

L'AUTORITA' GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

Provvedimento n. 8720 (I222) del 27/09/2000

PUBBLICAZIONE: *Bollettino n. 39/2000*

NELLA SUA ADUNANZA del 27 settembre 2000;

SENTITO il Relatore Professor Marco D'Alberti;

VISTA la legge 10 ottobre 1990, n. 287;

VISTO in particolare l'articolo 2 della stessa legge;

VISTA la propria delibera del 7 dicembre 1999, con la quale è stata avviata un'istruttoria, ai sensi dell'articolo 14 della legge n. 287/90, nei confronti della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona, Genova, Novara, Firenze e Como, per presunta infrazione dell'articolo 2 della legge n. 287/90;

VISTA la propria delibera del 13 aprile 2000, con la quale è stato esteso il procedimento agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri delle Province di Arezzo, Ascoli Piceno, Bari, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Grosseto, Lecco, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pisa, Pistoia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza, all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani - sezione provinciale di Trento e all'Associazione Italiana Odontoiatri - sezione provinciale di Trento;

SENTITE le società FIMIV il 14 febbraio 2000, Newmed Spa il 25 febbraio 2000, Sistemi Sanitari Spa il 3 marzo 2000;

SENTITA la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri il 27 gennaio 2000, il 24 maggio 2000, il 31 maggio 2000 ed il 21 luglio 2000;

SENTITI gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri delle Province di Trento il 16 maggio 2000, Bologna il 22 maggio 2000;

SENTITE l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani - sezione provinciale di Trento il 29 maggio 2000 ed il 21 luglio 2000 e l'Associazione Italiana Odontoiatri - sezione provinciale di Trento il 21 luglio 2000;

SENTITA l'associazione FASDAC il 21 luglio 2000;

VISTA la documentazione acquisita nel corso del procedimento;

CONSIDERATO QUANTO SEGUE:

I. Premessa

1. Con decisioni del 7 dicembre 1999 e 13 aprile 2000, l'Autorità ha deliberato l'apertura di un procedimento istruttorio nei confronti della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, dei trentasette Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri suindicati e delle sezioni provinciali di Trento dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e dell'Associazione Italiana Odontoiatri, per presunta violazione dell'articolo 2 della legge n. 287/90, consistente in intese volte al coordinamento dei comportamenti di mercato degli iscritti agli ordini e alle sezioni provinciali di Trento delle due associazioni di categoria AIO e ANDI.

In particolare, il procedimento è stato avviato a seguito di una segnalazione di un ente che svolge assistenza sanitaria integrativa per i dirigenti delle aziende commerciali (FASDAC). Quest'ultimo ha segnalato la possibile restrittività della concorrenza di due delibere adottate dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, rispettivamente nel 1985 e nel 1997 (ed illustrate ampiamente in seguito, ai punti 22-29), nelle quali vengono stabilite le condizioni che i medici devono rispettare qualora vogliano stipulare convenzioni con enti come il FASDAC.

Inoltre, il FASDAC e altri enti analoghi hanno prodotto elementi idonei a far ritenere che i trentasette Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri parti del procedimento avessero assunto delibere o atti propri per recepire o comunque rendere esecutive le citate delibere della Federazione Nazionale.

Anche i comportamenti delle sezioni di Trento delle due associazioni di categoria AIO e ANDI sono stati segnalati all'Autorità da un ente che opera nel campo dell'assistenza sanitaria integrativa (Cooperazione Salute). Quest'ultimo ha lamentato la possibile restrittività concorrenziale delle decisioni con le quali le due associazioni stabilivano di non aderire alle convenzioni proposte da Cooperazione Salute, in quanto detta mutua non intendeva accogliere alcune condizioni imposte dalle associazioni medesime.

II. Le parti

2. Il Fondo Assistenza Sanitaria Dirigenti Aziende Commerciali (di seguito FASDAC) è un'associazione non riconosciuta che svolge la sua attività in favore dei dirigenti di aziende commerciali e di trasporto e spedizione. In particolare, il FASDAC ha lo scopo di provvedere al finanziamento 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 *Art. 2 dello Statuto FASDAC*. Per lo svolgimento di tale funzione, il FASDAC sottoscrive, tra l'altro, convenzioni con Case di Cura, Ospedali, Day Hospital, Studi Odontoiatrici, Istituti di Diagnostica e Istituti Medico Fisioterapici, che ammontano ad oggi a circa 380. L'attività del FASDAC 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.

3. La Società di Mutuo Soccorso Cooperazione Salute (di seguito Cooperazione Salute) è un'organizzazione che opera senza fini di lucro nella provincia di Trento.

Essa è stata fondata dalla Federazione Trentina delle Cooperative. L'adesione a Cooperazione Salute avviene tramite la sottoscrizione di una domanda di ammissione in qualità di socio, la quale può essere presentata sia presso la sede della mutua che presso altre organizzazioni facenti capo alla Federazione Trentina delle Cooperative, tra cui le locali Casse Rurali. Cooperazione Salute offre ai propri iscritti, tra l'altro, assistenza sanitaria integrativa delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale. A tal fine essa stipula convenzioni con strutture sanitarie sia pubbliche che private. Cooperazione Salute agisce, inoltre, da tramite con le Casse Rurali Trentine per favorire la concessione da parte di queste ultime di finanziamenti agevolati con i quali gli iscritti alla mutua possano coprire le spese mediche sostenute. A fronte di circa 450.000 abitanti della provincia, la copertura sanitaria offerta da Cooperazione Salute riguarda i circa 5.000 iscritti ed i loro familiari.

