

Progetto di legge

Protezione della concorrenza e dei diritti degli utenti nel settore delle prestazioni libero-professionali

Onorevoli Colleghi, l'intervento normativo proposto con questo progetto di legge è mirato:

-da un lato, a rendere più incisive e complete le misure dettate dall'articolo 13-*bis* della legge 31 dicembre 2012, n. 247, introdotto dall'art. 19-*quaterdecies* della legge 4 dicembre 2017 n. 172, a sostegno della posizione contrattuale dei liberi professionisti, al fine di garantire loro un "equo compenso" quando prestano i loro servizi – direttamente o indirettamente – in favore di grandi imprese, in particolare assicurative o fornitrici di servizi di queste ultime;

- dall'altro, a salvaguardare il diritto dell'assicurato e/o beneficiario delle polizze assicurative operanti nel settore della sanità integrativa a ottenere le prestazioni dal professionista di sua fiducia, con la copertura assicurativa in regime di assistenza indiretta, nei limiti di quanto previsto dalla polizza, anche quando il professionista non sia convenzionato con la compagnia assicuratrice per il regime di assistenza diretta.

La legge 21 febbraio 1963 n. 244 e il d.P.R. 17 febbraio 1992 dettavano un tariffario minimo, cui i professionisti iscritti agli ordini erano tenuti ad attenersi, vietando loro di praticare tariffe inferiori per le loro prestazioni. L'art. 2 del decreto-legge 4 luglio 2006 n. 223 (c.d. Decreto Bersani), convertito con modificazioni nella legge 4 agosto 2006 n. 248, ha successivamente abrogato queste disposizioni legislative e regolamentari che prevedevano, con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali, l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime. È stata abrogata anche la legge n. 244 del 1963; e i minimi tariffari fissati con il d.P.R. 17 febbraio 1992 non sono più in vigore.

Pertanto al momento i liberi professionisti anche iscritti agli ordini hanno la libertà di praticare sul mercato le tariffe che intendono discrezionalmente applicare ai loro clienti. Non sono consentite intese fra i professionisti, neppure se dettate o governate dall'Ordine professionale, tese a imporre alla clientela un tariffario uguale e predefinito, in quanto ciò costituirebbe una condotta anticoncorrenziale, vietata dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di prestazione di servizi professionali (cfr. Corte di Giustizia europea 19 febbraio 2002, C 35/99, Arduino; 18 giugno 1998, C 35/96, Spedizionieri doganali; 5 giugno 1996 C 438/96, Fenex). Né l'Ordine, né altri soggetti hanno il potere di stabilire tariffe predeterminate per le prestazioni libero-professionali imponendole ai propri associati. Eventuali indicazioni in materia tariffaria possono essere fornite solo come meri suggerimenti di comportamento, ma non vincolanti in alcun modo per il professionista e per il cittadino.

Il legislatore italiano ha, però, dovuto prender atto che quando i liberi professionisti contrattano il loro compenso con grandi imprese si trovano in una posizione di debolezza contrattuale nei confronti di soggetti economicamente molto forti che, non raramente, si trovano in posizioni monopolistiche od oligopolistiche, che gli consentono di abusare di tali posizioni imponendo ai professionisti compensi “non equi” e non proporzionati alla difficoltà, alla complessità e alla qualità dell'opera, tenuto conto delle competenze professionali richieste e dei mezzi impiegati allo scopo. L'articolo 13-bis della legge 31 dicembre 2012, n. 247, introdotto dall'art. 19-quaterdecies della legge 4 dicembre 2017 n. 172, ha inteso garantire non solo agli avvocati (come originariamente proposto), ma a tutti i liberi professionisti il diritto all'equo compenso quando intrattengono rapporti contrattuali con imprese in posizione di forza contrattuale.

