

*Provvedimento n. 7806 ( I222 )*

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
ODONTOIATRI**

*L'AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO*

NELLA SUA ADUNANZA del 7 dicembre 1999;

SENTITO il Relatore Professor Marco D'Alberti;

VISTA la legge 10 ottobre 1990, n. 287;

VISTA la segnalazione del Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali, pervenuta in data 15 gennaio 1996, riguardante la presunta violazione, da parte della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e degli Ordini Provinciali dei Medici di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como, dell'articolo 2 della legge n. 287/90;

VISTE le informazioni trasmesse in date 30 maggio 1997 e 26 aprile 1999 da parte del Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali;

VISTE le informazioni trasmesse in date 28 febbraio 1996, 31 maggio 1996, 16 luglio 1999 e 15 ottobre 1999 da parte della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;

CONSIDERATO quanto segue:

**I. Le parti**

*Il denunciante*

**1.** Il Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali (di seguito FASDAC) svolge la sua attività in favore dei dirigenti di aziende commerciali e di trasporto e spedizione.

Tale attività è disciplinata da uno Statuto e da un Regolamento aventi natura giuridica di accordo sindacale sottoscritto dalla Confederazione Generale Italiana del Commercio del Turismo e dei Servizi (di seguito CONFCOMMERCIO) e dalla Confederazione Generale Italiana del Traffico e dei Trasporti (di seguito CONFETRA), da un lato, e dalla Federazione Nazionale Dirigenti Aziende Commerciali, dei Trasporti, del Turismo, dei Servizi, Ausiliarie, del Terziario Avanzato (di seguito FENDAC), dall'altro.

**2.** Il FASDAC ha lo scopo di provvedere al rimborso delle spese sanitarie sostenute dai dirigenti iscritti (pari a circa 45.000) e dai loro familiari (circa 25.000) oltre che da altri soggetti individuati dallo statuto<sup>1</sup>.

Per la svolgimento di tale funzione, il FASDAC sottoscrive convenzioni con Case di Cura, Ospedali, Day Hospital, Studi Odontoiatrici, Istituti di Diagnostica e Istituti Medico Fisioterapici, che ammontano ad oggi a circa 380. Al termine del ricovero o della prestazione con strutture o professionisti convenzionati, l'assistito provvede al pagamento della sola quota a suo carico, mentre la rimanente quota viene direttamente pagata dal FASDAC.

---

<sup>1</sup> *Art. 2 dello Statuto FASDAC.*

Gli assistiti che si avvalgano di professionisti non compresi tra quelli che hanno aderito alla convenzione, provvedono al pagamento in proprio dei relativi onorari e hanno diritto al rimborso degli stessi da parte del FASDAC.

### *I denunciati*

**3.** La Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (di seguito FNOMCeO) è un ente di diritto pubblico che riunisce i 103 Ordini professionali provinciali esistenti in Italia cui compete, tra l'altro, la tenuta degli albi professionali di medici chirurghi e dei medici odontoiatri.

La Federazione, costituita nel 1946 come "Federazione nazionale dei medici-chirurghi" (FNMC)<sup>2</sup>, ha assunto nel 1985, la denominazione di "Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri" (FNOMCeO)<sup>3</sup>. I principali organi della Federazione sono il Comitato Centrale e il Consiglio nazionale.

Il Comitato Centrale è composto da 13 membri eletti dai presidenti dei rispettivi ordini e collegi provinciali. Esso ha, tra l'altro, il compito di: vigilare sul piano nazionale, alla conservazione del decoro e dell'indipendenza delle rispettive professioni; coordinare e promuovere l'attività dei rispettivi Ordini; dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare gli Ordini; esercitare il potere disciplinare nei confronti dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini.

Il Consiglio nazionale della FNOMCeO è composto dai presidenti dei rispettivi Ordini. A tale organo spetta l'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo della Federazione su proposta del Comitato centrale.

**4.** Gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (di seguito OPM) di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como sono stati istituiti nel 1946, nell'ambito della riforma complessiva della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, come Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi<sup>4</sup> e hanno assunto, dal 1985, la denominazione di Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri<sup>5</sup>.

