



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA "GIORGIO FUÀ"

Corso di Laurea Magistrale in MANAGEMENT PUBBLICO E DEI SISTEMI SOCIO-SANITARI

**Le Cooperative di tipo A:
l'assistenza sanitaria a domicilio**
(Type-A Cooperatives: home health care)

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa Moretti Carla

Tesi di Laurea di:

Remedi Giacomo

Anno Accademico 2018/2019

Introduzione_____ (pag. 3)

Capitolo I – Le cooperative_____ (pag. 6)

1.1. Nascita, definizione ed evoluzione delle cooperative_____ (pag. 6)

1.2. Tipi di cooperative_____ (pag.17)

1.3. La pratica della cooperazione sociale_____ (pag.18)

1.4. La scelta della cooperativa sociale e il ruolo dei volontari_____ (pag.23)

1.5. Vantaggi relativi delle imprese cooperative sociali_____ (pag.25)

1.6. Strumenti e istituzioni finanziarie per le cooperative sociali Italiane_____ (pag.30)

1.7. Osservazioni conclusive_____ (pag.36)

Capitolo II – Le cooperative di tipo A_____ (pag.41)

2.1. Il contesto storico-politico_____ (pag.41)

2.2. Quadro normativo_____ (pag.43)

2.2.1. Gli aspetti normativi della cooperazione sociale relativa ai servizi sanitari_____ (pag.48)

2.3. Come le cooperative di tipo A si inseriscono nella riforma del terzo settore____ (pag.54)

2.4. Tipologie di cooperative sociali di tipo A che operano in ambito sanitario_____ (pag.58)

Capitolo III – L’assistenza sanitaria a domicilio_____ (pag.65)

3.1. Il quadro normativo_____ (pag.65)

3.2. Le opportunità delle Province autonome di Trento e Bolzano_____ (pag.78)

3.3. Un’esperienza: il consorzio Gino Mattarelli_____ (pag.92)

Conclusioni_____ (pag.94)

Bibliografia_____ (pag.100)

Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni, sono emerse vari tipi di iniziative economiche che rientrano nell'ampia definizione di impresa sociale sia in Italia che in tutta la Comunità Europea. Il termine impresa sociale è un concetto teoricamente ambiguo utilizzato per riferirsi ad organizzazioni di volontariato, a un certo numero di cooperative standard che forniscono assistenza e ad alcune società per azioni o società a responsabilità limitata caratterizzate dallo sviluppo di uno spirito imprenditoriale diretto per raggiungere obiettivi sociali.

Per molte ragioni, che vanno dalla globalizzazione dei mercati alla rigorosa adesione agli impegni di bilancio, il settore pubblico ha progressivamente trasferito quelle responsabilità ai suoi cittadini che avevano originariamente gettato le basi del patto sociale: la teoria del fallimento del governo.

Le imprese private, d'altra parte, non hanno dimostrato la capacità di aumentare la soddisfazione dei cittadini perché non sono riuscite a garantire una distribuzione efficiente della loro produzione né a eliminare i costi di transazione, e anche perché una volta che il profitto è stato massimizzato non hanno ancora fornito ai clienti con il miglior rapporto prezzo-quantità: cioè la teoria del fallimento del mercato o del contratto.

Pertanto, la graduale espansione di alcuni tipi di organizzazioni di volontariato, come ad esempio fondazioni, associazioni e società di mutuo soccorso, mira a rispondere in modo più efficace ai bisogni dei cittadini.

In virtù della maggiore fiducia che ispirano nella destinazione delle risorse, queste organizzazioni tendono a svilupparsi innanzitutto in quei mercati caratterizzati dall'incapacità di soddisfare reciprocamente gli attori coinvolti nella transazione, ad esempio nell'amministrazione di beni e servizi pubblici o di beni forniti in una situazione di informazioni asimmetriche, sebbene con elevati costi di cambio.

In effetti, ora stanno penetrando le lacune lasciate da un settore pubblico e privato inefficace e colmando alcune delle carenze dello stato e delle imprese private nella fornitura di servizi di welfare essenziali e in larga misura dei servizi comuni: quelli che in risposta alla domanda individuale sono ancora socialmente utili ma non sono né pubblici né collettivi.

Se forniti da imprese a scopo di lucro, questi servizi porterebbero probabilmente a prezzi di mercato che sono al di fuori della portata dei meno abbienti, e i primi sarebbero inclini a trarre vantaggio dall'asimmetria informativa, a scapito dei consumatori. Se forniti da un'associazione non profit o da un'impresa pubblica non specificata, tali servizi avrebbero, come dimostrano i fatti, uno standard indifferenziato incapace di soddisfare la maggior parte degli utenti finali e vi sarebbe un problema nel determinare la quantità ottimale a causa della presenza di servizi gratuiti.

Rispetto a questi possibili scenari, nel complesso le imprese sociali presentano un sistema di incentivi collegato alle loro caratteristiche intrinseche, che li rende quindi apparentemente in grado di fornire i servizi comuni in condizioni più efficienti ed efficaci e di contribuire alla creazione di capitale sociale. Il vantaggio delle imprese sociali, quindi, risiede soprattutto nella loro capacità di ridurre i costi di produzione, nel modo diverso in cui i fattori di produzione sono remunerati e nella loro capacità di adattarsi alla domanda.

Sia la Comunità Europea che i suoi Paesi Membri hanno un vivo interesse nell'identificare un modello di business capace di conciliare gli obiettivi di crescita economica, occupazione e qualità della vita. A causa del suo impegno a conciliare le pratiche commerciali con gli obiettivi collettivi aggregati, i vari governi nazionali hanno prestato per diversi anni una notevole attenzione alle imprese sociali in generale, in gran parte a causa della loro capacità di soddisfare la necessità di servizi del settore terziario, dove è prevista una crescita della domanda e per creare occupazione, in particolare per quelli normalmente esclusi dal mercato del lavoro.

L'interesse per questa organizzazione è in parte correlato al fatto che mentre le organizzazioni senza scopo di lucro o non profit tendono in generale a reagire lentamente ai cambiamenti dell'ambiente esterno. Infatti, le imprese sociali sembrano meglio posizionate per interagire con il quadro socioeconomico locale nella misura in cui diventa una variabile nei loro piani e schemi di espansione e propongono costantemente soluzioni nuove e innovative ai problemi per i loro scopi interni.

Per questo motivo molti programmi e iniziative introdotte negli ultimi anni hanno prestato particolare attenzione alle imprese sociali e molti fondi sono stati specificamente assegnati allo sviluppo della ricerca in queste organizzazioni.

Secondo il quadro teorico tradizionale, il settore delle organizzazioni non profit e l'economia sociale hanno alcune caratteristiche in comune: includono la presenza di strutture organizzative formali ma private, con i loro organi decisionali che si avvalgono di contributi volontari (denaro e lavoro). Tuttavia, differiscono per quanto riguarda l'identificazione degli obiettivi (per l'economia sociale serve i membri e la comunità), il controllo sull'organizzazione (nelle organizzazioni non profit la partecipazione democratica non è richiesta formalmente) e la distribuzione degli utili (vietata in queste organizzazioni).

Questa tesi si concentrerà solo su uno dei tipi specifici compresi nelle imprese sociali italiane, vale a dire le cooperative sociali, e in particolar modo quelle di tipo A, e l'assistenza sanitaria a domicilio proprio a causa della loro recente comparsa e della loro rapida crescita.

Inoltre, lo scopo principale è quello di identificare se nel complesso la nascita e la successiva diffusione del concetto di impresa sociale è l'effettivo risultato dell'incapacità del settore pubblico e privato di soddisfare i bisogni e le scelte di una società civile differenziata in termini di reddito, istruzione, background etico e ideologia.

Capitolo I – Le Cooperative

1.1. Nascita, definizione ed evoluzione delle cooperative

Legalmente parlando, in Italia le cooperative sono associazioni non profit per eccellenza riconosciute dal 1942 e divise per tipologia e attività (consumatore, produzione e occupazione, agricoltura, edilizia, trasporti, pesca, servizi). Nello svolgimento delle loro attività, le cooperative devono aderire a diverse condizioni, come il numero dei membri, l'importo del capitale versato consentito che non può essere remunerato al di sopra di una percentuale chiaramente definita e l'appropriazione del 3% annuo netto profitto per un fondo per la promozione e lo sviluppo delle cooperative in generale.

Le cooperative hanno uno scopo istituzionale reciproco per i loro membri o parti interessate che sono i beneficiari legali ma non esclusivi dei beni e servizi prodotti. Più specificamente, si può dire che un'impresa cooperativa contenga otto principi fondanti:

- Reciprocità interna;
- Reciprocità esterna;
- Distribuzione non profit;
- Partecipazione;
- Rappresentatività;
- Accessibilità;
- Solidarietà intergenerazionale;
- Solidarietà intercooperativa.

A causa di questi principi, l'obiettivo principale delle Cooperative non è tanto quello di ottenere il massimo ritorno sul capitale investito quanto quello di soddisfare un requisito o un'esigenza comune preesistente, al fine di offrire ai soci o alle parti interessate un vantaggio o un risparmio maggiore di quanto farebbe altrimenti è stato possibile separatamente.

Al fine di aiutare specificamente le organizzazioni di volontari impegnate in un migliore dispiegamento delle risorse umane e l'integrazione dei cittadini

svantaggiati nella società (minori, disabili, tossicodipendenti, anziani, ex detenuti, disabili mentali e immigrati), un nuovo tipo di cooperativa è stata istituita nel 1991: la cooperativa sociale.

Tuttavia, in precedenza, e specificamente negli anni '80, l'emarginazione di vari segmenti della popolazione, un fenomeno legato tra l'altro alla cosiddetta nuova povertà, iniziò gradualmente a guadagnare terreno, non solo per le nuove esigenze emergenti, ma anche per la progressiva chiusura delle strutture tradizionali per le persone con problemi di salute e sociali, in primis ospedali psichiatrici, come conseguenza della reazione contro la loro natura segregativa. Queste chiusure furono fatte senza che il governo fornisse una gamma organizzata e adeguata di servizi alternativi, così che coloro che furono dimessi da ospedali psichiatrici finirono spesso per essere emarginati nelle loro comunità o in strutture alternative ospitate, come quelle per gli anziani.

Allo stesso tempo, il pubblico è diventato sempre più consapevole delle persone con disabilità che, dopo aver completato i periodi di formazione, stavano cercando di entrare nel mercato del lavoro, ma senza il beneficio delle politiche di sostegno pubblico.

Come reazione a questi fallimenti delle politiche pubbliche e nel tentativo di rispondere ai bisogni di cui sopra, gruppi di persone vincolate da alti valori idealistici hanno iniziato ad organizzarsi volontariamente. Ciò ha portato alla nascita di nuove forme di organizzazioni di volontariato che, secondo i loro fondatori, erano principalmente destinate a rimediare alle carenze delle istituzioni pubbliche italiane per un periodo di tempo limitato.

Dopo alcuni anni, tuttavia, alcune di queste organizzazioni di volontariato hanno capito che le istituzioni pubbliche difficilmente sarebbero state in grado di intervenire sistematicamente per soddisfare i bisogni sociali che erano emersi. Di conseguenza, sono arrivati gradualmente alla conclusione che la gamma di servizi offerti su base privata senza scopo di lucro dovrebbe essere consolidata ed estesa.

Questo processo, tuttavia, è stato ostacolato dalla mancanza di adeguate forme legali per la gestione delle attività commerciali con uno scopo sociale. Fu adottata la forma giuridica della cooperativa: le cooperative erano organizzazioni commerciali, ma avevano anche le caratteristiche democratiche tipiche delle associazioni e venivano riconosciute dalla Costituzione Italiana come aventi una funzione sociale.

Inoltre, il sistema giuridico Italiano aveva limitato la distribuzione degli utili e delle attività da parte delle cooperative dal 1946. Questi vari aspetti hanno facilitato la decisione di adottare la forma cooperativa per far fronte ai nuovi bisogni sociali. Tuttavia, nelle cosiddette cooperative di solidarietà sociale, rispetto alle cooperative tradizionali, gli elementi di reciprocità interna sono stati attenuati, mentre quelli relativi alla solidarietà sono stati potenziati.

Queste organizzazioni hanno svolto attività di integrazione del lavoro e fornitura di servizi, gestiscono comunità di riabilitazione dalla droga, case di gruppo per bambini, strutture di accoglienza per senzatetto, servizi di assistenza domiciliare per anziani.

In questa fase, le organizzazioni di volontariato e le cooperative di solidarietà sociale si sono mosse in sincronia, come entità con obiettivi e attività simili. Il sostegno pubblico a questi gruppi non è stato garantito ed è stato concesso principalmente sotto forma di contributi non correlati ai costi dei servizi e copriva al massimo una parte di tali costi.

Per questi motivi, fino ai primi anni '90, la gestione di molte di queste nuove organizzazioni, comprese le cooperative, in particolare le cooperative di solidarietà sociale, si basava principalmente sulle attività di volontariato dei membri.

Questa situazione è ben riassunta dai dati del primo sondaggio condotto su queste cooperative, condotto nel 1986 dove sono state intervistate circa 500 cooperative di solidarietà sociale sulle 600 esistenti (fonte ISTAT - 1986). Secondo questa ricerca, la dimensione media delle cooperative

era relativamente piccola e i loro membri erano costituiti da più volontari che lavoratori retribuiti. I volontari includevano anche non membri e obiettori di coscienza, mentre i lavoratori retribuiti contavano anche dipendenti non membri.

I beneficiari dei servizi delle cooperative includevano disabili, tossicodipendenti e adulti in condizioni di difficoltà. Quasi tutte le cooperative intervistate avevano offerto servizi sociali e organizzato anche attività di integrazione del lavoro, con un elevato grado di sovrapposizione tra queste due funzioni. La maggior parte delle cooperative non aveva alcuna relazione con gli enti governativi nazionali o locali e gli accordi contrattuali formalizzati con le autorità pubbliche erano estremamente rari.

Si può quindi affermare che, almeno durante le prime fasi del fenomeno dell'impresa sociale in Italia, due fatti principali erano particolarmente salienti. In primo luogo, le imprese sociali sono derivate da una dinamica dal basso verso l'alto. In altre parole, non era un fenomeno provocato dalle politiche pubbliche (e ancor meno dai finanziamenti del governo); piuttosto, era guidato da movimenti sociali.

Il principale punto di svolta nello sviluppo delle imprese sociali Italiane, in particolare sotto la forma giuridica delle cooperative di solidarietà sociale, ha avuto luogo tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 ed è stato principalmente il risultato di una serie di interventi normativi. Durante quegli anni, il contesto sociale ed economico rese necessario che le istituzioni pubbliche regolassero legalmente le nuove organizzazioni. Ciò ha portato all'implementazione di una serie di misure legislative, che hanno comportato a sua volta la diffusione delle imprese sociali in tutta Italia negli anni successivi.

La prima azione legale è arrivata con la decisione della Corte costituzionale Italiana n. 396 del 1988, che ha dichiarato incostituzionale l'articolo 1 della legge n. 6972/1890, secondo la quale tutte le attività assistenziali dovevano essere svolte da IPAB (Istituzioni di Assistenza e

Beneficienza) e dovevano essere pubbliche; la legge del 1890 quindi espressamente esclude la possibilità di una forma indipendente.

Invocando l'articolo 38 della Costituzione Italiana, la Corte costituzionale ha dichiarato che la fornitura di servizi di welfare non poteva essere monopolizzata dal governo, e quindi ha sanzionato il diritto di tutti i cittadini di istituire organizzazioni in grado di fornire servizi di welfare e di assegnare loro una forma legale coerente con la loro caratteristiche. La Corte costituzionale ha inoltre precisato che questo diritto era garantito anche in assenza di adeguate forme giuridiche. Con tale provvedimento, la Corte costituzionale Italiana ha sollecitato il Parlamento italiano ad accelerare l'approvazione di alcune leggi che erano state depositate in parlamento dall'inizio del decennio.

Le due leggi principali concernenti il riconoscimento e la regolamentazione delle organizzazioni di volontariato¹ (legge n. 266) e delle cooperative sociali². (legge n. 381) sono state entrambe approvate nel 1991.

La legge n. 266 riconosce le organizzazioni di volontariato, a condizione che i membri lavorino solo per beneficenza scopi e che, all'interno dell'organizzazione, il volontariato supera il lavoro remunerato. La legge consente inoltre alle associazioni di volontariato, anche quelle non riconosciute, di possedere proprietà, svolgere attività commerciali (sebbene in modo limitato) e stipulare accordi contrattuali con le autorità pubbliche per la fornitura di servizi³.

La legge n. 381, d'altra parte, riconosce le nuove cooperative che si erano sviluppate negli anni precedenti come cooperative sociali. Questa legge consente anche la presenza di membri volontari e definisce, in un articolo separato, le attività che queste cooperative possono svolgere, vale a dire

¹ Legge 11 agosto 1991, n. 266: Legge-quadro sul volontariato. (GU Serie Generale n.196 del 22-08-1991) (Entrata in vigore della legge 06-09-1991)

² Legge 8 novembre 1991, n. 381: Disciplina delle cooperative sociali. (GU Serie Generale n. 283 del 03-12-1991) (Entrata in vigore della legge 18/12/1991)

³ Legge 266/1991, Op. cit.

servizi sociali, sanitari ed educativi o attività di integrazione del lavoro per persone svantaggiate⁴.

Infine, la legge consente alle autorità locali di stabilire relazioni contrattuali con le cooperative sociali sia per la fornitura di servizi di assistenza sociale sia per la gestione dei servizi di integrazione del lavoro.

Le altre due importanti iniziative legislative^{5 6} (leggi n. 142 e n. 241 entrambe approvate nel 1990) riguardano l'organizzazione della fornitura di servizi sociali da parte delle autorità pubbliche locali e le loro relazioni con organizzazioni senza scopo di lucro.

La legge n. 142 impone ai comuni di riconoscere le forme associative e consente alle autorità locali di organizzare la fornitura di servizi pubblici locali (compresi i servizi sociali, assistenziali ed educativi) attraverso procedure di esternalizzazione⁷.

La seconda legge (n. 241) ribadisce i concetti della legge precedente: riconosce esplicitamente la possibilità per soggetti collettivi, come le associazioni, di intervenire in procedimenti amministrativi e per le autorità pubbliche di concludere accordi con enti privati senza scopo di lucro⁸.

La promulgazione combinata di queste quattro leggi ha portato ad un aumento degli appalti pubblici, in particolare tra le autorità locali e le cooperative sociali e ha provocato una crescita straordinaria del numero di

⁴Legge 381/1991, Op. cit

⁵Legge 8 giugno 1990, n. 142: Ordinamento delle autonomie locali. (GU Serie Generale n.135 del 12-06-1990 - Suppl. Ordinario n. 42) (Entrata in vigore della legge 13/6/1990)

⁶Legge 7 agosto 1990, n. 241: Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi. (GU Serie Generale n.192 del 18-08-1990) (Entrata in vigore della legge 2-9-1990)

⁷Legge 142/1990, Op. cit.

⁸Legge 241/1990, Op. cit.

cooperative sociali. Dal 1991, le cooperative sociali registrano un tasso di crescita medio annuo compreso tra il 10 e il 20%.

Le cooperative sociali che forniscono servizi sociali hanno assunto migliaia di professionisti altamente qualificati nei settori dell'assistenza sanitaria, della psicologia, della salute mentale e della formazione. Le cooperative sociali di integrazione del lavoro si sono sviluppate come un importante meccanismo di sostegno all'occupazione per i lavoratori svantaggiati⁹.

In conformità con i principi cooperativi descritti in precedenza, le cooperative sociali coprono sia le attività di cura (gestione dell'assistenza socio-sanitaria e dei servizi educativi, la fornitura di assistenza domiciliare e residenziale alle persone a rischio, l'assistenza all'infanzia, le attività culturali e le iniziative per la protezione ambientale) o attività di formazione (introduzione di persone svantaggiate, che non sono in grado di entrare in circuiti produttivi normali, attività commerciali e opportunità di lavoro).

Per quanto riguarda le attività di assistenza, le cooperative sociali sono in grado di sostituire il settore pubblico nei settori di cui in precedenza, mostrando anche maggiori livelli di efficacia nella distribuzione su larga scala dei servizi ed efficienza nello spiegamento delle risorse. Inoltre, le cooperative sociali non tradiscono la fiducia dei loro clienti né sono inclini a nascondere discrepanze dietro cortine fumogene amministrative, ritardi burocratici e procrastinazione indefinita delle scadenze concordate.