Le integrazioni all'attuale disposto dell'articolo 13-bis della legge 31 dicembre 2012, n. 247 che vengono qui proposte intendono garantire il diritto all'equo compenso del professionista non solo quando il rapporto contrattuale intercorra direttamente tra professionista e l'impresa, ma anche quando detto rapporto sia solo fattuale ed indiretto perché mediato e/o condizionato dal diverso rapporto contrattuale che intercorre tra l'impresa assicurativa o i suoi provider e il terzo soggetto (sia esso l'assicurato stesso o l'azienda datrice di lavoro o una associazione datoriale) contro il

rischio di dover sostenere le spese del compenso del professionista per fruire delle prestazioni di questo. Anche in quest'ultimo caso attraverso le previsioni della polizza assicurativa (in particolare la determinazione dei tariffari delle prestazioni oggetto della copertura e dei massimali, l'obbligo di avvalersi della "assistenza diretta" prestata da professionisti convenzionati o le penalizzazioni nell'avvalersi di diversi professionisti in una "gestione rimborsuale"), l'impresa assicurativa o i suoi provider sono in condizioni da un lato di influenzare la determinazione del compenso del professionista "al ribasso" e dall'altro di limitare o escludere del tutto la libertà di scelta del professionista da parte dell'assicurato e/o beneficiario, se non rinunciando alla copertura assicurativa e tenendo l'intero costo della prestazione a proprio carico.

Il problema è divenuto socialmente assai rilevante negli ultimi anni nel settore delle professioni sanitarie e delle polizze assicurative che offrono ai consumatori (lavoratori e cittadini in genere) prestazioni integrative del Servizio Sanitario Nazionale. Per effetto di una disciplina fiscale fortemente incentivante (art. 51 T.U.I.R.), si è notevolmente diffusa la contrattazione aziendale di misure c.d. di "welfare aziendale", che frequentemente comprendono forme di assistenza sanitaria integrativa a favore dei lavoratori, con copertura del costo della polizza assicurativa sanitaria a carico dell'impresa datrice di lavoro, ottenuta dall'impresa mediante convenzione con una compagnia assicurativa. Il mercato delle polizze assicurative sanitarie ha carattere oligopolistico: 5 compagnie assicurative raccolgono il 75,39% dei premi del mercato italiano (dati anno 2017, fonte: CITONI G., PIPERNO A., *Terzi paganti privati in sanità: assicurazioni e fondi sanitari*, in *Politiche Sanitarie*, vol. 20, 1, 2019). Le compagnie assicurative offrono la copertura assicurativa per le prestazioni sanitarie nel caso in cui le stesse siano state rese in favore dei lavoratori assicurati da medici a loro volta convenzionati con provider/fornitori di servizi – società direttamente controllate o cc.dd. TPA (*Third Party Administrator*) – cui le compagnie assicurative affidano l'incarico sia di gestione amministrativa dei sinistri sia di organizzazione e gestione del rapporto di convenzionamento con i medici. Queste imprese "intermediarie" instaurano il rapporto diretto di convenzionamento con il medico, determinano unilateralmente le prestazioni che questi si obbligano a offrire in favore del lavoratore beneficiario della polizza assicurativa garantita dall'accordo di welfare aziendale e il relativo tariffario di dette prestazioni in base al quale verranno pagati i compensi dovuti al

professionista per le prestazioni rese. Molte polizze assicurative sanitarie garantite da accordi di welfare aziendale escludono totalmente che il lavoratore beneficiario di detta polizza possa avvalersi delle prestazioni di un medico di sua fiducia “non convenzionato” e ricevere il rimborso del corrispettivo pagato o di parte di questo. Nell’ipotesi in cui il lavoratore decida egualmente di avvalersi del professionista “non convenzionato” non ha diritto ad alcuna prestazione assicurativa e di fatto rinuncia a valersi del beneficio di welfare aziendale.

Le polizze assicurative sanitarie garantite da accordi di welfare aziendale che, invece, non precludono totalmente la possibilità per il lavoratore di avvalersi delle prestazioni di un professionista di sua fiducia ancorché “non convenzionato” comunque cercano in numerose ipotesi di disincentivare fortemente questa scelta del lavoratore penalizzandolo nei seguenti modi, anche compresenti e combinati nella stessa polizza: i) sono previsti dei massimali di copertura che non operano o che sono assai più elevati qualora la persona interessata ricorra a un medico “convenzionato”; ii) sono previste delle franchigie che non operano o che sono assai più basse qualora la persona interessata ricorra a un medico “convenzionato”; iii) sono escluse delle tipologie di prestazioni che sono invece assicurate qualora la persona interessata ricorra a un medico “convenzionato” o se ne prevede il rimborso soltanto in misura parziale; iv) per ottenere la copertura assicurativa, sono richieste alla persona interessata certificazioni mediche o autorizzazioni preventive da parte della compagnia assicuratrice o gravosi adempimenti amministrativi, che invece non sono richiesti qualora essa si avvalga di un medico “convenzionato”.