4. La Federazione Nazionale degli Ordini 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 dei medici chirurghi e dei medici odontoiatri. La Federazione, costituita nel 1946 come "Federazione nazionale dei medici-chirurghi" *D. Lgs. c. p. 13 settembre*

1946, n. 233, capo III, artt. 12-16. , ha assunto nel 1985 l'attuale denominazione *Legge 24 luglio 1985, n. 409.* . I principali organi della Federazione sono il Comitato Centrale ed il Consiglio nazionale. Il Comitato Centrale è composto da 13 membri eletti dai presidenti degli ordini provinciali. Esso ha, ai sensi dell'articolo 15 del Decreto Legislativo n. 233/1946, i compiti, tra gli altri, di: a) vigilare sul piano nazionale alla conservazione del decoro e dell'indipendenza della professione; b) coordinare e promuovere l'attività degli Ordini provinciali; c) dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare gli Ordini provinciali; d) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini provinciali. Il Consiglio nazionale della FNOMCeO è composto dai presidenti degli Ordini provinciali. A tale organo spetta, tra l'altro, l'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo della Federazione su proposta del Comitato centrale.

5. Gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (di seguito OPMCeO) di Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Bari, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Como, Firenze, Genova, Grosseto, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Novara, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pisa, Pistoia, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza sono stati istituiti nel 1946, nell'ambito della riforma complessiva della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie, come Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi *D. Lgs. c. p. 13 settembre 1946, n. 233, capo I, artt. 1-6.* e hanno assunto, dal 1985, l'attuale denominazione *Legge 24 luglio 1985, n. 409.* . Successivamente, in seguito alla formazione delle relative province, sono stati istituiti anche gli OPMCeO di Lecco e di Prato. Ciascun OPMCeO 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 OPMCeO spettano, tra le altre, le seguenti attribuzioni: a) compilare e tenere l'albo dell'OPMCeO e pubblicarlo al principio di ogni anno; b) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'OPMCeO; c) 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; d) 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 presti 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 *Art. 3 del D. Lgs. n. 233/1946, lettere a), b) f) e g).* .

6. L'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) - sezione provinciale di Trento - e l'Associazione Italiana Odontoiatri (AIO) - sezione provinciale di Trento - sono le sezioni provinciali di associazioni nazionali di categoria degli odontoiatri, le quali svolgono attività di rappresentanza degli associati e forniscono un supporto all'attività professionale degli stessi attraverso lo svolgimento di iniziative promozionali, l'organizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale, ecc. Degli oltre 400 odontoiatri attivi nella provincia di Trento, 130 sono iscritti alla sezione provinciale di Trento dell'ANDI e circa 50 alla sezione provinciale di Trento dell'AIO. III. Il quadro normativo di riferimento

III. Il quadro normativo di riferimento

1. La normativa che disciplina l'ordinamento della professione di medico-chirurgo e di odontoiatra e le competenze degli ordini provinciali e della Federazione Nazionale

7. L'ordinamento della professione di medico-chirurgo e di odontoiatra si fonda, essenzialmente, sul Decreto Legislativo C. P. S. 13 Settembre 1946, n. 233 (qui di seguito, Decreto Legislativo n. 233/1946), recante norme sulla *"Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"*, e sulle successive modificazioni e integrazioni. Come già illustrato in sede di descrizione della FNOMCeO e degli OPMCeO, il Decreto Legislativo n. 233/1946 regola, tra gli altri, le competenze degli OPMCeO e della FNOMCeO, i relativi organi e le modalità di funzionamento, nonché istituisce gli albi professionali e specifica i requisiti per l'iscrizione negli stessi.

8. Successivamente, il D. P. R. 5 aprile 1950, n. 221 (*"Approvazione del regolamento per la esecuzione del Decreto Legislativo, n. 233/1946, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"*) ha dettato le norme di esecuzione del predetto Decreto Legislativo n. 233/1946, disciplinando nel dettaglio, tra gli altri, gli albi professionali, le assemblee degli OPMCeO e le adunanze del Consiglio della FNOMCeO, le sanzioni disciplinari, nonché l'amministrazione e contabilità. All'interno di queste ultime previsioni si ricordano, in particolare, l'articolo 35, il quale prevede che i regolamenti interni degli OPMCeO debbano essere deliberati dai rispettivi consigli e siano soggetti all'approvazione della FNOMCeO. I regolamenti di quest'ultima, invece, ai sensi del medesimo articolo, devono essere deliberati dal Comitato Centrale della FNOMCeO, sono soggetti all'approvazione del Consiglio Nazionale, nonché sottoposti all'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica (oggi Ministero della Sanità). Quest'ultimo può, entro tre mesi dalla ricezione del regolamento e con decreto motivato, disporre l'annullamento per vizi di legittimità.

9. L'articolo 36, lettera b), dello stesso testo normativo attribuisce, inoltre, alla FNOMCeO il potere di sciogliere i Consigli degli ordini provinciali, per *"reiterata inosservanza dei deliberati delle Federazioni Nazionali nell'esercizio delle attribuzioni di cui all'articolo 15 lettera b)"* del Decreto Legislativo n. 233/1946.