Per quanto riguarda le attività di formazione, si trovano le cooperative sociali in cui nessun'altra entità vuole operare; propongono schemi innovativi per le persone svantaggiate a cui non solo vengono offerti posti di lavoro reali, ma spesso diventano essi stessi imprenditori¹⁰.

⁹Borzaga, C. e Ianes, A. (2006), L'economia della solidarietà. Storia e prospettive della cooperazione sociale. Roma: Donzelli editore.

¹⁰Mattioni, F. e Tranquilli, D. (1998). Da svantaggiati ad imprenditori. Milano: Hoepli.

A differenza di altri tipi di cooperative in Italia, le cooperative sociali seguono i modelli gestionali delle imprese private che competono, almeno in parte, nel mercato aperto ma il loro obiettivo è quello di andare oltre la generazione di profitto e, di conseguenza, si concentrano sulla volontà di soddisfare una domanda diffusa di servizi comunali che né lo stato né le imprese private sono in grado di soddisfare.

La legge 381 ha quindi dato forma a una struttura unica con una duplice caratteristica: orientata pubblicamente rispetto agli obiettivi e alla fornitura di beni e servizi essenziali e, allo stesso tempo, orientata privatamente per quanto riguarda le esigenze organizzative e contabili di bilancio.

Pertanto, le cooperative sociali segnalano una sorta di inversione dell'impresa redditizia. L'obiettivo principale di quest'ultimo è la crescita economica a medio e lungo termine in condizioni di redditività ottimale. Soddisfare gli aspetti sociali dei lavoratori, della comunità locale, dell'ambiente è un modo per consentire di raggiungere l'obiettivo primario nel tempo. È vero il contrario per le cooperative sociali, il cui obiettivo è quello di perseguire il bene comune per la società secondo criteri di razionalità economica e uso efficiente delle risorse disponibili.

Le cooperative sociali contengono tre categorie principali di membri (o azioni e parti interessate):

- Membri che prestano o finanziano (generalmente il 65% di tutti i membri), vale a dire coloro che ricevono un qualche tipo di vantaggio economico in cambio del servizio che forniscono o che usano lavoratori ordinari delle cooperative sociali;
- Membri beneficiari e utenti (5%), come gli anziani o i disabili e i loro parenti;
- Membri volontari (20%), ovvero individui che prestano i propri servizi liberamente, in quanto condividono l'interesse generale della comunità a promuovere le risorse umane e integrare i cittadini socialmente.

Per la prima volta tra le imprese sociali, le cooperative sociali stanno promuovendo dinamiche multi-stakeholder, che sono parte integrante del progetto sociale che essa stessa ha proposto¹¹.

Inoltre, è ormai legalmente riconosciuto che le parti interessate di un'impresa possono perseguire l'interesse collettivo, specialmente per quanto riguarda le persone svantaggiate.

A questo proposito, vale la pena sottolineare che altri tipi di membri (circa il 10% del totale) che non sono stati presi in considerazione nella legislazione vigente in materia di cooperative ordinarie, sono stati ora identificati:

- Membri finanziatori, il cui scopo è in gran parte quello di cercare profitto da finanziamento delle attività delle cooperative internamente mediante sottoscrizione di azioni;
- Membri legali, per i quali è previsto nello statuto delle cooperative sociali il finanziamento e lo sviluppo di iniziative di solidarietà e non profit;
- Membri che detengono partecipazioni, che non sono direttamente coinvolti nella gestione dell'impresa ma il cui obiettivo è quello di conseguire profitti in virtù del loro sostegno finanziario;
- Soci ordinari o cooperanti, che hanno un interesse specifico a realizzare le loro aspirazioni ma non hanno il diritto di esercitare i diritti sui servizi di reciprocità riguardanti la società cooperativa;
- Membri tecnici e amministrativi, che sono limitati al numero richiesto per eseguire le cooperative sociali in modo efficiente;
- Membri onorari. Infine, gli stessi enti pubblici costituiscono un ulteriore stakeholder, poiché sono desiderosi di delegare sempre più servizi sociali stipulando accordi o contratti con le cooperative sociali

¹¹Borzaga, C. e Santuari, A. (2001). Italia: dalle cooperative tradizionali alle cooperative sociali. In Borzaga C. e Defourny, J. (edn.) L'impresa sociale in una prospettiva europea, Milano: Issano

Sullo sfondo di un sistema di governance apparentemente complesso, potrebbe facilmente emergere il rischio di frequenti situazioni di conflitto interno. Almeno per il momento, tuttavia, questo aspetto non è una causa predominante per il fallimento delle cooperative sociali. Ciò è dovuto al fatto che i finanziatori sono mecenati o benefattori e non speculatori, mentre il personale volontario è più interessato all'autorealizzazione che al guadagno personale.

In effetti, molto spesso sono professionisti specializzati in medicina e istruzione e già impiegati in altri settori. Gli utenti dei benefattori sono quindi desiderosi di garantire una buona armonia interna, in modo che le loro esigenze possano essere soddisfatte in modo completo e soddisfacente¹².

La diffusione delle cooperative sociali in Italia ha registrato una crescita di tipo esponenziale. Questa espansione è stata sostenuta tanto dalla crescita sostanziale della domanda di servizi comunali quanto dalla convinzione, da parte degli stessi fondatori, che le cooperative sociali sembrano costituire un buon strumento per rispondere a quei bisogni collettivi lasciati insoddisfatti dallo stato, e anche per soddisfare le proprie aspirazioni.

Per quanto riguarda i beneficiari delle cooperative sociali, quasi la metà è anziana, minorenni a rischio o con disabilità, mentre solo il 9,9% delle cooperative sociali si occupa di tossicodipendenti, il 9,6% con i malati di mente e il 14,7% con gli adulti svantaggiati (“fonte ISTAT”).

In media, le cooperative sociali sono composte da 40-50 membri (solo il 10% ha più di 100 azionisti), la metà dei quali sono lavoratori retribuiti, con un fatturato annuo di 500.000 euro, quattro quinti dei quali provengono da gare d'appalto pubbliche.

¹²Mora, E. e Ragazzi, C. (1998). Le cooperative sociali. In AA.VV., Enti non Profit, Summit, n. 127, Ipsoa.

I clienti privati e le imprese a scopo di lucro rappresentano l'8% dei ricavi, mentre il resto proviene da sussidi pubblici¹³; questo perché in realtà ci sono ancora poche cooperative sociali in grado di competere con imprese a scopo di lucro.

¹³Borzaga e Santuari 2001, Op. cit.

1.2. Tipi di cooperative

Come precedentemente affermato, le cooperative sociali sono state riconosciute e regolamentate dal 1991. Nonostante facciano parte del settore cooperativo, le cooperative sociali hanno diverse caratteristiche che le distinguono dalle cooperative tradizionali.

L'articolo 1 della legge italiana n. 381 definisce le cooperative sociali come le cooperative che mirano a perseguire gli interessi generali della comunità e la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini attraverso¹⁴:

- a) la gestione dei servizi sociali, sanitari e educativi;
- b) lo svolgimento di qualsiasi attività allo scopo di fornire lavoro a persone svantaggiate.

Esistono quattro tipi di organizzazioni che appartengono al settore delle cooperative sociali:

- Il primo tipo è costituito da quelle organizzazioni che svolgono solo le attività descritte alla lettera a) e sono quindi denominate cooperative sociali di tipo A;
- Il secondo tipo è costituito da cooperative che svolgono solo le azioni di cui alla lettera b), ovvero l'integrazione lavorativa di persone svantaggiate, come ex tossicodipendenti e alcolisti, prigionieri e prigionieri in libertà vigilata, o individui con disabilità fisiche, mentali e sensoriali. Le persone svantaggiate devono costituire almeno il 30% del numero totale dei lavoratori e il loro impiego deve essere lo scopo ultimo delle cooperative sociali. Queste cooperative sono denominate cooperative sociali di tipo B;
- Il terzo tipo è costituito da cooperative sociali che svolgono attività indicate in entrambi i punti (a) e (b). Per questo motivo, queste vengono denominate cooperative sociali miste. L'ultima categoria è composta da consorzi di cooperativa sociale.

¹⁴Legge 381/1991, Op. cit.

Le cooperative sociali hanno in comune con le cooperative tradizionali una governance democratica (cioè sono governate secondo la regola una persona, un voto) e un vincolo parziale di distribuzione senza scopo di lucro.

Le cooperative sociali non possono distribuire oltre il 70% dei loro profitti complessivi e con un limite di circa il quattro-cinque% (a seconda del tasso di rendimento pagato agli abbonati di obbligazioni emesse dai servizi postali Italiani) per ciascuna azione, e non possono distribuire alcun bene ai propri membri in caso di chiusura, fusione o fallimento.

Tre aspetti molto importanti distinguono le cooperative sociali dalle cooperative tradizionali. In primo luogo, le cooperative sociali perseguono l'interesse generale della comunità e non gli interessi dei loro membri. La seconda differenza sta nella possibilità per le cooperative sociali di includere volontari come membri, fino al 50% dell'adesione totale.

Questi membri hanno un potere di controllo sulla cooperativa ma non possono ricevere alcuna ricompensa monetaria o non monetaria. In altre parole, i volontari fanno parte di un gruppo dominante in termini di processo decisionale, ma sono distinti dal gruppo beneficiario. L'ultima differenza con le cooperative tradizionali è la presenza di persone svantaggiate tra i membri delle cooperative sociali di tipo B.

1.3. La pratica della cooperazione sociale

Le principali attività svolte dalle cooperative sociali, oltre all'aiuto domiciliare (compresi quelli medici) per disabili, bambini e anziani, sono la riqualificazione professionale, il collocamento professionale diretto o il

ricollocaamento di persone svantaggiate e disoccupate, la produzione di oggetti artigianali, il lavoro ad alta intensità di lavoro in agricoltura e pesca, commercio etico e basato sulla solidarietà.

Come accennato in precedenza, le cooperative sociali hanno acquisito un ruolo più forte sulla scia della legge 381/91 rispondendo ai bisogni lasciati insoddisfatti dalla crisi nello Stato sociale e dalla sua incapacità di fornire servizi, in gran parte per ragioni che vanno dalle difficoltà finanziarie all'incapacità di adattarsi ai cambiamenti imposti dalle aspettative dei cittadini per quantità, qualità e mix di prodotti¹⁵.

Inoltre, le cooperative sociali hanno risposto ai requisiti di un numero costante e crescente di persone svantaggiate in Italia che, secondo le ultime stime, ammontano a circa il 7% della popolazione complessiva.

Le cooperative sociali non possono essere completamente confrontate con altri tipi di imprese o cooperative esistenti perché non tentano di sostituire o integrare le funzioni svolte direttamente dal settore pubblico; inoltre le cooperative sociali non rientrano nella sfera e nei doveri degli enti pubblici o in quelli delle tradizionali società a scopo di lucro.

Le cooperative sociali dovrebbero avere un ruolo tutto loro: svolgere l'imprenditoria sociale, che sta aiutando l'ingresso regolare nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate che, a loro volta, diventano imprenditori - un obiettivo che non ha mai fatto parte del mondo dell'imprenditoria e organizzazioni imprenditoriali.

Questo è il motivo per cui le cooperative sociali cercano di aumentare e arricchire le opportunità esistenti, cercare metodi innovativi e fornire soluzioni originali per soddisfare le esigenze sociali.

Al fine di raggiungere questi obiettivi, le cooperative sociali si sono dotati di una serie di strumenti e competenze che consentono loro di svolgere

¹⁵Ibid.

più missioni contemporaneamente. L'integrazione delle persone che vivono tradizionalmente ai margini della società civile, la redistribuzione dei lavoratori non più attivi nel lavoro produttivo, la riduzione della disoccupazione frizionale causata dal ritardo nell'abbinamento della domanda e dell'offerta e il soddisfacimento delle esigenze aziendali in termini di flessibilità sono esempi di ciò che fanno le cooperative sociali.

Dal punto di vista logico, possono essere rintracciati criteri più fondamentali in base ai quali le cooperative sociali cercano di volta in volta di raggiungere questi obiettivi e, in tal modo, rafforzano il passaggio da una situazione di benessere a una di lavoro, cioè dall'intervento passivo a politiche occupazionali attive¹⁶:

- *Funzione educativa*: vengono mantenute alcune somiglianze con il modello tradizionale di integrazione dell'occupazione. I promotori e i lavoratori delle cooperative sociali lavorano in genere come educatori / formatori e, di conseguenza, considerano la propria attività come un servizio pubblico. Il rischio implicito in questo approccio è che viene prestata meno attenzione alla creazione di opportunità di lavoro stabili e che forniscano competenze;
- *Ingresso diretto*: l'obiettivo principale è integrare le persone svantaggiate per le quali costituiscono una soluzione permanente al loro bisogno di lavoro. Un tale approccio è indiscutibile per le persone svantaggiate che, pur avendo alcune capacità lavorative, non sono in grado di essere assunte nelle imprese ordinarie e, quindi, l'integrazione in una cooperativa è l'unica alternativa. Naturalmente, a un certo punto, le cooperative sociali dovranno ampliare la portata delle loro attività;
- *Qualificazione*: ciò si riferisce agli sforzi compiuti per reimpiegare le persone svantaggiate nel mercato del lavoro tradizionale, al termine di un ciclo di esperienza lavorativa e crescita personale all'interno della cooperativa. In questo caso, anche se l'attività della cooperativa in termini quantitativi rimane stabile nel corso del

¹⁶Mattioni e Tranquilli 1998, Op. cit.

tempo, può comunque assumere un numero crescente di persone che altrimenti finirebbero per essere socialmente alienate.

Qualunque sia l'approccio adottato, le cooperative sociali sono implicitamente caratterizzate dal loro approccio al trattamento delle risorse umane in termini di una relazione impresa-lavoratore in una o tutte le fasi di entrata, durata ed uscita.

Sebbene le cooperative sociali abbiano ancora molto da imparare per quanto riguarda l'organizzazione tecnica e operativa del lavoro, sembrano aver già acquisito una notevole esperienza nell'insegnamento di come trattare le risorse umane¹⁷.

Sebbene gli analisti in genere concentrino la loro attenzione sugli elementi più giovani che non riescono a trovare alcuna apertura professionale al termine della fase di formazione, il problema non può essere sottovalutato, anche quando si tratta di persone che sono state licenziate a causa dell'elevato turnover del personale in molte imprese e in assenza di altre società in grado di assorbire questo surplus.

Questo è il motivo per cui ora è considerato opportuno ampliare la definizione di svantaggio sociale e includere i disoccupati di lunga durata, visto che la loro situazione riflette il problema di essere coinvolti in un possibile circolo vizioso: più a lungo sono disoccupati, maggiore è la difficoltà per loro di accedere nuovamente al mercato del lavoro.

In termini generali, oltre un terzo delle cooperative sociali è nato dalla speranza di creare un lavoro per i loro membri, in quanto sono in grado di aggirare le rotte già sature verso l'occupazione e astenersi dall'avviamento di nuove aziende convenzionalmente redditizie.

¹⁷Martinelli, L. e Lepri, S. (1997). *Le Cooperative Sociali*. Milano: Il Sole 24 Ore

Questi ultimi sono meno protetti dalle leggi sulla facilitazione rispetto alle cooperative sociali, hanno un impatto maggiore sul mercato aperto e sono soggetti a un rischio maggiore di fallimento¹⁸.

¹⁸Thomas, A. (1999). The System of Social Cooperative Services. Napoli: Consiglio Nazionale per la Ricerca

1.4. La scelta della cooperativa sociale e il ruolo dei volontari

Un comitato di vigilanza emerge di solito dalla capacità di stabilire un continuum, sia formalmente che nella sostanza, tra l'esperienza di servizio volontario e un'entità commerciale più strutturata. Circa l'80% dei membri delle cooperative sociali è costituito da volontari o sostenitori (ma questa percentuale è diminuita nel corso degli anni) e solo il rimanente 20% è rappresentato da azionisti pagati¹⁹.

Le numerose, più o meno organizzate, forme di servizio volontario offrono un ricco serbatoio di collaborazione e un'opportunità per rafforzare la competenza e la professionalità delle cooperative sociali. Sia le cooperative sociali che i volontari sono particolarmente interessati a investire le proprie energie in un progetto comune che consenta ad entrambe le parti di verificare la praticabilità e l'efficacia del lavoro cooperativo.

Alla base della scelta del volontario, ci sono motivazioni diverse e indipendenti sul perché condivide gli obiettivi etici e sociali della cooperativa, considera la cooperativa come un'opportunità per entrare nel mercato del lavoro e crede che le cooperative sociali forniscano opportunità di completare e verificare le conoscenze acquisite in precedenza nei programmi di studio attraverso l'esperienza diretta di attività pratiche.

Pertanto, essere un volontario nelle cooperative sociali implica la combinazione di motivazione ispirata eticamente con esperienza pratica concreta, che può quindi portare allo sviluppo e alla crescita delle competenze professionali e, possibilmente, a un ingresso più agevole nel mercato del lavoro.

D'altra parte, le cooperative sociali beneficiano dei volontari attingendo dalla disponibilità di manodopera a basso costo, dalla possibilità di nominare personale futuro, dal contributo di nuove idee e nuove energie,

¹⁹(Borzaga e Santuari, 2001).

da un mix di partecipanti di età e background educativo diversi, umanizzazione del servizio e supporto professionale, materiale ed emotivo-relazionale.

In tal modo, le cooperative sociali danno al mondo esterno l'immagine delle imprese che perseguono gli interessi della società piuttosto che quelli personali²⁰.

Percepire i volontari nella cooperativa come componenti essenziali del capitale umano rende la gestione delle risorse umane sempre più complessa e assegna un ruolo centrale agli aspetti motivazionali come, ad esempio, una maggiore responsabilità. In effetti, quei volontari il cui lavoro non è retribuito sono costretti a cercare condizioni più stimolanti rispetto agli altri lavoratori, ottenere una maggiore soddisfazione per le loro azioni e riconoscere l'importanza del loro contributo.

I volontari devono essere disposti a dare il loro contributo volontariamente e gestire il loro coinvolgimento in modo indipendente; ancora una volta, tendono a produrre meno dei lavoratori tradizionali, poiché sono meno disposti a completare lavori poco interessanti e di solito lavorano per un numero limitato di ore.

Inoltre, i volontari sono più propensi dei dipendenti a seguire le regole e sottoposti a supervisione formale se sono convinti che farlo sia indispensabile per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione. A questo proposito, la figura del leader carismatico nell'organizzazione è di fondamentale importanza per i volontari perché sono molto desiderosi di emulare le azioni del primo.

Allo stesso modo, lo sviluppo di un'ampia rete di comunicazione interna riveste particolare importanza diffondendo la missione della cooperativa nonché il contributo di ciascun membro agli obiettivi finali e riferendo sui progressi e sui risultati raggiunti²¹.

²⁰ Borzaga e Santuari – 2001

1.5. Vantaggi relativi delle imprese cooperative sociali

I benefici di cui le cooperative sociali sembrano godere rispetto a tutte le altre cooperative o organizzazioni non profit, così come alle società a scopo di lucro, sono stati delineati altrove. Questa affermazione ha profonde implicazioni per la creazione di un efficace mix di enti pubblici e privati per quanto riguarda la fornitura di servizi di assistenza sociale.

Le cooperative sociali, cioè, potrebbero potenzialmente raggiungere un maggiore benessere collettivo di quanto potrebbero fare le società redditizie, nella fornitura di alcuni tipi di servizi sociali, a causa di alcune fonti di approvvigionamento più economiche, non solo di input produttivi come donazioni o, a pari livello di produzione, costi di transazione più bassi nel volontariato. Il fattore fiduciario è particolarmente cruciale a causa del possibile comportamento opportunità²².

Questa ipotesi deriva dalla connotazione di impresa, che rende le cooperative sociali più orientati al mercato rispetto ad altre organizzazioni non profit, proprio perché sono proattivamente impegnate a garantire ordine, anche di natura privata.

In altre parole, hanno maggiori probabilità di competere con aziende redditizie. Più specificamente, le cooperative sociali devono far fronte a tre livelli di concorrenza, incoraggiandoli in tal modo a cercare livelli di efficienza più elevati rispetto ad altre organizzazioni non profit: queste ultimi sono generalmente limitati a nicchie molto strette ed esclusive nei mercati.