Ciascun OPM elegge, in assemblea plenaria, fra gli iscritti all'albo, il Consiglio direttivo. Ogni Consiglio elegge nel proprio seno un presidente, un tesoriere e un segretario.

Al Consiglio direttivo di ciascun OPM spettano le seguenti attribuzioni: *a)* compilare e tenere l'albo dell'OPM e pubblicarlo al principio di ogni anno; *b)* vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'OPM; *c)* designare i rappresentanti dell'OPM presso commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale; *d)* promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti; *e)* dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio; *f)* esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo. Fatte salve, in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore; *g)* interpersi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o ente a favore del quale il sanitario abbia prestato o preli la propria opera professionale, per questioni concernenti spese, onorari e inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

## **II. La denuncia**

**5.** Il segnalante ha richiesto all'Autorità di accertare l'esistenza di presunti comportamenti restrittivi della concorrenza posti in essere da parte della FNOMCeO mediante l'emanazione di due delibere, la prima dell'8 novembre 1985 e del 3 ottobre 1997, riguardanti i rapporti tra medici ed enti di mutualità volontaria.

Il FASDAC ha altresì richiesto all'Autorità di accertare la presunta restrittività delle condotte tenute da alcuni OPM i quali, facendo riferimento alle succitate delibere della FNOMCeO, avrebbero diffidato sia i propri iscritti che il FASDAC stesso dal porre in essere comportamenti diversi da quelli prescritti da tali delibere.

---

<sup>2</sup> D.Lgs. c.p.S. 13 settembre 1946, n.233, capo III, artt. 12-16.

<sup>3</sup> Legge 24 luglio 1985, n. 409

<sup>4</sup> D.Lgs. c.p.S. 13 settembre 1946, n.233, capo I, artt. 1-6

<sup>5</sup> Legge 24 luglio 1985, n. 409.

6. Le principali restrizioni della concorrenza denunciate consisterebbero (i) nell'impedire un rapporto diretto tra il FASDAC (o, più in generale, tra i fondi di assistenza sanitaria) e i singoli professionisti iscritti all'Ordine e (ii) nell'imporre ai fondi di convenzionarsi con tutti i medici che, in possesso dei requisiti di legge e dei titoli di specializzazione necessari, ne facciano domanda per il tramite dell'Ordine (c.d. sistema degli elenchi aperti).

7. In particolare, sulla base delle due delibere menzionate, la FNOMCeO tenderebbe a stabilire un ruolo di intermediazione in capo agli ordini per negoziare - in rappresentanza del complesso dei professionisti - le condizioni del servizio, impedendo ai fondi di definire liberamente tali condizioni con il singolo medico o odontoiatra.

Inoltre, l'obbligo di estensione del sistema di convenzionamento a tutti i medici che ne facciano richiesta impedirebbe ai fondi di selezionare e scegliere i professionisti secondo una valutazione del miglior rapporto prezzo/qualità che i medici sono in grado di offrire, fermo restando il rispetto della tariffa minima prevista dalla legge.

**A) La delibera della FNOMCeO dell'8 novembre 1985**

8. La prima delibera oggetto della denuncia - relativa ai rapporti tra le associazioni di mutualità volontaria e i medici è stata emanata in data 8 novembre 1985 (di seguito "delibera del 1985") dal Comitato Centrale della FNOMCeO. Tale delibera è stata successivamente inviata, con circolare del 19 novembre 1985, a tutti i Presidenti degli OPM.

9. Con la delibera del 1985 la FNOMCeO si proponeva di "indicare agli Ordini provinciali i [...] criteri fondamentali per la disciplina dei rapporti fra gli iscritti agli albi e le Associazioni di mutualità volontaria", prevedendo, in particolare, quanto segue:

"nell'esercizio professionale nei confronti degli assistiti dalle Associazioni di mutualità volontaria è da privilegiare il rapporto diretto con il paziente, anche sotto il profilo economico";

Le "intese preventive" tra il medico e l'associazione mutualistica per l'erogazione, in forma diretta e a tariffe predeterminate, di prestazioni mediche di qualsiasi natura sono ammissibili "soltanto a condizione che l'Associazione interessata abbia dichiarato per iscritto all'Ordine provinciale di accettare: a) di corrispondere ai medici, per ciascuna prestazione, l'onorario stabilito dall'Ordine [...]", e b) "di intrattenere rapporti, ai fini dell'erogazione delle prestazioni ai propri associati, con tutti i medici che, in possesso dei requisiti di legge e dei titoli di specializzazione necessari, ne facciano domanda per il tramite dell'Ordine (c.d. sistema degli elenchi aperti) [...]";

[...]

