

Cooperative, una chance in più

Gianluca Bruttomesso

Le cooperative mediche potrebbero entrare a pieno titolo nella contrattazione sindacale e nell'organizzazione distrettuale per coadiuvare la riorganizzazione delle cure primarie e contribuire a vincere la sfida del rilancio dell'assistenza territoriale

Le cooperative di medicina generale si offrono come gestori delle varie forme di associazionismo medico e raccolgono l'appoggio dei sindacati Fimmg e Snami, ma anche della società scientifica Simg. È questo il messaggio che perviene dal 3° Convegno nazionale di Fiuggi delle Cooperative mediche coordinamento nazionale (Cmcn): "Medici in cooperativa e cure primarie", che raggruppa cooperative per lo più del Centro-Sud. Un segnale forte giunge anche dall'altra importante realtà delle Coop di medicina generale, il Co.S. (Consortio sanità; raggruppa coop del Nord). Secondo quanto dichiarato dall'amministratore delegato, **Antonio Di Malta**, il Co.S. è disposto a collaborare con il Cmcn e in prospettiva a integrarsi.

■ Mission e identikit

Stato, prospettive e problemi della cooperazione medica sono state al centro del dibattito congressuale. A mettere i puntini sulle i è stato **Simone Crescenzo**, Mmg, referente di Cmcn.

■ La missione della società cooperativa è la produzione di beni e servizi per i soci medici di assistenza primaria; essa non prevede, né potrebbe farlo a norma delle leggi vigenti, l'esercizio professionale in forma societaria.

■ La contrattazione, propria dei sindacati, è totalmente estranea ai compiti e alla *mission* delle cooperative, come è assolutamente estranea alla *mission* delle cooperative la formazione, la ricerca e la definizione dei profili professionali.

■ Le società cooperative non possono negoziare con parti pubbliche e/o private gli aspetti relativi alle attività professionali dei medici soci.

■ Le società cooperative possono ne-

goziare con parti pubbliche e private, e comunque nell'ambito di applicazione dell'Acn con modalità in esso previste, esclusivamente la produzione e la fornitura di beni e servizi utili all'esercizio individuale della professione, nell'ambito di profili e contenuti professionali concordati da società scientifiche e sindacati.

■ Obiettivo generale della cooperazione è di rendere disponibili per i medici di assistenza primaria strumenti, oggi indispensabili, alla "pratica del buon dottore".

Le cooperative possono orientarsi in due direzioni principali:

1. Rendere disponibili mezzi e strumenti per la professione: sedi, tecnologia informatica e clinica, banche dati, personale, servizi integrati ecc. In Italia sono ormai diffuse le esperienze dei centri di cure primarie (polistudi, centri polifunzionali, medicine di gruppo gestite in cooperativa, ecc.). Sarebbe necessario però concordare una definizione anche terminologica delle strutture dove i Mmg operano in associazione.

2. Individuare fonti finanziarie aggiuntive a quelle del Piano sanitario per dotare il territorio di nuova tecnologia e di strutture di diagnosi e cura necessarie a vincere le sfide della cronicità, della deospedalizzazione e della limitatezza delle risorse. Serve una mappa delle opportunità e una banca delle idee e dei progetti per consentire alla medicina generale, con le sue società di servizio, di accedere a fonti di finanziamento non sanitarie ai vari livelli: comunale, regionale e comunitario.

■ Le criticità

Il rapporto tra distretto sanitario, ambito sociale e cooperativa di medicina generale presenta molte criticità.