Tali previsioni delle polizze assicurative comprimono significativamente, quando non sopprimono del tutto, la libertà di scelta dell’utente-lavoratore, il quale non seleziona direttamente la compagnia assicuratrice, né negozia tipo e condizioni di polizza giacché tutti questi aspetti sono convenuti in sede di contrattazione aziendale tra il datore di lavoro (o associazione datoriale) e le rappresentanze sindacali. La persona beneficiaria può soltanto aderire o no alla polizza assicurativa integrativa offerta dal proprio datore di lavoro quale misura di welfare aziendale; non assoggettarsi alle condizioni dettate da questa polizza significa perdere la possibilità di godere del beneficio di

welfare garantito dal contratto collettivo applicato al suo rapporto di lavoro e, conseguentemente, sostenere in proprio l'intero costo delle prestazioni mediche.

Si è registrata anche una convergenza delle condotte e pratiche commerciali sia delle compagnie assicurative che controllano la quota maggioritaria del mercato rilevante, sia dei soggetti "intermediari" di cui queste si avvalgono. Per un verso, le prime offrono alle imprese (che intendono fornire ai propri dipendenti una copertura assicurativa sanitaria integrativa quale misura di welfare aziendale) esclusivamente polizze cc.dd. di "assistenza diretta" della prestazione sanitaria, le quali cioè non garantiscono all'assicurato il rimborso totale o parziale delle spese che ha sostenuto per prestazioni sanitarie da parte di un professionista di propria fiducia (c.d. "assistenza rimborsuale"), bensì la possibilità di godere gratuitamente di dette prestazioni a condizione che l'assicurato scelga un professionista convenzionato con il network organizzato e gestito dai soggetti "intermediari" di cui si avvalgono le compagnie assicurative. Anche dove vengono convenute delle polizze che ammettono l'"assistenza rimborsuale", la fruizione di questo tipo di beneficio da parte della persona assicurata spesso viene fortemente disincentivato attraverso la previsione delle penalizzazioni sopra descritte.

Per altro verso, i soggetti "intermediari" stipulano con i medici accordi di convenzionamento o di partnership che obbligano questi ultimi a rendere le prestazioni sanitarie in favore dei lavoratori beneficiari delle polizze assicurative in esame esclusivamente in regime di "assistenza diretta", obbligandosi cioè a ricevere il compenso dovuto esclusivamente e direttamente da questi soggetti intermediari nella misura determinata dal tariffario delle prestazioni odontoiatriche e sanitarie dettato da questi ultimi. I professionisti convenzionati, dunque, assumono l'obbligazione contrattuale non solo di rendere le prestazioni in favore dell'assicurato senza chiedergli di anticipare il pagamento dell'intero compenso per le prestazioni sanitarie, ma anche di astenersi dal richiedergli il pagamento di un compenso integrativo rispetto all'importo dettato dal tariffario per quella prestazione. La violazione di queste obbligazioni da parte del professionista convenzionato è causa di risoluzione del contratto intercorrente con il soggetto intermediario. Pertanto il medico, per aver accesso a un parte molto rilevante (quasi l'80%) del mercato delle prestazioni sanitarie

rese in favore di persone che godono di una polizza assicurativa sanitaria quale misura di welfare aziendale, deve necessariamente convenzionarsi con il network di professionisti gestito da un soggetto intermediario o comunque – nei limiti in cui sia ammessa anche l’“assistenza rimborsuale” – accettare di applicare inderogabilmente il tariffario da questo dettato, anche qualora la tariffa ivi indicata risulti incongrua rispetto alla particolare complessità della prestazione richiesta da uno specifico caso. Questi soggetti intermediari hanno, inoltre, significativamente e parallelamente ridotto sia le tariffe riconosciute agli odontoiatri convenzionati sia i massimali entro cui riconoscono il diritto al rimborso all’assicurato che si è avvalso di un professionista convenzionato per le prestazioni rese in favore degli assicurati. I tariffari applicati dai soggetti intermediari prevedono tariffe per le più comuni prestazioni sanitarie non solo molto ridotte rispetto alle tariffe professionali correnti, ma anche fra loro notevolmente allineate.