In effetti, non solo le cooperative sociali devono affrontare una concorrenza di tipo intercategoriale, trovata tra tutti i tipi di società, famiglie e enti pubblici cooperativi e tradizionali, ma anche una competizione intra-categoria tra le stesse cooperative sociali e altri tipi di

²¹Clary, E. G., Snyder, M., and Stukas, A. A. (1996). Volunteers' motivations: Findings from a national survey. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 25(4), 485–505.

²²Thomas, A. (2002). Gli elementi di competitività delle cooperative sociali. *Economia e Diritto del Terziario*, 2(1): 653–673.

cooperative e la competizione di tipo extra-categoriale, cioè tra cooperative sociali e organizzazioni private o pubbliche che potrebbero rivelare i loro potenziali clienti nell'esternalizzazione di alcuni tipi di attività precedentemente svolte internamente²³,

Alcune aree operative in cui i vantaggi relativi delle cooperative sociali appaiono più chiari sono delineate come segue. A differenza di altre organizzazioni non profit, le cooperative sociali beneficiano del loro obiettivo di soddisfare uno scopo pubblico, secondo i criteri tipici di efficienza ed efficacia riscontrati in aziende redditizie²⁴.

Le cooperative sociali hanno una maggiore propensione a creare reti con altri attori nella stessa regione, in particolare le reti di fiducia, che hanno una burocratizzazione inferiore, una maggiore motivazione dei lavoratori, tra cui l'empatia, un maggiore coinvolgimento degli utenti finali e un atteggiamento verso l'ambiente sullo scambio informale di notizie e informazioni. Questo clima basato sulla fiducia diffuso tra gli attori economici può portare a una riduzione dei costi di transazione e sottolineare le economie relazionali e di rete.

Tuttavia, la probabilità che ciò accada è strettamente legata alla presenza di beni di rete. Sebbene la fiducia sia una risorsa molto precaria, il modello dell'impresa cooperativa da quest'ultimo punto di vista potrebbe essere considerato uno strumento estremamente importante per stabilire collegamenti, basato su motivi più solidi e duraturi di quanto non avvenga normalmente nell'impresa a scopo di lucro²⁵.

Le cooperative sociali possono ottenere vantaggi economici indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda. Se non ci si può aspettare una buona prestazione dalle cooperative nei settori in cui è

²³Thomas 1999, Op. cit.

²⁴Travaglini, C. (1997). Le cooperative sociali tra impresa e solidarietà. Caratteri economico-aziendali ed informativa economico-sociale, Bologna: Clueb.

²⁵Mora, E. e Ragazzi, C. (1998). Le cooperative sociali. In AA.VV., Enti non-Profit, Summit, n. 127, Ipsoa.

necessario introdurre impianti e attrezzature di grandi dimensioni o seguire la linea guida del progresso tecnologico, si richiedono investimenti sostanziali che non sono né alla portata né parte della logica delle cooperative sociali: ne consegue che le cooperative sociali possono beneficiare di economie di scopo legate a sinergie e interdipendenza che possono essere sfruttate in contesti diversi da quelli di acquisizione.

Questa caratteristica si esprime nella capacità indiscussa delle cooperative sociali di fornire una vasta gamma di servizi di assistenza sociale con radici simili, ma adatti alle esigenze eterogenee dei clienti a costi notevolmente ridotti²⁶.

Un ulteriore aspetto è legato alla necessità precedentemente menzionata di estendere la scala operativa. Le cooperative sociali possono attivare non solo la risoluzione dei problemi ma anche le politiche relative alla risoluzione dei problemi e possono anticipare le esigenze o incoraggiare i clienti a esternalizzare più delle loro attività.

Rispetto ad altre organizzazioni non profit, le cooperative sociali sono anche in grado di produrre servizi sempre più complessi o quelli chiamati servizi interni.

La natura, la tradizione e lo sviluppo delle cooperative portano a sostenere che, essendo fondati sul principio della partecipazione volontaria dei suoi membri, le cooperative sociali sono in grado di risparmiare sostanzialmente riguardo alla direzione del personale in tutte le situazioni di selezione avversa, che altrimenti richiederebbero un complesso sistema di supervisione dei comportamenti individuali legati alla libera circolazione o ad altri comportamenti speculativi.

Un ulteriore vantaggio può essere notato nella motivazione più intensa e nella maggiore spinta dei lavoratori nelle cooperative sociali. Sia che

²⁶Travaglini, C. (1997). Le cooperative sociali tra impresa e solidarietà, Bologna: Clueb.

questi aspetti vengano analizzati attraverso il modello di Herzberg²⁷ o secondo la gerarchia dei bisogni di Maslow²⁸, fisiologico, sicurezza, relazioni, stima, autorealizzazione, si può sostenere che i dipendenti sono notevolmente stimolati a esercitare una maggiore spinta. Almeno la maggior parte dei dipendenti non cerca il guadagno economico quanto la necessità di conseguire proprio perché svolgono un'attività a beneficio collettivo.

Per quanto riguarda il raggiungimento del loro obiettivo identificato, le cooperative sociali hanno a disposizione una capacità generalmente maggiore di attingere alle competenze aziendali interne (incorporamento), a causa della loro peculiare struttura organizzativa. Nella loro ricerca di economie di condivisione, usano nuove competenze acquisite per diverse attività commerciali da quelle originariamente svolte, nonché economie di velocità nelle scelte operative che fanno, dato il principio dei dipendenti che condividono obiettivi e assenza di una struttura gerarchica²⁹.

Con specifico riferimento alle aspettative dei clienti, che hanno a cuore tanto le caratteristiche intrinseche dei servizi quanto l'ambito del feedback, le cooperative sociali sembrano essere in grado di realizzare il marketing relazionale. In effetti, per loro stessa natura non forniscono semplicemente un servizio, ma dovrebbero rimodellare il servizio fornito in base alle esigenze della domanda.

Più precisamente, rispetto ad altre organizzazioni non profit e aziende a scopo di lucro, il fulcro degli elementi di competitività all'interno delle cooperative sociali sta nel ruolo centrale attribuito alle risorse umane³⁰. Mentre molte aziende, in particolare di grandi dimensioni, continuano a

²⁷Herzberg, F. (1968). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 1(1): 53–62.

²⁸Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*, Harper & Row, New York, USA

²⁹Thomas, A. (2002). Gli elementi di competitività delle cooperative sociali. *Economia e Diritto del Terziario*, 2(1): 653–673.

³⁰Spear, R. (1997). Il vantaggio cooperativo nell'epoca della globalizzazione. *Rivista della Cooperazione*, 4(1): 21–25.

considerare i propri dipendenti come una fonte di costi piuttosto che opportunità e danno l'impressione di essere più preoccupati di supervisionare la forza lavoro, nelle cooperative sociali ci si concentra costantemente sulle risorse umane.

L'obiettivo alla base di questo focus, rafforzato da scelte che sviluppano la struttura delle cooperative sociali in modo democratico e orizzontale, è quello di massimizzare sia le competenze del personale che gli impegni spontanei.

In connessione con la diffusione di determinate caratteristiche degli strumenti finanziari in termini di finanza etica, sebbene le cooperative sociali proiettino un'immagine positiva alla pari con altre organizzazioni non profit, sono più capaci di fare un uso efficiente delle risorse loro affidate in virtù del loro maggiore livello di competenze professionali e confini più ampi per l'azione.

Alla luce di queste considerazioni e della cospicua espansione goduta nel giro di pochi anni, e a testimonianza della loro capacità di sopportare l'impatto con il mercato, è ragionevole supporre che, quando forniscono servizi di assistenza sociale, le cooperative sociali possono essere in grado di garantire, non solo ai clienti o ai beneficiari, ma anche a tutta la comunità, livelli più elevati di efficienza ed efficacia rispetto ad altre organizzazioni non profit e molte società redditizie. Le azioni a sostegno dell'imprenditoria sociale cooperativa, pertanto, possono essere interpretate come uno dei mezzi per aumentare la produttività e recuperare risorse socioeconomiche nascoste, perse o sottoutilizzate.

1.6. Strumenti e istituzioni finanziarie per le cooperative sociali Italiane

Come in altre imprese a scopo di lucro, le cooperative sociali hanno bisogno di servizi finanziari e di altro tipo per svolgere la propria attività. Le iniziative per la fornitura di risorse possono essere suddivise come segue: doni e donazioni; sovvenzioni in aiuti (fondi pubblici non garantiti); prodotti correlati al programma o produzione di beni in vendita; servizi relativi al programma (servizi paralleli all'offerta primaria di beni); risorse del personale e dei clienti; beni immobili (vendita o affitto di beni appartenenti all'organizzazione); e proprietà privata (facendo uso di diritti immateriali come copyright, etichetta o marchio, licenze o permessi).

Sebbene lo strumento principale per il finanziamento delle cooperative sociali sia stato finora il sostegno pubblico, altre fonti finanziarie possono essere delineate: gli abbonati rinunciano ai loro diritti sugli utili in conto interessi o capitale (in tutto o in parte); surplus operativo ottenuto dal capitale investito destinato a scopi sociali; investimenti diretti in aziende coinvolte in attività etiche.

Anche se non ci sono regole e regolamenti in atto per aiutare l'avvio o il mantenimento della sopravvivenza delle cooperative sociali (come nel caso delle organizzazioni di volontari), possono utilizzare i fondi raccolti nei seguenti modi: direttamente nei programmi sociali; sostenere la crescita e lo sviluppo del movimento cooperativo sociale stesso; aiutare e sostituire il cosiddetto investitore / sottoscrittore etico nelle loro decisioni.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto, in teoria possono essere delineati almeno tre tipi di strumenti: quelli che offrono al depositante o al sottoscrittore una garanzia che il loro denaro sarà utilizzato in modo equo e moralmente irreprensibile, i prodotti rispondono al desiderio di coloro che desiderano utilizzare il proprio capitale per sostenere attività specifiche e strumenti di tipo umanitario che riflettono l'interesse personale del depositante in questioni di povertà e aree socioeconomiche arretrate.

Gli investitori etici sono generalmente sostenitori impegnati e meno disposti a adottare un elevato turnover dei loro fondi perché sono generalmente meno interessati al guadagno monetario. L'investimento etico implica anche un maggiore coinvolgimento degli azionisti (attivismo degli azionisti). Per il raccoglitore di fondi, questo aspetto significa prestare molta attenzione all'andamento del portafoglio e adottare criteri di gestione chiari e inequivocabili, in modo da non perdere la fiducia degli investitori.

Di conseguenza, gli investimenti socialmente orientati consistono nella selezione e nella gestione di prodotti (azioni, obbligazioni, prestiti) che sono influenzati da criteri etici e sociali, dato che anche l'investitore etico vuole essere informato delle reali ragioni alla base del profitto guadagno, caratteristiche dei beni prodotti, ubicazione dell'impresa e modo di condurre gli affari. È anche vero che ai prodotti finanziari disponibili per il settore non profit non viene data molta considerazione nei testi sulla finanza, in cui l'attenzione è generalmente focalizzata su aspetti del rischio e della redditività misurati secondo i metodi tradizionali di valutazione.

Al giorno d'oggi, ci sono molte istituzioni finanziarie in Italia che favoriscono le cooperative sociali, dal momento che offrono maggiori opportunità rispetto ad altre organizzazioni senza scopo di lucro. In particolare, si tratta di operatori specializzati, che conducono le cose in gran parte a favore delle cooperative sociali, operatori intermedi, che lavorano a vantaggio dell'intero sistema cooperativo e operatori ordinari, che sono interessati al settore non profit nel suo senso più ampio, ma spesso solo marginalmente rispetto alle loro attività principali. Alcuni di questi sono i seguenti:

- *Banca etica*: istituita nel 1994 da una joint venture tra la rete cooperativa e gli operatori esterni, per costituire un istituto finanziario che opererebbe sulle linee delle banche mercantili del Regno Unito. Ispirata ai principi di un modello di sviluppo umano e socialmente sostenibile, è stato concepito come un punto d'incontro per i risparmiatori che sono sensibili alla necessità di un

investimento più informato e responsabile dei loro risparmi personali e delle iniziative socio-economiche;

- *Compagnia Sviluppo Imprese Sociali (Cosis)*: una società di finanziamento dello sviluppo che fornisce sostegno a progetti di impresa e SC che hanno una missione sociale e possono dimostrare la fattibilità economica. Promuove la gestione delle iniziative di sviluppo, l'erogazione di fondi e la fornitura di servizi agli SC al fine di favorire la loro espansione e crescita;
- *Mutua Auto Gestione (MAG)*: utilizzando i risparmi dei membri, lo scopo sociale di queste organizzazioni è supportare e diffondere l'importanza della cooperazione sociale, dell'autogestione e dell'organizzazione di base per spianare la strada a livelli più elevati di qualità nello sviluppo delle cooperative sociali e, allo stesso tempo, garantire la crescita personale dei lavoratori e degli utenti beneficiari dei beni prodotti e sostenere lo sviluppo che aiuterà le persone svantaggiate ad entrare nel mercato del lavoro;
- *Consorzio Etimos (nato come Ctm-Mag)*: dal 1989, con oltre 5000 azionisti, mira a favorire lo sviluppo commerciale etico e basato sulla solidarietà, nonché interventi ambientali e sociali;
- *Fondi comuni di investimento*: concepito per la promozione e lo sviluppo della cooperazione, questi fondi ricevono il 3% dei profitti annuali dalle cooperative appartenenti alle Organizzazioni Cooperative Centrali. I fondi sono utilizzati per la condivisione del rischio di capitale e per la concessione di prestiti azionari a medio termine;
- *Compagnia Finanziaria Industriale (CFI)*: fornisce fondi e aiuta le persone che hanno lavorato per aziende in crisi e sono state licenziate per avviare una cooperativa;
- *Fincooper*: attivo dal 1969, offre servizi di incasso e pagamento, accordi di compensazione finanziaria tra partner in cooperative, liquidità e servizi di gestione del finanziamento. Inoltre, fornisce supporto finanziario per lo sviluppo, il consolidamento e la riorganizzazione delle imprese;
- *Finec*: istituita nel 1995 al fine di avviare e sviluppare attività bancarie mercantili su scala nazionale, è specializzata nella

definizione di programmi di intervento per le cooperative che sono in fase di ristrutturazione e nella valutazione delle loro prospettive future;

- *Fondi di rollover*: il termine rollover si riferisce al processo di proroga della scadenza di un prestito, solitamente a fronte di una commissione aggiuntiva. Questi fondi dipendono e sono disponibili dal governo centrale per la promozione e lo sviluppo delle società cooperative;
- *Fondazioni bancarie*: alcune direttive hanno recentemente dato vita a un nuovo e più stretto legame con le cooperative sociali in quanto le istituzioni interessate sono autorizzate a perseguire obiettivi di interesse pubblico e di utilità sociale nei settori della ricerca scientifica, dell'istruzione, delle arti e della salute;
- *Banche*: all'inizio degli anni '90 iniziò una rapida espansione di strumenti finanziari definiti eticamente, progettati e lanciati appositamente per finanziare organizzazioni senza scopo di lucro (conti bancari, certificati di deposito, fondi di investimento). Allo stesso tempo, le banche sono passate a destinare attività di investimento che potrebbero qualificarsi per uno status altruistico e senza scopo di lucro;
- *Iccrea Bancalmpresa*: istituita nel 2000, è l'unica banca italiana il cui scopo principale è supportare il sistema cooperativo fornendo una vasta gamma di servizi finanziari, di credito e assicurativi a basso costo per le cooperative e in condizioni non ambigue;
- *Fondi etici*: dati gli eccellenti risultati ottenuti da questo tipo di prodotto finanziario all'estero, in Italia questi fondi hanno avuto origine dalle esigenze specifiche di alcune organizzazioni non profit per trovare strumenti potenzialmente molto utili per la raccolta di risorse su base regolare o per verificare se il mercato italiano è abbastanza maturo per investire in fondi etici.

Inoltre, altre organizzazioni, come l'Istituto Luzzatti e AICCON, che mirano a promuovere, incoraggiare e condurre studi e ricerche su aspetti storici, sociali, economici e giuridici relativi alla cooperazione sociale al fine di

implementare schemi per la propagazione degli insegnamenti e dei metodi delle cooperative sociali.

Le cooperative di piccole e medie dimensioni sono probabilmente soggette alla dipendenza dai loro principali appaltatori, siano esse imprese convenzionali, cooperative più grandi o pubbliche amministrazioni. Si consideri ad esempio la fornitura di servizi sociali, in cui le cooperative sociali svolgono attualmente un ruolo importante in Italia. In genere il settore pubblico funzionerebbe come principale appaltatore di cooperative sociali locali. In questo caso possiamo parlare di cooperative ancorate al settore pubblico i cui obiettivi, metodi e sostenibilità sono per lo più influenzati dalla politica e dagli standard di welfare fissati accanto alla decisione degli amministratori pubblici di esternalizzare i servizi pubblici.

Nel caso delle cooperative ancorate al settore pubblico, la coerenza, e in particolare il principio di autonomia cooperativa e indipendenza, devono essere testati nella pratica, poiché la dipendenza dal settore pubblico è generalmente elevata e può esporre la cooperativa ai pericoli del pubblico fallimento. Si consideri, ad esempio, le inefficienze nelle pubbliche amministrazioni che causano ritardi che rendono insolventi le cooperative sociali, lasciando scoperti i beneficiari del servizio. Inoltre va considerata anche la tendenza del settore pubblico a preferire la fornitura di servizi standardizzati e facilmente controllabili, alla sperimentazione di soluzioni innovative, ma più efficaci e creative. Ancora una volta, "laddove il potere decisionale dell'affiliazione è subordinato alle strategie di terzi, i principi della cooperativa possono essere a rischio e allo stesso modo i diritti dei soci" (Borzaga e Santuari).

Come risposta, le PMI (Piccole e Medie Imprese) possono ricorrere a consorzi per favorire il mutuo soccorso. Il consorzio può essere concepito come uno strumento per raggiungere una massa critica di valori cooperativi e definire l'identità delle organizzazioni cooperative, normalmente attraverso un codice di pratica condiviso. In genere sono supportati da statuti di rete, obiettivi e dichiarazioni di valori, nonché da beni comuni che possono essere utilizzati per perseguire obiettivi comuni

alle organizzazioni partecipanti. Attraverso consorzi, le cooperative mirano ad accedere e creare opportunità commerciali, innovazione e trasferimento di conoscenze, sviluppo di capacità e ridimensionamento delle economie. Allo stesso tempo, le attività comuni supportano le start-up cooperative e le esigenze finanziarie tampone. La governance dei consorzi non è strettamente regolata dalla legge, ma deve essere orizzontale e prevalentemente democratica, poiché il potere decisionale deve essere condiviso tra tutte le organizzazioni coinvolte.

ConSORZI di questo tipo sono organizzazioni collettive senza fini di lucro, basate sul sostegno e sul controllo reciproco, che affidano comportamenti e pratiche che caratterizzano il capitale sociale e privilegiano l'inclusione, la comunicazione, la reciprocità e la fiducia. I diritti di controllo nei consorzi indicano come le riserve comuni sono gestite dalle organizzazioni che hanno collaborato e forniscono indicazioni sugli incentivi che operano attraverso la rete. Le relazioni in genere coinvolgono una pluralità di attori con interessi diversi e in evoluzione e non consentono il controllo diretto sulle scelte di produzione delle imprese nel consorzio.

1.7. Osservazioni conclusive

In questo capitolo si è tentato di dare un'idea dello stato attuale del movimento delle cooperative sociali Italiane e di descrivere alcune delle sue prospettive di crescita e sviluppo. Ciò che emerge è un quadro di aspirazioni che dipendono dall'aumento del potenziale intrinseco del movimento.

Le cooperative sociali Italiane mostrano un possibile modo di modificare il sistema di welfare basato più su dispense monetarie, gestendo in modo più proficuo rispetto a risorse umane e benefici finanziari precedenti e cercando di mobilitare risorse che altrimenti sarebbero state improduttive.

Rispetto ad altre organizzazioni non profit che abbracciano gli stessi obiettivi sociali, le cooperative sociali hanno un vantaggio, dal momento che possono ricorrere più facilmente ai mercati finanziari, hanno le loro radici nel territorio e possono quindi offrire servizi più adatti alle aspettative della popolazione locale, possono rivolgersi prontamente a risorse umane più qualificate, maggiore flessibilità operativa e maggiore propensione all'innovazione dei servizi grazie alla concorrenza di altri tipi di imprese.

Inoltre, in virtù del maggior contatto che hanno con il mercato e delle pressioni concorrenziali, le cooperative sono costrette ad essere più efficienti di altre organizzazioni non profit per sopravvivere. In effetti, sono più orientati al mercato in virtù del coinvolgimento proattivo in contratti vincenti e più propensi a competere con aziende orientate al profitto che devono affrontare tre livelli di concorrenza: intracategoria, intercategoria, extracategoria.