2. Le normative in materia di tariffe, di pubblicità delle prestazioni e di verifica della qualità delle prestazioni sanitarie

10. Ai fini della ricostruzione del quadro normativo relativo alle competenze degli OPMCeO e della FNOMCeO, nonché all'attività dei medici chirurghi ed odontoiatri si ricordano anche la legge n. 244/1963, in materia di tariffe minime, e la legge n. 175/1992, relativa alla pubblicità delle prestazioni sanitarie, nonché alcune disposizioni relative alla verifica della qualità delle prestazioni sanitarie. La legge n. 244/1963 stabilisce che la tariffa nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche è approvata con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro del Tesoro, sentito il parere del Consiglio di Stato, del Consiglio Superiore di Sanità e della FNOMCeO, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri *Cfr. legge 21 febbraio 1963 n. 244, "Norme generali relative agli onorari ed ai compensi per le prestazioni medico-chirurgiche e istituzione della relativa tariffa"*. . L'articolo 2, comma 2, della stessa prevede che *"l'onorario, che è fissato in relazione all'importanza e delicatezza della prestazione ... rappresenta il minimo compatibile con il decoro e la dignità professionale"*. Pertanto, fatta salva la facoltà di effettuare prestazioni a titolo gratuito, è vietato l'esercizio della professione sanitaria ad onorari inferiori a quelli stabiliti nella tariffa minima. Ugualmente sono vietati i compensi forfettari. Il medico che non rispetti i minimi tariffari previsti dalla legge è sottoposto a procedimento disciplinare *art. 10 della legge n. 244/1963.* .

11. La legge n. 175/1992 determina le modalità alle quali è subordinato lo svolgimento di attività pubblicitaria delle prestazioni degli esercenti le professioni sanitarie *Legge 5 febbraio 1992 n. 175, relativa "Norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie"*, in *Gazz. Uff. 29 febbraio 1992, n. 50*. In particolare, tale legge consente la pubblicità dei nominativi dei professionisti e delle relative specializzazioni, mediante targhe apposte sull'edificio in cui si svolge l'attività professionale,

nonché mediante inserzioni sugli elenchi telefonici, a condizione che venga autorizzata dal sindaco, previo nulla osta dell'Ordine o del Collegio professionale presso il quale è iscritto il richiedente (artt. 1 e 2, legge n. 175/92). *Di recente le disposizioni della suddetta legge sono state integrate dalla legge 26 febbraio 1999 n. 42 la quale, in particolare, all'art. 12 ha consentito la pubblicità sanitaria anche attraverso inserzioni su giornali quotidiani e periodici di informazione.*

12. Alcune recenti disposizioni legislative hanno istituito forme di controllo sulla qualità delle prestazioni dei medici ed istituito incentivi ad una formazione continua degli stessi, attribuendo alla FNOMCeO ed agli OPMCeO un ruolo di partecipazione in organismi a detti fini istituiti. In questo senso il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, avente ad oggetto il "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*", nell'ambito della disciplina dei rapporti di medici di medicina generale e pediatri con il Servizio sanitario nazionale, ha previsto, all'articolo 10, la necessità di interventi legislativi volti a definire metodi di verifica della qualità, quantità e costo delle prestazioni professionali effettuate. In attuazione di detta previsione, i D. P. R. 22 luglio 1996 n. 484, 29 luglio 1996 n. 500 e 21 ottobre 1996, n. 613 - relativi all'approvazione di accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i medici ambulatoriali e con i medici specialisti pediatri di libera scelta - hanno istituito in ciascuna regione Commissioni professionali aventi il compito di offrire servizi di supporto alle Aziende sanitarie nazionali e, tra gli altri, di definire criteri, standard, ed indicatori per le procedure di verifica di qualità delle prestazioni rese dai professionisti citati. Dette Commissioni sono presiedute dal Presidente dell'Ordine provinciale dei Medici della città capoluogo. Inoltre, l'articolo 16-bis del citato Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *Come modificato dal d. lvo 19 giugno 1999 n. 229, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale"*, ha disciplinato la formazione continua dei medici operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed ha previsto, all'articolo 16-ter, l'istituzione di una Commissione Nazionale per la formazione continua, presieduta dal Ministro della Sanità e composta da due vicepresidenti, di cui uno rappresentato dal Presidente della FNOMCeO. Il decreto del Ministro della Sanità, a cui è demandata la nomina di detta Commissione nazionale, non è, tuttavia, stato ancora emanato. Dal testo dell'articolo 16-bis emerge che detta Commissione avrà, tra gli altri, il compito di definire gli obiettivi formativi di interesse generale, i crediti formativi che devono essere maturati dagli operatori, i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. L'articolo 16-*quater* della medesima disposizione legislativa ha attribuito anche alle regioni competenze in materia di formazione continua: esse, infatti, prevedendo forme di partecipazione degli ordini professionali, provvedono alla programmazione ed organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua e concorrono all'individuazione degli obiettivi formativi. La partecipazione alle attività di formazione continua costituirà requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