Orbene per fronteggiare queste problematiche le integrazioni all’attuale disposto dell’articolo 13-bis della legge 31 dicembre 2012, n. 247 che vengono qui proposte intendono porre il divieto per le imprese assicurative e i provider/fornitori di servizi di queste di prevedere - sia negli accordi di convenzionamento non solo con i medici, ma con tutti i liberi professionisti, sia nelle polizze assicurative che offrono copertura della spesa al soggetto assicurato a fronte della necessità di dover ricorrere alle prestazioni di un libero professionista – **a)** che il soggetto che beneficia di una polizza assicurativa per sostenere l’onere del compenso del professionista per una prestazione professionale sia obbligato ad avvalersi di un professionista convenzionato con l’impresa assicuratrice o con un provider di questa e non sia libero di scegliere un professionista di sua fiducia anche se non convenzionato con l’assicurazione (lett. 1 comma 5 art. 13 bis); **b)** che allo stesso assicurato, quando gli sia consentito di avvalersi di un professionista di sua fiducia non convenzionato con l’impresa assicuratrice, possano applicarsi condizioni meno vantaggiose o più onerose rispetto a quelle condizioni applicabili nell’ipotesi in cui si avvalga di un professionista convenzionato, così da disincentivare il ricorso ai professionisti “non convenzionati” (lett. m comma 5 art. 13 bis) **c)** che all’assicurato o al professionista che rende la prestazione in suo favore sia vietato convenire un compenso di importo più elevato di quello applicato dall’impresa assicuratrice quale massimale della copertura assicurativa, fermo restando – chiaramente - che la

copertura assicurativa non si estende alla parte dell'importo convenuto che travalica il massimale determinato nella polizza assicurativa e l'importo eccedente deve essere sostenuto direttamente ed esclusivamente dall'assicurato (lett. n comma 5 art. 13 bis).

In tal modo si mira a impedire alle compagnie assicurative e dalle società loro fornitrici di servizi l'adozione di previsioni contrattuali o prassi volte a precludere o disincentivare la possibilità del lavoratore assicurato che gode di una polizza assicurativa quale misura di welfare aziendale di ricorrere alla c.d. "assistenza rimborsuale" per la copertura delle spese per le prestazioni professionali per, al contrario, costringerlo od indurlo ad avvalersi della c.d. "assistenza diretta" (vale a dire unicamente dei professionisti prescelti dall'impresa assicuratrice o dai suoi provider).

Con le integrazioni all'articolo 13-bis della legge 31 dicembre 2012, n. 247 proposte, in particolare, si tutela la libertà del consumatore/assicurato di scegliere il professionista che offre la prestazione di qualità migliore e di sua fiducia. Tale libertà ha indubbiamente rango costituzionale per le prestazioni sanitarie alla luce dal combinato disposto del principio di autonomia negoziale individuale, di cui all'art. 2 Cost., e di quello di tutela della salute, di cui all'art. 32. Corollario di questo diritto costituzionale è appunto la facoltà del paziente di scegliere liberamente il medico dal quale farsi curare; facoltà che certamente non è assoluta, ma che può conoscere limiti e compressioni soltanto se giustificate da altri diritti di pari rango (cfr. Corte Cost., 27 luglio 2011, n. 248). Il diritto di scelta del proprio medico di fiducia soddisfa il diritto costituzionale alla salute esattamente nei medesimi termini in cui il diritto di scelta del proprio avvocato di fiducia soddisfa il diritto a una adeguata difesa di cui all'art. 24 Cost. Il diritto europeo ha già adeguatamente bilanciato quest'ultimo diritto della persona con le libertà di autonomia imprenditoriale e di concorrenza prevedendo, per un verso, che le polizze assicurative per la tutela giudiziaria non possano mai precludere alla persona assicurata di ricorrere alla difesa di un avvocato di sua fiducia seppur non convenzionato con l'assicurazione (cfr. art. 3, co. 2 lett. c), Direttiva CE 87/34), e, per altro verso, che non sia incompatibile con la garanzia di questo diritto la possibilità per la compagnia di assicurazione – a tutela delle proprie prerogative imprenditoriali – di limitare la copertura della polizza entro dei tetti massimi di rimborso delle spese legali della persona