Le cooperative sociali hanno più strumenti a disposizione per raggiungere i loro obiettivi. Per quanto riguarda la fornitura di servizi sociali e rispetto alle società a scopo di lucro, le cooperative sociali sembrano essere veicoli adatti per un maggiore benessere collettivo attraverso la fornitura di fonti di approvvigionamento produttivo a basso costo. A parità di produttività, questi vantaggi derivano dal volontariato, dalle donazioni e dai vincoli di legge.

In virtù di questi vincoli, qualsiasi problema derivante da transazioni in cui il fattore fiduciario è essenziale o in cui vi è un tradimento della fiducia o un comportamento opportunistico può quindi essere superato a basso costo.

Tuttavia, finora le cooperative sociali sono state percepite come affette da:

- Incertezze legislative, inducendo così il modello organizzativo originale ad essere abbandonato a favore di forme giuridiche più protette e socialmente riconoscibili;
- Forte ricorso al processo decisionale e allo stanziamento finanziario da parte delle autorità pubbliche: l'attuale sistema adottato dal settore pubblico di esternalizzazione dei servizi sociali attraverso gare d'appalto tende a favorire il costo inferiore rispetto alla variabile di qualità, a scapito di quest'ultimo;
- La difficoltà di riunire volontari e persone retribuite: vi è la tendenza a creare SC con soli membri remunerati, eliminando in tal modo una delle loro caratteristiche principali;
- La difficoltà di conciliare il perseguimento di una moltitudine di obiettivi;
- I possibili costi elevati della governance, poiché non hanno un unico proprietario chiaramente definito: il vantaggio di avere molti stakeholder può portare a conflitti interni;
- Limiti legati alle loro piccole dimensioni e un'inclinazione insufficiente per la crescita;
- Frequente mancanza di competenze manageriali e imprenditoriali essenziali per competere nel mercato.

Dal punto di vista finanziario, rimane il problema di cercare di conciliare la missione originale delle cooperative sociali con l'interpretazione non ortodossa di alcuni strumenti economici come responsabilità, pianificazione finanziaria, controllo di gestione, impiego del personale, raccolta fondi e marketing sociale.

A questo proposito, possono essere evidenziati almeno quattro possibili fattori deboli:

- Inesperienza commerciale;
- Poca fiducia finanziaria nelle cooperative sociali;
- Mancanza di una legislazione specifica per il settore;
- Debolezza delle istituzioni che forniscono aiuti.

Quindi, se l'esperienza delle cooperative sociali Italiane dimostra che è possibile avviare imprese private e perseguire obiettivi sociali ed economici, è altrettanto vero che abbiamo a che fare con un modello fragile che necessita di consolidamento attraverso le leggi e lo sviluppo di una cultura più adatta alle caratteristiche specifiche di questa forma di impresa.

Le prospettive di crescita e sviluppo per questo modello dipenderanno quindi dalla capacità delle cooperative sociali di intraprendere un nuovo percorso, unendo gli obiettivi sociali con i metodi di gestione aziendale e le migliori pratiche manageriali appropriate.

Tuttavia, le cooperative sociali non dovrebbero limitarsi a rispondere ai bisogni senza risposta, ma dovrebbero fare richieste al settore pubblico per riconoscere e identificare i bisogni vecchi e nuovi. Allo stesso tempo, non dovrebbero tanto mirare a colmare le lacune lasciate aperte dai tagli alla spesa sociale ma, in una prospettiva di impostazione dei problemi, cercare la protezione e la considerazione delle persone che vivono ai margini della società, cercare di soddisfare altri tipi di domanda che ricevono una risposta scarsa o nulla sul mercato e per affrontare i problemi senza precedenti che affliggono il settore acquisendo un ruolo più definito per sé stesse.

Molto dipende dalla volontà di alcune cooperative sociali di diventare più orientati al business senza perdere il senso della missione e la motivazione sociale, di diventare meno dipendenti dai fondi pubblici rispetto alla domanda del settore privato pagante, per migliorare la loro capacità di prendere sulle iniziative e acquisire una maggiore autonomia d'azione, migliorare la qualità delle loro attività e servizi, rendere più sicure le condizioni per i lavoratori, promuovere il coinvolgimento in progetti e un

solido processo decisionale, esortare i responsabili politici ad adottare un quadro giuridico più snello e progettare maggiore trasparenza e minore ambiguità verso gli organismi esterni e l'opinione pubblica.

Le cooperative di piccole e medie dimensioni sono probabilmente soggette alla dipendenza dai loro principali appaltatori, siano esse imprese convenzionali, cooperative più grandi o pubbliche amministrazioni. Si consideri ad esempio la fornitura di servizi sociali, in cui le cooperative sociali svolgono attualmente un ruolo importante in Italia.

In genere il settore pubblico funzionerebbe come principale appaltatore di cooperative sociali locali. In questo caso possiamo parlare di cooperative ancorate al settore pubblico i cui obiettivi, metodi e sostenibilità sono per lo più influenzati dalla politica e dagli standard di welfare fissati accanto alla decisione degli amministratori pubblici di esternalizzare i servizi pubblici.

Nel caso delle cooperative ancorate al settore pubblico, la coerenza, e in particolare il principio di autonomia cooperativa e indipendenza, devono essere testati nella pratica, poiché la dipendenza dal settore pubblico è generalmente elevata e può esporre la cooperativa ai pericoli del pubblico fallimento.

Si consideri, ad esempio, le inefficienze nelle pubbliche amministrazioni e nel Sistema Sanitario Nazionale che causano ritardi che rendono insolventi le cooperative sociali, lasciando scoperti i beneficiari del servizio. Inoltre, si consideri la tendenza del settore pubblico a preferire la fornitura di servizi standardizzati e facilmente controllabili, alla sperimentazione di soluzioni innovative, ma più efficaci e creative. Ancora una volta, laddove il potere decisionale dell'affiliazione è subordinato alle strategie di terzi, i principi della cooperativa possono essere a rischio e allo stesso modo i diritti dei soci.

Come risposta, si potrebbe e dovrebbe ricorrere ai consorzi per favorire il mutuo soccorso. Il consorzio può essere concepito come uno strumento per raggiungere una massa critica di valori cooperativi e definire l'identità

delle organizzazioni cooperative, normalmente attraverso un codice di pratica condiviso. In genere sono supportati da statuti di rete, obiettivi e dichiarazioni di valori, nonché da beni comuni che possono essere utilizzati per perseguire obiettivi comuni alle organizzazioni partecipanti. Attraverso consorzi, le cooperative mirano ad accedere e creare opportunità commerciali, innovazione e trasferimento di conoscenze, sviluppo di capacità e ridimensionamento delle economie. Allo stesso tempo, le attività comuni supportano le start-up cooperative e le esigenze finanziarie tampone. La governance dei consorzi non è strettamente regolata dalla legge, ma deve essere orizzontale e prevalentemente democratica, poiché il potere decisionale deve essere condiviso tra tutte le organizzazioni coinvolte.

ConSORZI di questo tipo sono organizzazioni collettive senza fini di lucro, basate sul sostegno e sul controllo reciproco, che affidano comportamenti e pratiche che caratterizzano il capitale sociale e privilegiano l'inclusione, la comunicazione, la reciprocità e la fiducia. I diritti di controllo nei consorzi indicano come le riserve comuni sono gestite dalle organizzazioni che hanno collaborato e forniscono indicazioni sugli incentivi che operano attraverso la rete. Le relazioni in genere coinvolgono una pluralità di attori con interessi diversi e in evoluzione e non consentono il controllo diretto sulle scelte di produzione delle imprese nel consorzio.

Capitolo II – Le cooperative di tipo A

2.1. Il contesto storico-politico

Come già accennato, le cooperative sociali non avevano originariamente una propria autonomia ma erano semplicemente inserite dentro l'ANCS (Associazione Nazionale Cooperative di Servizi) che successivamente ha preso il nome di ANCST (Associazione nazionale cooperative di servizi e turismo) dopo l'unione nel 1990 con il turismo³¹.

Con la menzionata legge n. 381 del 1991 nota come Disciplina delle cooperative sociali³², definì e distinse per la prima volta la cooperativa sociale di tipo A, intesa per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi, la quale sarà l'argomento principale di questa sezione.

Riguardo le cooperative di tipo A, anche se non esisteva una vera e propria distinzione tra le due tipologie, si può sostenere che durante gli anni '70 e '80 si era ancora in una fase di sperimentazione durante la quale avvenne la nascita della cooperazione sociale interna a Legacoop. Una delle prime imprese che aderì a Legacoop fu nel 1973 la Cooperativa per l'assistenza domiciliare agli infermi, agli anziani e all'infanzia a Bologna, la quale oggi potrebbe essere definita ufficialmente di tipo A (Cadiati), di tipo A.

Un'altra cooperativa di tipo A storica fu l'Emiliana CSA (Cooperativa Servizi Assistenziali) che vide la luce nel 1977 e che di conseguenza, al pari della Cadiati di Bologna rappresenta una delle più antiche in Italia.

La cooperativa sociale Italiana di tipo A, al pari della B, può essere considerata una forma particolare di cooperativa multi-stakeholder nel quale sono riuniti come membri sia i fornitori che i beneficiari di uno specifico servizio sociale. Le cooperative sociali di tipo A possono essere legalmente definite come di seguito:

³¹Bertagnoni G. e Menzani T. (2010). Servizi, lavoro e impresa cooperativa. Il terziario in Legacoop e nelle altre organizzazioni di rappresentanza (1975-2010), Bologna: Il Mulino.

³²Legge 381/1991, Op. cit.

- Non possono essere distribuiti più dell'80% degli utili;
- L'interesse è limitato al tasso delle obbligazioni;
- Lo scioglimento è altruistico in quanto le attività non possono essere distribuite;
- La cooperativa ha personalità giuridica e responsabilità limitata;
- L'obiettivo è il beneficio generale della comunità e l'integrazione sociale dei cittadini.

Le cooperative di tipo A forniscono servizi sanitari, sociali o educativi che possono diventare membri di varie categorie di stakeholder, inclusi dipendenti retribuiti, beneficiari, volontari (fino al 50% dei membri), investitori finanziari e istituzioni pubbliche.

Una buona stima della dimensione attuale del settore delle cooperative sociali in Italia è data dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) che ha calcolato a partire dalla fine del 2001 un tasso di crescita annuo del 10% per un totale di circa 6,500 organizzazioni e quasi 270,000 dipendenti tra quelli a tempo indeterminato, a tempo determinato o stagionali, e parasubordinati.

Le cooperative sociali di tipo A rappresentano circa il 52% del totale (tra tipo A, tipo B e tipo A+B/Miste) con un fatturato di circa 8 miliardi di euro, il quale rappresenta il 65% del valore della produzione totale e il 63% del totale attivo dopo il valore aggiunto.

2.2. Quadro normativo

Il Ministero per l'occupazione e le politiche sociali è responsabile della supervisione delle attività del settore non profit, comprese le imprese sociali. Esistono due principali aree politiche a livello nazionale che supportano lo sviluppo del settore non profit, comprese le imprese sociali:

- Politiche attive del mercato del lavoro;
- Politiche di inclusione sociale.

Gli interventi in questi settori includono l'introduzione di un quadro giuridico favorevole e un trattamento fiscale per le organizzazioni che perseguono un obiettivo sociale. La legislazione italiana prevede uno status di impresa sociale ex lege che può essere ottenuto da qualsiasi organizzazione che soddisfi i criteri stabiliti dalla legge. Oltre allo status di impresa sociale, l'Italia ha anche una forma giuridica specifica per le cooperative sociali, come meglio specificato nella legge sull'impresa sociale³³ (Legge n. 155/2006) e la legge sulle cooperative sociali³⁴ (Legge n. 381/1991).

Vale la pena ricordare che la legge non concede alcun vantaggio fiscale specifico alle imprese sociali. Tuttavia, le cooperative sociali beneficiano di condizioni fiscali favorevoli. A seconda delle loro caratteristiche, le cooperative sociali sono esenti dal pagamento dell'imposta sul reddito delle società o si applica un'aliquota ridotta. Questi benefici possono essere riassunti come segue^{35 36}:

- *Caso 1*: gli stipendi dei membri della cooperativa rappresentano almeno il 50% di tutti gli altri costi sostenuti dall'organizzazione, esclusi i costi delle materie prime e dei materiali ausiliari. In questo

³³Decreto Legislativo 24 marzo 2006, n. 155: Disciplina dell'impresa sociale, a norma della legge 13 giugno 2005, n. 118. (GU Serie Generale n.97 del 27-04-2006) (Entrata in vigore del provvedimento 12/5/2006)

³⁴Legge 8 novembre 1991, n. 381: Disciplina delle cooperative sociali. (GU Serie Generale n. 283 del 03-12-1991) (Entrata in vigore della legge 18/12/1991)

³⁵Ibid.

³⁶Ibid.

caso, la cooperativa è esente dal pagamento dell'imposta sul reddito delle società;

- **Caso 2:** gli stipendi dei membri rappresentano almeno il 25% degli altri costi, esclusi i costi per materie prime e materiali ausiliari. In questo caso, i benefici consistono nell'applicazione di un'aliquota fiscale ridotta (50% dell'aliquota fiscale ordinaria⁶) e condizioni favorevoli per il calcolo del reddito imponibile (ad esempio, il 90 per cento degli utili che vanno in riserve non sono imponibili);
- **Caso 3:** gli stipendi dei membri rappresentano meno del 25% degli altri costi. Questo caso è analogo al caso 2, con l'eccezione che si applica l'aliquota fiscale ordinaria (anziché un'aliquota ridotta).

Le organizzazioni che forniscono assistenza sociale alle persone vulnerabili hanno un problema particolare. Le persone a cui si prendono cura includono persone con difficoltà di apprendimento, persone con disabilità fisiche o mentali, persone anziane che soffrono di demenza e così via.

Il modello di cooperativa sociale di tipo A che si è sviluppato in Italia nel 1991 è stato esplicitamente progettato per essere multi-stakeholder. Qui gli utenti del servizio hanno il diritto di far parte dell'assemblea dei membri e di essere rappresentati nella struttura di governance insieme a tutte le altre principali parti interessate: lavoratori, volontari, assistenti, altre persone giuridiche come cooperative e membri finanziari.

Questo approccio multi-stakeholder richiede soluzioni di governance specifiche e ha implicazioni per i costi di governance. Tuttavia, allo stesso tempo, consente l'inclusione di una pluralità di interessi che possono ridurre i costi di coordinamento delle transazioni sul mercato (a carico degli utenti interni, ma anche i costi esterni associati all'esclusione delle parti interessate dal processo di governance a carico delle parti interessate escluse.

Per la legge, le cooperative sociali di tipo A intendono perseguire l'interesse generale della comunità per la promozione umana e

l'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione dei servizi sociali, sanitari ed educativi³⁷.

Inoltre, la differenziazione dal tipo B introdotta dalla legge sopra citata ha facilitato l'organizzazione di soluzioni sistemiche ai problemi di benessere. Le cooperative di tipo A affrontano una serie di obiettivi sociali complementari, dall'assistenza agli anziani, all'alloggio, alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici.

L'obiettivo di questo tipo di cooperative sociali consiste nel produrre servizi di welfare, sostenere l'occupazione e, più in generale, produrre beni meritori. Servizi di welfare specializzati e integrazione lavorativa possono essere considerati un esempio di beni meritori che possono portare alla riduzione dell'emarginazione sociale.

Inoltre, a causa dei loro obiettivi pubblici, le cooperative sociali sono cresciute fino a rappresentare forme specifiche di impresa sociale che, nella tradizione europea, pone l'accento su obiettivi sociali, governance partecipativa e distribuzione degli utili limitata.

L'adesione democratica incarna il requisito partecipativo, mentre gli obiettivi commerciali sono strumentali al perseguimento di scopi sociali. Questa enfasi sulla governance partecipativa ha radici profonde nella tradizione cooperativa del paese che si era già sviluppata nella fornitura di servizi sociali prima della legge, così come in altri settori, come l'agricoltura, le banche, l'industria manifatturiera e il commercio al dettaglio.

Inoltre, l'idea della partecipazione delle parti interessate è stata supportata dal più ampio quadro stabilito dal codice civile (articoli 2540 e 2542), che regola la rappresentanza attraverso il consiglio di amministrazione o l'istituzione di assemblee multiple per ciascuna delle parti interessate^{38 39}.

³⁷Legge 381/1991, Op. cit.

Tuttavia, ciò non significa che in pratica tutte le parti interessate hanno pari autorità all'interno della struttura di governance. È infatti riconosciuto che nelle cooperative di tipo A l'interesse dei lavoratori tende a essere dominante: di conseguenza risulta interessante come un modello con una prevalenza di appartenenza dei lavoratori si proponga di perseguire l'interesse degli utenti, in genere categorie di individui svantaggiate.

L'appartenenza alla cooperativa sociale di tipo A ha incluso principalmente lavoratori, volontari e, meno frequentemente, altre organizzazioni senza scopo di lucro, mentre gli utenti sono stati scarsamente rappresentati. Quindi, diversamente dalle cooperative ordinarie le cooperative sociali di tipo A non possono essere considerate organizzazioni mutue, poiché le loro attività sono dirette a beneficio degli utenti piuttosto che al principale mecenate della cooperativa.

Gli statuti cooperativi di tipo A tendono a enfatizzare gli obiettivi di benessere della comunità da perseguire in collaborazione con organizzazioni pubbliche e private. Le parti interessate mantengono il controllo attraverso l'Assemblea, hanno il diritto di eleggere i direttori e, indirettamente, il presidente del consiglio.

Una possibile risposta alla domanda sul perché i lavoratori nelle cooperative di tipo A perseguano gli interessi degli utenti è che sebbene i beneficiari non siano membri, il loro benessere è comunque la condizione *sine qua non* per l'esistenza della cooperativa. A causa della natura sociale e degli obiettivi del progetto cooperativo, i membri dei lavoratori comprendono che la loro autorità è legittimata solo se è strumentale a beneficio delle categorie vulnerabili. In altre parole, esiste un contratto

³⁸ Articolo 2540 Codice civile (R.D. 16 marzo 1942, n. 262) [Aggiornato al 10/06/2019]
Assemblee separate

³⁹ Articolo 2542 Codice civile (R.D. 16 marzo 1942, n. 262) [Aggiornato al 10/06/2019]
Consiglio di amministrazione

sociale che lega i pubblici di controllo, per lo più lavoratori spesso accoppiati da volontari, a pubblici di dominio beneficiari.

Nel 2006 un altro atto legislativo ha istituito il modello di impresa sociale. Con il nuovo regolamento, la forma di cooperativa sociale definita nel 1991 divenne solo un modello organizzativo tra gli altri, comprese anche le associazioni, le fondazioni e altre attività diverse dalle cooperative.

Il regolamento sull'impresa sociale ha interpretato il criterio di governance partecipativa richiedendo apertura nella selezione dei membri delle parti interessate. Non esistono prescrizioni specifiche su chi debbano essere i membri, sebbene un'attenzione specifica nella legge sia dedicata ai beneficiari e ai lavoratori.

In generale, è l'impresa sociale, attraverso l'Assemblea, che ha il diritto di identificare le classi di stakeholder. L'impresa sociale multi-stakeholder può includere stakeholder come membri organizzativi o come membri del consiglio di amministrazione. Attraverso questi organismi, le parti interessate possono contribuire al processo decisionale strategico, compresi cosa produrre e come distribuire il surplus economico sotto il limitato vincolo di distribuzione.

Questa forma di governance partecipativa, abbinata a un obiettivo sociale e un vincolo di distribuzione senza scopo di lucro, porta a una caratteristica unica, ovvero che le attività dell'organizzazione hanno più categorie di beneficiari, inclusi i membri ma anche non membri.

Questo principio era già stato riconosciuto nel 1991 ed era stato parzialmente implementato. Anche prima della legge del 2006 che istituiva un principio di non discriminazione in relazione alle pratiche di ammissione delle parti interessate, in molti casi le cooperative sociali avevano messo in atto soluzioni per la rappresentazione di molteplici interessi e bisogni sotto forma di comitati che rappresentano i beneficiari o le loro famiglie.