3. La disciplina dei fondi di assistenza sanitaria

13. I fondi di assistenza sanitaria sono stati regolamentati dall'articolo 9 del Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*". Quest'ultimo, abrogando la disciplina restrittiva stabilita in materia dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale *La legge n. 833/1978, infatti, dopo aver sancito che "la mutualità volontaria è libera", vietava ad "enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza prestata dal servizio sanitario nazionale".*, consentiva "sperimentazioni gestionali" relative alle modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi ed alle prestazioni e servizi offerti, tra gli altri, da associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica. Tra le forme di sperimentazioni gestionali erano incluse "le forme differenziate di assistenza". Il modello di assistenza sanitaria volontaria è stato, tuttavia, delineato dal Decreto Legislativo n. 517 del 7 dicembre 1993, il quale ha stabilito che "*Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale*" *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..* Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari previste erano le seguenti:

- 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. Si prevedeva, inoltre, che il fondo integrativo sanitario fosse autogestito ovvero potesse essere affidato in gestione, mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata. *La disciplina relativa a modalità di costituzione dei fondi, composizione degli organi di amministrazione e di controllo, forme di contribuzione, modalità di esercizio del potere di vigilanza facente capo al Ministero della sanità e di scioglimento avrebbe dovuto essere oggetto di un successivo regolamento del Presidente della Repubblica (da assumere previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale). Tale regolamento non è mai stato emanato.*⁴

14. La disciplina dei fondi integrativi è stata, successivamente, modificata e sostituita dall'articolo 9 del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma della legge 30 novembre 1998 n. 419*".¹¹⁵ *La legge 30 novembre 1998 n. 419 di "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale" ha, infatti, previsto la necessità di riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria previste dal decreto legislativo n. 502/92.*⁵ Detta disciplina ha previsto l'istituzione, "*Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, e con queste comunque direttamente integrate*" di fondi integrativi "*finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza*" previsti nella stessa legge e definiti dal Piano sanitario nazionale e relativi provvedimenti attuativi. I fondi così istituiti devono contenere l'indicazione 'fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale' (c. d. fondi 'doc'). Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive sono costituite da

- a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale;
- c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
- d) deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- e) deliberazioni assunte da società di mutuo soccorso riconosciute;
- f) atti assunti da altro soggetto pubblico o privato, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione del rischio o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Il comma 4 dell'articolo 9 prevede

che i fondi integrativi abbiano, quale ambito di applicazione: i) le prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate (inclusa l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non coperte dal Servizio sanitario nazionale); ii) le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la quota a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso a prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri; iii) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale devono essere autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche o private operanti nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni. E' demandata, inoltre, ad un successivo regolamento l'emanazione di disposizioni relative: a) alle modalità di costituzione e di scioglimento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale; b) alla composizione degli organi di amministrazione e di controllo; c) alle forme e alle modalità di contribuzione; d) ai soggetti destinatari dell'assistenza; e) al trattamento riservato al singolo sottoscrittore; f) le cause di decadenza dalla qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi è rimessa allo Stato e, per i fondi aventi carattere regionale, alle Regioni. Presso il Ministero della Sanità sono istituiti un'anagrafe dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, al quale debbono iscriversi tanto i fondi sottoposti a vigilanza statale, quanto quelli regionali, e un osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, la cui disciplina delle modalità di funzionamento è demandata al successivo regolamento di cui si è fatto cenno. Integrano la disciplina descritta le previsioni in materia fiscale contenute nel Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, alla cui emanazione era subordinata la stessa efficacia della prima. In esso si determinano le soglie di deducibilità fiscale per i contributi versati ai fondi integrativi, prevedendo un regime di agevolazione in favore di quelli integrativi del Servizio sanitario nazionale e stabilendo un regime paritario per le figure che non rientrino in tale tipologia.

IV. Le Risultanze Istruttorie

i) Il mercato rilevante

15. Dal punto di vista merceologico, la fattispecie oggetto del presente procedimento interessa le prestazioni sanitarie erogate da professionisti iscritti agli albi dei medici e degli odontoiatri ed acquistate privatamente dai pazienti, ovvero senza il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. La domanda di prestazioni mediche proveniente dai pazienti si specifica in rapporto al settore nosologico di riferimento (cardiologia, oncologia, oculistica, odontoiatria, ecc.). Ai diversi settori corrispondono distinte specializzazioni (o gruppi di specializzazioni) nell'insegnamento e nella pratica della medicina. E', pertanto, possibile individuare tanti mercati distinti quanti sono i settori nosologici, tenuto conto sia delle specificità dei bisogni assistenziali che delle diverse competenze professionali richieste per soddisfarli. Ai fini della valutazione degli atti assunti dagli OPMCeO e dalla FNOMCeO non è, tuttavia, necessario pervenire ad una tale disaggregazione del mercato rilevante. Poiché, infatti, tali atti sono indirizzati in modo indifferenziato alla generalità degli iscritti agli Ordini ed appaiono, quindi, poter incidere sui comportamenti di tutti i medici, a prescindere dal settore nosologico in cui operano, ai fini della valutazione concorrenziale degli stessi è sufficiente riferirsi al complessivo mercato dei servizi erogati dai medici chirurghi ed odontoiatri. Quanto alla valutazione, invece, delle decisioni delle associazioni AIO ed ANDI, specificamente concernenti i comportamenti degli odontoiatri iscritti, il mercato rilevante è individuato come quello dei servizi erogati dagli odontoiatri.

