annuo (Euro x 1'000)	350
Unità di personale sanitario impiegato	14
Unità di personale totale impiegato (senza contare i MMG)	22
Valore immobilizzazioni impiegate nel servizio (Euro x 1'000)	20

I servizi in oggetto: Health Care Litorale

Le finalità dell'intervento sono:

Attivazione e gestione servizi sanitari e socio-assistenziali h 24

- Attivazione e gestione del servizio di Assistenza Domiciliare sanitaria e socio-assistenziale per 75 pazienti;
- Attivazione e gestione di un Centro Diurno anziani fragili per 15 pazienti;

- Attivazione e gestione di un Ospedale di Distretto per 15 pazienti residenziali;
- Attivazione e gestione di un Hospice per malati terminali per 8 pazienti residenziali e 16 pazienti in Assistenza Domiciliare;

Per la realizzazione del servizio il consorzio ha provveduto alla ristrutturazione completa dei due immobili individuati sul territorio.

Rispetto alle professionalità impiegate, sono riassunte nel seguente prospetto:

Medici di medicina generale	12
Infermieri	5
Terapisti della riabilitazione	-
Fisioterapisti	4
OSS - Operatori Socio Sanitari	3

I dati economici del servizio sono i seguenti:

Fatturato annuo (Euro X 1'000)	150
Unità di personale sanitario impiegato	9
Unità di personale totale impiegato (senza contare i MMG)	12
Valore immobilizzazioni impiegate nel servizio (Euro X 1'000)	10

I progetti sopra descritti, accanto alla gestione dei servizi, comprendono:

Realizzazione di studi e ricerche

- Attivazione di controlli e verifiche tramite indicatori di processo (degenza media, riduzione del numero dei ricoveri, rapporto costo/beneficio, qualità percepita dal paziente e dai familiari, appropriatezza della presa in carico e dei ricoveri) e di esito (fondamentalmente mortalità e morbilità).
- Ricerca e verifica della qualità oggettiva dei servizi resi;
- Ricerca epidemiologica;
- Elaborazione dei differenti profili sanitari dei pazienti corrispondenti a differenti gradi di intensità assistenziale;
- Studio dei costi dell'assistenza sanitaria e sociale resa e raffronto con i costi del servizio CAD.

Attivazione di percorsi formativi per personale sanitario e non sanitario

- Attivazione e realizzazione di corsi di formazione sulle cure palliative e corsi di Evidence Based Medicine;
- Attivazione di percorsi di formazione continua;

Considerazioni

Il progetto si fonda sull'operare sinergico della cooperazione sociale con la medicina generale finalizzato a perseguire due macro obiettivi generali così riassumibili:

- migliorare la qualità della vita delle persone residenti, in particolare quelle in stato di non autosufficienza, temporanea o definitiva, parziale o totale e che

necessitano di assistenza complessa;

- aumentare l'efficienza della rete territoriale dei servizi sanitari e socio-assistenziali.

Questi obiettivi generali possono quindi essere dettagliati in obiettivi specifici:

- migliorare il livello di appropriatezza degli interventi sanitari e assistenziali, con conseguente riduzione delle liste di attesa;
- favorire l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini, attraverso la realizzazione di un sistema integrato domiciliare, semiresidenziale e residenziale in grado di affrontare le differenti necessità del paziente;
- ridurre il ricorso improprio all'ospedalizzazione ritardando l'istituzionalizzazione, generare una diminuzione del numero e dei tempi di ricovero;
- ridurre le liste di attesa per indagini e consulenze e gli accessi impropri al Pronto soccorso aumentando il numero di persone disabili, con patologie cronico-degenerative, anziani e deospedalizzati che usufruiscono dell'assistenza domiciliare integrata;
- introdurre ad ampio raggio (dalla prevenzione / educazione alla salute ai presidi post-ospedalizzazione) di servizi sanitari in grado di sviluppare specifiche esperienze di relazionalità nella cura;
- permettere un'allocatione delle risorse economiche e tecnologiche appropriata; introdurre indicatori e standard nella assistenza territoriale a seconda del profilo del paziente emergente dalle schede multidimensionali;
- valorizzare il ruolo del personale impegnato nei servizi del territorio con l'attuazione di percorsi per l'integrazione socio-sanitaria basati sulla messa in rete di attori diversi del settore sociale e sanitario ed attraverso la creazione di un percorso assistenziale unificato;
- creare un raccordo tra territorio ed ospedale finalizzato alla individuazione di buone prassi diagnostiche e terapeutiche;
- facilitare la realizzazione di una rete assistenziale territoriale strutturata, flessibile e consona alle esigenze della persona, che preveda il coinvolgimento delle figure professionali mediche, paramediche e sociali (Rete Assistenziale Distrettuale);
- promuovere progetti di continuità assistenziale integrati tra Aziende sanitarie, Enti locali competenti per territorio, medici di medicina generale, consorzi e cooperative sociali e associazionismo di rappresentanza nella gestione delle risorse territoriali.

Nel perseguimento di questi obiettivi, sono emersi via via dei punti di forza e degli aspetti di criticità così riassumibili:

Punti di forza

- Coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale
- I due progetti sperimentano una stretta sinergia – collaborazione tra cooperazione e medici di medicina generale.
- I medici stessi si stanno lentamente organizzando anche in cooperative

- Realizzazione di specifici software per la gestione della centrale operativa
- Periodo temporale relativamente lungo
- Il progetto Health Care Litorale ad esempio è acquisito dal consorzio fino alla fine dell'anno 2016. Tale periodo permette di ragionare e programmare investimenti adeguati.
- Radicamento territoriale
- La cooperazione è in grado di proporre soluzioni flessibili non possibili ad altri enti (es. integrazione residenze-territorio) e quindi di proporsi in modo conveniente soprattutto nei settori dove la prestazione richiede un grado di tecnicità strumentale minore ma maggiore impegno organizzativo e di radicamento territoriale.

Aspetti di criticità

- Contrapposizione latente tra servizi sanitari ospedalieri e territoriali
- Problema del "Case Manager"
- Problemi di competenze per le definizioni e decisioni sulla tipologia e sulla durata del servizio sanitario domiciliare
- Il ritardo organizzativo della medicina generale
- Pur essendoci ormai nel Lazio alcune consolidate esperienze di cooperazione medica della MG, la maggioranza dei MMG non conosce bene il sistema e la possibilità di lavoro sulla continuità assistenziale territoriale.
- Per attivare tutto il sistema di *medical care model*-continuità assistenziale territoriale, saranno necessari ingenti investimenti in strutture immobiliari e in attrezzature per l'assistenza domiciliare. Tali investimenti non appaiono coperti da progettualità e da coinvolgimenti consolidati con il sistema bancario.

