



SERVIZIO LEGISLATIVO E LEGALE

Roma, 23 maggio 2011

Prot. N. *2402*

Oggetto: Cooperative sociali tra medici

Al
Presidente di
Federazione Sanità

SEDE

Si fa seguito al parere richiesto per comunicare quanto segue.

A)

La legge n. 1865/39 (articoli 1 e 2) vieta l'esercizio in forma societaria delle professioni c.d. "protette" quelle, cioè, per il cui esercizio è necessaria l'iscrizione in appositi ordini o elenchi. Il divieto è fondato sulla tutela del carattere strettamente personale della prestazione, *ex articolo 2232 del c.c.* (Cass. Civ. sez. I 13-07-1993, n. 7738 allegato 1).

Tra le professioni protette sono ricomprese anche quelle sanitarie. E' fatto divieto, infatti, di costituire, esercitare o dirigere società che abbiano come scopo sociale quello di fornire prestazioni professionali sanitarie (Cons. Stato, n. 531/95 e n. 2288/02 allegato 2).

L'articolo 10 della legge n. 381/91 (Disciplina delle cooperative sociali) dispone che alle cooperative istituite ai sensi della legge 381 non si applicano le disposizioni della legge 1815/39.

Tuttavia, è bene ribadire che, deve trattarsi di una cooperativa sociale che svolge attività socio-sanitaria ed educativa all'interno della quale possono partecipare anche medici ovvero infermieri. Solo in tale ipotesi è possibile che la cooperativa possa emettere fattura per le prestazioni erogate dai medici.

Ciò vuol dire che non è ammissibile, alla luce della vigente legislazione, come interpretata dal Consiglio di Stato e dalla Corte di Cassazione, costituire una cooperativa tra soli medici e infermieri professionali per lo svolgimento in via principale di attività medico/sanitaria tout court.

Tuttavia, in deroga al divieto di cui alla legge 1865/39, i professionisti della sanità (medici, infermieri professionali, pediatri di libera scelta ecc.), qualora esercitino l'attività in cooperativa sociale, come disciplinata dall'attuale legislazione, possono esercitare anche l'attività sanitaria.

B)

L'attività professionale dei MMG, resa nell'ambito di un rapporto convenzionale con il SSN ha valenza sociale oltre che sanitaria in quanto la predetta attività è diretta alla tutela, alla promozione e al recupero di un bene avente rilevanza sociale quale la salute fisica e psichica della collettività.

La valenza sociale della predetta attività è sancita in diverse norme, quali:

- la legge n. 833/78 (istitutiva del SSN) la quale all'articolo 1, comma 4, statuisce che: *"Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività"*;
- il D.lgs. n. 502/92, in materia di riordino della disciplina sanitaria all'articolo 3-septies, qualifica le prestazioni sociosanitarie come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di protezione;
- il comma 2, dell'articolo 3-septies sopra citato, qualifica le prestazioni socio-sanitarie come:
 1. 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 o acquisite;
 2. 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.
- L'erogazione dell'assistenza primaria, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, secondo l'enunciazione di cui sopra, è demandata dall'articolo 3-quinquies, del D.lgs. n. 502/92, ai c.d. distretti dell'unità sanitaria locale, regolati con legge regionale.

- L'articolo 8 del D.lgs. n. 502 sopra citato, disciplina il rapporto del SSN con il MMG e il pediatra di libera scelta, demandando la relativa regolamentazione ad apposite convenzioni. Tali convenzioni devono, tra l'altro, prevedere le modalità dirette a garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, fra l'attività dei MMG, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio.
- Le predette convenzioni dovranno regolare, altresì, la partecipazione dei MMG a società, anche cooperative (articolo 8, comma 1, lettera j).
- In base a quanto disposto dall'articolo 1, comma 2, del D.lgs. n. 502/92, il SSN deve assicurare, attraverso le apposite risorse finanziarie, i c.d. *livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria* che sono definiti dal Piano sanitario nazionale. In attuazione dell'articolo 1, il DPCM 29 novembre 2001 ha fissato i predetti livelli essenziali di assistenza. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, l'assistenza ambulatoriale e domiciliare si esplica attraverso:
 1. l'assistenza programmata a domicilio compresa l'assistenza infermieristica distrettuale;
 2. l'assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie;
 3. l'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie;
 4. l'attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
 5. l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool;
 6. l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale;
 7. l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV.