16. Dal punto di vista geografico, il mercato delle prestazioni sanitarie rese da medici ed odontoiatri liberi professionisti ha dimensione locale, soprattutto in ragione della necessità del paziente (ossia l'utente del servizio), di garantirsi una certa continuità di rapporto con il medico e, quindi, una ragionevole prossimità con quest'ultimo, cui corrisponde, peraltro, una diffusa presenza dei medici che svolgono attività in forma privata sull'intero territorio nazionale. In prima approssimazione, l'ambito geografico del mercato dei servizi medici può esser fatto coincidere con il territorio provinciale, anche tenendo conto del vincolo amministrativo che agisce in tal senso (le competenze dei singoli OPMCeO). Occorre tuttavia rilevare che la compartimentazione del territorio nazionale in mercati provinciali - per quanto sostanzialmente valida - non può essere compiuta troppo rigidamente. I medici possono, infatti, operare anche al di fuori della provincia al cui albo sono iscritti. *Il medico deve essere iscritto all'Albo dell'Ordine della provincia nella quale risiede (art. 4, D. P. R. n. 221/1950)*, e anche la domanda può, soprattutto per le specializzazioni più complesse, mostrare una certa mobilità. *Anche se i dati al riguardo sono difficili da reperire, sulla base delle evidenze disponibili pare ragionevole assumere che i pazienti che si spostano per acquisire prestazioni sanitarie al di fuori della provincia di residenza rappresentino una quota non superiore al 10% del totale. A conferma della limitata mobilità sanitaria dei pazienti si può citare il dato sulle compensazioni interregionali previste dal Sistema Sanitario Nazionale per tener conto degli spostamenti di pazienti, le quali nel 1998 hanno riguardato solo il 4% del totale della spesa sanitaria pubblica (fonte: Sole 24 Ore Sanità e Istat)*. In ogni caso, poiché le delibere FNOMCeO vincolano tutti i medici operanti sul territorio nazionale, a prescindere dal mercato locale sul quale svolgano prevalentemente o esclusivamente la loro attività, ai fini della valutazione di tali delibere l'ambito geografico rilevante può essere considerato quello nazionale. Quanto alla valutazione degli atti degli OPMCeO e delle associazioni AIO ed ANDI, i mercati rilevanti sotto il profilo geografico sono quelli delle rispettive province.

17. Il valore dei servizi medici acquistati privatamente è stato stimato per il 1997 in circa 24.000 miliardi, includendo le spese per le case di cura¹⁸ Cfr. *Censis, La domanda di salute negli anni novanta, Milano, 1998, p. 132.* ⁸. Si tratta della spesa sostenuta o da singoli pazienti o da organizzazioni che acquistano i servizi per conto di gruppi di pazienti e svolgono attività di previdenza sanitaria integrativa. Quest'ultima attività viene svolta da una pluralità di soggetti, che differiscono tra loro per quanto riguarda le finalità e i potenziali aderenti ai quali si rivolgono. In particolare, oltre alle società di assicurazione, svolgono attività di assistenza sanitaria integrativa anche organizzazioni senza finalità di lucro. Dette organizzazioni possono essere raccolte in tre categorie: Casse aziendali: nate da accordi sindacali a livello aziendale o nazionale, riguardano i dipendenti di un'unica azienda o comunque di gruppi ristretti di aziende (es. FISDE, ASSILT, FISDAF). Fondi di categoria: si rivolgono prevalentemente ai dirigenti di alcune categorie di imprese (es. CASAGIT, FASI, CASPIE, FASDAC, ecc.). Società di Mutuo Soccorso (in seguito anche SMS): sono organizzazioni a cui possono aderire singoli cittadini o gruppi di cittadini che liberamente scelgono di associarsi. Al complesso di tali soggetti fa capo il 16% circa della spesa privata per servizi medici, come dimostra la tabella seguente *Per la stima sul valore della spesa in servizi medici sostenuta dalle assicurazioni e dagli enti non profit di assistenza sanitaria integrativa cfr. I. Mastrobuono, Le forme integrative di assistenza sanitaria tra passato e futuro, Roma 1999.*

Tab. 1 - Spesa privata per servizi medici
(omissis)

18. Le organizzazioni attive nell'assistenza sanitaria integrativa assumono, a favore dei pazienti, il rischio derivante dall'incertezza sull'esistenza (e sull'ammontare) delle spese mediche che essi dovranno sostenere. In cambio della riscossione di un premio, tali

organizzazioni provvedono in tutto o in parte alla copertura delle spese sanitarie. I contributi a tal fine corrisposti possono assumere varie forme, quali il rimborso ex post delle spese sostenute dall'assistito o il pagamento diretto al medico o alla struttura sanitaria di somme volte a coprire (in parte o per intero) il costo della prestazione resa al paziente²²⁰ *Dalle informazioni acquisite nel corso del procedimento istruttorio è emerso che la modalità del rimborso è di gran lunga più diffusa rispetto a quella dell'anticipazione, per la quale è necessaria la stipula di convenzioni.*