[...]

"I criteri di cui ai paragrafi precedenti devono essere portati a conoscenza di tutti gli iscritti nell'albo, richiamando l'attenzione dei medesimi [...] sulla responsabilità disciplinare che la loro inosservanza comporta."

**B) La delibera della FNOMCeO del 3 ottobre 1997**

10. La seconda delibera oggetto della denuncia è stata emanata dal Comitato Centrale in data 3 ottobre 1997 (di seguito la "delibera del 1997") ed è stata successivamente approvata, nella riunione del 12 dicembre 1997, dal Consiglio Nazionale ai sensi dell'articolo 35 del D.P.R. n. 221/50<sup>6</sup>. Secondo le parti tale delibera rafforzerebbe ulteriormente la valenza anticoncorrenziale della prima.

11. Infatti, mentre con la delibera del 1985 la FNOMCeO si limitava a sottoporre a determinate condizioni, sia pure stringenti, l'ammissibilità delle "intese preventive" tra il medico e le associazioni mutualistiche, per effetto della deliberazione del 1997 tale possibilità viene assolutamente esclusa.

In dettaglio la delibera, "ravvisata l'esigenza di [...] fornire agli Ordini provinciali le linee guida alle quali conformarsi per realizzare un sistema di vigilanza sul fenomeno [...]", stabilisce tra l'altro che "è da escludere qualsiasi rapporto economico diretto tra l'iscritto all'Albo e le Associazioni di Mutualità Volontaria" e che "non è ammessa la possibilità per le Mutue Volontarie aziendali e per gli altri Organismi di cui in premessa di effettuare una selezione dei professionisti disponibili, in quanto è la legge a stabilire i requisiti necessari per l'esercizio della professione e ad attribuire all'Ordine il compito di verificarli all'atto dell'iscrizione all'Albo [...]".

---

<sup>6</sup> Cfr. l'art. 35, comma 2, del D.P.R. n. 221/50: "I regolamenti delle Federazioni nazionali debbono essere deliberati dai rispettivi Comitati centrali e sono soggetti all'approvazione dei Consigli nazionali".

12. Secondo il contenuto precettivo della delibera, i fondi (di seguito anche mutue) devono, invece, rivolgersi agli Ordini, i quali valuteranno lo statuto e il regolamento che ne disciplina il funzionamento al fine di accertarne la compatibilità con la deontologia professionale. Nell'ambito di tale valutazione dovranno essere verificati, tra l'altro, "il rispetto dei principi dell'elenco aperto" e "della esclusione di verifica della qualità delle prestazioni erogate effettuate senza la partecipazione dell'Ordine" e "sull'assenza di rapporti economici diretti tra Mutua ed iscritti agli Albi". Soltanto in caso di valutazione positiva "gli Ordini avviseranno i propri iscritti perché gli interessati possano avanzare domanda di adesione [...]" (cfr. punto 5).

### **C) Le condotte degli OPM e dei professionisti iscritti agli albi in seguito all'emanazione delle delibere FNOMCeO**

13. Facendo seguito alla deliberazione del 1985 da parte della FNOMCeO, alcuni OPM hanno assunto iniziative per garantire a livello locale l'osservanza delle direttive impartite dalla Federazione. Dalla documentazione acquisita emerge l'esistenza di lettere inviate da diversi OPM ai propri iscritti e al FASDAC, nelle quali si rinnovano il divieto e le indicazioni di merito fornite nella citata delibera della FNOMCeO.<sup>7</sup> Dalla corrispondenza epistolare raccolta si ha, in particolare, evidenza di delibere ordinistiche assunte in proposito dagli OPM di Ancona, Novara e Firenze.<sup>8</sup> Inoltre, l'OPM di Genova e quello di Como, nella corrispondenza con gli iscritti e il FASDAC, fanno rispettivamente riferimento a una "direttiva" e a una "circolare" emanate sul tema.<sup>9</sup>

14. In conseguenza di tali interventi, taluni professionisti hanno provveduto a dare formale disdetta all'accordo sottoscritto con il FASDAC, motivando la disdetta medesima con la considerazione che non è possibile erogare prestazioni convenzionate se la possibilità di convenzionarsi non è estesa a tutti gli iscritti all'Ordine.