Sempre secondo il consorzio intervistato gli elementi che rendono l'offerta apprezzata dai clienti sono:

- Servizi personalizzati
- Presenza di numerosi servizi sanitari a domicilio
- Reperibilità H12 per 365 giorni all'anno
- Coprogettualità con i servizi sociali territoriali
- Conoscenza del territorio

Rispetto alle prospettive di sviluppo l'intervento sta dimostrando che l'integrazione socio-sanitaria, che sta progredendo così faticosamente in Italia, non solo è possibile ma è effettivamente lo strumento per innalzare il livello dei servizi sanitari e di conseguenza la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Senza l'intervento sociale (45,89% del totale delle prestazioni eseguite) almeno due terzi dei pazienti coinvolti nella sperimentazione sarebbero stati impropriamente ricoverati in ospedale con conseguenti ripercussioni anche sui costi dell'assistenza. Con l'intervento sperimentale di integrazione socio-sanitaria si sta quindi concretizzando, nei contenuti e nelle modalità operative, il modello di presa in carico e di continuità assistenziale territoriale.

Proprio a partire dalla rilevanza dei risultati raggiunti, con l'Università Bocconi di Milano è in corso una collaborazione per studiare:

- Il numero degli accessi e delle ore di assistenza effettuate pro die per paziente
- Il numero degli accessi medici per mese per paziente
- Le tipologie dei pazienti suddivise in 16 gradi di intensità assistenziale e conseguente tipologia ed urgenza dell'intervento domiciliare
- Costi complessivi di presa in carico del paziente

Con questi dati elaborati ed organizzati scientificamente sarà possibile mettere a confronto la tipologia di interventi e pazienti assistiti dal CAD e quelli assistiti da HCL verificando così anche i costi del servizio.

Compito della sperimentazione è anche quella di proporre un sistema assistenziale in grado di abbassare i costi aumentando la qualità del servizio prestato.

Un altro aspetto di grande rilevanza riguarda la relazione con le tecnologie e le reti. Nell'organizzazione di tutti i servizi domiciliari, infatti, è importantissimo riuscire ad avere i dati degli interventi in tempo reale, poterli lavorare a distanza e in equipe e poter avere in tempi brevi la rendicontazione degli interventi assistenziali effettuati.

A questo scopo sono stati elaborati due primi strumenti di lavoro: il programma informatico di gestione dei Piani Assistenziali e il sistema telematico di gestione e rendicontazione degli interventi (SIM).

Il programma informatico di gestione dei Piani Assistenziali

Il sistema di presa in carico precedente utilizza un software appositamente commissionato e costruito che permette di:

- Discutere "in chat" le richieste di accesso al servizio ADI - ADO;
- Compilare la Scheda Multidimensionale S.VA.M.A che permette di misurare in modo oggettivo il grado di autonomia del paziente (profilo del paziente) e le priorità di ammissione in ADI ADO (punteggio);
- Definire il Piano Assistenziale da attivare;
- Comunicare al Dirigente del CAD Distrettuale la proposta di Piano Assistenziale che dovrà essere dal Distretto, approvato e rinviato;
- Attivare gli operatori per le prestazioni previste dal Piano Assistenziale

Il sistema telematico di gestione e rendicontazione degli interventi (SIM)

Il SIM è ad oggi stato progettato ed è in via di realizzazione; si basa su una centrale operativa e palmari affidati ad ogni operatore del progetto con un sistema di password ad accessi differenziati a seconda del ruolo e funzione. Attraverso tale sistema l'Operatore con il palmare potrà:

- Conoscere i nominativi dei pazienti affidati, indirizzi e recapiti telefonici dei pazienti e dei familiari;
- Conoscere giornalmente il programma degli accessi domiciliari previsti;
- Conoscere gli eventuali cambiamenti di Piano Assistenziale;

- Nome e recapiti del medico curante.

La Centrale operativa potrà allo stesso tempo avere in tempo reale il report degli accessi e degli interventi effettuati suddiviso per giorno e ora / operatore / tipologia prestazione / evoluzione della malattia / eventuali problematiche riscontrate a domicilio del paziente / eventuali ricoveri.

L'intervistato ricorda come, secondo le parole del Ministro "La richiesta di continuità dell'assistenza da parte dei cittadini nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette, rappresenta una priorità assoluta. Il rapporto di fiducia tra cittadini e SSN si basa essenzialmente sulla capacità di esserci e di esserci nel modo giusto, quando serve. In altre parole il nostro obiettivo è quello di costruire e garantire una offerta adeguata di assistenza sul territorio, il più vicino possibile al domicilio e in grado di rispondere ai nuovi bisogni di assistenza: un vero e proprio secondo pilastro della sanità pubblica da affiancare all'ospedale."

Progetti come quelli sopradescritti vanno in questa direzione ma richiedono un impegnativo cambiamento culturale da parte di tutti i soggetti che ne sono coinvolti, cooperative sociali, medici di medicina generale, aziende sanitarie:

- le cooperative sociali debbono attestarsi sugli standard organizzativi e professionali richiesti dal sistema sanitario;
- i medici di medicina generale debbono percepire la cooperazione sociale come un soggetto fondamentale per la realizzazione di progetti di continuità assistenziale sanitaria;
- le aziende sanitarie debbono sostenere il modello organizzativo centrato sul trattamento domiciliare e territoriale, considerandolo parte integrante e fondamentale della produzione della salute e non intervento residuale.

Per giungere a questo assetto sono utili diversi passaggi, organizzativi e culturali:

- estensione degli attuali rapporti tra aziende sanitarie e cooperazione sociale solitamente presenti negli ambiti socio sanitari (psichiatria, dipendenze, disabilità, terza età) agli ambiti di medicina generale;
- verifica delle competenze professionali e organizzative della cooperazione sociale ed eventuale definizione comune di standard e percorsi formativi;
- promozione delle cooperative sociali tra medici di medicina generale, secondo le linee auspiccate dalla Federazione dei Medici di Medicina Generale;
- definizione degli ambiti di prima sperimentazione, dei protocolli di osservazione e coinvolgimento nella verifica delle associazioni di tutela dei cittadini;
- definizione dei supporti tecnologici necessari ed eventuale individuazione di partner tecnologici.