19. Tali enti esplicano la propria attività anche attraverso la stipula di convenzioni con medici o gruppi di medici. Attraverso le convenzioni vengono definite le condizioni alle quali il servizio viene prestato. Nella definizione di tali condizioni, gli enti di previdenza integrativa possono mettere a frutto i vantaggi di cui godono come acquirenti collettivi dei servizi medici. Dette organizzazioni, infatti, sono in grado, più dei singoli pazienti, 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 alla qualità dei servizi erogati dai professionisti; possono, pertanto, a parità di tariffa, selezionare i medici che offrono standard delle prestazioni più elevati. Al riguardo, nel corso del procedimento sono emerse numerose evidenze dello svolgimento, da parte di questi enti, di una attività di raccolta di informazioni sulla qualità dei servizi medico professionali, le quali vengono poi utilizzate al momento di operare la selezione dei medici da convenzionare. *Ad esempio, una cassa di assistenza integrativa ha dichiarato di stipulare convenzioni solo con odontoiatri che possano dimostrare una determinata anzianità di attività; un'altra ha illustrato nel dettaglio il proprio sistema di controllo della qualità delle prestazioni sanitarie acquisite, per il quale vengono impiegati come consulenti dei medici di fiducia che si recano periodicamente a compiere delle verifiche presso i centri sanitari convenzionati; una terza ha affermato, in sede di audizione, di aver messo a punto dei parametri per il controllo di qualità riferiti alle caratteristiche delle strutture (studi, cliniche, ecc.) nelle quali operano i professionisti convenzionati.* D'altro canto, rappresentando un ampio numero di pazienti, questi organismi detengono un maggiore potere contrattuale rispetto al singolo utente, che può consentire di ottenere condizioni tariffarie più favorevoli, a parità di qualità della prestazione, pur nel rispetto delle tariffe minime dei medici normativamente previste. Anche sotto questo profilo, nel corso dell'istruttoria sono emerse significative evidenze documentali. *Ad esempio, un ente attivo in provincia di Milano ha dichiarato che "l'alta concentrazione di Soci iscritti all'Ente sul territorio di Milano e Provincia ha consentito la definizione di tariffe oltremodo agevolate per le diverse forme di assistenza". Un altro ente ha esplicitamente affermato in audizione di essere in grado di ottenere tariffe migliori grazie al fatto di presentarsi ai professionisti come soggetto collettivo e dunque, in quanto tale, di far valere un numero maggiore di potenziali clienti*

20. Il numero di medici che gli enti decidono di convenzionare, oltre a dipendere da scelte commerciali volte ad incontrare le esigenze degli iscritti, deve anche essere commisurato alla capacità organizzativa e amministrativa di tali enti. Dalla documentazione acquisita risulta, ad esempio, che un numero di convenzioni eccessivo rispetto alla capacità di gestione degli enti non permetterebbe a questi ultimi di monitorare il comportamento dei professionisti e degli iscritti. *Cfr. ad esempio comunicazione del FASDAC del 22 febbraio 1996.* Il valore dei servizi medico professionali acquistati in regime di convenzione ammonterebbe a circa 700 miliardi.

ii) I comportamenti accertati

21. I comportamenti oggetto del presente procedimento sono relativi ad atti delle associazioni di medici e odontoiatri concernenti i rapporti tra i professionisti e gli organismi che svolgono attività di assistenza sanitaria integrativa. In particolare si fa riferimento a due delibere della FNOMCeO, l'una del 1985 e l'altra del 1997, ad una serie di atti e delibere dei 37 OPMCeO nei confronti dei quali è stato avviato il procedimento e delle sezioni di Trento delle associazioni di categoria AIO e ANDI.

1. La delibera della FNOMCeO dell'8 novembre 1985

22. La prima delibera FNOMCeO oggetto del procedimento è stata emanata in data 8 novembre 1985 (di seguito "delibera del 1985") dal Comitato Centrale della FNOMCeO, ed è stata successivamente inviata, con circolare del 19 novembre 1985, a tutti i Presidenti degli OPMCeO. Detta delibera è rimasta in vigore almeno fino al 1997, quando è stata sostituita dalla delibera di cui alla sezione seguente. Essa riguarda i rapporti tra i medici e le associazioni mutualistiche liberamente costituite che erano riconosciute dalla normativa allora vigente (articolo 46, legge n. 833/78 istituitiva del Servizio Sanitario Nazionale). Nella premessa, la FNOMCeO affermava che gli scopi delle associazioni mutualistiche avrebbero potuto essere raggiunti rimborsando ex post le spese sanitarie sostenute dagli associati, senza che sussistesse *"la necessità di intese preliminari tra i medici e le mutue volontarie"*. Dal momento, però, che, si stava diffondendo la prassi di instaurare contatti diretti tra le mutue ed i medici *"per l'erogazione di prestazioni in forma diretta e a tariffe predeterminate"*, con la delibera in questione la FNOMCeO indicava agli Ordini provinciali i criteri da seguire per la disciplina dei rapporti tra i propri iscritti e le associazioni di mutualità volontaria.

23. Al riguardo, nella delibera del 1985 si affermava, in primo luogo, la necessità di privilegiare, anche sotto il profilo economico, il rapporto diretto tra medico e paziente. Nel corso del procedimento istruttorio, la FNOMCeO ha poi specificato che la salvaguardia del rapporto diretto tra professionista e paziente comporta il divieto di interposizione tra questi di un terzo soggetto, quale un'impresa assicurativa od un'associazione di mutualità volontaria (doc. n. I. 15). Secondo la FNOMCeO, al terzo soggetto non si può consentire di essere intestatario delle fatture, che il professionista deve sempre emettere direttamente nei confronti del paziente, né di determinare forme di compenso forfettario, peraltro vietate anche dall'articolo 2 della legge n. 24/1963 sulla tariffa medica. In tal modo si garantirebbe al paziente la possibilità di individuare chi ha fornito la prestazione, nonché di ricevere garanzie sulla qualità della prestazione stessa.