### **III. Il quadro normativo**

15. Con riferimento al caso in esame, oltre alle norme già richiamate in precedenza che disciplinano l'organizzazione e le attribuzioni degli organi esponenziali della professione medica, rileva in particolare modo la normativa che regola le forme integrative di assistenza sanitaria<sup>10</sup>.

16. Le forme integrative di assistenza sanitaria sono disciplinate dall'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 517 del 7 dicembre 1993, laddove dispone che<sup>11</sup> "Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale. Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari sono le seguenti:

---

<sup>7</sup> E' particolarmente significativa, al riguardo, la lettera inviata dall'OPM di Genova al FASDAC in data 13 aprile 1995, in cui veniva tra l'altro ricordato che "[...] non è possibile stipulare "accordi ad personam" concordando tariffe anche superiori al minimo ordinistico perché ciò verrebbe a cozzare contro il divieto della predeterminazione dell'onorario. Inoltre, possono essere ravvisati, nell'invio della lettera proposta ai vari Enti prescelti, l'inadempienza agli articoli del Codice Deontologico che vietano l'accaparramento e dirottamento di clientela".

<sup>8</sup> Si fa riferimento alla delibera del Consiglio Direttivo dell'OPM di Firenze del 19 aprile 1994, alla delibera approvata dal Consiglio Direttivo dell'OPM di Ancona il 26 luglio 1994 ed alla delibera assunta dall'OPM di Novara in data 19 novembre 1992.

<sup>9</sup> Circolare OPM Como prot. n. 257 del 12 aprile 1994.

<sup>10</sup> Più in generale, per quanto concerne i principali riferimenti normativi riguardanti la professione medica, si fa presente quanto segue. L'ordinamento della professione di medico-chirurgo e di odontoiatra si fonda, essenzialmente, sul D.Lgs.C.P.S. 13 Settembre 1946, n. 233 recante norme sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, e sulle successive modificazioni e integrazioni. In particolare vanno menzionati il D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo, n. 233/1946, e la legge 24 luglio 1985, n. 409 Istituzione della professione sanitaria di odontoiatria. Per quanto riguarda l'accesso alla professione cfr. i seguenti testi normativi: legge 8 dicembre 1956, n. 1378 Accesso alla professione di medico chirurgo; decreto del Ministro della Pubblica Istruzione 9 settembre 1957 recante Regolamento per l'accesso alla professione di medico chirurgo; decreto del Ministro della Pubblica Istruzione recante Regolamento per l'accesso alla professione degli odontoiatri.

<sup>11</sup> Tale articolo ha modificato l'art. 9 (Forme integrative di assistenza sanitaria) del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria.

*a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;*

*b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;*

*c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute.*

*Il fondo integrativo sanitario è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata. "*

**17.** L'ultimo comma dell'articolo in commento prevedeva l'emissione di un regolamento (del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale), con cui venivano dettate le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi sanitari.

Il regolamento - che non è stato emanato - avrebbe dovuto disciplinare le modalità di costituzione dei fondi; la composizione dei loro organi di amministrazione e di controllo; le forme di contribuzione; le modalità della vigilanza facente capo al Ministero della sanità; le modalità di scioglimento.

#### **IV. I mercati rilevanti**

##### ***a) I mercati del prodotto***

**18.** Ai fini della valutazione dei comportamenti segnalati può essere individuato il mercato delle prestazioni sanitarie erogate in forma libero-professionale da medici e da odontoiatri (qui di seguito individuati anche, in via riassuntiva, come medici). Il medico è un professionista abilitato a esplicitare assistenza sanitaria in funzione di prevenzione, diagnosi e cura, mentre l'odontoiatra svolge attività di diagnosi e terapia delle malattie e anomalie congenite e acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché di prevenzione e riabilitazione odontoiatriche.