Nonostante l'incoraggiante pluralismo, la legislazione del 2006 ha attivato altre forme commerciali solo in misura limitata. Oggi, la maggior parte delle imprese sociali italiane è ancora definita dal modello di cooperazione

sociale. I lavoratori continuano a essere le principali parti interessate ad essere rappresentate nelle cooperative sociali Italiane, ma la loro rappresentanza non è esclusiva.

2.2.1. Gli aspetti normativi della cooperazione sociale relativa ai servizi sanitari

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; a tal proposito andremo a richiamare argomenti trattati nei capitoli precedenti andando ad approfondire aspetti relativi le attività a carattere sociale e sanitario.

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

Le cooperative sociali hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità, della promozione umana e dell'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi.

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 si sta trattando, "servizi socio-sanitari ed educativi" debbano essere intesi in modo tecnico o a-tecnico sulla base della l. 381/1991.

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 si ritiene che il termine "socio-sanitari" debba essere considerato frutto dell'accostamento di due termini di senso comune, come ad esempio quando si dice "contesto socio-economico", intendendo ciò che inerisce gli aspetti sociali, quelli economici e quelli eventuali che derivino dalla loro interrelazione allora 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” (come già precedentemente richiamato). 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 la necessità che tali servizi si indirizzino in primo luogo a persone che necessitano di particolare tutela sociale. 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

50

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.”

Si può 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 attengono 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 cronicodegenerative. 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.

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.

2.3. Come le cooperative di tipo A si inseriscono nella riforma del terzo settore

Recentemente sono state introdotte modifiche fondamentali dalla legge 106/2016 che riforma il Terzo settore⁴⁰. Questa legge fornisce un quadro comune per il settore al fine di superare la sua frammentazione da diverse prospettive, comprese quelle fiscali. Salvaguardando la missione non lucrativa dell'impresa sociale, riconoscendo *ope legis* la qualifica per le cooperative sociali e i loro consorzi e rendendo la qualifica di impresa sociale più attraente per i potenziali investitori, si può sostenere come l'articolo 6 della nuova legge ha fornito un contributo più significativo a sostegno sviluppo dell'impresa sociale.

Secondo la qualifica di impresa sociale introdotta dalla Legge 106/2016, che è in linea con la definizione dell'Iniziativa per l'imprenditoria sociale, un'impresa sociale è definita come un'organizzazione privata che gestisce attività imprenditoriali per scopi civili, di solidarietà e di utilità sociale e alloca principalmente i profitti raggiungere il suo scopo aziendale adottando modalità di gestione responsabili e trasparenti e favorendo la massima partecipazione possibile di dipendenti, utenti e altri soggetti interessati alle sue attività⁴¹.

La legge sostituisce il vincolo di distribuzione totale con i limiti di remunerazione previsti per le cooperative sociali: pur consentendo agli investitori di essere remunerati, la legge garantisce che gli utili generati vengano reinvestiti principalmente per raggiungere obiettivi di interesse generale. La legge inoltre ridefinisce e allarga i campi di impegno e le categorie di lavoratori svantaggiati integrati e prevede il riconoscimento dei benefici in base al grado di svantaggio che tali lavoratori devono affrontare.

⁴⁰La legge delega 106/2016 definisce il Terzo settore come il complesso degli enti privati costituiti con finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale che, senza scopo di lucro, promuovono e realizzano attività d'interesse generale, mediante forme di azione volontaria e gratuita o di mutualità o di produzione e scambio di beni e servizi, in coerenza con le finalità stabilite nei rispettivi statuti o atti costitutivi.

⁴¹Ibid.

Un altro importante cambiamento volto a incoraggiare l'adozione di modelli di governance più inclusivi è la possibilità che i rappresentanti delle imprese private e delle autorità pubbliche siano nominati nel consiglio delle imprese sociali senza dirigerli o presiederli. Infine, la legge sostiene l'introduzione di misure mirate volte ad attrarre investimenti.

Ciò detto, l'impatto della riforma sia sul Terzo Settore sia sul campo dell'impresa sociale è dipeso dall'attuazione dei successivi decreti che sono adottati nel corso del biennio 2016/2017. Si prevede inoltre che i decreti attuativi abbiano migliorato il quadro fiscale, che era all'epoca estremamente frammentato. In effetti, a seconda della forma giuridica coperta, le imprese sociali godono di regimi fiscali diversi.

Anno	Tipo di atto giuridici	Descrizione e obiettivo principale
1988	Sentenza della Corte costituzionale 396	Stabilisce l'incostituzionalità della legge 6972/1890 (legge Crispi) a condizione che le attività di welfare dovessero essere organizzate esclusivamente da enti pubblici.
1991	Legge 381 (sulle cooperative sociali)	Riconosce una nuova forma cooperativa esplicitamente volta a perseguire l'interesse generale della comunità (i tipi A forniscono servizi sociali, sanitari ed educativi; i tipi B integrano le persone vulnerabili nel lavoro). Le cooperative sociali devono limitare i dividendi e rispettare un blocco totale delle attività
2005-06	Legge 118/2005 e decreto legislativo 155/2006 (sulle imprese sociali)	Consente l'istituzione delle imprese sociali in una pluralità di forme giuridiche (associazione, fondazione, cooperativa, società per azionisti) e amplia l'insieme delle attività delle imprese sociali. Introduce un vincolo di distribuzione totale e il blocco delle risorse.
2012-13	Decreto legislativo 179/2012 e decreto del Ministero dello sviluppo economico del 6 marzo 2013	Stabilisce le condizioni alle quali le società di mutuo soccorso devono iscriversi nella sezione imprese sociali nel registro delle imprese.
2015	Legge 208/2015 (Stability Act del 2016)	Introduce lo status di società a benefici, che qualifica le imprese che sono orientate al profitto ma perseguono anche uno o più obiettivi di interesse generale, sostenendo così lo sviluppo di iniziative di imprenditoria sociale.
2016	Legge 106/2016 (Riforma del Terzo settore, impresa sociale e servizio civile universale)	Articolo 6 mira a rilanciare l'impresa sociale. Introduce una nuova qualifica di impresa sociale.
Nel corso degli anni	Riconoscimento progressivo della possibilità che le associazioni e le fondazioni svolgano attività economiche se coerenti con le loro attività istituzionali.	

Tabella 1. Evoluzione giuridica dell'impresa sociale in Italia

Non ci sono marchi, schemi di etichettatura o sistemi di certificazione per le imprese sociali in Italia. Esistono, tuttavia, sistemi di rendicontazione sociale specificamente rivolti alle imprese sociali ex lege e alle cooperative sociali.

Come stabilito dalla Legge 155/2006 e dai relativi decreti attuativi, le cooperative sociali e le imprese sociali ex lege devono compilare un rapporto sociale (bilancio sociale) ogni anno, seguendo le linee guida fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali⁴². Le relazioni, da depositare presso il Registro delle Imprese delle Camere di Commercio Italiane, hanno lo scopo di fornire informazioni sulla conformità dell'impresa sociale ai suoi obiettivi sociali e identificare il valore aggiunto generato e la sua distribuzione all'interno della comunità di riferimento. Oltre a descrivere la missione dell'organizzazione, le relazioni coprono anche le risorse utilizzate, i risultati raggiunti e gli impatti generati dalle attività dell'organizzazione.

Pertanto, se si volesse applicare un'interpretazione unica o unica ai sistemi di non profit e di economia sociale, sarebbe molto più utile fare riferimento al termine ristretto di Terzo Settore, che include solo i fattori comuni tra il settore non profit e l'economia sociale. Poiché la spiegazione dell'esistenza e del recente sviluppo del modello di impresa sociale può essere attribuita alle peculiarità del loro principale prodotto (servizi comunali), le imprese sociali devono essere incluse nel Terzo Settore.

Le imprese sociali rappresentano una delle componenti recenti del Terzo Settore, sia che siano considerati senza scopo di lucro o come economia sociale a un nuovo modo di essere un'impresa, che nasce dalla transizione dal sistema di welfare tradizionale a quello del mix di welfare.

Quest'ultimo è caratterizzato da una diversa divisione di responsabilità tra

⁴²Decreto Legislativo 24 marzo 2006, n. 155: Disciplina dell'impresa sociale, a norma della legge 13 giugno 2005, n. 118. **(GU Serie Generale n.97 del 27-04-2006)** (Entrata in vigore del provvedimento 12/5/2006)

enti pubblici, fornitori privati e organizzazioni del Terzo Settore ed è guidato da criteri di efficienza, nonché di equità.

Grazie alla loro capacità di soddisfare alcune attuali esigenze storiche, sociali ed economiche dei cittadini, le società cooperative hanno recentemente ottenuto un ruolo di primo piano nel Terzo Settore Italiano. Le società cooperative sembrano ora trasformarsi in organizzazioni che, oltre a mostrare sempre più le caratteristiche di un'impresa sociale come descritto in precedenza, mostrano un impulso innovativo più marcato che è favorevole a soddisfare la domanda di servizi sociali, grazie in gran parte al coinvolgimento di più parti interessate, come ad esempio membri remunerati, beneficiari, volontari, membri finanziatori e istituzioni pubbliche. Le società cooperative hanno scelto di non esistere e semplicemente di adempiere ai compiti dettati dalla pubblica amministrazione, ma cercando di raggiungere una maggiore autonomia nel definire la propria sfera di azione e decidere quali servizi avviare, come modellarli e quale struttura organizzativa adottare.

Per riassumere, le cooperative sociali possono fornire un contributo alla trasformazione dei sistemi di welfare e incoraggiare lo sviluppo locale per la creazione di posti di lavoro, la coesione sociale, la creazione di capitale sociale e la crescita del Terzo Settore in generale. In tal modo, alleviano i fattori critici come l'assistenza o l'integrazione delle persone disabili nel mondo del lavoro, la redistribuzione dei disoccupati di lunga durata o le persone che cercano il loro primo lavoro, aiutando le piccole organizzazioni di volontariato soggette a restrizioni qualitative e limiti quantitativamente più rigorosi per avere accesso a accordi di credito o migliorare le capacità gestionali e operative necessarie per lo sviluppo del Terzo Settore.

2.4. Tipologie di Cooperative sociali di tipo A

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 non possono essere intesi come utili 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 cittadini⁴³. 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

⁴³ Archivi revisionali Confcooperative - 2008

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 categorie⁴⁴:

- 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:

⁴⁴ Archivi revisionali Confcooperative - 2008

- 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 sanità⁴⁵; 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

⁴⁵ Archivi revisionali Confcooperative - 2008

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.

Queste cooperative 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 fatturato 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 tesi. Innanzitutto va richiamato come in molti casi vi siano attività che, 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 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 tesi; 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. Altre 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.

Capitolo III – L'assistenza sanitaria a domicilio

3.1. Il Quadro normativo

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano è stato istituito nel 1978, con la copertura universale, la solidarietà, la dignità umana e le esigenze di salute come principi guida⁴⁶. Secondo la costituzione Italiana, il governo centrale controlla la distribuzione delle entrate fiscali per l'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici e definisce un pacchetto nazionale di prestazioni statutarie da offrire a tutti i residenti in ogni regione: i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il SSN ha sede a livello regionale e organizzata a livello nazionale, regionale e locale. A livello nazionale, il Ministero della salute (supportato da diverse agenzie specializzate) stabilisce i principi e gli obiettivi fondamentali del sistema sanitario, determina il pacchetto di prestazioni di base dei servizi sanitari garantiti in tutto il paese e assegna fondi nazionali alle regioni. Le regioni sono responsabili dell'organizzazione e della fornitura di assistenza sanitaria. A livello locale, le autorità sanitarie locali con sede geografica (ASL - Aziende Sanitarie Locali) forniscono direttamente assistenza sanitaria pubblica, servizi sanitari di comunità e assistenza primaria e assistenza secondaria e specialistica direttamente o attraverso ospedali pubblici o fornitori privati accreditati.

Le 20 regioni (di cui 15 a statuto ordinario e 5 a statuto speciale) e le due province autonome di Trento e Bolzano hanno la responsabilità di organizzare e fornire servizi sanitari attraverso le unità sanitarie locali. Le regioni godono di una notevole autonomia nel determinare la macrostruttura dei loro sistemi sanitari. Le unità sanitarie locali sono gestite da un direttore generale nominato dal governatore della regione e forniscono assistenza primaria, cure ospedaliere, cure specialistiche ambulatoriali, assistenza sanitaria pubblica e assistenza sanitaria relativa all'assistenza sociale.

⁴⁶ Legge 23 dicembre 1978, n. 833: Istituzione del servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Supplemento Ordinario).

L'empowerment e i diritti dei pazienti non sono specificati da un'unica legge ma sono presenti in diversi atti legislativi, a partire dalla Costituzione italiana e dalla legge istitutiva del sistema sanitario nazionale. Negli ultimi 20 anni sono stati introdotti diversi strumenti per la partecipazione pubblica a tutti i livelli, ma non esiste una strategia sistematica e l'implementazione varia in tutto il paese, così come la soddisfazione dei cittadini con la qualità dell'assistenza sanitaria. Negli ultimi anni sono state prese misure per affrontare il ricorso eccessivo alle azioni legali contro i medici e per prevenire le pratiche di medicina difensiva.

Come menzionato in precedenza, la riforma del 1978 attuata con la legge n. 833/1978 ha creato il SSN e ha introdotto una copertura sanitaria universale per i cittadini italiani e quelli legalmente residenti in Italia. Gli obiettivi principali di questa riforma erano⁴⁷:

- Garantire a tutti pari accesso a livelli uniformi di assistenza, indipendentemente dal reddito o dalla posizione;
- Sviluppare schemi di prevenzione delle malattie;
- Controllare la spesa sanitaria; e per garantire il controllo democratico pubblico.

È stato istituito un sistema di finanziamento misto che combinava la fiscalità generale e i contributi dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, passando progressivamente a un sistema completamente basato sulle imposte. Il nuovo sistema sanitario è stato parzialmente decentralizzato, con livelli amministrativi nazionali, regionali e locali. Il governo centrale era responsabile del finanziamento, in particolare della definizione dei criteri per la distribuzione dei fondi alle regioni, nel tentativo di ridurre progressivamente gli squilibri regionali e di distribuire fondi, e della pianificazione attraverso un Piano Sanitario Nazionale (PSN) triennale.

⁴⁷ *Ibid.*

Le autorità sanitarie regionali erano responsabili della pianificazione locale in base agli obiettivi sanitari specificati a livello nazionale, dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari e dell'assegnazione delle risorse al terzo livello del sistema, allora note come Unità Sanitarie Locali (USL). Le USL erano agenzie operative responsabili della fornitura di servizi attraverso le proprie strutture o tramite contratti con fornitori privati ed erano gestite da comitati di gestione eletti da assemblee di rappresentanti dei governi locali.

Tuttavia, questa struttura ha creato conflitti giurisdizionali tra i diversi livelli di autorità. La responsabilità non è stata chiaramente suddivisa e l'assistenza sanitaria non è stata pianificata in modo coerente a livello nazionale e regionale. Soprattutto, i governi regionali hanno ritenuto che le risorse ricevute dal governo centrale fossero insufficienti per soddisfare le esigenze di assistenza sanitaria delle loro popolazioni.

Di conseguenza, è possibile affermare che i deficit pubblici regionali sono aumentati e il governo centrale ha dovuto coprire i debiti accumulati. La separazione tra responsabilità finanziarie centrali e poteri di spesa regionali e locali è stata vista come la causa principale dell'aumento costante della spesa sanitaria. Inoltre, l'assistenza sanitaria era notevolmente diversa nel nord e nel sud del paese, causando preoccupazione per la capacità del sistema sanitario di garantire uguali diritti ai cittadini in tutto il paese. Inoltre, la gestione dell'assistenza sanitaria ha sofferto di un'eccessiva politicizzazione, poiché i rappresentanti dei partiti politici hanno gestito gli USL in base alla loro forza elettorale.

Di fronte a questi problemi, il governo ha avviato nuove riforme del sistema sanitario con i decreti 502/1992⁴⁸ e 517/1993⁴⁹, che hanno combinato la copertura universale con nuovi meccanismi di finanziamento. Gli incentivi e la concorrenza tra i fornitori avrebbero migliorato l'efficienza

⁴⁸Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (GU n.305 del 30-12-1992 - Supplemento Ordinario n. 137) (Entrata in vigore del decreto: 1-1-1993).

e la capacità di risposta ai consumatori a livello micro, pur contenendo i costi e garantendo l'equità a livello macro.

La riforma del 1992 ha introdotto i principi gestionali nel SSN e ha avviato sforzi concertati per devolvere i poteri sanitari alle regioni. Le USL e i principali ospedali furono trasformati in organi autonomi e resi più indipendenti dall'influenza politica. Le USL furono così trasformate in entità pubbliche, le cosiddette ASL. I principali ospedali sono diventati imprese pubbliche semi-indipendenti denominate imprese ospedaliere pubbliche o aziende ospedaliere (AO), e sia le ASL che le AO sono state rese direttamente responsabili nei confronti delle regioni.

Nel 1998, l'insoddisfazione per gli effetti delle riforme del 1992-1993 spinse il governo a riorganizzare il SSN. I cambiamenti hanno riguardato il rapporto tra livelli di responsabilità e gestione, i ruoli di attori come manager, medici e istituzioni locali e l'equilibrio tra vincoli economici e principi di universalismo ed equità di accesso.

La riforma risultante è stata avviata con il decreto n. 229/1999⁵⁰, che ha esteso la regionalizzazione e rafforzato il ruolo dei comuni, distribuendo le responsabilità più chiaramente tra i livelli di governo. Questa riforma ha anche attenuato il precedente passaggio al quasi-mercato e alla concorrenza interna, promuovendo la cooperazione tra gli operatori sanitari e le partnership con le autorità locali per la promozione della salute e l'assistenza alla comunità.

Per affrontare la questione precedentemente irrisolta del rapporto tra assistenza sanitaria e servizi sociali, ha creato un quadro più integrato per

⁴⁹Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517: Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (GU Serie Generale n.293 del 15-12-1993 - Supplemento Ordinario n. 113) (Entrata in vigore del decreto: 30/12/1993)

⁵⁰Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Supplemento Ordinario n. 132).

fornire assistenza sanitaria a persone svantaggiate come gli anziani, i poveri e quelli con ridotta autonomia.

Come passo verso il decentramento dei poteri fiscali in modo da conferire maggiori responsabilità e poteri finanziari a ciascuna regione, il decreto n. 56/2000⁵¹ stabiliva un calendario per l'abolizione del Fondo sanitario nazionale, che veniva utilizzato per raccogliere e distribuire risorse centrali per i sistemi sanitari regionali. Varie tasse regionali sono diventate le fonti di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Le regioni incapaci di fornire il pacchetto base di servizi sanitari con le proprie risorse riceverebbero finanziamenti aggiuntivi da un Fondo nazionale di solidarietà di recente creazione. Il denaro proveniente da questo fondo viene assegnato annualmente in base ai criteri raccomandati dal governo e dalla Conferenza permanente sulle relazioni tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (o la Conferenza Stato-Regioni, in breve).

Nel 2010 è stata emanata la legge 38/2010⁵², in cui venivano illustrate le varie disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Questa legge ha rappresentato una grande innovazione nel sistema sanitario poiché per la prima volta l'Italia è stata in grado di garantire alle persone malate l'accesso a cure palliative e a terapie del dolore per soddisfare il diritto alla dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Inoltre, questa legge è stata in grado di identificare tre aree di assistenza ben distinte tra di loro inerenti a cure palliative, terapia del dolore e al paziente pediatrico. Le varie strutture ospedaliere e sanitarie sono tenute a erogare cure palliative e terapia del dolore per i malati e al tempo stesso devono assicurare un programma di cura individuale per questi individui e

⁵¹Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56: Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 62 del 15 marzo 2000).

⁵²Legge 15 marzo 2010, n. 38: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056) (GU Serie Generale n.65 del 19-03-2010) (Entrata in vigore del provvedimento: 03/04/2010)

assistere le loro famiglia per adempiere a quei doveri inerenti alla tutela della dignità e dell'autonomia del malato.

Il decreto legislativo 158/2012⁵³, conosciuto sotto il nome di decreto Balduzzi, è stato convertito in legge nello stesso anno (189/2013) allo scopo di riformare il sistema sanitario nazionale. Questo decreto mirava principalmente a riorganizzare le cure primarie e tutti quegli aspetti inerenti allo sviluppo della de-ospedalizzazione tramite un effettivo e valido incremento dell'assistenza sanitaria sul territorio che avrebbe garantito una maggiore capacità per gli abitanti di godere delle cure a cui avevano diritto. Inoltre, questa riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale prevedeva i seguenti punti chiave:

- Ri-disposizione delle cure primarie e la loro deospedalizzazione;
- L'inserimento mono-professionale e multi-professionale dei medici e degli specialisti del settore;
- Implementazione dell'ICT (*Information and Communications Technology*) come strumento necessario per l'adozione delle cure territoriali ed ospedaliere.