24. A fronte del generale sfavore opposto all'interposizione di soggetti terzi tra medici e pazienti, la delibera del 1985 riteneva ammissibili 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"* solo nel caso in cui l'Associazione mutualistica avesse dichiarato per iscritto all'Ordine provinciale di accettare le seguenti condizioni:

1) corrispondere ai medici per ciascuna prestazione *"l'onorario prestabilito dall'Ordine, in misura comunque non inferiore al tariffario FNOM[CeO]";*

2) adottare il cd. sistema degli elenchi aperti, consistente nell'impegno ad intrattenere rapporti con tutti i medici aventi i requisiti di legge che ne facciano domanda per il tramite dell'Ordine. Allo scopo di rendere effettiva quest'ultima previsione, e comunque di vigilare sull'osservanza delle norme deontologiche da parte dei medici che avessero stretto rapporti con le mutue, la delibera stabiliva che gli Ordini avrebbero dovuto istituire e tenere gli elenchi degli iscritti operanti con ciascuna associazione mutualistica.

25. La delibera del 1985 disciplinava, infine, anche l'accesso dei medici a locali, attrezzature, personale di assistenza, ecc., che una associazione mutualistica avesse eventualmente inteso mettere a loro disposizione. A tal fine, l'Ordine avrebbe dovuto dare notizia di tale eventuale possibilità a tutti gli iscritti all'Albo e formare tra gli interessati una graduatoria per ciascuna branca di attività, adottando i criteri di

valutazione normalmente utilizzati per i medici operanti nelle strutture delle Unità Sanitarie Locali. Anche per i servizi professionali erogati sotto questa forma la delibera prevedeva che *"in ogni caso, l'onorario per le singole prestazioni sarà predeterminato dall'Ordine, in misura non inferiore al tariffario FNOM[CeO] più volte richiamato"*.

26. La delibera del 1985 concludeva affermando che *"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."*

2. La delibera della FNOMCeO del 3 ottobre 1997

27. La seconda delibera della FNOMCeO oggetto del presente procedimento 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. Una prima importante differenza introdotta dalla delibera del 1997, rispetto a quella del 1985, riguarda l'individuazione dei soggetti che ricercano la stipula delle convenzioni che essa intende regolamentare. Nella premessa della delibera del 1997, infatti, viene ripreso il riferimento alla legge n. 833/78, ma sono altresì riconosciuti i cambiamenti intervenuti sia sotto l'aspetto normativo, con i Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93, sia sotto quello fattuale. In particolare, viene sottolineato che iniziative simili a quelle delle Mutue volontarie aziendali venivano prese già da tempo anche da *"altri organismi pubblici e privati"*.

28. La delibera del 1997 ribadisce che tutti gli organismi di cui al punto precedente potrebbero svolgere appieno la loro funzione anche attraverso il rimborso parziale o totale delle spese sostenute dagli assistiti e pertanto *"non sussiste la necessità di intese preliminari tra gli organismi di cui innanzi e gli iscritti agli Albi"*. Come già in quella del 1985, tuttavia, anche nella premessa della delibera del 1997 la FNOMCeO osserva che *"per conseguire le proprie finalità alcuni di tali organismi tendono ad instaurare rapporti con medici e con odontoiatri disponibili a praticare onorari predeterminati per le prestazioni rese nei confronti dei propri associati"*. La delibera è volta, pertanto, a fornire agli Ordini provinciali le linee-guida alle quali essi debbono conformarsi per vigilare su tale fenomeno, *"stabilendo regole di comportamento per gli iscritti agli Albi nell'aderire ad iniziative in materia di Mutualità volontaria"*.

29. Per raggiungere i suddetti fini, nella delibera del 1997 sono indicate le seguenti linee-guida:- occorre tutelare il rapporto diretto tra medico e paziente anche sotto il profilo economico e pertanto è da escludere qualsiasi rapporto economico diretto tra il medico e gli organismi che stipulano le convenzioni;- non si possono accettare compensi forfettari o comunque inferiori alla tariffa minima, in quanto si infrangerebbe la legge n. 244/63;- le mutue e gli organismi che svolgono attività analoga non possono compiere alcuna selezione tra i medici che sono disposti ad operare per loro, in quanto deve essere salvaguardata la libertà dei cittadini nella scelta del professionista tra quelli disponibili ad aderire alle iniziative delle mutue; in ogni caso, il potere di compiere verifiche sul possesso dei requisiti necessari per l'esercizio della professione medica è attribuito dalla legge all'Ordine;- le mutue e gli organismi simili dovranno richiedere all'Ordine un elenco di medici disposti ad operare per loro. Al ricevimento di tale richiesta, l'Ordine deve per prima cosa verificare che lo statuto e il regolamento dell'organismo richiedente siano compatibili con le norme deontologiche *Qualora la richiesta provenga da mutue aventi articolazione su tutto il territorio nazionale, la delibera del 1997 prevede che il parere preliminare sul rispetto delle norme deontologiche sia dato dalla FNOMCeO.*, vale a dire che siano previsti: (i) il rispetto del principio dell'elenco aperto; (ii) la libertà di scelta dell'assistito tra i medici aderenti alla convenzione; (iii) il rispetto della tariffa minima; (iv) l'assenza di verifiche sulla qualità delle prestazioni erogate effettuate senza la partecipazione dell'Ordine; (v) il rispetto della normativa sulla pubblicità professionale (legge n. 175/92); (vi) l'assenza di rapporti economici diretti tra la mutua e gli iscritti agli Albi dei medici e degli odontoiatri. Una volta verificata tale compatibilità, l'Ordine darà notizia agli iscritti agli Albi della possibilità di essere inseriti nell'elenco da sottoporre alla mutua e questi, a loro volta, potranno comunicare la propria adesione. L'elenco così costituito dovrà essere aggiornato dall'Ordine con cadenza annuale;- nel quadro dell'attività di vigilanza sui rapporti con le mutue, infine, gli Ordini sono tenuti a ricordare agli iscritti agli Albi che: (i) parcelle e referti devono essere rilasciati direttamente agli assistiti e non alle mutue o agli organismi analoghi; (ii) l'esercizio professionale in forma societaria è da considerarsi vietato, ai sensi della legge n. 1815/39; (iii) l'adesione alle iniziative di mutue che operino non rispettando le previsioni della delibera assoggetta gli iscritti a procedimento disciplinare.