Caso 12 – Provincia di Asti

Il consorzio

Il caso riguarda un consorzio di cooperative sociali da anni operante nei servizi rivolti agli anziani; si tratta di un ente solido che gestisce su due province piemontesi una quindicina di strutture residenziali per un totale di circa 600 posti

letto (di cui 400 destinati ad anziani con limitata autosufficienza), attività che generano un fatturato di circa 27 milioni di Euro. L'ente vanta titoli di disponibilità per quasi tutte le strutture gestite (proprietà, contratti di locazione, comodati) e dunque non opera, salvo eccezioni, su commesse conseguenti ad appalti pubblici. Vi operano, oltre agli operatori socio sanitari, circa 80 infermieri e 25 terapisti della riabilitazione.

I servizi oggetto di indagine

Dimissioni ospedaliere protette

In una delle strutture RAF è attiva una convenzione con l'ospedale del territorio per l'invio, presso un reparto appositamente attrezzato, di pazienti, soprattutto anziani, dimessi dall'ospedale; la specificità "sanitaria" del servizio è data dal fatto che esso non si colloca nel trattamento della cronicità, ma consiste in un'ospitalità di durata limitata (in media 40 giorni) per pazienti dimessi dall'ospedale (prevalentemente, ma non solo, dall'ortopedia e quindi per fratture, es. femore). Dopo un periodo limitato i pazienti sono dimessi con esito che nel 55% dei casi è il ritorno al domicilio e nel 30 -35% dei casi l'inserimento in residenza (la stessa, negli altri reparti o altre). Nei restanti casi si registrano decessi o rientri in ospedale.

Questo servizio è scelto nei casi in cui il paziente potrebbe seguire una terapia presso il proprio domicilio, ma non vi sono le condizioni familiari affinché ciò possa avvenire. Si pone quindi come alternativa (a costi molto più contenuti) rispetto all'inserimento in case di cura.

Il pagamento del servizio è sottratto al regime di compartecipazione ed è tutto a carico dell'azienda sanitaria.

È presente un direttore sanitario, una caposala, un medico internista, l'assistenza infermieristica 24 ore su 24.

Prestazioni ambulatoriali di base

Un altro servizio a valenza sanitaria svolto dalla cooperativa consiste nell'offerta, presso le strutture per anziani, di prestazioni ambulatoriali di base; il servizio si colloca in contesti rurali, ove la struttura spesso rappresenta il presidio più prossimo ai cittadini che, confidando sulla presenza di infermieri, vi si rivolgono per prestazioni sanitarie di base come le terapie iniettive, prelievi, medicazioni, misurazione della pressione. Oggi questo servizio è offerto gratuitamente e rappresenta un aspetto intrinseco della "vocazione alla prossimità" della cooperativa. Vengono però registrate richieste di ampliamento di questo servizio, in special modo per le prestazioni di fisioterapia, che viene valutato come servizio la cui attivazione è ragionevolmente possibile in tempi brevi; la cooperativa non è estranea a riflessioni circa l'opportunità di ampliare questi servizi ambulatoriali di base con prestazioni specialistiche e diagnostiche, ma ciò viene collocato in un contesto temporale più lontano sia per motivi pratici (gli investimenti necessari e il reperimento delle professionalità mediche) sia perché ad oggi viene valutato estraneo alla vocazione della cooperativa che è di sviluppare i servizi nel settore della salute come esito del proprio orientamento "comunitario".

I letti di continuità

Relativamente a sei strutture gestite in convenzione con un'azienda sanitaria, sono in via di attivazione alcuni posti letto da configurare come "letti di continuità",

cioè come letti a disposizione del medico di medicina generale del territorio per ricoveri temporanei nei casi in cui è necessario trattare patologie che non richiedono cure complesse e per cui quindi potrebbe essere non necessario un ricovero in ospedale, ma che, date le situazioni familiari, non possono essere trattate domiciliariamente (es. reidratazioni estive, polmoniti, ecc.). In questo caso il medico di medicina generale continua a seguire il suo paziente, contando però sulle prestazioni infermieristiche e assistenziali della residenza.

Considerazioni e valutazioni

La valutazione di queste esperienze mette in luce, dal punto di vista della cooperativa, punti di forza e criticità. Tra i punti di forza vi sono, oltre a margini di remunerazione leggermente più alti rispetto al settore socio assistenziale, la valutazione di operare in modo coerente con il proprio scopo sociale, valorizzando appieno gli elementi di radicamento territoriale che la caratterizzano.

Rispetto al futuro nel settore sanitario, vengono introdotte alcune specificazioni. Si sostiene che la cooperativa ha una propria vocazione nel prestare i servizi a più intensa vocazione comunitaria. Ciò significa che non si ritiene strategica ad esempio l'apertura di un ospedale, ma al contrario si auspica che la struttura per anziani - spesso unico presidio pubblico in piccoli comuni - diventi luogo di organizzazione e offerta di taluni servizi, anche a carattere sanitario: dai letti di comunità, alle prestazioni ambulatoriali già offerte, alla riproposizione della sperimentazione dell'integrazione tra residenze e servizi domiciliari, alla fisioterapia, senza escludere la possibilità di proporre servizi diagnostici o specialistici. In ogni caso vi sono aspetti della gestione della cooperativa, come il fatto di dotare le nuove residenze che vengono aperte degli impianti per la distribuzione dei gas medicali e per il vuoto, che evidenziano la volontà di aprirsi a sviluppi in campo sanitario.

D'altra parte si lamenta che, sebbene non siano mancati stimoli in questa direzione, le potenzialità della cooperativa non siano tenute in conto dalla sanità ad esempio nell'atto di programmare dei presidi territoriali come le case della salute, la cui filosofia è vicina a quanto svolto da tempo presso le strutture della cooperativa; al contrario, le case della salute vengono aperte mettendo in campo strutture e risorse aggiuntive. Similmente, non hanno avuto seguito talune sperimentazioni di integrazione tra residenze e assistenza domiciliare, che secondo la cooperativa avrebbero portato a risparmi e ottimizzazioni.

Caso 13 – Provincia di Torino

La cooperativa

Si tratta di una cooperativa sociale attiva da una decina di anni, che ha iniziato ad operare soprattutto nell'ambito dei servizi per anziani, prima con interventi domiciliari, poi anche residenziali. Cinque anni fa ha iniziato a lavorare in modo significativo nell'ambito di servizi sanitari, che oggi rappresentano più di un terzo del fatturato annuo. Ha aumentato in modo considerevole il proprio fatturato giungendo a fatturare ora circa 7 milioni di Euro.

