



# Le Cooperative in medicina una risorsa o una speculazione?

**La cooperazione in medicina** in tempi di precarizzazione del lavoro diventa un tema sempre più attuale, erogando servizi sanitari in “appalto” a favore di strutture per lo più private accreditate oppure sul territorio ove vi sono carenze o vuoti da colmare nell’assistenza sanitaria.

## Storia e caratteristiche strutturali di base delle cooperative in sanità

Si comincia a parlare di cooperazione in ambito socio-sanitario negli anni ‘80 in una fase storica di crisi del welfare e successivamente, (1) negli ‘90 con la creazione di coop di medicina generale nate per fare rete e creare lavoro, le cui nobili intenzioni erano ben lontane dalla successiva nascita negli anni 2000 di cooperative private erogatrici di servizi socio assistenziali, ciò dovuto al fatto che in molte realtà dove il servizio sanitario è indebolito da risorse sempre più scarse e da una burocrazia inefficiente, le cooperative sanitarie diventano in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini. L’organizzazione dei servizi sanitari, con la Legge Balduzzi del 2012 prevede una progressiva riduzione di ospedali e reparti, salvando solo “organizzazioni strutturali” per acuti e

le cure di eccellenza, infatti secondo i dati del Ministero della Salute, in cinque anni l’Italia ha visto sparire 24.155 posti letto, ossia circa il 10% se si considera che nel 2010 erano 244.510. (2) La gran parte delle Cooperative sono simili a quelle della Società di capitali (Srl), il resto sono Coop (forma societarie di persone). La società Srl è dotata sia di personalità giuridica che di autonomia patrimoniale, ma i limiti di questa tipologia sono molteplici: non è una società democratica poiché sia il voto che la deliberazione sono proporzionali alle quote possedute, conflitti di interessi per la ripartizione di utili, infine, per l’adesione o il recesso di un medico è necessario ottenere il parere positivo di tutti i soci a volte con un sovrapprezzo azionario da pagare, oltre ad un atto notarile (costo circa di 2mila-2500 euro).

## Legislazione delle cooperative in sanità

Da un punto di vista normativo le prestazioni socio-sanitarie sono ben argomentate, in particolare 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 Hiv e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria dovrebbero essere erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario, inoltre la 381/1991 aveva individuato l’ambito di attività delle cooperative sociali nella gestione di “servizi socio-sanitari ed educativi” e questo ha portato a ritenere che gli aspetti prettamente sanitari dovessero rimanere estranei agli interessi della cooperazione sociale, la questione nasce dalla previsione, dettata dall’articolo 1, comma 1, lettera a) della 381/1991, che identifica uno degli ambiti della cooperazione sociale (l’altro riguarda quello dell’inserimento lavorativo di persone svantaggiate, estraneo all’analisi qui proposta):

## Art. 1 - Definizione.

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

- a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi;
- b) Il Dlgs 833/78 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 potremmo 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”).

Successivamente, l'unico cenno in qualche modo prossimo a questa definizione fu quello tradotto 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.

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. (3)*

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.

Dall'exkursus legislativo notiamo come la possibilità di inserimento delle forme di lavoro interinale quali cooperative, non sia stata di fatto mai vista dal legislatore come reale problema, almeno per le prestazioni mediche.

## I numeri del settore

Il settore delle cooperative in generale conta sul contributo lavorativo di 4,7 milioni di volontari, 681 mila dipen-



**PIERINO DI SILVERIO**  
Componente  
Direttivo  
Nazionale Anaao  
Giovani



**MADDALENA ZIPPI**  
Responsabile  
Anaao Giovani  
Lazio



**MAURIZIO CAPPIELLO**  
Consigliere  
Nazionale Anaao  
Giovani

denti, 270 mila lavoratori esterni e 5 mila lavoratori temporanei. Sono inoltre presenti altre tipologie di risorse umane che prestano a vario titolo la loro attività nelle istituzioni rilevate: 19 mila lavoratori comandati/distaccati, 40 mila religiosi e 19 mila giovani del servizio civile, in particolare la categoria professionale più rappresentata, con il 27,5% dei lavoratori retribuiti, dipendenti ed esterni, è proprio quella delle professioni sanitarie.