La diversità dei percorsi formativi richiesti per i medici e gli odontoiatri, l'esistenza di due albi separati per l'esercizio delle relative professioni, il requisito normativo che sancisce l'incompatibilità della contemporanea iscrizione agli stessi<sup>12</sup>, nonché la presenza di una pluralità di profili specialistici all'interno dell'una e dell'altra categoria potrebbero essere assunti a indice di una scarsa sostituibilità tra le diverse figure. Al momento, tuttavia, non appare necessario procedere a un'ulteriore segmentazione ai fini della valutazione della fattispecie, alla luce anche del fatto che la FNOM e gli OPM svolgono attività di indirizzo e coordinamento in maniera indifferenziata per tutte le tipologie di professionisti.

Gli iscritti all'albo dei medici chirurghi sono circa 320.000. Gli iscritti all'albo degli odontoiatri sono invece circa 35.000.

**19.** Nell'ambito di tale mercato, la domanda è costituita dai pazienti, i quali possono negoziare singolarmente le condizioni alle quali acquisiscono i servizi medici oppure farsi rappresentare da fondi di previdenza sanitaria integrativa come il FASDAC.

La domanda espressa attraverso i fondi si differenzia notevolmente da quella dei singoli pazienti, in primo luogo perché i fondi sono in grado di raccogliere, tramite un analitico lavoro di ricerca e di comparazione tra le diverse prestazioni offerte sul mercato, un più completo insieme informativo in merito alle attività dei singoli professionisti. In secondo luogo, dal momento che i fondi rappresentano un ampio numero di potenziali pazienti, essi detengono un maggiore potere contrattuale rispetto al singolo utente e sono quindi in grado di ottenere un trattamento più favorevole in termini di rapporto prezzo/qualità. Le due modalità di esercizio della domanda appaiono individuare, pertanto, quantomeno due segmenti separati all'interno del mercato delle prestazioni sanitarie erogate in forma libero-professionale da medici e da odontoiatri.

**20.** Nella seguente tabella si enumerano i 17 fondi di previdenza sanitaria integrativa attualmente presenti in Italia, a cui sono iscritte circa tre milioni e mezzo di persone.

---

<sup>12</sup> Cfr. art. 4, comma 3, della legge 24 luglio 1985, n. 409. Anche sotto il profilo economico, peraltro, può riscontrarsi una differenza fattuale tra le due professioni, attesa la generale esclusione delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche dal novero di quelle oggetto di rimborso da parte delle compagnie assicurative.

<b>I fondi integrativi esistenti</b>		
<b>Fondo</b>	<b>Categoria</b>	<b>Numero iscritti</b>
BANCHE VARIE	dipendenti bancari	850.000
MUTUE VOLONTARIE	aderenti a fimiv e federmutue	300.000
FASI	dirigenti industriali	230.000
ASSILS	aziende telefoniche	200.000
CASPIE	dipendenti banca d'Italia	133.000
ASSICURAZIONI	dipendenti assicurativi	120.000
MUTUA C. POZZO	ferrovieri	95.000
ARCA ENEL	azienda elettrica	90.000
ELETTRONICA	fondo dipendenti IBM e collegate	52.000
FASDAC	dirigenti commercio	45.000
EMVA	commercianti Milano	45.000
FIS ENI	azienda petrolifera	40.000
CASSE EDILI	lavoratori edilizia	35.000
CASAGIT	fondo giornalisti	30.000
ASSIDIM	dirigenti aziende lombarde	30.000
ALITALIA	personale attivo e in pensione	30.000
FONDO RAI	telecomunicazioni	20.000

*Fonte: nostra elaborazione su dati ricevuti dal denunciante.*

#### ***b) I mercati geografici***

**21.** Tanto i singoli pazienti quanto gli enti di assistenza sanitaria integrativa scelgono i professionisti anche sulla base della loro localizzazione sul territorio, rispondendo a un criterio di prossimità tra il medico/odontoiatra e il paziente. Sotto questo profilo, la valutazione concorrenziale dei comportamenti segnalati appare doversi svolgere con riferimento ad ambiti locali.