Servizi socio sanitari presso ospedali

Tra le attività della cooperativa vi sono alcuni servizi resi presso ospedali, su cui si concentrerà questo approfondimento.

Lo sviluppo del settore sanitario prende l'avvio dalla scelta di una azienda sanitaria di esternalizzare la gestione delle camere mortuarie di un presidio ospedaliero di dimensioni medio grandi. Si aggiunga, come elemento di delicatezza, che tale scelta giungeva dopo una fase in cui nella sanità piemontese si erano verificati alcuni scandali e conseguenti inchieste della Procura della Repubblica relativamente a comportamenti scorretti del personale ospedaliero addetto alle camere mortuarie orientato ad indirizzare i familiari verso specifiche imprese di onoranze funebri.

La cooperativa decide di partecipare alla gara ritenendola coerente con lo spirito che contraddistingue la cooperazione sociale: la gestione delle camere mortuarie implica attenzione verso le persone e la famiglia, oltre agli aspetti tecnici c'è bisogno di gestire il dolore e il lutto.

Il servizio viene aggiudicato e viene portato avanti con soddisfazione dell'Azienda sanitaria; si crea un solido rapporto di fiducia con la Direzione dell'Ospedale che sceglie di sperimentare l'affidamento del servizio OSS presso i reparti ad alta specializzazione sanitaria tra cui DEA e sale operatorie.

Oggi, a distanza di cinque anni, la cooperativa impiega in due ospedali oltre 100 unità di personale di cui circa 20/30 impiegate in servizi ausiliari oltre a 70/80 OSS impiegate in prestazioni strettamente sanitarie. Il fatturato annuo per questo tipo di servizi è di circa 2.500.000 Euro, che rappresentano più di un terzo del fatturato globale dell'impresa.

Gestione infermerie e sale mediche presso aziende

La cooperativa gestisce le infermerie e le sale mediche di diversi grandi stabilimenti industriali e fornisce le prestazioni infermieristiche all'interno del centro diagnostico di alcune di esse. Si tratta di un servizio di dimensioni abbastanza limitate, con un fatturato di 120.000 Euro annui (pari all'1.7% del fatturato della cooperativa) e 12/15 infermiere a *part time* impiegate.

Si tratta di un servizio consolidatosi nel corso degli anni, ma rispetto al quale non sembrano esservi le condizioni per uno sviluppo; il timore è anzi che la crisi del settore industriale porti le imprese a cercare economie che potrebbero portare al ridimensionamento o alla cessazione del servizio. L'obiettivo minimo è quindi la stabilità.

Considerazioni e valutazioni

L'incontro tra cooperativa e azienda sanitaria è in questo caso frutto di un processo di "convergenza" che ha visto:

- l'azienda sanitaria apprezzare talune specificità della cooperativa, in particolare sul fronte dell'attenzione agli aspetti di umanizzazione delle cure, oltre che di capacità organizzative e di sistema di qualità;
- la cooperativa investire risorse per adeguare le professionalità disponibili al nuovo contesto operativo. Si consideri, in specifico, che le operatrici OSS hanno ordinariamente una formazione coerente principalmente con un impiego in

ambito socio sanitario, ad esempio nei servizi residenziali o domiciliari per persone anziane; il loro impiego entro reparti ospedalieri particolarmente delicati, come DEA e sale operatorie, ha richiesto formazione specifica che è stata assicurata a carico della cooperativa.

Proprio quella della formazione di profili professionali utili ad operare nella sanità è una delle questioni aperte evidenziate dalla cooperativa. Nel caso specifico la formazione è avvenuta con un investimento dell'impresa; l'assetto attuale dei meccanismi di aggiudicazione rende problematico questo tipo di investimento, dal momento che al successivo affidamento chiunque può vincere la gara e rilevare il personale formato senza addossarsi alcun costo.

Più in generale l'interesse della cooperativa per lo sviluppo nell'ambito sanitario è testimoniato anche dalla partecipazione ad un progetto, che coinvolge anche il presidio ospedaliero in cui è prestato il servizio, una fondazione e l'ARESS Piemonte, finalizzato all'umanizzazione delle cure.

Caso 14 – Provincia di Cuneo

Si tratta di una cooperativa composta sedici medici di medicina generale che costituiscono la base della cooperativa sociale.

L'intervista si è svolta poche settimane dopo la firma del nuovo contratto di lavoro dei Medici di Medicina Generale, in cui uno dei temi più dibattuti è stato proprio quello dell'utilizzo della forma cooperativa per la gestione delle diverse forme di medicina in associazione. Nel corso del dibattito erano emerse posizioni diverse, alcune che collocavano la scelta di costituirsi in cooperativa sul versante dei servizi strumentali agli studi medici, altre più aperte a considerare la possibilità che essa potesse intestare a sé anche servizi connessi alla cura delle persone; la prima posizione era risultata prevalente.

Nel caso della cooperativa intervistata, la costituzione è stata motivata dal bisogno di condividere beni e servizi necessari allo svolgimento del servizio dei medici ed allo sviluppo delle loro prestazioni. Attraverso la cooperativa i medici associati condividono segreteria, locali, infermiere di studio e strumentazione tecnica.

La cooperativa non ha dipendenti che esercitano professioni sanitarie (infermiere e medici hanno contratti da liberi professionisti), ma solo dipendenti nelle funzioni amministrative.

La cooperativa, in linea con la posizione dei medici risultata prevalente, non ha alcun interesse a fornire prestazioni mediche e sanitarie sotto forma societaria.

Viene rimarcato come il codice deontologico della professione medica impedisca di offrire le prestazioni attraverso strutture terze come la cooperativa; la prestazione deve pertanto essere effettuata da un singolo soggetto, in coerenza con il rapporto fiduciario medico / paziente.

Accanto a questa ragione "deontologica" ne cita certamente un'altra che attiene alla sfera economica; l'intervistato sostiene infatti che se fossero le società a fatturare le prestazioni sanitarie, il cliente / utente avrebbe un rapporto contrattuale con la società di cui il medico diventerebbe un dipendente. Questo esporrebbe il medico al rischio di subire ricarichi impropri e dunque a percepire compensi inferiori. Analogo discorso su eventuali immobilizzazioni; ipotizzando

che la società acquisisca lo studio in cui il medico opera, ciò avviene attraverso le risorse che il medico accumula con il suo lavoro; ma l'immobile rimane alla società nel caso poi il medico intenda recedervi. In sostanza si esprime il timore che la cooperativa (o altra forma societaria) nel momento in cui non si limita ad offrire servizi amministrativi e strumentali tenda ad espropriare i medici del valore da loro stessi prodotto.

