

Prof. Pietro Ichino

Professore emerito di Diritto del Lavoro nell'Università degli Studi di Milano
Via Mascheroni 31, 20145 Milano – tel. 02.48193249

pietro.ichino@unimi.it

Ill.mo Senatore Gianni Pietro GIROTTO
Presidente della 10^{ma} Commissione permanente
Industria Commercio e Turismo
SENATO DELLA REPUBBLICA

Rispondo all'invito a far pervenire alla Commissione da Lei presieduta un contributo contenente le mie osservazioni e valutazioni circa il contenuto del disegno di legge n. 2469, *Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*.

Ritengo opportuno concentrare questo mio contributo su un aspetto poco noto del processo di elaborazione di questo disegno di legge, che mi sembra meriti di essere portato all'attenzione della Commissione. Il 28 agosto 2021 il quotidiano *Il Sole 24 Ore*, in un articolo collocato in prima pagina, a firma di Marzio Bartoloni e Carmine Fotina, dedicato al disegno di legge sulla concorrenza in corso di elaborazione da parte del Governo, dava notizia di una disposizione, inserita nel Capo V del testo normativo in materia di *Tutela della Salute* su istanza dell'Ordine dei Medici e di diverse Associazioni mediche, a norma della quale "i contratti tra imprese e assicurazioni non potranno obbligare i lavoratori ad avvalersi solo di medici e centri sanitari convenzionati: i dipendenti potranno infatti scegliere in piena libertà di rivolgersi anche ad altre strutture o professionisti per poi farsi rimborsare il costo della prestazione 'dalle compagnie assicuratrici per un ammontare equivalente a quello previsto in caso di tutela assicurativa diretta'. Il tentativo – questo era il commento contenuto nell'articolo – sarà **portare una ventata di mercato in un settore dove non mancano incrostazioni e procedure non sempre trasparenti**".

Questa notizia risultava confermata dalla presenza, in un draft del disegno di legge circolato nei primi giorni di settembre, di un articolo (frutto della pregevole elaborazione fattane dall'Ufficio Legislativo della Presidenza del Consiglio dei Ministri e collocato come 14-*bis* dopo il 14, costituente in quella bozza l'ultimo articolo della sezione dedicata alla *Tutela della Salute*) che recitava testualmente:

Art. 14 bis – Assistenza sanitaria aziendale

1. È nulla qualunque pattuizione o clausola che, nei contratti di assicurazione sanitaria a beneficio del lavoratore stipulati fra datori di lavoro e imprese assicuratrici, obbliga i lavoratori ad avvalersi di professionisti e strutture convenzionati con le imprese assicuratrici. La nullità della clausola non comporta la nullità del contratto. Le previsioni contenute nelle clausole nulle sono sostituite di diritto da previsioni che consentono al lavoratore assicurato di avvalersi delle prestazioni di un professionista o una struttura non convenzionati con le imprese assicuratrici e di ricevere il rimborso del corrispettivo pagato o di parte di questo.

2. Il rimborso del corrispettivo pagato dal lavoratore a favore di un professionista o struttura non convenzionati non può essere inferiore a quello previsto dall'impresa assicuratrice per il medesimo tipo di prestazione in caso di tutela assicurativa diretta, fermi restando i massimali e i limiti contrattualmente previsti. Qualunque clausola o pattuizione contraria a quanto disposto dal primo periodo è nulla. La nullità della clausola non comporta la nullità del contratto.

3. La presente disposizione si applica ai nuovi contratti di assicurazione, ai rinnovi contrattuali e, in ogni caso, diviene operativa decorso un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

L'inserimento di questa disposizione nel draft del disegno di legge fu salutato con grande favore non soltanto dalle Associazioni dei consumatori – in particolare Altro Consumo – e da alcune Associazioni di medici, ma anche e soprattutto da alcuni Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiati, tra i quali l'Ordine di Milano. Il 6 settembre 2021 quest'ultimo indirizzò ai Presidenti di Camera e Senato e dei Gruppi parlamentari, ai Ministri e ai Sottosegretari della Salute e dello Sviluppo economico, la lettera che qui di seguito si riporta integralmente.



27969 /RCR/dm/sc
Milano, 6 Settembre 2021

*Alla Presidente del Senato
On. Maria Elisabetta Alberti Casellati*

*Al Presidente della Camera
On. Roberto Fico*

*Al Ministro della Salute
On. Roberto Speranza*

*Al Ministro dello Sviluppo Economico
On. Giancarlo Giorgetti*

Ai Capigruppi di Camera e Senato

*Ai sottosegretari alla Salute
Senatore Pierpaolo Sileri
Dot. Andrea Costa*

Loro indirizzi

Apprendiamo da autorevole fonte di stampa (cfr articolo Sole24Ore del 28 Agosto 2021, di cui alleghiamo estratto) che il Governo ha accolto la richiesta proveniente da diverse Associazioni Mediche, dall'Ordine dei Medici di Milano e da altri Ordini, volta a garantire nell'ambito dei sistemi di welfare aziendali la possibilità per ogni paziente di scegliere il Medico di cui avvalersi.

Salutiamo con grande soddisfazione questa apertura dell'Esecutivo verso una norma che garantisce al cittadino una migliore assistenza sanitaria, assicurandogli il diritto di libera scelta del Sanitario di cui avvalersi, sancito dal Codice di Deontologia Medica, e consentendo ai medici stessi di esercitare in piena libertà la loro funzione a presidio della salute individuale e collettiva, in accordo con l'articolo 32 della Costituzione.