Similarmente, furono introdotte evidenti modifiche inerenti alla selezione dei direttori del SSN tramite severi criteri di selezione definiti dalle Regioni. Al contrario, la scelta del primario, quest'ultimo veniva selezionato a livello nazionale. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) subivano anch'essi un aggiornamento riguardo alle nuove patologie emergenti

La legge 833/1978 affermava l'importanza di prevenire l'isolamento degli anziani e l'assistenza domiciliare è stata una politica ufficiale dall'inizio degli anni '90⁵⁴. Il piano sanitario nazionale dal 1998 al 2000 e il decreto

⁵³Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. (12G0180) (GU Serie Generale n.214 del 13-09-2012) (Entrata in vigore del provvedimento: 14/09/2012). Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (in S.O. n. 201, relativo alla G.U. 10/11/2012, n. 263).

⁵⁴Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Op. cit.*

legislativo 229/1999⁵⁵ prevedevano un programma di assistenza domiciliare integrato.

La legge 328/2000⁵⁶ mirava a promuovere un sistema integrato di servizi sanitari e sociali e il documento Nuova definizione dell'assistenza domiciliare nel 2006 ha definito e aggiornato i Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), indicando tre categorie di assistenza infermieristica domiciliare: occasionale, integrata e palliativa⁵⁷.

L'assistenza domiciliare comprende⁵⁸:

- Il servizio di assistenza domiciliare;
- L'assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria
- Il servizio di ospedalizzazione domiciliare (OD);
- L'analgesia per il controllo del paziente;
- L'assistenza programmata per l'assistenza domiciliare da parte dei medici generici.

L'aiuto domiciliare comprende le faccende domestiche e l'assistenza personale (igiene, alzarsi e andare a letto, vestirsi, mangiare, compiti amministrativi, ecc.).

I principali ministeri coinvolti nell'assistenza domiciliare sono il Ministero della sanità per l'assistenza domiciliare e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'assistenza domiciliare. Altre organizzazioni governative nell'assistenza infermieristica domiciliare sono il governo regionale e i centri sanitari locali, mentre i comuni sono coinvolti nell'aiuto domiciliare.

⁵⁵Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Op. cit.*

⁵⁶Legge 8 novembre 2000, n. 328: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 - Supplemento Ordinario n. 186) (Entrata in vigore della legge: 28-11-2000).

⁵⁷Battistella A, 2002. Buoni servizio e assegni di cura: utilità e rischi, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 32(9): 1-6.

⁵⁸Polverini, F., Principi, A., Balducci, C., Melchiorre, M.G., Quattrini, S., Gianelli, M.V. e Lamura G. (2004). Progetto Europeo EUROFAMCARE - Servizi di sostegno ai familiari che prestano assistenza agli anziani in Europa: caratteristiche, copertura e utilizzo - Rapporto sullo sfondo nazionale sull'Italia, Ancona: INRCA.

Tuttavia, la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro ha portato a molti immigrati stranieri assunti privatamente come badanti di anziani italiani⁵⁹. Pertanto, gran parte dell'assistenza domiciliare non rientra in questi ambiti legislativi.

Il documento sulla definizione di assistenza infermieristica domiciliare definiva nuovi criteri di ammissibilità uniformi. L'assistenza domiciliare è stata testata in base alle esigenze. Viene inoltre presa in considerazione la disponibilità di assistenti informali. Questi servizi sono gratuiti per le persone con un reddito minimo e di età superiore ai 65 anni, nonché per quelli con patologie croniche invalidanti riconosciute, per i malati di cancro terminali e durante una fase post-acuta intensiva (dimissione protetta dall'ospedale). In caso contrario, viene richiesto un biglietto per il co-pagamento⁶⁰.

L'ammissibilità all'aiuto domiciliare (aiuto domestico e cura personale) è testata sui mezzi e ci sono cofinanziamenti testati dai clienti. Anche l'aiuto domiciliare viene testato per necessità (visita a domicilio di un assistente sociale). In assenza di linee guida nazionali o regionali, i comuni definiscono i propri criteri di ammissibilità⁶¹.

L'assistenza sanitaria a domicilio è finanziata pubblicamente dalle Regioni attraverso le ASL, budget basati su una formula testatico⁶² e da

⁵⁹Lucchetti, M., Socci, M., Gattaceca, R.e Lamura, G. (2003). Il ruolo delle donne straniere nel lavoro di cura e di assistenza degli anziani. Progetto DIPO, Programma di iniziativa Comunitaria, I.N.R.C.A.

⁶⁰Ministero della Salute (2017). Ticket ed esenzioni, <http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4674&area=esenzioni&menu=vuoto> (ultimo accesso 21 Gennaio 2020).

⁶¹Pesaresi F. 2007a. Il SAD per anziani in Italia, Prospettive sociali e sanitarie vol. 37 n. 18.

⁶²Il pagamento di una tassa o di una sovvenzione a un medico, a una scuola o altra persona o ente che fornisce servizi a un numero di persone, in modo tale che l'importo pagato sia determinato dal numero di pazienti, studenti o clienti.

commissioni pagate da clienti non esenti⁶³. Per quanto riguarda l'aiuto domiciliare, i comuni sono finanziati attraverso le regioni⁶⁴.

I comuni pagano i fornitori di assistenza domiciliare integrata accreditati per cliente in base a:

- L'intensità dell'assistenza fornita (giorni di assistenza effettivi o numero di giorni di assistenza previsti nel piano di assistenza);
- Durata media in giorni
- Il numero di professionisti coinvolti
- Il tempo medio in minuti per ciascun professionista;
- Periodo di funzionamento del servizio.

Alcune regioni hanno optato per altri meccanismi di finanziamento e hanno emesso buoni per persone autorizzate, che possono essere utilizzate solo per l'acquisto di servizi specifici forniti da fornitori autorizzati (accreditati) dall'autorità pubblica⁶⁵. Inoltre, le indennità di cura (dai Comuni o più raramente dalle autorità sanitarie locali) sono utilizzate per pagare i familiari per l'assistenza informale. Il cliente è libero di spendere l'indennità come desiderato⁶⁶.

I servizi di assistenza domiciliare hanno un prezzo fisso per i clienti non esenti⁶⁷. Le regioni definiscono i principi per la definizione delle tasse che i comuni devono pagare ai fornitori accreditati di servizi di assistenza domiciliare. I comuni possono stabilire le proprie spese in base alle restrizioni sul reddito.

⁶³Ministero della Salute 2017, *Op. cit.*

⁶⁴Pesaresi F. (2016), La suddivisione della spesa tra sanità e sociale, in Quanto costa l'RSA, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

⁶⁵Battistella 2002, *Op. cit.*

⁶⁶Lamura, G. e Principi, A. (2009). L' indennità di accompagnamento - La suddivisione della spesa tra sociale e Sanitario. Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi, Giornate della Ricerca Sociale, Progetto promosso dal Ministero del Welfare.

⁶⁷Ministero della Salute 2017, *Op. cit.*

Alcune regioni hanno dedicato punti di accesso separati per l'assistenza domiciliare e i servizi di assistenza domiciliare. In altre regioni o singole autorità sanitarie locali è già operativo il punto di accesso unico. Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica domiciliare, il medico di famiglia, da solo o su richiesta di altri (medico ospedaliero, servizi delle ASL) attiva il servizio e l'assistente sociale organizza una visita domiciliare al fine di verificare le reali esigenze.

In caso di assistenza domiciliare integrata, una valutazione delle esigenze del cliente viene eseguita da un'unità di valutazione multidimensionale composta da professionisti della salute e della salute che concorda con il piano di cura individuale. Vengono utilizzate scale di valutazione sociale e scale di valutazione multidimensionali (standardizzate e validate). Non esiste uno strumento di valutazione a livello nazionale⁶⁸.

Per quanto riguarda l'aiuto domiciliare, il cliente, la famiglia o i servizi sociali possono attivare il servizio. Per calcolare il co-pagamento e l'eventuale esenzione è necessario ottenere un certificato del medico di famiglia che valuti il livello di dipendenza del cliente e i documenti sui mezzi finanziari del cliente.

La responsabilità dell'assistenza domiciliare è condivisa tra il governo regionale (autorità sanitarie locali / distretti) e il governo locale (comune). I governi locali accreditano i fornitori privati di assistenza domiciliare. La legge 328/2000⁶⁹ ha sottolineato l'importanza di decentralizzare la gestione dei servizi a favore di organizzazioni a scopo di lucro o senza scopo di lucro, cooperative sociali, organizzazioni di volontariato e altre organizzazioni private, attraverso l'autorizzazione a fornire i servizi tramite comuni.

⁶⁸Pesaresi 2010, *Op. cit.*

⁶⁹Legge 8 novembre 2000, n. 328: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (GU Serie Generale n.265 del 13-11-2000 - Supplemento Ordinario n. 186) (Entrata in vigore della legge: 28-11-2000).

In Italia, la delega e le gare d'appalto sono le forme più tradizionali utilizzate dalle autorità pubbliche per sviluppare la fornitura di servizi di assistenza domiciliare (settore sociale e sanitario) attraverso l'esternalizzazione di compiti alle organizzazioni senza scopo di lucro, in particolare alle cooperative (sociali).

L'assistenza sociale a domicilio pagata privatamente è in gran parte un mercato informale e spesso fuori dai regolamenti pubblici⁷⁰. Anche le infermiere domestiche private possono essere informali e non regolamentate. Per trovare un'infermiera professionale per le cure a casa, i clienti devono fare riferimento al Collegio degli infermieri per ottenere un elenco di quali professionisti contattare (tutti iscritti nel Registro pubblico degli infermieri).

Vi sono dubbi sull'integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria a domicilio. Di solito sono forniti da diverse organizzazioni. Solo in alcune regioni (principalmente nel Centro-Nord Italia) esistono accordi tra Comuni e Enti Sanitari locali per una fornitura integrata⁷¹. Nell'assistenza domiciliare integrata il medico generico ha la responsabilità del processo di assistenza. Nell'assistenza domiciliare programmata il medico curante fornisce assistenza medica domiciliare a casa del paziente⁷².

Un altro ruolo dei medici generici nell'assistenza domiciliare è che certificano la dipendenza del cliente. Anche gli ospedali possono essere coinvolti nella fornitura di assistenza domiciliare. Il ricovero a domicilio è richiesto dai medici di medicina generale, organizzato da un ospedale e dedicato ai malati di cancro e ai pazienti dipendenti⁷³. In alcuni casi, anche i servizi di assistenza domiciliare e l'assistenza socio-sanitaria integrata sono garantiti, gratuitamente, per la fase post-acuta intensiva (dimissione protetta dall'ospedale).

⁷⁰Pesaresi 2007, *Op. cit.*

⁷¹*Ibid.*

⁷²Pesaresi 2010, *Op. cit.*

⁷³*Ibid.*

Inoltre, gli infermieri di collegamento coordinano il trasferimento dagli ospedali. Spesso c'è un'infermiera professionale come coordinatrice, ma sempre con la collaborazione del medico generico.

Il coordinamento tra assistenza domiciliare e case di cura è strutturato anche quando si tratta di assistenza domiciliare integrata. In effetti, l'unità di valutazione multidimensionale valuta se i destinatari dell'assistenza domiciliare potrebbero aver bisogno di un'ammissione temporanea o permanente all'assistenza residenziale.

In caso di altri tipi di assistenza domiciliare il coordinamento è meno frequente. Nel complesso, va notato che sebbene la Legge 328/2000⁷⁴ mirasse a promuovere un sistema integrato di servizi, molte Regioni (principalmente nel Sud Italia) non hanno ancora fissato le regole per l'integrazione organizzativa e finanziaria.

Di seguito sono riportati i principali attori dell'assistenza infermieristica domiciliare:

- Il Ministero della salute sviluppa la legislazione nazionale, le norme minime nazionali e i criteri per l'utilizzo del Fondo sanitario nazionale;
- La Regione è responsabile della pianificazione e dell'attuazione dei servizi attraverso le unità sanitarie locali. È inoltre responsabile della definizione delle principali caratteristiche organizzative e gestionali dei servizi, inclusi controllo e supervisione; inoltre pianifica e organizza la formazione professionale del personale sanitario;
- L'autorità sanitaria locale organizza e fornisce servizi di assistenza infermieristica domiciliare, assistenza sanitaria domiciliare integrata e servizio di ospedalizzazione domiciliare. Il servizio di assistenza sanitaria domiciliare integrata comprende come membri espliciti della rete di assistenza sia un gestore (supervisore dell'assistenza domiciliare integrata) sia i parenti che forniscono assistenza al

⁷⁴ Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Op. cit.*

paziente (la presenza di tali parenti è un prerequisito per ricevere l'assistenza sanitaria domiciliare integrata);

- Il medico generico è il professionista delle cure incaricato di decidere se il paziente necessita di cure sanitarie a domicilio;
- Medici specialisti, fisioterapisti, infermieri professionisti forniscono il trattamento diretto al paziente.

I seguenti attori sono coinvolti nell'aiuto domiciliare⁷⁵:

- Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali elabora la legislazione nazionale, le norme minime nazionali e i criteri per l'utilizzo del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- La Regione è responsabile della pianificazione e dell'attuazione dei servizi di assistenza domiciliare attraverso i comuni; monitora l'implementazione e l'integrazione tra gli interventi previsti (servizi sociali e sanitari); definisce i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e il monitoraggio delle strutture residenziali;
- Il Comune definisce le norme locali relative alla fornitura di assistenza domiciliare, stipula contratti con agenzie di assistenza domiciliare, fissa i prezzi e rimborsa le agenzie di assistenza domiciliare (o concede il voucher direttamente ai clienti);
- I fornitori pubblici, le cooperative sociali, le associazioni di volontariato forniscono aiuti domestici e cure personali;
- Gli assistenti domestici privati (badanti) forniscono assistenza domestica e assistenza personale;
- La famiglia e gli altri badanti informali forniscono aiuti domestici e cure personali.

⁷⁵Mauri, L. (2007). Le politiche di Long Term care in Italia - I principali nodi del dibattito, Convegno Civitas, 5 Maggio.

3.2. Le opportunità delle Province autonome di Trento e Bolzano

Il Trentino-Alto Adige (Südtirol) è una regione autonoma d'Italia, la cui maggior parte dei poteri legislativi e amministrativi è stata trasferita dagli anni '70 alle due province autonome che compongono la regione: la Provincia di Trento, comunemente nota come Trentino, e la Provincia di Bolzano, comunemente nota come Alto Adige.

La regione è divisa in due province autonome: Trentino (Provincia autonoma di Trento) e Alto Adige (Provincia autonoma di Bolzano). La Repubblica italiana riconobbe un certo grado di autonomia per la regione e le sue due province costituenti, che fu il risultato dell'Accordo Gruber–De Gasperi del 1946, nonché dello status speciale di autonomia approvato dalla legge costituzionale nel 1948. Questo statuto ha dato alla regione il diritto di avviare le proprie leggi su una vasta gamma di argomenti e di svolgere le rispettive funzioni amministrative.

Nel 1972, l'introduzione del secondo Statuto di autonomia, che era al centro delle discussioni tra i governi Italiano e Austriaco, ha comportato il trasferimento delle principali competenze dalla regione alle due province. L'autonomia riconosciuta dallo statuto speciale copre le istituzioni politiche, legislative, amministrative e fiscali. Il secondo statuto ha trasformato la regione di fatto in un libero comune con poteri devoluti alle due province autonome, con competenze legislative o esecutive molto limitate.

La capitale è Trento, anche se le due capitali provinciali si alternano biennialmente (l'altra è Bolzano) come sede dell'assemblea regionale.

Poiché ciò comportava una serie complessa di disposizioni importanti con lo statuto del diritto costituzionale e quindi soggetta a una complessa procedura di approvazione, il pacchetto di misure noto come Secondo Statuto di Autonomia è entrato in vigore il 20 gennaio 1972 sotto forma di consolidamento atto composto da 115 articoli.

I decenni successivi furono caratterizzati da lunghi e difficili negoziati tra Bolzano (Bozen) e Roma sulle norme per l'attuazione delle singole disposizioni dello Statuto di Autonomia, nel contesto del quale era possibile migliorare e ampliare ulteriormente le aree di competenza. Il nome ufficiale della regione era diventato Trentino-Alto Adige.

La principale innovazione del secondo statuto di autonomia consisteva nella riduzione dei poteri del governo regionale a causa del trasferimento di quasi tutta la sua autorità nelle province autonome di Bolzano e Trento. Ciò ha portato a una profonda rivalutazione del parlamento provinciale e ha richiesto un ampio programma di lavoro per garantire che potesse essere creata una base giuridica per la nuova forma di autonomia in Alto Adige (Südtirol).

I risultati iniziarono a essere visti sempre più chiaramente negli anni '70, quando vi fu una crescita sostanziale in tutta la provincia, specialmente nel settore turistico e nell'industria leggera e nelle attività artigianali, che pose fine allo spopolamento delle aree più periferiche, favorendo una diffusa prosperità.

Venti anni dopo l'entrata in vigore del secondo Statuto di autonomia, e più precisamente il 30 gennaio 1992, il governo italiano, guidato da Giulio Andreotti, emanò le norme finali per l'attuazione. Il 22 aprile la relativa nota di accompagnamento è stata consegnata in Austria e il 19 giugno 1992, dopo un ampio dibattito in seno al parlamento austriaco, i rappresentanti di Italia e Austria hanno rilasciato un discarico dinanzi alle Nazioni Unite a New York, ponendo fine alla questione dell'Alto Adige / Südtirol che era in corso dal 1960.

Nel frattempo, in seguito alla progressiva unificazione dell'Europa e al progressivo smantellamento delle frontiere statali, la situazione in Alto Adige / Südtirol ha iniziato ad assumere una nuova dimensione. Con l'ingresso dell'Austria nell'Unione europea (UE) il 1 ° gennaio 1995 e l'entrata in vigore del trattato di Schengen il 1° aprile 1998, un'Europa

senza frontiere è diventata realtà e si sono aperte nuove prospettive per la cooperazione interregionale all'interno di un'Europa unita.

Grazie ai governi italiani a favore dell'autonomia, le province di Bolzano e Trento sono state in grado di acquisire giurisdizione in aree aggiuntive, nonostante la dichiarazione di risoluzione della controversia. Il trasferimento di importanti responsabilità per la rete stradale (tra cui la manutenzione ordinaria e straordinaria delle strade statali), le comunicazioni e i trasporti, le acque statali e la rete idrica (compresa la concessione di importanti deviazioni di acqua per le centrali idroelettriche), la produzione e la distribuzione di elettricità e la gestione delle scuole provinciali (ad esempio i poteri per determinare lo status giuridico ed economico del personale docente) si distinguono per la loro importanza per quanto riguarda le nuove aree di competenza.

Questi sviluppi hanno ormai raggiunto la fine della linea, almeno per il momento, con la legge costituzionale del 31 gennaio 2001, n. 2, che tra l'altro ha modificato e integrato lo Statuto speciale della Regione Trentino-Alto Adige / Südtirol e con la legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3 sulla riforma della Costituzione Italiana, approvata dal referendum popolare.

Quest'ultima legge, in particolare, ha fornito un notevole impulso al federalismo in Italia, mettendo i comuni, le province, i governi metropolitani e le regioni su un piano di parità con lo Stato in termini di importanza nell'organizzazione della Repubblica. La riforma costituzionale ha inoltre radicalmente modificato la giurisdizione dello Stato e delle regioni. In precedenza questi avevano l'autorità legislativa solo in alcuni settori specificamente definiti, mentre in tutti gli altri settori era lo Stato ad avere giurisdizione, mentre la situazione è stata ora ribaltata⁷⁶.

⁷⁶La giurisdizione della provincia di Bolzano era ed è ancora molto più ampia di quella di altre regioni, in particolare quelle con uno statuto ordinario, a seguito dello statuto di autonomia.

Questa inversione di ruoli ha comportato un ulteriore aumento dell'autorità dell'Alto Adige / Südtirol, così come l'autorità delle altre regioni con uno statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Sicilia) e quella della Provincia autonoma di Trento, che in seguito alla modifica della Costituzione forma ora, insieme alla Provincia autonoma di Bolzano, la regione ufficialmente conosciuta come Trentino-Alto Adige / Südtirol in entrambe le lingue.