I principi dei recenti Piani sanitari nazionali, profilano l'evoluzione del sistema sanitario basato sulle c.d. *"forme aggregate delle cure primarie"*, indicando nel MMG e nell'esercizio della sua professione in forma associativa il mezzo principale di integrazione delle professionalità operanti sul territorio per la gestione di itinerari assistenziali socio-sanitari di qualità.

La realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale).

L'aumento delle richieste di prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalla collettività ha evidenziato come sia in atto una incontrovertibile trasformazione della MG che non è più in grado di rispondere alle esigenze della collettività solo ed esclusivamente con la professionalità del medico singolo.

Tale realtà ha portato negli ultimi anni molti MMG ad organizzarsi attraverso nuove forme aggregate di erogazione delle cure primarie che coadiuvano gli stessi nell'affrontare la mole di lavoro in aumento, lo svolgimento del loro compito e l'offerta di servizi aggiuntivi.

Tra le varie "*forme aggregate delle cure primarie*", le cooperative costituite dai MMG convenzionati e le altre categorie sanitarie, si sono dimostrate un valido strumento di supporto per l'esercizio della attività di MG.

Tali cooperative hanno quali scopi statutari e operativi il perseguimento dell'interesse generale della comunità umana e l'integrazione sociale dei cittadini attraverso la salvaguardia della salute tramite la gestione di servizi sanitari, socio-sanitari ed educativi.

Se, quindi, le prestazioni rese dai singoli MMG sono qualificabili anche sociosanitarie in base alle norme sopra citate ed ai *c.d. livelli essenziali e uniformi di assistenza*, si ritiene che se le stesse prestazioni sono rese dai MMG associati in cooperativa per sostenere l'esercizio della professione medica ai fini dell'erogazione delle cure primarie nell'ambito dell'organizzazione sanitaria distrettuale, (cosa consentita dal sopra citato articolo 8, comma 1, lettera j) del D.lgs. n. 502/92) le cooperative che svolgono tali attività sono riconducibili alla categoria delle cooperative sociali che svolgono servizi socio-sanitari ed educativi di cui alla legge n. 381/91.

C)

Occorre precisare, però, che deve trattarsi di cooperativa di lavoro e non di servizi per i medici.

Infatti, come detto, anche i MMG possono costituire e fare parte di cooperative sociali ma in tale caso deve trattarsi di cooperative di produzione e lavoro ai sensi della legge n. 142/01.

Essendo i MMG professionisti e, quindi, lavoratori autonomi, dovranno disciplinare nell'apposito regolamento il rapporto di lavoro.

Quello che, a nostro avviso, non si può fare è costituire una cooperativa di servizi tra medici e qualificarla sociale in virtù del fatto che i soci (MMG) svolgono anche attività sociosanitaria, ciò in quanto l'attività della cooperativa sarebbe solo di supporto ai medici per il miglioramento dell'esercizio della propria professione.

In poche parole, l'attività sociosanitaria deve essere svolta dalla cooperativa per mezzo dei propri soci e non dai MMG con il supporto della cooperativa.

In quest'ultimo caso, infatti, la cooperativa svolgerebbe attività di servizio ai medici e tale attività non è né sociale né sanitaria.

Quando la legge n. 381/91, all'articolo 1, lettera a), parla di attività socio-sanitaria ed educativa comprende le cooperative di lavoro, le cooperative di utenza (consumo) e le cooperative miste, ossia che svolgono entrambe le attività.

Si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti.

IL CAPO DEL SERVIZIO

(Avv. Ermanno Belli)