assicurata, oltre le quali grava integralmente su quest'ultimo l'onere economico del compenso dell'avvocato prescelto (cfr. Corte giust. 7 novembre 2013, C 442/12, *Sneller*, punto 26; Corte giust. 26 maggio 2011, C 293/10, *Stark*, punto 33).

Dall'adozione e dall'attuazione delle disposizioni proposte non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio pubblico: può anzi presumersi un incremento del gettito fiscale in ragione dell'aumento del reddito imponibile dei professionisti perone fisiche.

*

Le modifiche al testo originario della norma sono qui evidenziate in rosso.

Progetto di legge

Articolo unico

L'articolo 13 della legge 31 dicembre 2012, n. 247, è integralmente sostituito dal seguente:

"Art. 13-bis. (*Equo compenso e clausole vessatorie*)

1. Il compenso di **esercenti libere professioni iscritti al rispettivo albo professionale**, nei rapporti professionali regolati da convenzioni aventi ad oggetto lo svolgimento, anche in forma associata o societaria, delle attività di cui all'articolo 2, commi 5 e 6, primo periodo, in favore di imprese bancarie e assicurative, nonché di imprese non rientranti nelle categorie delle microimprese o delle piccole o medie imprese, come definite nella raccomandazione 2003/361CE della Commissione, del 6 maggio 2003, è disciplinato dalle disposizioni del presente articolo, con riferimento ai casi in cui le convenzioni sono unilateralmente predisposte dalle predette imprese.

2. Ai fini del presente articolo, si considera equo il compenso determinato nelle convenzioni di cui al comma 1 quando risulta proporzionato alla quantità e alla qualità del lavoro svolto, nonché al contenuto e alle caratteristiche della prestazione legale, tenuto conto dei parametri previsti dal regolamento di cui al decreto del ministro della Giustizia adottato a norma dell'articolo 13, comma 6.

3. Le convenzioni di cui al comma 1 si presumono unilateralmente predisposte dalle imprese di cui al medesimo comma salva prova contraria.

4. Ai fini del presente articolo si considerano vessatorie le clausole contenute nelle convenzioni di cui al comma 1 che determinano, anche in ragione della non equità del compenso pattuito, un significativo squilibrio contrattuale a carico dell'avvocato.

5. In particolare si considerano vessatorie, salvo che siano state oggetto di specifica trattativa e approvazione, le clausole che consistono:

- a) nella riserva al cliente della facoltà di modificare unilateralmente le condizioni del contratto;
- b) nell'attribuzione al cliente della facoltà di rifiutare la stipulazione in forma scritta degli elementi essenziali del contratto;
- c) nell'attribuzione al cliente della facoltà di pretendere prestazioni aggiuntive che l'avvocato deve eseguire a titolo gratuito;
- d) nell'anticipazione delle spese della controversia a carico dell'avvocato;
- e) nella previsione di clausole che impongono all'avvocato la rinuncia al rimborso delle spese direttamente connesse alla prestazione dell'attività professionale oggetto della convenzione;
- f) nella previsione di termini di pagamento superiori a sessanta giorni dalla data di ricevimento da parte del cliente della fattura o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente;
- g) nella previsione che, in ipotesi di liquidazione delle spese di lite in favore del cliente, all'avvocato sia riconosciuto solo il minore importo previsto nella convenzione, anche nel caso in cui le spese liquidate siano state interamente o parzialmente corrisposte o recuperate dalla parte;
- h) nella previsione che, in ipotesi di nuova convenzione sostitutiva di altra precedentemente stipulata con il medesimo cliente, la nuova disciplina sui compensi si applichi, se comporta compensi inferiori a quelli previsti nella precedente convenzione, anche agli incarichi pendenti o, comunque, non ancora definiti o fatturati;
- i) nella previsione che il compenso pattuito per l'assistenza e la consulenza in materia contrattuale spetti soltanto in caso di sottoscrizione del contratto.
- l) nella previsione che il soggetto che beneficia di una polizza assicurativa stipulata dal soggetto stesso o dall'azienda sua datrice di lavoro, o da una o più associazioni datoriali per sostenere l'onere del compenso del professionista sia obbligato ad avvalersi di un professionista convenzionato con l'impresa assicuratrice o con un provider di questa o altra entità a essa collegata;
- m) nella previsione che al soggetto che beneficia di una polizza assicurativa stipulata da uno dei soggetti di cui alla precedente lett. l) ~~dall'azienda sua datrice di lavoro~~ per sostenere l'onere del compenso del professionista si applichino condizioni meno vantaggiose o più onerose nella ipotesi in cui si avvalga di un professionista di sua fiducia non convenzionato con l'impresa assicuratrice o con un provider ~~intermediario~~ di questa o altra entità ad essa collegata, rispetto alle condizioni