Una chiara conseguenza di questo primo passo verso il federalismo da parte dell'Italia è da un lato l'abolizione dell'approvazione del governo Italiano per le leggi regionali e provinciali, che ora entrano in vigore immediatamente dopo l'approvazione e senza precedenti controlli da parte del governo italiano, e dall'altro consegnare l'abolizione del controllo esercitato sui comuni e altri enti locali dalle regioni, o nel caso dell'Alto Adige / Südtirol, dalla provincia, e la rivalutazione degli enti locali attraverso l'istituzione obbligatoria di un Consiglio degli enti locali.

Prima della riforma della Costituzione italiana, la citata legge costituzionale del 31 gennaio 2001, n. 2, aveva già portato a una radicale trasformazione delle relazioni istituzionali tra la Regione Trentino-Alto Adige / Südtirol e le due province autonome di Trento e Bolzano.

Infatti, mentre la regione era precedentemente suddivisa in due province, ora a seguito della suddetta riforma dello Statuto di autonomia, sono le due province di Trento e Bolzano che formano la regione. In altre parole, le province sono diventate i pilastri, nel contesto di una chiara rivalutazione del loro ruolo rispetto alla regione.

Queste province autonome possono essere considerate la culla di un nuovo tipo di cooperativa, la cooperativa sociale, emersa negli anni '70. Queste cooperative sono imprese multi-stakeholder, con origini settoriali senza scopo di lucro, che riuniscono fornitori e beneficiari di un servizio comunitario in un'unica associazione. Questi gruppi sono collegati all'evoluzione dei sistemi di welfare locale italiano. C'erano solo 14 di queste cooperative nel 1983, poi 22 nel 1988 e 55 nel 1995.

Un consorzio provinciale trentino, chiamato Consolida, fu rapidamente creato per fornire alle cooperative associate assistenza tecnica e manageriale, corsi di formazione professionale e organizzazione attività promozionali all'interno delle comunità. La Provincia del Trentino è stata la prima a regolare le cooperative sociali nel 1988, mentre il governo italiano ha atteso fino al 1991⁷⁷.

Le provincie autonome hanno ampie competenze amministrative e legislative su una vasta gamma di argomenti, dalla pianificazione del territorio e l'uso delle risorse naturali a questioni sociali come la politica dell'occupazione e lo sviluppo economico. Da un punto di vista politico e amministrativo, l'organo di governo delle provincie autonome ha investito molti sforzi per promuovere la trasformazione necessaria per creare occupazione e soddisfare le aspettative dei cittadini.

Il modello basato sullo sviluppo dell'industria manifatturiera, aiutato dalla delocalizzazione di grandi impianti industriali, ha raggiunto la sua maturità e ha lasciato irrisolti molti problemi tipici del declino industriale⁷⁸. L'aumento della disoccupazione, i problemi ambientali delle aree industriali destrutturate, ma anche la persistenza della marginalità nelle aree periferiche ha preservato l'ambiente rurale e la tradizione agricola di cooperazione e altre forme di associazione locali.

Per tradizione storica e culturale, le provincie autonome hanno sempre riconosciuto e premiato il modello cooperativo. Più che altrove, i valori mutualistici, la partecipazione e il sostegno allo sviluppo della comunità fanno parte del suo capitale sociale. In quanto ampio serbatoio di buona volontà e buone pratiche (le radici), questo atteggiamento positivo è stato capitalizzato dai settori tradizionalmente rilevanti: il consumatore, il credito e le cooperative agricole.

⁷⁷Borzaga e Ianes 2006, *Op. cit.*

⁷⁸Salvatori G. (2012). The Flexibility of the co-operative Model as a Development Tool: The Case of The Metamorphosis of an Italian Region, *Euricse, Working Paper* n. 025/12.

Tuttavia, la crescita economica che ha accompagnato la seconda guerra mondiale ha profondamente cambiato le province autonome, creando nuove esigenze e una gamma diversificata di attori politici.

Il movimento di cooperazione ha resistito all'interferenza politica mantenendo con cura la sua indipendenza formale e preservandone la natura autonoma.

La proposta più significativa, e precursore di una svolta legislativa nazionale, è l'estensione del concetto di reciprocità ai non membri (mutuo interesse esterno) e il riconoscimento delle cooperative sociali (Legge 1988) nella loro capacità di gestire servizi e attività a favore di particolari categorie deboli e di risposta ad altri nuovi valori sociali, come l'ambiente, la raccolta dei rifiuti, la promozione del turismo, la gestione delle attività culturali.

Questa visione, supportata direttamente dalle misure normative e dai contributi finanziari pubblici, ha contribuito a rafforzare, nel corso degli anni, i principi su cui si fonda la cooperazione (democrazia, partecipazione, porte aperte) e ad ampliare la portata di funzionamento del modello di business in altre aree, non solo orientate da obiettivi sociali, ma anche nella produzione e nell'occupazione, aree in cui le province autonome hanno avuto un'esperienza marginale.

Alcune norme regionali caratterizzano il sistema cooperativo locale e non si riflettono nella legislazione nazionale:

- Nella regione, le cooperative non sono tenute a versare il contributo annuale per la revisione (contributo di revisione). Invece, le cooperative sono tenute a pagare il costo della revisione solo quando viene effettuata e la Provincia interviene con un contributo finanziario pari al 50% del costo;
- Alcune disposizioni relative ai controlli sono state unificate e coordinate: la legge regionale n. 5 del 9 luglio 2008, che regola il controllo legale dei conti, riduce l'onere per le cooperative, stabilendo una soglia di esenzione per le piccole cooperative e

rafforzando il ruolo delle associazioni cooperative, nei due processi di revisione (Revisione amministrativa e Revisione co-operativa);

- Il registro delle cooperative (Registro degli enti co-operativi), in cui le cooperative devono essere registrate in Trentino, è detenuto dagli uffici di ciascuna Provincia; gli uffici provinciali presenteranno quindi la registrazione al registro nazionale.

La riforma del diritto societario del 2003 ha contribuito a rafforzare la convinzione cooperativa sul lavoro autonomo e l'impegno per lo sviluppo locale e l'emancipazione civica, nonché le scelte dell'autorità pubblica provinciale^{79 80 81}.

Le competenze regionali rimangono i criteri di riferimento per lo sviluppo delle cooperative e la loro supervisione. Vantaggi e contributi sono invece previsti dalla legislazione provinciale e le cooperative possono accedere a tali benefici in base a varie leggi settoriali o attraverso appalti pubblici come qualsiasi altra forma legale. Questa è una regola generale.

Di seguito una breve presentazione delle varie strutture che possono essere concesse alle cooperative delle province autonome:

- Supervisione e controllo. Le regole sono state stabilite nella legge regionale n. 7, 29 gennaio 1954, come modificato da D.P.G.R. (Decreto del Presidente del Consiglio Regionale) 2 marzo 1994, n. 3. La legge è stata recentemente sostituita dalla legge regionale n. 5 luglio 9, 2008, che disciplina la materia comprese le cooperative sociali;
- L'autonomia regionale copre quattro aree: a) ruolo dell'Autorità di vigilanza e revisione; b) registrazione delle cooperative, insieme a una regolare supervisione del loro status registrato; c) revisioni

⁷⁹Borzaga C. and Mittone, L. (1997). *The Multi-Stakeholders Versus the Nonprofit Organisation*, Discussion Paper, n. 7, University of Trento, Trento.

⁸⁰Borzaga C. e Fici, A. (2004), *La riforma delle società co-operative. Vincoli e opportunità nel nuovo diritto societario*, Trento: Edizioni31.

⁸¹Gonzales V. (2010). Italian Social Co-operatives and the Development of Civic Capacity: A Case of Co-operative Renewal?, *Affinities: A Journal of Radical Theory, Culture and Action*, 4(1): 225-251.

delle cooperative; d) azioni e misure attuate in caso di comportamenti irregolari nella gestione delle cooperative, con possibilità di chiusura dell'attività.

A seguito di queste modifiche legali e per garantire che venga fornita una guida al movimento di cooperazione con adeguato grado di specificità e competenze, le due distinte funzioni dell'Autorità (art. 1) sono state divise tra la Provincia, che è responsabile della supervisione e il registro e l'associazione rappresentativa riconosciuta che esercita la funzione di revisione del bilancio e dei conti.

La vigilanza si divide essenzialmente in tre settori:

1. La registrazione nel registro provinciale degli organi cooperativi e il monitoraggio continuo del rispetto delle condizioni per l'inclusione;
2. L'esecuzione di revisioni periodiche o straordinarie;
3. Misure in caso di gravi irregolarità nella gestione della cooperativa.

Per quanto riguarda la definizione di cooperativa e i requisiti per la registrazione e l'adesione, il registro (Registro Provinciale degli Enti Cooperativi, come definito nell'articolo 13) è diviso in due sezioni: per le cooperative con prevalenza reciproca negli scambi con i propri membri e per quelli con reciprocità non prevalente negli scambi con la comunità generale e i cittadini.

La prima responsabilità è di gestire la revisione cooperativa (Revisione cooperativa) come richiesto dall'art. 19, per tutte le cooperative affiliate e per le altre iscritte al registro provinciale. La seconda responsabilità è la revisione contabile (Revisione legale dei conti) delle cooperative (attualmente, tutte le Casse Rurali e i tre consorzi finanziari) che identifica le attività coperte dal Decreto. 39/2010.

La situazione finanziaria e la gestione della cooperativa sono verificate almeno ogni due esercizi finanziari allo scopo di determinarne le condizioni economiche e il corretto rispetto da parte della direzione. Le Casse Rurali sono controllate ogni anno finanziario. La revisione cooperativa, che è obbligatoria anche per qualsiasi cooperativa registrata,

viene effettuata almeno ogni due anni. La prassi consueta per il movimento cooperativo trentino è di includere in essa la revisione e la valutazione della situazione economica e finanziaria, se la cooperativa non è soggetta alla revisione legale dei conti.

La legge provinciale n. 17/93 prevede diverse misure per promuovere l'innovazione e abilitare le tecnologie attraverso incentivi finanziari appositamente progettati che coprono parte dei costi associati all'investimento. Questo fondo è progettato per servire le micro, piccole e medie imprese, comprese le cooperative, e lo scopo è quello di fornire sussidi per i costi relativi alla certificazione di attività o prodotti, alla riorganizzazione del processo di produzione, all'espansione delle funzioni aziendali (amministrative, commerciale, computer). Sono consentite borse di studio anche per iniziative di studio, sviluppo di piani strategici e acquisizione di certificazioni di qualità, internazionalizzazione delle attività e gestione di consorzi.

Con la legge regionale n. 20/93, il Trentino-Alto Adige ha istituito un fondo per il finanziamento delle cooperative e dei loro consorzi e associazioni, per iniziative volte alla promozione e allo sviluppo della cultura della cooperazione.

Per quanto riguarda la cooperazione sociale, va notato che in Trentino la legge regionale 24/1988 ha anticipato la legge nazionale che riconosce le regole per la cooperazione di solidarietà sociale (la norma di riferimento è la Legge nazionale 381/1991).

La legge provinciale n. 6/1999 (per la promozione di attività economiche) prevede un pacchetto specifico di opportunità di finanziamento per sostenere investimenti produttivi in beni materiali e immateriali da parte di piccole e medie imprese, comprese le cooperative.

Il finanziamento delle imprese in progetti di R&S innovativi può beneficiare di sovvenzioni che vanno dal 20% all'80% del capitale investito, con un massimo di 3 milioni di euro per progetto. In casi specifici, è anche

possibile beneficiare di prestiti a partecipazione agli utili per la ricapitalizzazione, i costi di trasferimento e gli interventi per il recupero, la ristrutturazione e la conversione delle imprese stabilite in Trentino. Alcune di queste misure sono state finanziate con i fondi strutturali europei.

L'accesso ai contributi finanziari è definito da una griglia di priorità: sostenere le iniziative imprenditoriali per favorire la crescita economica locale, vale a dire lo sviluppo di attività alternative e il successo delle attività discontinue; creazione di nuove iniziative imprenditoriali e riqualificazione; sviluppo di reti aziendali; innovazione aziendale per le piccole imprese e crescita delle dimensioni. Gli incentivi per l'acquisto di proprietà sono rivolti solo a coloro che stanno avviando una nuova iniziativa o sostituiscono un bene.

Una misura inizialmente strumentale allo sviluppo della cooperazione sociale può essere identificata nel Progettone istituito dalla Legge provinciale n. 32 del 27 novembre 1990. Attraverso questo strumento è possibile assumere lavoratori in attività giustificate da un interesse pubblico; la condizione accertata ha più di 53 anni per l'uomo e 49 anni per le donne. I lavoratori dovrebbero essere licenziati e licenziati dal ciclo produttivo e non essere più in grado di trovare lavoro.

In termini operativi, le province autonome hanno incaricato le cooperative di lavoratori e le cooperative sociali che erano membri dei due consorzi (CLA - Consorzio Lavoro Ambiente e Consolida) di progettare e gestire programmi specifici per i lavoratori in esubero. I beneficiari selezionati vengono inseriti nel Progettone con un contratto a tempo indeterminato (tempo indeterminato) fino a quando il beneficiario non raggiunge l'età minima di pensionamento.

Le priorità sono identificate dalla legge provinciale per compiti o lavori specifici: per gli uomini, recupero e valorizzazione dell'ambiente, manutenzione delle piste ciclabili nella provincia, cura dei parchi pubblici, mentre per le donne, le opportunità sono state trovate come assistenti di biblioteca, archivisti, custodi, specialisti di attività o assistenti per anziani.

In una risoluzione dell'Agenzia provinciale del lavoro del 14 marzo 2013, i criteri e le priorità sono stati modificati per mitigare l'impatto della recessione su due gruppi vulnerabili: quelli che non hanno più di 60 mesi (260 settimane) per ottenere le prestazioni pensionistiche (pensione di anzianità o pensione di anzianità) e coloro che sono ancora disoccupati che hanno dimostrato il loro impegno nella ricerca attiva del lavoro, compresa la partecipazione ai programmi di politica attiva concordati con l'Agenzia del lavoro.

Di particolare importanza per lo sviluppo di questo settore è stata la legge approvata dalla Regione Trentino Alto Adige nel 1988 che regolava il settore no profit della cooperazione sociale, che ha preceduto la legge nazionale. Più tardi nel 1993, la legge regionale n. 15 hanno riconosciuto due forme di cooperative sociali: le cooperative che lavorano nella gestione della salute, della cultura e dell'istruzione; e cooperative che lavorano in vari settori come quello agricolo, industriale e dei servizi relativi all'impiego di persone svantaggiate.

Le 94 cooperative sociali soddisfano una varietà di esigenze, con due obiettivi principali: il primo è lavorare a fianco del governo locale per fornire servizi a coloro che hanno svantaggi sociali; il secondo è garantire ai membri normali opportunità di lavoro più vicine al loro carattere e alla loro vocazione nella vita.

Il numero di cooperative sociali ha registrato un aumento significativo tra la fine degli anni settanta e l'inizio degli anni ottanta, con l'interazione spontanea tra famiglie, imprese, lavoratori e volontari. Le aree di lavoro coprono quasi tutti i servizi di assistenza offerti insieme al settore pubblico, agli enti di beneficenza e ad altre associazioni.

In risposta a questa ondata dal basso di proposte e iniziative per aiutare i gruppi più svantaggiati delle comunità, il consiglio regionale del Trentino Alto Adige è stato il primo in Italia ad approvare la legge 24 1988 che riconosce e regola le cooperative sociali. Tale legge regionale può essere considerata la svolta per il movimento che ha visto in seguito un più ampio

riconoscimento nel 1991 con l'approvazione della legge 381 relativa ai concetti di economia sociale e cooperative sociali⁸².

Le cooperative sociali coprono una vasta gamma di servizi che offrono assistenza sociale e aiuto domiciliare per migliorare:

- La qualità della vita delle persone svantaggiate;
- Le case di cura per i giovani;
- I centri diurni per anziani;
- I centri per i senzatetto;
- I centri di accoglienza per immigrati;
- L'assistenza e trasporto per disabili.

Offrono anche attività per riqualificare le persone con svantaggi sociali per tornare al lavoro, che vanno dai laboratori alla manutenzione del parco, lavori di pulizia, meccanica e lavori di carpenteria. Possono sostituire i servizi pubblici, sebbene siano supportati dal governo locale. Il loro vantaggio è la proprietà e il controllo locali combinati con l'istituzione di piccole organizzazioni basate sul comune che all'avvio hanno consentito ai membri di sfruttare la loro capacità di affrontare meglio le esigenze locali rispetto al comune con i suoi servizi interni.

Le cooperative sociali creano una forte collaborazione tra l'utente finale, la pubblica amministrazione e la cooperativa nell'offerta di servizi sociali o pubblici e offrono i servizi che la pubblica amministrazione non è in grado di offrire.

La situazione più frequente è quindi che il settore pubblico è il principale appaltatore di queste cooperative di servizi sociali, in genere comuni o autorità sanitarie locali. Dato l'indirizzo competitivo degli appalti pubblici, è probabile che queste cooperative siano esposte alla concorrenza sulla base della riduzione dei costi.

⁸²Borzaga C. and Santuari, A. (2001). *The innovative trends in the nonprofit sector in Europe: the emergence of social entrepreneurship*, OECD Conference Paper.

Insieme alla riduzione delle entrate pubbliche, la concorrenza è diventata molto forte e ingiusta quando la certificazione di responsabilità cooperativa, che è una questione importante tra i membri delle province autonome e le procedure organizzative interne, non sono applicate correttamente.

Tuttavia, la grande maggioranza delle cooperative sociali, che sono di proprietà e controllo a livello locale, potrebbe continuare a fornire servizi nelle comunità in cui non è più redditizio per un'azienda privata o un comune farlo. Solo pochi sono stati in grado di crescere di dimensioni ed estendere i propri servizi fuori dalla provincia.

Le dimensioni ridotte e l'orientamento locale sono due aspetti critici che supportano la creazione di consorzi (e altri tipi di strutture di supporto). In altre parole, replicano la tradizionale struttura di cooperazione evoluta in Trentino, con consorzi di secondo livello come coordinatore e responsabile delle attività commerciali per le cooperative.

La differenza è che le cooperative vendono servizi non beni (o acquistano beni per i membri) e il vantaggio può derivare dalla rete e dalle economie di scala nel contrarre e appaltare grandi contratti, trovare nuovi mercati, competere in mercati aperti e migliorare la loro competitività. A parte la rete economica e le sue dimensioni crescenti all'interno della Federazione, l'attività principale del consorzio non si sta contraendo, ma rappresenta la cooperativa sociale in forum più ampi e dibattiti politici con la Provincia e altre autorità pubbliche a diversi livelli.

Consolida è il consorzio di secondo livello delle cooperative sociali. È stato istituito nel 1986 con una cinquantina di cooperative sociali, la maggior parte delle quali di tipo A, vale a dire che offrono assistenza sociale e servizi educativi; gli altri sono di tipo B, vale a dire che lavorano per reinserire le persone con difficoltà personali e sociali sul posto di lavoro.

Sebbene la sua funzione e il suo obiettivo possano sembrare simili a quelli delle reti di cooperative in agricoltura e al dettaglio, il suo campo di

applicazione è in pratica molto più ampio a causa dell'eterogeneità dei servizi delle cooperative associate. Il consorzio, che è la più grande rete di impresa sociale trentina, produce oltre 7 milioni di euro di ricavi, in parte come general contractor garantendo ai comuni locali una completa e qualificata esecuzione di servizi. Consolida svolge attività di ricerca e promuove iniziative di formazione per membri, consiglieri, dirigenti e lavoratori delle cooperative.

La varietà del lavoro coperto dalla rete di cooperative può variare dall'inclusione sociale delle persone con varie forme di disabilità, al lavoro con l'infanzia fino all'adolescenza, al lavoro con gli anziani, all'immigrazione e al turismo sociale. Riunendo cooperative di diversi settori, la sfida è creare sinergie tra i diversi tipi di cooperative e fornire supporto alle loro attività, in qualità di appaltatore generale negli appalti pubblici, o promuovere l'accesso a nuovi mercati al di fuori della provincia.