Per ovviare a tale criticità, i principi di riferimento e di indirizzo sul rapporto tra cooperative di medici di assistenza primaria e distretti dovrebbero tenere conto:

■ della necessità di restare nell'ambito di progetti di sperimentazione gestionale per non correre rischi di scelte generali affrettate e non sufficientemente sostenute da esperienze consolidate;

■ della necessità di una flessibilità territoriale spinta, perché molto diversi sono i contesti territoriali e il *know how* sia delle macroaree nazionali sia delle realtà locali;

■ del rispetto del principio della partecipazione degli operatori su base volontaria;

■ del bisogno di erogare servizi efficienti ed efficaci, secondo linee guida che definiscano e differenzino con rigore gli ambiti sociali, assistenziali, clinici riferiti alle cure sia territoriali sia ospedaliere dove operano profili professionali diversi e diversi sono i costi delle cure;

■ dell'esigenza di ridurre le procedure burocratiche con risparmio di risorse umane ed economiche.

Già da subito si potrebbero meglio integrare e coordinare nelle attività distrettuali funzioni e strutture di alcuni centri di cure primarie gestiti da cooperative dove già operano Mmg, pediatri di libera scelta, personale di studio e infermieri del territorio e che in genere restano aperti 12 ore al giorno per cinque giorni a settimana.

Se a questa composizione minima di personale, in accordo con i distretti di competenza e le organizzazioni sindacali, si aggiungessero la continuità assistenziale e la specialistica ambulatoriale, sarebbero da subito disponibili, almeno in alcuni territori e in forma sperimentale, strutture territoriali aperte ai cittadini, 24 ore al giorno.

Questo sarebbe possibile già ora operando con le norme e i contratti vigenti e senza investimenti economici aggiuntivi, con il risultato di ottimizzare l'utilizzo di strutture e attrezzature informatiche e diagnostiche già disponibili nei centri; migliorare la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati; aumentare la motivazione professionale degli operatori; promuovere l'integrazione delle funzioni degli operatori e delle cure.

In questi centri, oltre alle funzioni cliniche gestionali dell'area medica, si potrebbe disporre anche di personale non sanitario; supporti informatici e reti telematiche; tecnologia diagnostica residenziale e a distanza grazie all'iniziativa e a eventuali investimenti delle società cooperative della medicina generale che possono accedere a fonti finanziarie esterne alla sanità.

"Se si riuscisse, poi, a condividere obiettivi e risorse con i Comuni e gli ambiti sociali, - ha sottolineato Crescenzo - si potrebbero concordare fun-

zioni di supporto sociale, preziose nella gestione dei pazienti critici socialmente deboli e delle cure domiciliari. Si comincerebbe così a sperimentare sul campo l'integrazione socio-sanitaria indispensabile a un sistema appropriato, efficiente ed efficace".

■ Proposte di regolamentazione

Altro punto nodale è determinare le priorità per la regolamentazione delle forme societarie di servizio e per l'introduzione di agevolazioni fiscali per la loro attività nell'ambito dell'Acn. In primis occorrerebbe proporre:

■ Linee guida per l'associazionismo in forma cooperativa, una carta dei valori condivisi atti a garantire il difficile equilibrio tra libertà d'impresa e irrigidimento delle regole concordate.

■ Un documento nazionale d'indirizzo, concordato con i sindacati, per le trattative regionali e aziendali, in merito all'associazionismo cooperativo che non soffochi la creatività locale, ma de-

finisca i limiti entro cui esprimersi.

■ La defiscalizzazione dell'Iva sui servizi delle cooperative ai soci.

■ L'esonero dell'Irap per tutti i medici, compresi coloro che utilizzano personale di studio. Quest'ultimo non produce reddito per il medico, anzi consuma risorse professionali per servizi ai cittadini: accoglienze, prenotazioni di visite ambulatoriali e domiciliari, archiviazione di dati, ecc. Il Mmg non dovrebbe essere soggetto al pagamento dell'Irap anche se nel suo studio opera personale dipendente dalla sua cooperativa e che eroga servizi ai cittadini assistiti.

■ L'eliminazione dalla convenzione dell'incompatibilità di esercizio di attività libero professionale specialistica nei "Centri cure primarie" o "Polistudi" gestiti da cooperative.

■ L'istituzione e l'aggiornamento di un Albo nazionale delle cooperative di Mmg sulla base dell'esperienza dell'Albo regionale campano previsto nell'accordo integrativo regionale.