applicabili nella diversa ipotesi in cui l'assicurato si avvalga di un professionista convenzionato con quest'ultime;

n) nella previsione che al soggetto che beneficia di una polizza assicurativa per sostenere l'onere del compenso del professionista e/o allo stesso professionista che rende la prestazione in suo favore sia vietato convenire un compenso di importo più elevato di quello applicato dall'impresa assicuratrice o da un intermediario di questa per determinare il massimale della copertura assicurativa, fermo restando che la copertura assicurativa non si estende alla parte dell'importo convenuto eccedente il massimale determinato nella polizza assicurativa

6. Le clausole di cui al comma 5, lettere a), c), l), m) e n) si considerano vessatorie anche qualora siano state oggetto di trattativa e approvazione e siano previste o applicate nei rapporti contrattuali sia tra il professionista e le imprese di cui al comma 1, sia tra questi e un terzo soggetto assicurato, nonché nelle condizioni di erogazione delle prestazioni dei fondi sanitari integrativi o delle mutue assicuratrici.

7. Non costituiscono prova della specifica trattativa ed approvazione di cui al comma 5 le dichiarazioni contenute nelle convenzioni che attestano genericamente l'avvenuto svolgimento delle trattative senza specifica indicazione delle modalità con le quali le medesime sono state svolte.

8. Le clausole considerate vessatorie ai sensi dei commi 4, 5 e 6 sono nulle, mentre il contratto rimane valido per il resto. La nullità opera soltanto a vantaggio del professionista e del soggetto assicurato o del beneficiario.

9. L'azione diretta alla dichiarazione della nullità di una o più clausole delle convenzioni di cui al comma 1 è proposta, a pena di decadenza, entro ventiquattro mesi dalla data di sottoscrizione delle convenzioni medesime.

10. Il giudice, accertate la non equità del compenso e la vessatorietà di una clausola a norma dei commi 4, 5 e 6 del presente articolo, dichiara la nullità della clausola e determina il compenso del professionista tenendo conto dei parametri previsti dal regolamento di cui al decreto del Ministro della giustizia adottato ai sensi dell'articolo 13, comma 6 o nelle ipotesi di cui al comma 5, lettere l), m) e n) dei parametri convenuti in assenza di distorsioni tra i professionisti e i soggetti assicurati o i beneficiari in relazione alle stesse prestazioni professionali.

11. Per quanto non previsto dal presente articolo, alle convenzioni di cui al comma 1 si applicano le disposizioni del codice civile".

“2. Le disposizioni di cui all'articolo 13-bis della legge 31 dicembre 2012, n. 247, introdotto dal comma 1 del presente articolo, si applicano, in quanto compatibili, anche alle prestazioni rese dai professionisti di cui all'articolo 1 della legge 22 maggio 2017, n. 81, anche iscritti agli ordini e collegi, i cui parametri ai fini di cui al comma 10 del predetto articolo 13-bis sono definiti dai

decreti ministeriali adottati ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27”.