Occorre, tuttavia, considerare che le deliberazioni oggetto del presente procedimento sono state emanate dalla FNOMCeO, organismo che opera a livello nazionale, e sono indirizzate ai medici e odontoiatri presenti su tutto il territorio nazionale. Pertanto, l'analisi della portata anticoncorrenziale di dette deliberazioni può considerarsi estesa all'intero territorio nazionale.

**22.** Per quanto riguarda la valutazione delle condotte degli OPM, si avrà riguardo ai mercati geografici delle rispettive province.

### **V. Valutazioni**

#### ***a) Assoggettabilità degli organi esponenziali dei medici alla legge n. 287/90***

**23.** I medici e gli odontoiatri svolgono un'attività economica in quanto offrono i propri servizi sul mercato a titolo oneroso, in modo stabile e in forma indipendente. Ai fini dell'applicazione delle norme in materia di concorrenza, pertanto, possono essere qualificati come imprese ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 287/90<sup>13</sup>.

**24.** La FNOMCeO e gli OPM di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como, in quanto enti rappresentativi di imprese che operano sul mercato, possono essere qualificati come associazioni d'impresa, ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 287/90. In tal senso depone la circostanza che essi siano partecipi di decisioni rilevanti sotto il profilo economico, a ciò non ostando la natura di ente pubblico non economico

<sup>13</sup> Cfr. decisione della Commissione del 30 gennaio 1995, caso COAPI, Provvedimenti dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato n. 2550 del 14 dicembre 1994, Tariffe amministratori di condomini, n. 5400 del 3 ottobre 1997, Indagine conoscitiva sul settore degli ordini e collegi professionali e n. 6601 del 26 novembre 1998, Consigli Nazionali dei Ragionieri e Periti Commerciali e dei Dottori Commercialisti.

della FNOMCeO e degli OPM. L'attribuzione normativa, inoltre, a questi ultimi di funzioni pubblicistiche non vale a sottrarre l'operato dei medesimi al vaglio delle regole di concorrenza<sup>14</sup>.

### ***b) Qualificazione delle intese***

**25.** Le condotte rilevanti ai fini del procedimento in oggetto sono costituite, in primo luogo, da due delibere della FNOMCeO, dell'8 novembre 1985 e del 3 ottobre 1997, relative al rapporto tra medici/odontoiatri ed enti di mutualità volontaria, volte a indurre i primi a limitare o a non intraprendere rapporti contrattuali diretti con i fondi di previdenza sanitaria integrativa.

Oggetto del procedimento in esame sono, inoltre, le delibere con le quali gli OPM di Firenze, Ancona e Novara hanno vincolato i propri iscritti a porre in essere comportamenti conformi con quanto prescritto dalle menzionate delibere della FNOMCeO.

Sia le citate delibere della FNOMCeO che le delibere degli OPM di Firenze, Ancona e Novara costituiscono decisioni di associazioni di imprese e, dunque, sono qualificabili come intese ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge n. 287/90.

La direttiva adottata dall'OPM di Genova e la circolare emanata dall'OPM di Como, in quanto espressione della volontà delle suindicate associazioni, sono qualificabili come decisioni di associazioni di imprese e, dunque, come intese ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge n. 287/90.

**26.** Per contenuto, modalità di presentazione e contesto generale e, soprattutto, per l'esplicito richiamo a disposizioni normative e disciplinari, le intese in questione appaiono rivestire carattere vincolante per i professionisti iscritti, la cui appartenenza all'Ordine comporta la sottoposizione al potere disciplinare e implica, tra l'altro, il rispetto delle delibere emanate dagli organi competenti.

### ***c) La valutazione delle intese***

**27.** Prevedendo la delibera della FNOMCeO del 1985 la limitazione, e quella del 1997 l'assoluta esclusione, di qualsiasi rapporto diretto tra gli iscritti all'albo e i fondi, dette delibere vincolano i medici e gli odontoiatri a non negoziare direttamente con il FASDAC e con altri operatori la tipologia, le modalità di erogazione e la misura dei compensi relativi al segmento di mercato che ha ad oggetto le prestazioni di servizi sanitari offerti ai fondi di previdenza sanitaria integrativa.