Caso 15 – Provincia di Casale Monferrato

La cooperativa

Il caso riguarda una cooperativa sociale da anni operante nei servizi alla persona, prevalentemente rivolti ad anziani e minori; si tratta di un ente solido, che occupa circa 2.300 persone e raggiunge 67 milioni di Euro di fatturato di cui circa due terzi nella gestione di servizi residenziali ed un terzo in servizi domiciliari.

Nata in Piemonte alla fine degli anni 80, si è sviluppata poi su territorio nazionale ed è oggi presente anche in Toscana, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sardegna.

Sull'attività di maggiore rilevanza, cioè l'erogazione di servizi residenziali, ha sempre privilegiato l'impostazione che prevede la realizzazione di importanti opere di ristrutturazione oppure l'acquisto della sede, in cambio di contratti di gestione pluriennali (10/15 anni), con la conseguente possibilità di consolidare rapporti di fiducia con la committenza.

Generalmente le prestazioni sono pagate dall'ASL, dal Comuni o dagli Enti Gestori, non vi sono situazioni in cui il servizio è pagato dall'utente, ma in un caso (struttura per minori con disturbi psichiatrici nella provincia di La Spezia), il cliente è una fondazione bancaria (Fondazione Cassa di Risparmio de La Spezia). L'attività puramente sanitaria non è molto rilevante, soprattutto dal punto di vista economico, ma l'ente è sempre pronto a sperimentare nuove iniziative, anche innovative, nel settore dei servizi alla persona. L'intervistato segnala anche notevoli differenze regionali nella gestione di RSA (ad esempio in Emilia Romagna la componente dei servizi di riabilitazione è molto forte).

I servizi

Tra i molti servizi gestiti dalla cooperativa, in sede di intervista se ne approfondiscono due con più alta valenza sanitaria, uno relativo ai reparti sanitari entro RSA, l'altro alla gestione di hospice.

Struttura socio sanitaria con reparti sanitari

In una delle strutture RSA nel territorio di Marina di Pisa, di proprietà della cooperativa stessa, è attiva una convenzione con l'ASL per una disponibilità totale di 56 posti letto, di cui 6 posti riservati a pazienti in stato vegetativo persistente per i quali la componente infermieristica e riabilitativa è decisamente superiore ai parametri di una normale degenza in RSA.

Nella struttura sono complessivamente impiegati circa 55 operatori, tra cui un medico fisiatra, due terapisti della riabilitazione e 8 infermiere, oltre a tutto il personale socio sanitario, ausiliario e amministrativo.

Il fatturato è di circa 2 milioni di Euro all'anno, che, considerate le grandi dimensioni dell'impresa, rappresenta una frazione limitata del fatturato complessivo dell'impresa. La struttura è gestita dalla cooperativa dal 1995 e solo da 4 anni è stato aperto il reparto per pazienti in stato vegetativo. L'idea di sviluppare prestazioni di questo genere è dovuta ad un cambio della normativa sulle RSA della Regione Toscana, con una possibile apertura a queste genere di servizi.

Hospice al domicilio

Nell'ambito del più ampio servizio di assistenza domiciliare che la cooperativa svolge sul territorio di Venezia, una parte assolutamente marginale da un punto di vista economico, ma significativa rispetto ai temi oggetto di indagine è dedicata al servizio di hospice a domicilio.

Il servizio ODO (Ospedalizzazione Domiciliare Oncologica) prevede un sistema di cure domiciliari a pazienti affetti da una patologia oncologica ed è coordinato dall'associazione AVAPO. Qui la cooperativa interviene con OSS che insieme a medici e infermieri seguono il paziente terminale a domicilio. Si tratta certamente di una piccola sperimentazione - sono impiegati complessivamente sei OSS - ma in un'area sanitaria di fondamentale importanza.

Considerazioni e valutazioni

La valutazione di queste esperienze mette in luce, dal punto di vista della cooperativa sia punti di forza, sia elementi di criticità.

Per l'impresa intervistata il settore sanitario, oggi marginale rispetto al socio assistenziale e socio sanitario, rappresenta un'importante area di sviluppo; al momento dell'intervista, nel corso del 2009, la cooperativa stava infatti incrementando la propria presenza presso l'azienda universitaria ospedaliera di Sassari, dove erano impiegati circa 200 operatori in servizi ausiliari.

La valutazione è che il settore sanitario costituisca un possibile ambito di attività per la cooperazione sociale, sempre più specializzata; questo pone, secondo gli intervistati, l'attualità della questione relativa al superamento delle incertezze poste dalla formulazione della 381/1991.

Fino ad oggi i punti di forza che hanno consentito lo sviluppo sono stati diversi:

- la disponibilità di personale con professionalità nel campo infermieristico (anche negli anni di maggior carenza) e l'ottima capacità di fidelizzazione di tale personale anche attraverso una congrua retribuzione;
- la disponibilità di personale con altre professionalità sanitarie (fisioterapisti, etc.);
- la buona reputazione da parte della committenza, conquistata attraverso l'erogazione di servizi professionalmente adeguati ed un importante sistema di qualità (nel 1998 la cooperativa è stata la prima cooperativa sociale ad aver ottenuto la Certificazione di Qualità UNI EN ISO 9002);
- il possesso di adeguate tecnologie;
- la solidità economico-finanziaria che ha sempre permesso di operare gli investimenti necessari (anche se viene sottolineata la loro fatica in questo momento di crisi);

- infine, un quadro normativo agevolante almeno in alcune regioni.

L'unica nota negativa espressa nel corso dell'intervista riguarda la situazione nella regione presso cui la cooperativa ha la propria sede, dove si avverte al contrario una resistenza rispetto ai possibili sviluppi nel settore sanitario. Le ragioni sembrano essere di doppia natura: da una parte la normativa regionale "non facilitante", dall'altra una seria difficoltà ad intraprendere percorsi di coprogettazione con le dirigenze delle ASL, che sembrano poco portate alla pianificazione e molto più orientate alla gestione delle emergenze.

È auspicato infine lo sviluppo di un rapporto tra centrali cooperative e ASL che permetta da parte di queste ultime un riconoscimento delle realtà che operano con professionalità e specializzazione nel settore sanitario.