Cordiali saluti

Il Presidente
della Commissione Albo Odontoiatri
Dott. Andrea Senna

 Firmato digitalmente
da SENNA ANDREA
C: IT

Il Presidente
Dott. Roberto Carlo Rossi
Firmato digitalmente da Roberto Carlo Rossi
Organismo di Attribuzione (O.A.) MEDICI MILANO 80334330158
Indirizzo: 00121 - 10100

Responsabile del procedimento: Avv. Daniela Meranda
Responsabile dell'incarico: Sofia Cappellera

20123 Milano - Via Lanzzone, 31 - Tel. 02.86.47.11 - Fax 02.86.91.52.56
eMail: info@omceomi.it - PEC: segreteria@pec.omceomi.it - www.omceomi.it
Orario: dal lunedì al giovedì 9.00-16.00 continuato - venerdì 9.00-13.00 - sabato chiuso

La lettera del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano, dunque, implicitamente indicava quella disposizione come il necessario superamento di una lacuna dell'ordinamento da più parti denunciata, dalla quale deriva una distorsione grave del mercato dei servizi medici resi in regime di welfare aziendale (mercato nel quale le convenzioni imposte da un ristretto gruppo di compagnie assicuratrici di fatto determinano un abbassamento intollerabile della qualità dei servizi) e un pregiudizio altrettanto grave per il diritto alla salute dei lavoratori cui quelle convenzioni si applicano.

Senonché nel disegno di legge poi effettivamente presentato dal Governo al Senato nell'autunno dell'anno scorso l'articolo 14-*bis* già contenuto nel draft dei primi di settembre non compare, probabilmente per l'intervento di gruppi di interesse contrari a che l'indicata lacuna dell'ordinamento venga superata. L'argomento addotto da chi si oppone all'inserimento di quella disposizione è che essa esporrebbe le compagnie assicuratrici al rischio di frodi perpetrate da parte di medici poco scrupolosi, i quali potrebbero accordarsi con alcuni beneficiari delle convenzioni di welfare aziendale per far apparire prestazioni mediche in realtà non eseguite.

A tale argomento è agevole rispondere che non solo gli ispettori delle stesse compagnie assicuratrici, ma anche la Guardia di Finanza e gli altri comparti della Polizia giudiziaria sono perfettamente in grado di scoprire le frodi e far sì che i loro autori vengano puniti secondo quanto previsto dal codice penale, oltre che espulsi dall'Ordine dei Medici. Va per contro osservato come la lacuna dell'ordinamento qui evidenziata consenta di fatto l'imposizione da parte delle tre o quattro compagnie assicuratrici che controllano i quattro quinti del mercato dei servizi medici resi in regime di welfare aziendale livelli talmente bassi di remunerazione dei servizi stessi, da determinarne un drammatico abbassamento del livello qualitativo. Col risultato che i "beneficiari" di quegli schemi di welfare aziendale, vincolati ad avvalersi dei soli medici convenzionati in regime di assistenza diretta, si trovano a dover scegliere tra accettare il livello infimo della prestazione, e rinunciare al beneficio: con evidente lesione della loro libertà di scelta del medico di fiducia e di accesso a livelli qualitativi di assistenza medico-sanitaria più elevati rispetto a quelli minimi garantiti dalle convenzioni che disciplinano l'assistenza sanitaria integrativa nell'ambito degli schemi di welfare aziendale.

Si osservi, peraltro, come nessun aggravio aggiuntivo per l'assicuratrice derivi dalla norma che imponga alle compagnie assicuratrici di consentire al beneficiario degli schemi di welfare aziendale di optare per il regime di assistenza indiretta, accollandosi il pagamento dell'onorario del medico e ottenendo in un secondo tempo il rimborso del solo ammontare previsto nella polizza assicurativa; mentre al beneficiario stesso quella norma consente di avvalersi dell'assistenza del medico di cui ha piena fiducia e che gli garantisce il livello di qualità della prestazione ritenuto più adeguato.

A ogni cittadino-paziente deve essere consentita la scelta fiduciaria del presidio sanitario accreditato, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale pubblico, del medico di base e del medico specialista ai quali rivolgersi per la cura della propria salute. Così come, sotto altro profilo, ciascun medico deve poter esercitare liberamente la professione che, anche quando esercitata in regime libero professionale, deve basarsi su di un rapporto strettamente fiduciario con ciascun paziente. Entrambe le libertà, del paziente e del medico, possono subire soltanto limitazioni che siano ragionevolmente dettate da apprezzabili motivi amministrativi, organizzativi o economici; ma, come si è visto, nessun motivo di questo genere può essere addotto per spiegare ragionevolmente la gravissima compressione di quelle libertà conseguente alla distorsione del mercato causata dalle convenzioni praticate dalle poche compagnie assicurative che controllano il mercato del welfare aziendale. Perché, come pure si

è visto, il consentire al paziente assicurato la possibilità di optare per l'assistenza indiretta non comporta alcun aggravio di costo per la compagnia assicuratrice interessata.

Sono questi i motivi per cui ritengo auspicabile che codesta Commissione, nell'esaminare in sede referente il disegno di legge n. 2469, reintroduca nel testo normativo, dopo l'articolo 18 (che ora conclude il Titolo V, dedicato alla *Tutela della Salute*) la disposizione originariamente elaborata dall'Ufficio Legislativo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sopra riportata.

Resto a disposizione di codesta Commissione per qualsiasi chiarimento o approfondimento circa quanto sopra esposto e auguro a Lei, signor Presidente, e a tutti i Membri della Commissione buon lavoro su questo disegno di legge, di importanza fondamentale per il progresso civile ed economico del nostro Paese.

Prof. Pietro Ichino

Milano – Roma 23 febbraio 2022