3.3. Un'esperienza: Il consorzio Gino Mattarelli

Il Consorzio Gino Mattarelli (CGM) ha come obiettivo primario il mettere in rete e valorizzare cooperative sociali di tutta Italia per favorirne la cooperazione, fornire supporto, consulenza tecnico-amministrativa e servizi di supporto finanziario per i membri. Inoltre, esse tendono a fornire supporto nel gestire le attività di formazione in corso, agevolare lo sviluppo e l'utilità sociale delle cooperative, promuovere e favorire l'espansione delle cooperative sociali mediante schemi adeguati, collaborare con enti pubblici; applicare etichette o marchi specifici a servizi e prodotti in modo da distinguersi dagli altri.

Questo Consorzio Nazionale, che comprende 58 consorzi nazionali, 701 cooperative sociali e opera con oltre 40.000 lavoratori, concede prestiti e anticipazioni, oltre al fornire servizi di consulenza tecnica, finanziaria e amministrativa per le operazioni di credito e di investimento⁸³. Il CGM è un consorzio di secondo livello fondato nel 1987⁸⁴.

All'interno della sua rete nazionale molte cooperative sono caratterizzate da una partecipazione finanziaria incrociata, per cui i membri finanziari prendono il patrimonio dell'organizzazione e hanno il diritto di eleggere i loro rappresentanti nel Consiglio di amministrazione, sebbene non possano mai raggiungere una posizione di controllo.

Nel 2005, il CGM è stato costituito come Gruppo Cooperativo. Con questa nuova struttura CGM diventa l'organizzazione principale che dirige l'intera rete. Il Gruppo affianca il consorzio nazionale originale, che mantiene il suo ruolo di coordinamento a livello operativo, esecutivo.

⁸³Borzaga, C. e Ianes, A. (2006), *L'economia della solidarietà. Storia e prospettive della cooperazione sociale*, Roma: Donzelli.

⁸⁴Ianes, A. and Tortia, E.C. (2009). Creativity and institution building: the case of Italian social cooperatives in S. Sacchetti and R. Sugden (edn.), *Knowledge in the Development of Economies. Institutional Choices Under Globalisation*, Cheltenham: Edward Elgar, 158-180.

Questa evoluzione della governance può essere interpretata in termini di ibridazione della struttura mutualistica di base. La nuova struttura di governance è stata infatti accompagnata dall'iniziale creazione di 70 organizzazioni trasversali, che possono, ma non è necessario, essere cooperative. Queste organizzazioni sono responsabili della produzione di servizi specializzati per le cooperative di base associate. Supportano l'ingresso in nuovi settori, in particolare quelli ad alta intensità di capitale, con barriere all'ingresso elevate (e potenzialmente affitti più elevati) come l'assistenza sanitaria, che finora non è stata affrontata dalla cooperazione sociale.

Supportando l'ingresso in mercati con elevate barriere all'ingresso, le nuove organizzazioni in CGM sono funzionali anche al raggiungimento di pool di dimensioni e competenze contro i fallimenti del mercato, che affrontano le inefficienze specifiche originate dalle posizioni monopolistiche/monopsonistiche dei fornitori di servizi e acquirenti, come il settore pubblico o altre ditte private convenzionali. Queste strategie possono essere assenti o inefficaci quando la cooperativa agisce da sola.

La creazione di reti e il monitoraggio tra pari attraverso consorzi ha quindi il potenziale di distanziare le cooperative dalle pratiche e dai sistemi di incentivazione funzionali alle convenzionali organizzazioni a scopo di lucro, proteggendole al contempo dalla subordinazione al potere monopolistico.

Nel complesso, il CGM è emerso come una rete orizzontale e multilivello formalizzata di piccole organizzazioni di base. La struttura di fondazione è ancora in atto. Sui suoi pilastri, sono stati aggiunti nuovi elementi (eterarchici e gerarchici, operativi e strategici) per migliorare l'efficienza in termini di opportunità di mercato e coordinamento.

Conclusioni

Il dibattito sulle possibili conseguenze del riconoscimento dato, nella legislazione, alle imprese sociali è stato e continua ad essere particolarmente intenso in Italia, in cui il fenomeno della cooperazione sociale è diffuso. Né dovrebbe essere una sorpresa per nessuno, poiché se consideriamo il confronto con questa nuova forma di impresa necessario per il movimento cooperativo in generale, lo è ancora di più per la parte del movimento cooperativo che ha assunto il marchio sociale e ha diretto le sue attività verso l'interesse generale.

La funzione sociale della cooperazione è pertanto stabilita come un fatto di diritto. Questo è ciò che lo distingue da un'impresa ordinaria, rispetto alla quale la stessa Costituzione afferma, da un lato, che può non svolgere le sue attività in modo tale da essere contrario all'utilità sociale o che danneggia l'uomo sicurezza, libertà e dignità, anticipando chiaramente questa probabilità (articolo 41, comma 2), mentre dall'altro richiede al legislatore di guidarlo e coordinarlo verso attività a scopo sociale, sulla base della chiara condizione che non svolgere attività a scopo sociale (art. 41, comma 3).

Resta ancora il problema di stabilire cosa dovrebbe essere compreso dalla funzione sociale della cooperazione, o forse perché la cooperativa dovrebbe essere considerata una forma giuridica di impresa di un'utilità sociale.

La dottrina italiana ha identificato e riconosciuto la funzione sociale di una cooperativa nel fatto che è un istituto di democrazia economica che rappresenta uno dei modi in cui i lavoratori possono partecipare all'organizzazione economica del paese e quindi può influenzare il modellamento della vita politica e l'esercizio della sovranità. Garantendo la proprietà e il controllo dei lavoratori dell'impresa (che, inoltre, dovrebbero essere condotti in modo democratico), consentendo loro di partecipare efficacemente alla vita economica e politica del paese, la forma

cooperativa può contribuire agli sforzi compiuti per attuare il progetto di riforma sociale che i membri del parlamento italiano hanno previsto e richiesto dall'art. 3, comma 2 della Costituzione.

Questa posizione non è corretta solo dal punto di vista interpretativo, ma è anche estremamente attuale da un punto di vista politico, dal momento che la Commissione europea ha anche espresso il suo punto di vista sul fatto che le cooperative contribuiscono allo sviluppo della conoscenza e anche che sono la forma giuridica più appropriata e meno traumatica per il trasferimento di un'impresa che non ha alcuna speranza di continuare nella sua forma attuale: in questi casi, la proprietà dell'azienda può essere trasferita ai lavoratori, in altre parole proprio le persone che, da un lato, hanno un grande interesse per la sua sopravvivenza e hanno una buona conoscenza del settore in cui operare, mentre dall'altro non avrebbe i mezzi finanziari necessari per acquisire l'impresa se non fossero organizzati all'interno di una cooperativa.

La socialità delle cooperative implica il dovuto rispetto di diverse regole fondamentali di funzione, struttura e governance presenti in quasi tutti i sistemi giuridici.

L'eccedenza generata da un'impresa cooperativa viene utilizzata per scopi determinati da modalità progettate per soddisfare non solo gli interessi particolari dei membri della cooperativa.

In effetti, secondo la legislazione vigente, le cooperative sono generalmente tenute ad assegnare una parte del loro surplus a riserve indivisibili (ciò non significa che queste riserve non siano più disponibili, ma significa che non possono essere ripartite tra i membri in caso di scioglimento della cooperativa) e una parte a sostegno dello sviluppo del movimento cooperativo (ad esempio in un fondo istituito a tale scopo dalle associazioni che rappresentano il movimento cooperativo).

Invece di allocare l'eccedenza in proporzione al capitale sottoscritto, possono assegnare la parte residua dell'eccedenza ai loro membri,

secondo, e in proporzione, alle loro transazioni con la cooperativa (in altre parole il loro contributo alle attività della cooperativa); inoltre ciò a volte è possibile solo entro limiti specifici.

È anche importante sottolineare il fatto che queste allocazioni successive (che hanno nomi diversi, ad esempio in italiano sono conosciute come rendimenti) rappresentano solo un regolamento ex post (sulla base dell'eccedenza autenticata) del corrispettivo contrattuale dovuto essere pagato dalla cooperativa ai propri membri. Questo perché, in una cooperativa, il rapporto tra una cooperativa e i suoi membri è normalmente regolato da contratti a tempo indeterminato, in cui il corrispettivo finanziario da assegnare ai membri non è fisso o predeterminato, ma è suscettibile a ulteriori adeguamenti in base ai risultati economici conseguiti dall'impresa.

Da un lato, le riserve indivisibili costituiscono risorse che possono essere utilizzate ai fini della gestione o dello sviluppo dell'impresa, contribuendo così al benessere di tutti coloro (utenti, lavoratori) che traggono vantaggio da l'impresa, mentre dall'altro, se non vengono utilizzati in questo modo, consentono la perpetuazione dell'impresa a beneficio delle generazioni future di collaboratori.

Per quanto riguarda la fornitura di sostegno al movimento cooperativo, questo è solo un modo per condividere i profitti economici generati da singole cooperative e gruppi di operatori.

In termini di struttura aziendale, un fattore della socialità di una cooperativa è la natura variabile del suo capitale aziendale e la conseguente tendenza ad essere aperta al mondo esterno (l'ammissione di nuovi soci, proprio come l'esclusione dei soci, non richiede una modifica specifica dello statuto).

In questa fase è necessario chiarire che, indipendentemente dal sostanziale grado di socialità del loro scopo, come illustrato sopra, le cooperative ordinarie (dovrà essere adottato un approccio diverso rispetto

alle cooperative sociali e avremo l'opportunità di commentare in seguito) sono ancora una forma organizzativa che persegue un interesse particolare, poiché mira a soddisfare i bisogni e le aspirazioni dei suoi membri. Ammettendo nuovi membri, la cooperativa estende i benefici che è in grado di generare oltre la cerchia originale dei propri membri e in questo modo è in grado di generalizzare il proprio scopo particolare.

Tuttavia, si dovrebbe dire che quest'ultimo profilo è fortemente dipendente dal modo specifico in cui la cooperativa si comporta e dalle sue buone qualità efficaci, perché sebbene la legislazione esistente protegga gli interessi di terzi al momento dell'ammissione, non riconoscono il loro diritto a ammissione (in effetti, sarebbe difficile farlo, dato che qui è in gioco la libertà di gestire l'impresa).

La legge italiana è molto efficiente in questo settore, in quanto stabilisce che lo statuto deve stabilire i requisiti, le condizioni e la procedura per l'ammissione dei membri e specifica inoltre che tali criteri potrebbero non essere discriminatori e che devono essere coerenti con lo scopo perseguito e l'attività svolta (art. 2527 c.c.); afferma inoltre che, nel caso in cui una domanda di adesione sia respinta (i motivi devono essere indicati) dal consiglio di amministrazione, i terzi possono chiedere che la domanda sia presentata all'assemblea generale dei membri (art. 2528); infine, richiede ai membri del consiglio di amministrazione di fornire i dettagli delle decisioni prese in merito all'ammissione di nuovi membri nella relazione annuale (art. 2518).

Da un punto di vista funzionale, la legislazione italiana sulle cooperative sociali contiene un'adeguata identificazione del particolare scopo perseguito dalle cooperative sociali. Questa legislazione afferma che lo scopo delle cooperative sociali è quello di perseguire l'interesse generale della comunità in termini di sviluppo umano e integrazione sociale dei cittadini (art. 1, comma 1, legge n. 381/1991).

Pertanto, il legislatore italiano non considererebbe una cooperativa che, ad esempio, svolge attività sociali e sanitarie per gli anziani con l'obiettivo

di guadagnare i salari più alti possibili per i suoi membri lavoratori, come una cooperativa sociale; piuttosto sarebbe considerata una normale cooperativa di lavoratori. Tuttavia, sarebbe una cooperativa sociale autentica e genuina se propone di fornire assistenza al maggior numero possibile di anziani (e opera in modo tale da raggiungere questo obiettivo), fornendo servizi della più alta qualità possibile, al prezzo più basso possibile. In altre parole, se la sua missione fosse quella di soddisfare l'interesse generale della comunità, massimizzando l'utilità dei servizi forniti agli anziani beneficiari.

La legge italiana riconosce due tipi di cooperative sociali: le cosiddette cooperative di tipo a), vale a dire quelle che gestiscono servizi specifici (in particolare i servizi sociali, sanitari e educativi) e le cosiddette cooperative sociali di tipo b) o quelle che trasportano una gamma di attività (di quasi ogni tipo) progettate per integrare le persone svantaggiate attraverso l'occupazione.

Queste persone svantaggiate sono considerate persone con disabilità fisica o mentale, persone che si sottopongono a cure psichiatriche, tossicodipendenti, alcolisti, giovani in età lavorativa che hanno difficoltà legate alla famiglia e alcune categorie di persone a cui è stata condannata una condanna (le persone svantaggiate devono rappresentare almeno il 30% della forza lavoro totale all'interno della cooperativa e devono anche essere membri della cooperativa, purché ciò non sia incompatibile con il loro status personale).

La legislazione italiana in materia di cooperative sociali è quindi da un lato una legge di alta definizione in quanto limita la sfera delle attività che possono essere svolte dal tipo a) cooperative sociali e specifica chiaramente le persone che il tipo b) le cooperative dovrebbero integrarsi attraverso l'occupazione, mentre, d'altra parte, è una legge generica, nel senso che non identifica i gruppi target dei servizi svolti dal tipo a) cooperative sociali.

Infine, emerge chiaramente dall'analisi condotta finora che la stessa valutazione positiva della funzione di utilità sociale svolta dal movimento cooperativo nei confronti dei suoi membri si trova non solo nelle opinioni espresse dalle istituzioni nazionali e internazionali, ma anche e soprattutto nei rispettivi sistemi giuridici.

Lo scopo delle cooperative sociali è quindi completamente altruistico (in termini di destinazione dei vantaggi), poiché tutti i benefici generati dall'impresa devono essere utilizzati ai fini del perseguimento dell'interesse generale, piuttosto che degli interessi particolari dei membri.

Di conseguenza, si potrebbe affermare che le cooperative sociali svolgono attualmente un ruolo importante in Italia nella fornitura di servizi sociali. Infatti, in genere, gli obiettivi, i metodi e la sostenibilità del settore pubblico sono per lo più influenzati dalla politica e dagli standard di welfare fissati, accanto alla decisione degli amministratori di esternalizzare i servizi pubblici.

Infatti, una maggiore dipendenza dal settore pubblico espone le cooperative ai pericoli del pubblico fallimento, come nel caso di inefficienze nelle PA che generano ritardi e insolvenze per le cooperative sociali causando danni a tutti i consociati. Laddove il potere decisionale dell'affiliazione è subordinato alle strategie di terzi, i principi della cooperativa possono essere a rischio e allo stesso modo i diritti dei soci.

Per eliminare o minimizzare questi rischi si deve ricorrere a consorzi per favorire il mutuo soccorso essendo il consorzio uno strumento attraverso cui le cooperative mirano ad accedere e creare opportunità commerciali, innovazione e trasferimento di conoscenze, sviluppo di capacità e ridimensionamento delle economie. La governance dei consorzi non è strettamente regolata dalla legge, ma deve essere orizzontale e prevalentemente democratica, poiché il potere decisionale deve essere condiviso tra tutte le organizzazioni coinvolte.

ConSORZI di questo tipo sono organizzazioni collettive senza fini di lucro, basate sul sostegno e sul controllo reciproco, che affidano comportamenti e pratiche che caratterizzano il capitale sociale e privilegiano l'inclusione, la comunicazione, la reciprocità e la fiducia. I diritti di controllo nei consorzi indicano come le riserve comuni sono gestite dalle organizzazioni che hanno collaborato e forniscono indicazioni sugli incentivi che operano attraverso la rete. Le relazioni in genere coinvolgono una pluralità di attori con interessi diversi e in evoluzione e non consentono il controllo diretto sulle scelte di produzione delle imprese nel consorzio riuscendo di fatto a compensare le mancanze sociali esistenti nel settore dell'assistenza socio-sanitaria.

Bibliografia

Archivi revisionali Confcooperative – 2008

Battistella A, 2002. Buoni servizio e assegni di cura: utilità e rischi, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 32(9): 1–6.

Bertagnoni G. e Menzani T. (2010). Servizi, lavoro e impresa cooperativa. Il terziario in Legacoop e nelle altre organizzazioni di rappresentanza (1975-2010), Bologna: Il Mulino.

Borzaga C. and Mittone, L. (1997). *The Multi-Stakeholders Versus the Nonprofit Organisation*, Discussion Paper, n. 7, University of Trento, Trento.

Borzaga C. and Santuari, A. (2001). *The innovative trends in the nonprofit sector in Europe: the emergence of social entrepreneurship*, OECD Conference Paper.

Borzaga C. e Fici, A. (2004), *La riforma delle società co-operative. Vincoli e opportunità nel nuovo diritto societario*, Trento: Edizioni31.

Borzaga, C. e Ianes, A. (2006), *L'economia della solidarietà. Storia e prospettive della cooperazione sociale*. Roma: Donzelli editore.

Borzaga, C. e Santuari, A. (2001). Italia: dalle cooperative tradizionali alle cooperative sociali. In Borzaga C. e Defourny, J. (edn.) *L'impresa sociale in una prospettiva europea*, Milano: Issano

Clary, E. G., Snyder, M., and Stukas, A. A. (1996). Volunteers' motivations: Findings from a national survey. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 25(4), 485–505.

Gonzales V. (2010). Italian Social Co-operatives and the Development of Civic Capacity: A Case of Co-operative Renewal?, *Affinities: A Journal of Radical Theory, Culture and Action*, 4(1): 225-251.

Herzberg, F. (1968). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 1(1): 53–62.

Ianes, A. and Tortia, E.C. (2009). Creativity and institution building: the case of Italian social cooperatives in S. Sacchetti and R. Sugden (edn.), *Knowledge in the Development of Economies. Institutional Choices Under Globalisation*, Cheltenham: Edward Elgar, 158-180.

La cooperazione in ambito sanitario – I quaderni di idee in rete
<http://www.nursindpescara.org/documenti/Cooperative%20Sociali>

Lamura, G. e Principi, A. (2009). L' indennità di accompagnamento - La suddivisione della spesa tra sociale e Sanitario. Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. *Prospettive, risorse e gradualità*

degli interventi, Giornate della Ricerca Sociale, Progetto promosso dal Ministero del Welfare.

Lucchetti, M., Socci, M., Gattaceca, R. e Lamura, G. (2003). Il ruolo delle donne straniere nel lavoro di cura e di assistenza degli anziani. Progetto DIPO, Programma di iniziativa Comunitaria, I.N.R.C.A.

Martinelli, L. e Lepri, S. (1997). *Le Cooperative Sociali*. Milano: Il Sole 24 Ore

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*, Harper & Row, New York, USA

Mattioni, F. e Tranquilli, D. (1998). *Da svantaggiati ad imprenditori*. Milano: Hoepli.

Mauri, L. (2007). *Le politiche di Long Term care in Italia - I principali nodi del dibattito*, Convegno Civitas, 5 Maggio.

Ministero della Salute (2017). Ticket ed esenzioni, <http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4674&area=esenzioni&menu=vuoto> (ultimo accesso 21 Gennaio 2020).

Mora, E. e Ragazzi, C. (1998). *Le cooperative sociali*. In AA.VV., *Enti non Profit, Summit*, n. 127, Ipsoa.

Pesaresi F. (2016), *La suddivisione della spesa tra sanità e sociale, in Quanto costa l’RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

Pesaresi F. 2007a. *Il SAD per anziani in Italia, Prospettive sociali e sanitarie* vol. 37 n. 18.

Polverini, F., Principi, A., Balducci, C., Melchiorre, M.G., Quattrini, S., Gianelli, M.V. e Lamura G. (2004). *Progetto Europeo EUROFAMCARE - Servizi di sostegno ai familiari che prestano assistenza agli anziani in Europa: caratteristiche, copertura e utilizzo - Rapporto sullo sfondo nazionale sull’Italia*, Ancona: INRCA.

Salvatori G. (2012). *The Flexibility of the co-operative Model as a Development Tool: The Case of The Metamorphosis of an Italian Region*, *Euricse, Working Paper* n. 025/12.

Spear, R. (1997). *Il vantaggio cooperativo nell’epoca della globalizzazione*. *Rivista della Cooperazione*, 4(1): 21–25.

Thomas, A. (1999). *The System of Social Cooperative Services*. Napoli: Consiglio Nazionale per la Ricerca

Thomas, A. (2002). *Gli elementi di competitività delle cooperative sociali*. *Economia e Diritto del Terziario*, 2(1): 653–673.

Travaglini, C. (1997). Le cooperative sociali tra impresa e solidarietà. Caratteri economico-aziendali ed informativa economico-sociale, Bologna: Clueb.