Caso 16 – Provincia di Torino

La cooperativa

Si tratta di una cooperativa sociale nata verso la fine degli anni novanta da uno studio associato di infermieri. La scelta di costituirsi in cooperativa è principalmente legata al fatto che la forma giuridica dello studio associato non consente di aggregare professionalità diverse in accordo con le esigenze dei committenti, come quelle relative a OSS o a personale ausiliario.

Si tratta di una cooperativa di piccola dimensione che opera esclusivamente nella Provincia di Torino, realizzando un fatturato di circa 400.000 Euro all'anno.

Il servizio: servizio infermieristico

La cooperativa gestisce servizi infermieristici presso diverse strutture socio sanitarie.

I clienti sono prevalentemente enti pubblici, tra questi vi è il Comune di Torino con l'affidamento del servizio infermieristico presso alcuni istituti di riposto e presso alcuni CAD e Centri Diurni per disabili. Opera inoltre in una comunità per tossicodipendenti a Moncalieri e in una struttura per pazienti psichiatrici a Torre Pellice. Nella cooperativa sono complessivamente impiegati circa 25 soci lavoratori distribuiti come di seguito:

- 1 medico (che esercita funzioni dirigenziali e non connesse alla sua professione)
- 16 infermieri professionali
- 4 infermieri generici
- 6 tra OSS e personale ausiliario

Considerazioni e valutazioni

La valutazione di questa esperienza mette in luce, dal punto di vista della cooperativa, punti di forza e criticità.

Il punto di forza è certamente rappresentato dal fatto che, sin dalla sua costituzione, la cooperativa ha avuto una forte connotazione professionale.

I punti di debolezza sono invece rappresentati dal fatto che la cooperativa opera esclusivamente in regime di appalti con enti pubblici, fornendo prestazioni

infermieristiche all'interno di strutture gestite da altri.

Nei servizi gestiti non sono presenti investimenti, esponendo la cooperativa al rischio di operare in situazioni al limite dell'intermediazione di manodopera.

Altra criticità è la difficoltà alla fidelizzazione delle infermiere professionali: la cooperativa applica integralmente il CCNLL e prevede anche una forma di redistribuzione degli utili, ma questo, unito all'incertezza della durata degli appalti, non sembra essere sufficiente a stabilizzare il personale in prevalenza straniero.

Nelle ambizioni della cooperativa vi è lo sviluppo dei servizi infermieristici nell'ambito provinciale, l'aspirazione a gestire un'intera struttura, anche se ciò, non possedendo adeguati requisiti in termini di fatturato e risorse economiche tali da consentire investimenti di una certa rilevanza, sembra difficile da percorrere, salvo stringere alleanze con altri soggetti presenti nel mercato locale.

5 Temi e riflessioni

È ora il momento di trarre alcune considerazioni sulla base delle informazioni sino ad ora raccolte.

Da un punto di vista giuridico, sono emerse indicazioni controverse; se da una parte si sono raccolti sufficienti argomenti per non escludere la cooperazione sociale dall'attività in ambito sanitario, stante una ragionevole lettura "a-tecnica" dell'articolo 1 della 381/1991, è evidente che la confusione del quadro normativo ha avuto un effetto deterrente verso questo possibile sviluppo, pur in situazioni differenziate a seconda dei territori.

Da un punto di vista operativo, diventa quindi dirimente comprendere quali siano le dinamiche in essere nei processi di sviluppo delle cooperative che operano in questi settori.

A questo proposito, come si è potuto verificare, si è scelta una strada diversa da quella della galleria delle "buone prassi". Si è puntato invece su interviste eterogenee, che facessero emergere opportunità, punti di forza, ma anche le difficoltà che le cooperative sociali si trovano ad affrontare quando approcciano l'ambito sanitario.

Da questa rassegna è possibile trarre alcune prime indicazioni.

Il quadro che emerge mostra crescenti "incursioni" della cooperazione nell'ambito dei servizi sanitari, che però difficilmente - anche per effetto della "semi-clandestinità" normativa di cui si è parlato - si sono trasformate sino ad oggi in una presenza rilevante e strutturata.

Dalle interviste sono emersi un certo numero di potenziali percorsi di introduzione delle cooperative nell'ambito sanitario, su cui è possibile ora proporre alcune riflessioni.

Il percorso che sembra ad oggi portare alle sperimentazioni più significative riguarda lo "sfondamento" verso l'ambito sanitario puro da parte di cooperative che operano in ambiti di integrazione socio sanitaria. Si tratta nella maggior parte di casi di cooperative di una certa solidità, con fatturati quindi di alcuni milioni di Euro e diversi anni di attività nel settore, che hanno una certa familiarità nel rapporto con aziende sanitarie delle quali sono clienti per la gestione di servizi socio sanitari.

Spesso possono offrire alle aziende sanitarie costi concorrenziali rispetto alle soluzioni alternative, come si è visto a proposito delle dimissioni protette di anziani verso reparti di RSA con presenza di operatori sanitari rafforzata rispetto all'invio presso case di cura.

Queste cooperative spesso hanno familiarità con il mondo delle professioni sanitarie, anche se il legame con il mondo medico, pur non assente, appare spesso debole.

Sono caratterizzate da requisiti organizzativi - gestionali che, seppure non siano superiori rispetto ad organizzazione private concorrenti che operano sul mercato sanitario, sono in ogni caso più solidi rispetto alla media delle cooperative sociali e sufficienti per approcciarsi a tale ambito potendo offrire risposte complessivamente competitive.

Il rapporto tra cooperative sociali e medici di medicina generale, a parte alcune esperienze pilota, stenta a decollare. Rispetto alle cooperative di medici di medicina generale, la questione dirimente non è la forma giuridica (di cooperativa di produzione e lavoro o di cooperativa sociale), né pare così rilevante ai fini di questa indagine la riaffermazione, da parte del medico, dell'imprescindibilità del rapporto personale e fiduciario con il proprio paziente; la questione è che questo tipo di esperienze ad oggi difficilmente si percepiscono come protagoniste di una presa in carico territoriale della salute del cittadino; più limitatamente spesso si pensano come strumenti per conseguire economie e sinergie nello svolgimento di un'attività professionale.

Da questo punto di vista, è forse corretto che tali aggregazioni non assumano forma di cooperativa sociale, che le proietterebbe verso finalità di interesse generale che risultano di solito estranee alla volontà dei partecipanti. E in ogni caso, se la finalità non è la riorganizzazione delle azioni per la salute dei cittadini - e dunque, ad esempio, la promozione e l'organizzazione di nuovi e diversi servizi domiciliari o ambulatoriali - ma il disporre di servizi di supporto agli studi professionali, vi sono pochi motivi di approfondire un rapporto con cooperative sociali.