Avocando alla FNOMCeO la regolamentazione delle condizioni della convenzione con il FASDAC, quindi, le delibere hanno ad oggetto una indiretta fissazione delle condizioni contrattuali tra il singolo medico e il fondo in relazione agli elementi essenziali, quali la tariffa applicata (sia pure garantendo l'osservanza del minimo) e le condizioni di erogazione del servizio.

Detta fissazione restringe ingiustificatamente la concorrenza tra i medici nella identificazione delle condizioni contrattuali che, garantendo il miglior rapporto qualità/prezzo, spingano il FASDAC a scegliere i professionisti cui proporre la stipula della propria convenzione.

**28.** Le suddette delibere obbligano, inoltre, i medici e gli odontoiatri che vogliano stipulare una convenzione con un fondo di assistenza a limitarsi a quelli che siano disposti a convenzionare tutti i professionisti individuati dall'Ordine, secondo il principio degli *elenchi aperti*.

Da tale previsione deriva l'annullamento dell'effetto di promozione dei singoli professionisti che la selezione, e il conseguente inserimento nelle liste dei medici convenzionati con il FASDAC, comporta rispetto agli utenti assistiti da quest'ultimo. Di conseguenza, attraverso le citate delibere i professionisti concordano di astenersi dal ricercare un più ampio bacino di pazienti, quale quello costituito dagli iscritti al FASDAC, candidandosi alla selezione operata da quest'ultimo in virtù della qualità del servizio prestato e/o delle tariffe applicate.

Non consentendo la concorrenza tra i medici ai fini dell'inserimento nelle liste, l'oggetto indirettamente perseguito dalle delibere della FNOM è quello di cristallizzare, anche nel segmento di mercato relativo alle prestazioni sanitarie offerte tramite i fondi, le posizioni già detenute all'interno del mercato complessivamente inteso.

---

<sup>14</sup> Cfr., per tutte, sentenza della Corte di Giustizia del 23 aprile 1991, causa C- 41/90, *Klaus Hofner e Fritz Elser c Macroton GmbH.* Nonché, nello stesso senso, *Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato del 21 novembre 1998, Consigli Nazionali dei Ragionieri e Periti Commerciali e dei Dottori Commercialisti; Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato del 7 novembre 1996, Associazione Consumatori Utenti/Alitalia.*

**29.** Le delibere della FNOMCeO, inoltre, hanno un oggetto restrittivo della concorrenza nella misura in cui comportano l'assunzione, da parte dei medici e odontoiatri, dell'impegno a limitare l'offerta dei propri servizi non sviluppando i rapporti con la domanda rappresentata dagli utenti aderenti al FASDAC, dal rafforzamento della quale sarebbe presumibilmente discesa l'adozione di condizioni di erogazione del servizio più favorevoli - in termini di rapporto qualità/prezzo - per gli utenti.

**30.** La FNOMCeO giustifica la funzione di intermediazione svolta dall'Ordine con la necessità di escludere che la verifica della qualità degli iscritti venga effettuata direttamente dai Fondi<sup>15</sup>. La FNOMCeO, infatti, ritiene che la verifica della qualità delle prestazioni erogate dai professionisti rientri nell'ambito di una sua generale ed esclusiva competenza correlata, tra l'altro, alla salvaguardia del decoro della professione.

Si osserva al riguardo che l'attività di selezione operata dai fondi non appare in nessun modo incompatibile con le funzioni, espletate dagli Ordini, di verifica del possesso e mantenimento dei requisiti professionali richiesti ai medici e agli odontoiatri per poter svolgere la loro attività. Né le delibere FNOMCeO delineano un sistema di accertamento di requisiti qualitativi alternativo alla selezione operata dai Fondi ma, al contrario, impongono a questi ultimi il convenzionamento di tutti i medici e odontoiatri che ne facciano richiesta, a prescindere da qualsiasi valutazione sulla qualità delle prestazioni da questi erogate.

**31.** Contrariamente, inoltre, a quanto sostenuto dalla FNOMCeO<sup>16</sup>, non sembra necessario un rapporto diretto tra professionista e paziente nella fase di selezione al fine di garantire la piena responsabilizzazione dei medici e degli odontoiatri nell'esercizio della loro attività. Indipendentemente, infatti, dalle modalità di selezione del medico/odontoiatra - direttamente da parte del singolo paziente ovvero tramite un ente che lo rappresenti - ciò che rileva è che fin dal momento in cui inizia la prestazione sanitaria il rapporto tra il professionista e il cliente sia personale e diretto, con assunzione da parte del primo di ogni responsabilità nei confronti del secondo.