Sono per la maggior parte organizzate in una federazione ossia Federsanità a sua volta componente di ConfCooperative, a livello settoriale, la maggioranza assoluta delle aderenti, il 60%, è rappresentata da “Cooperative a specializzazione sanitaria”, seguono le Cooperative di Medici (20%) e le Cooperative farmaceutiche (12%) (4).

In Italia sono ormai più di 200 le cooperative di medici: dove circa il 10% dei medici di base del nostro Paese che lavora in forma associativa, con un picco del 24% in Lombardia. (5)

Ovviamente bisogna necessariamente differenziare le cooperative di medicina generale che offrono assistenza primaria sul territorio anche di primo intervento, dalle cooperative che erogano servizi sostitutivi di guardia presso strutture private anche accreditate, al momento inoltre non è possibile stimare il numero di queste forme di associazionismo che non riguardano, almeno per i medici, le strutture ospedaliere pubbliche.

## Il ricorso alle cooperative sociali in sanità

La forma maggiormente sviluppata negli ultimi decenni è quella delle cooperative sociali nel settore sanitario.

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

fiscali come la risoluzione 30/e della Agenzia delle Entrate del 3 Aprile 2012 che ha delineato il pagamento dell'Iva agevolata al 4% e dal 2014 al 10%).

## Le criticità del settore in tema di tutele e differenze con il Ccnl Dirigenza medica e Sanitaria

Oggi sembra, alla luce di una attenta disamina dei blocchi contrattuali, delle difficoltà economiche delle Aziende Sanitarie pubbliche e private, dell'esigenza crescente ed imperante di ‘far quadrare i conti’, che in prospettiva futura le cooperative possano rappresentare un pericolo per la tutela del lavoro dipendente.

La tipologia di contratto che le cooperative offrono al professionista ha un vantaggio per l'Azienda, scaricandola da ogni forma di responsabilità oggettiva e soggettiva rispetto al lavoro del professionista, rendendo peraltro immediato l'eventuale licenziamento del professionista stesso, e il vantaggio economico, in quanto in tal modo l'Azienda non è costretta a pagare i contributi al professionista.

In ogni caso da una sintesi applicativa del Ccnl per i dipendenti di cooperative, consorzi e società consortili del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo, stipulato a Marzo 2016 tra Sistema Coop e sindacati di categoria emergono alcune peculiari differenze, periodo di prova con minimi di 30 giorni anziché 180 per assunzioni a tempo indeterminato, nette disparità retributive quantificate nell'ordine del 35-40%, durata annuale del periodo di ferie di 26 giorni, è prevista altresì la possibilità di assunzione a tempo indeterminato dopo 36 di attività lavorativa, ammettendo al massimo 5 proroghe nell'arco del suddetto periodo. (6)

In ogni caso le problematiche che esistono, oltre alla soggettiva sensibilità degli amministratori di cooperativa riguardo al pagamento dei medici e dei professionisti, sono cogenti in termini di qualità della prestazione e continuità della stessa, non potendo essere assicurata dalla tipologia di contratto e di lavoro.

1 Relazione Card milanese. L'evoluzione del modello cooperativo: dall'assistenza domiciliare alla costituzione di reti per l'assistenza primaria - 2013  
2 Morire di indifferenza in un grande ospedale, così l'Italia ha perso 24.155 posti letto in 5 anni. Il calo non ha risparmiato alcuna regione e solo sei province. Controlla cos'è capitato nelle strutture sanitarie della tua città - La Stampa 06.10.16  
3 Collana quaderni di dee in rete- 2011  
4 Sito Federazione sanità - Coonfcooperative  
5 Censimento Istat 2012  
6 Ente bilaterale nazionale del terziario (Ebiten) - 2016