Accanto a questa variabile, connessa al modo in cui i medici interpretano il proprio ruolo, gioca a sfavore di una collaborazione strutturata tra medici e cooperative sociali anche l'estrema lentezza con cui, in molte parti del territorio nazionale, si sviluppano, al di là delle dichiarazioni di principio, effettivi modelli sanitari in cui la presa in carico territoriale assuma caratteristiche più avanzate e complesse rispetto a quelle tradizionali.

Il rapporto con le farmacie, al momento della discesa sul campo (2009) era ancora inesistente, dal momento che le normative che hanno aperto possibilità in tal senso erano sostanzialmente contemporanee alla ricerca; potrebbe essere interessante, in una seconda edizione di questo studio, dedicare al tema uno specifico approfondimento.

In generale la questione del ruolo attribuito alle cooperative da parte degli interlocutori rimane aperta. A parte alcuni casi virtuosi, spesso si assiste a situazioni in cui i rischi di un rapporto al ribasso è sempre presente. Lo si vede negli assetti delle cooperative di matrice infermieristica, forse le più esposte a richieste di mera fornitura di personale sia da parte di enti pubblici sia di enti privati. Lo si vede dalla sostanziale mancanza delle cooperative da luoghi qualificati di concertazione relativi alle politiche sanitarie. Lo si vede, ancora, dal rapporto, ancora embrionale, con la professione medica, dove i medici, nella maggior parte dei casi non sembrano investire in un rapporto con la cooperativa.

In un caso è emerso un rapporto significativo con un presidio ospedaliero, conseguente all'aggiudicazione di una gara d'appalto; la cooperativa interessata ha tentato di caratterizzare il servizio facendo leva sui punti di forza delle cooperative sociali (capacità di interpretare al meglio l'umanizzazione delle cure, oggi spesso tra le priorità dei sistemi sanitari regionali) e dedicando notevoli energie a rincorrere gli standard relativamente ai propri potenziali punti di debolezza, quali ad esempio la disponibilità di operatori socio sanitari con una formazione incompleta relativamente agli aspetti più strettamente sanitari.

Questo ultimo punto rimanda ad un tema spesso emerso nelle interviste da cui

si rileva come operare nel settore sanitario non possa costituire un'avventura improvvisata. A questo proposito si sono incontrate situazioni diverse, da quelle di cooperative che possono portare la capacità professionale dei propri operatori come punto di forza e come elemento evolutivo circa l'assetto delle professioni sanitarie, a quelle in cui al contrario le cooperative avvertono la necessità di rafforzare la professionalità dei propri operatori per raggiungere standard per i quali non sono ancora adeguate.

Da tutti questi esempi è possibile trarre una considerazione finale: se si assume un punto di partenza meramente commerciale, non stupisce che, a fronte delle evoluzioni in corso nel sistema sanitario, vi siano imprese, cooperative e non, che tentano di far leva sui propri punti di forza per offrire prestazioni complementari o concorrenti a quelle dei servizi pubblici.

Ciò che invece rimane da capire è quale sia, in questo ambito, la peculiarità della cooperazione sociale, sia rispetto alla generalità delle imprese, sia rispetto alle altre forme cooperative interessate a sviluppare proposte in questo ambito.

La iniziale discussione di tipo normativo ha messo in luce alcuni aspetti, che possono guidare in questo ragionamento.

Una conclusione cui si può giungere, a questo riguardo, è che **una preclusione dell'ambito sanitario alla cooperazione sociale sarebbe immotivata** dal punto di vista giuridico, in quanto legato ad una lettura letterale della norma che si è dimostrata né solida né ragionevole. Non si è dimostrata solida, perché, come si è dimostrato, ritenere che la dizione "socio sanitario" dell'articolo 1 della 381/1991 valesse ad escludere l'ambito sanitario non tiene conto del fatto che, al tempo di approvazione della norma, "socio sanitario" non aveva ancora il significato tecnico attuale e quindi ricomprendeva in modo generico gli interventi sociali, quelli sanitari e quelli che oggi identificheremmo con l'area dell'integrazione tra i due ambiti. Non si è dimostrata ragionevole, perché con lo stesso criterio andrebbe affermato che la cooperazione non può occuparsi di interventi "sociali" (e non socio sanitari), quindi ad esempio di persone senza fissa dimora, di stranieri, di interventi educativi sui minori, e così via, il che parrebbe evidentemente fuori luogo.

Ma d'altra parte, al di là della mera lettura giuridica, questi ragionamenti, anche alla luce delle interviste svolte, non portano ad affermare che abbia senso pensare ad una operatività della cooperazione sociale in ambito sanitario senza ulteriori limiti e specificazioni, salvo la considerazione che di limiti non ne debbano esistere a priori, e che a guidare le strategie non debba essere altro che l'opportunità di mercato. Il limite - a questo punto forse difficilmente stringibile entro un discorso giuridico, ma non per questo estraneo alla discussione - riguarda il senso degli interventi messi in atto in ambito sanitario.

È, in altre parole, importante chiedersi quando un'attività di tipo sanitario presenti una coerenza con la vocazione e la specificità della cooperazione sociale. Non tutti gli esempi raccolti in fase di intervista lo sono.

Non lo è una cooperazione tra medici finalizzata ad offrire servizi ad uno studio associato. Non lo è la mera fornitura di infermieri a operatori pubblici e privati del settore.

Lo sono molte altre attività che, per quanto tra loro eterogenee, vanno ad allargare la sfera dei diritti dei cittadini e / o a caratterizzare una pratica sanitaria per una

particolare attenzione dal punto di vista relazionale. Si sono trovate a questo proposito cooperative operanti nell'ambito della umanizzazione delle cure, della gestione di hospice, cooperative che aprono le proprie strutture residenziali ai bisogni del territorio con strutture ambulatoriali, letti di continuità a disposizione dei medici di medicina generale connessi a strategie di mantenimento dei pazienti, soprattutto anziani, presso il proprio domicilio.

Si tratta di casi in cui la prestazione sanitaria è strumento per la promozione umana e l'integrazione sociale delle persone, e in particolare di cittadini che in assenza di tale intervento rischiano di vedere diminuito un proprio diritto o mortificate le proprie esigenze relazionali.