Non sembra, pertanto, che l'intermediazione del FASDAC nella fase di selezione del medico e dell'odontoiatra possa in alcun modo interferire nella fase successiva, ossia quella in cui la prestazione sanitaria viene effettivamente erogata dal professionista.

**32.** Da quanto sopra illustrato sembra emergere che i contenuti delle citate delibere FNOMCeO impediscono ai medici di negoziare liberamente con il FASDAC le condizioni di offerta del servizio, ostacolando un aumento dell'offerta tramite la domanda centralizzata e cristallizzando le quote di mercato attualmente detenute dai singoli medici.

Pertanto, tali delibere appaiono ricadere nel divieto di cui all'articolo 2, comma 2 della legge n. 287/90.

**33.** Identiche considerazioni possono applicarsi per le intese poste in essere dagli OPM, in quanto integrale riproposizione in ambito provinciale delle posizioni espresse a livello nazionale dal FNOMCeO.

Anche le suddette intese, pertanto, appaiono ricadere nel divieto di cui all'articolo 2, comma 2 della legge n. 287/90.

**34.** Le intese poste in essere sia dalla FNOMCeO che dagli OPM di Ancona, Genova, Novara, Firenze, e Como sono state accompagnate dalla utilizzazione di strumenti disciplinari volti a garantire il rispetto delle stesse. In tal senso sembra, infatti, di doversi interpretare il ripetuto ricorso alla diffida, in conseguenza della quale chi non rispetti quanto stabilito nelle delibere ordinarie in questione rischierebbe di incorrere nelle sanzioni previste dall'ordinamento della professione. Anche in funzione dell'esistenza di un simile apparato dissuasivo, le intese sembrano aver prodotto degli effetti, come è attestato da alcune disdette contrattuali inviate al FASDAC da parte di odontoiatri che avevano già sottoscritto le convenzioni.

**35.** Le intese oggetto della denuncia sembrano soddisfare il requisito della consistenza.

Va, infatti, osservato che la FNOMCeO rappresenta la totalità dei medici abilitati all'esercizio della professione e gli OPM di Ancona, Genova, Novara, Firenze, e Como rappresentano la totalità dei professionisti iscritti ai relativi Ordini Provinciali.

RITENUTO, pertanto, che le delibere della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e le delibere e le raccomandazioni con le quali gli OPM di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como hanno diffidato, sia i propri iscritti che il FASDAC dal porre in essere comportamenti diversi da quelli

---

<sup>15</sup> Lettera inviata all'Autorità in data 6 luglio 1999.

<sup>16</sup> Lettera inviata all'Autorità in data 6 luglio 1999.

prescritti da tali delibere della FNOMCeO appaiono potersi configurare come intese restrittive della concorrenza, in violazione dell'articolo 2, comma 2, della legge n. 287/90;

DELIBERA

a) l'avvio dell'istruttoria, ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 287/90, nei confronti della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como;

b) la fissazione del termine di giorni trenta, decorrente dalla notificazione del presente provvedimento, per l'esercizio da parte dei rappresentanti legali della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como, o da parte di persona da esso delegata, del diritto di essere sentiti, precisando che la richiesta di audizione dovrà pervenire alla Direzione Attività Istruttoria C di questa Autorità almeno sette giorni prima della scadenza del termine sopra indicato;

c) che il responsabile del procedimento è il dott. Carlo Bardini;

d) che gli atti del procedimento possono essere presi in visione presso la Direzione Attività Istruttoria C di questa Autorità dai legali rappresentanti della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como o da persona da essi delegata;

e) che il procedimento deve concludersi entro il 30 settembre 2000.

Il presente provvedimento verrà notificato ai soggetti interessati e pubblicato ai sensi di legge.

IL SEGRETARIO GENERALE  
*Alberto Pera*

IL PRESIDENTE  
*Giuseppe Tesauro*

\* \* \*