E qui si gioca anche la definizione del crinale tra cooperazione sociale ed altre forme di cooperazione. Si tratta, per fare un parallelo, della differenza che si può riscontrare tra una cooperativa edilizia ed un intervento di housing sociale: entrambe rispondono ad uno stesso bisogno, quello abitativo, che di per sé è connesso all'innalzamento della sfera dei diritti e della qualità della vita, ma nel caso dell'housing sociale si interviene su fasce sociali più marcatamente a rischio di esclusione e l'oggetto specifico dell'intervento (la casa) rappresenta un tassello di un progetto di integrazione sociale che è attivato attraverso una molteplicità di strumenti relazionali e di promozione.

Se questo è il criterio, è difficile redigere un "nomenclatore" di interventi sanitari che si intersechino con la vocazione delle cooperative sociali; molti possono esserlo o non esserlo a seconda dei presupposti con cui sono progettati e delle modalità con cui sono realizzati.

Ma ad oggi, con un cammino appena iniziato, questi orientamenti possono essere sufficienti per definire una prospettiva di sviluppo non estranea alla vocazione delle cooperative sociali. Saranno poi le esperienze concrete, nei prossimi anni, a dare ulteriori indicazioni.

6 Appendici

Traccia di intervista per le cooperative

Descrizione generale del servizio

In cosa consiste:

prestazioni svolte presso il domicilio del paziente: assistenza domiciliare integrata, prestazioni infermieristiche, fisioterapia, ossigenoterapia, ventiloterapia, nutrizione artificiale	<input type="checkbox"/>
prestazioni svolte nell'ambito di strutture socio sanitarie: reparti di residenze per anziani attrezzati per ospitare dimissioni protette dagli ospedali	<input type="checkbox"/>
medici di medicina generale che scelgono la forma di cooperativa per svolgere la propria attività in modo associato	<input type="checkbox"/>
prestazioni sanitarie svolte nell'ambito di reparti ospedalieri	<input type="checkbox"/>
prestazioni odontoiatriche	<input type="checkbox"/>
diagnostica ambulatoriale	<input type="checkbox"/>
altro (specificare)	<input type="checkbox"/>

Dove si svolge:

struttura socio sanitaria con reparti sanitari	<input type="checkbox"/>
presidio sanitario con reparti di degenza	<input type="checkbox"/>
Ambulatorio	<input type="checkbox"/>
Domicilio	<input type="checkbox"/>

Quali professionalità vi sono impiegate

Medici	n°
Infermieri	n°
Terapisti della riabilitazione	n°
Fisioterapisti	n°
Altri	n°

I servizi sanitari nell'impresa

Qual è la dimensione del servizio

Fatturato annuo (Euro x 1'000)
Unità di personale sanitario impiegato	n°
Unità di personale totale impiegato	n°
Valore immobilizzazioni impiegate nel servizio	n°
Quota di fatturato del servizio in oggetto sul fatturato totale dell'impresa (Euro X 1'000)	%

In quale contesto si è sviluppato il servizio?

Abbiamo operato sin dalle fasi iniziali della nostra attività in questo ambito	<input type="checkbox"/>
Abbiamo iniziato ad operare in ambito socio assistenziale / socio sanitario e successivamente ci siamo sviluppati nel settore sanitario	<input type="checkbox"/>

Da quale anno gestite il servizio in questione? |_|_|_|_|

I servizi sanitari nelle prospettive di sviluppo

La presenza dell'impresa nel settore sanitario è

Centrale nelle strategie di sviluppo futuro dell'impresa	<input type="checkbox"/>
Uno degli ambiti di possibile sviluppo, ma non il principale	<input type="checkbox"/>
Occasionale, legata ad una specifica opportunità imprenditoriale	<input type="checkbox"/>

Rispetto ai servizi sanitari attualmente svolti, nel futuro si prevede

Di diminuire o dismettere la propria presenza in ambito sanitario	<input type="checkbox"/>
Di mantenere la presenza nel settore sanitario in termini simili a quelli attuali	<input type="checkbox"/>
Di sviluppare ulteriormente gli attuali servizi offerti in ambito sanitario	<input type="checkbox"/>

Rispetto a servizi sanitari diversi da quelli attualmente svolti, nel futuro si prevede

Di non intraprendere nuovi e diversi servizi in ambito sanitario	<input type="checkbox"/>
Di sviluppare nuovi e diversi servizi: (Quali):	<input type="checkbox"/>

Il mercato

Chi paga oggi il servizio in questione

Una ASL / ASO	%
Un soggetto privato	%
Un soggetto non profit (es. fondazione)	%
Una mutua / assicurazione	%
Il cittadino che fruisce del servizio	%

Qual è l'evoluzione attesa rispetto alla vendita di servizi ai diversi soggetti elencati

	Estraneo	Diminuzione	Stabile	Aumento
Una ASL / ASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un soggetto privato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un soggetto non profit (es. fondazione)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una mutua / assicurazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il cittadino che fruisce del servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual è l'importo economico annuo dei servizi sanitari resi da cooperative sociali (Migliaia di Euro)? |_|'|_|_|_|

Punti di forza e di criticità

In che misura gli elementi di seguito elencati rappresentano punti di forza o criticità?

	Forte criticità	Criticità	Neutro	Punto di forza	Grande punto di forza
La disponibilità di personale con professionalità in campo medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità di personale con professionalità in campo infermieristico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità di personale con altre professionalità sanitarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La reputazione / considerazione da parte dell'ASL / ASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La reputazione / considerazione da parte di altri soggetti operanti in campo sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il possesso di adeguate tecnologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La possibilità di operare gli investimenti necessari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quali sono gli elementi che rendono la vostra offerta apprezzata dai clienti

Costi inferiori ai concorrenti	<input type="checkbox"/>
Maggiore flessibilità nel servizio e nella gestione degli operatori	<input type="checkbox"/>
Maggiore professionalità	<input type="checkbox"/>
Servizi personalizzati	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare...)	<input type="checkbox"/>

La collana **I quaderni di Idee in Rete**

- 1 - **Consorzio Nazionale Idee in Rete** - L'impresa sociale che non ti aspetti
- 2 - **Dal Libro Verde al Libro Bianco** - La cooperazione sociale per l'inserimento lavorativo - *Il percorso di Federsolidarietà*
- 3 - **RASSicura - Ricerca Azione e Sviluppo Sociale** - Per un nuovo modello di città sicura

Finito di stampare nel mese di novembre 2011 per conto del Consorzio Nazionale Idee in Rete da Futura Società Cooperativa Sociale onlus