3. Le condotte degli OPMCeO e dei professionisti iscritti agli albi in seguito all'emanazione delle delibere FNOMCeO

30. Facendo seguito alle deliberazioni FNOMCeO del 1985 e del 1997, alcuni OPMCeO hanno assunto iniziative per garantire a livello locale l'osservanza delle direttive impartite dalla Federazione. Dalla documentazione acquisita, è emersa l'esistenza di delibere ordinarie che recepiscono il contenuto delle delibere della FNOMCeO, nonché di lettere inviate da diversi OPMCeO ai propri iscritti e agli enti che forniscono assistenza sanitaria integrativa, nelle quali si rinnovavano i divieti e le indicazioni di merito fornite nelle citate delibere della FNOMCeO *Un esempio significativo è rappresentato dalla lettera inviata dall'OPMceO 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"*. In conseguenza di tali interventi, taluni professionisti hanno provveduto a dare formale disdetta agli accordi sottoscritti con gli enti di assistenza sanitaria integrativa, sulla base della considerazione che non è consentito erogare prestazioni convenzionate, se la possibilità di convenzionarsi non è estesa a tutti gli iscritti all'Ordine.

31. Nel caso dell'OPMceO di Bari, si è accertato che detto OPMceO ha effettuato interventi sui professionisti iscritti aderenti a convenzioni con enti di assistenza sanitaria, solo in presenza di violazioni della normativa sulla pubblicità o sulle tariffe e non ha assunto delibere in materia di mutualità volontaria. L'OPMceO di Pisa, invece, ha affermato di non aver assunto delibere né di aver effettuato interventi sui professionisti iscritti aderenti a convenzioni con enti di assistenza sanitaria, con ciò chiarendo la propria posizione rispetto a quanto era possibile inferire dalle informazioni acquisite in sede preistrutturoria.

32. Una visione riassuntiva delle delibere più recenti o più significative assunte dagli OPMceO in materia di mutualità volontaria è presentata nella seguente tabella 2:

*Tab. 2. Data di adozione da parte dei singoli OPMceO dell'ultima delibera di recepimento delle delibere FNOMCeO sulle convenzioni.
(omissis)*

4. I comportamenti delle sezioni di Trento di AIO e ANDI

33. La fattispecie riguarda una proposta di convenzione per la fornitura di prestazioni odontoiatriche avanzata dalla mutua Cooperazione Salute nel 1998 ai professionisti della provincia di Trento. La proposta indirizzata agli odontoiatri era parte di un ampio programma di convenzioni indirizzato a tutti i professionisti sanitari. Detta proposta prevedeva l'effettuazione di uno sconto sui tariffari normalmente applicati. La corrispondenza tra i tariffari utilizzati ai fini del calcolo dello sconto e quelli applicati ai clienti non iscritti alla mutua, sarebbe stata oggetto di controllo da parte di Cooperazione Salute nel caso di segnalazioni da parte dei soci.

34. In osservanza a quanto prescritto dalla delibera FNOMCeO del 1997, Cooperazione Salute ha sottoposto preliminarmente al vaglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OPMCeO) di Trento i termini generali che si proponeva di seguire nella stipula delle convenzioni con i professionisti medici. In data 18 maggio 1998, l'OPMCeO di Trento ha comunicato a Cooperazione Salute che il Consiglio Direttivo dell'Ordine aveva ritenuto "*sostanzialmente accettabile e conforme alle linee guida della FNOMCeO*" lo Statuto di Cooperazione Salute nella parte concernente l'attività di Mutualità privata di intermediazione di prestazioni sanitarie.

35. In seguito a tale risposta favorevole, Cooperazione Salute ha dato attuazione alle convenzioni con i medici non odontoiatri. Attualmente risultano convenzionati con Cooperazione Salute 26 professionisti non odontoiatri, i quali applicano agli iscritti alla mutua sconti dal 10 al 30 per cento sulle tariffe normalmente praticate. Cooperazione Salute ha affermato, inoltre, di effettuare un controllo sull'effettiva corrispondenza tra il tariffario normalmente praticato e le tariffe applicate ai propri iscritti in caso di segnalazioni da parte dei soci.

36. Per quanto riguarda le convenzioni con gli odontoiatri, una volta ottenuto il benestare dell'OPMCeO, Cooperazione Salute ha condotto con le sezioni locali di ANDI e AIO delle trattative aventi ad oggetto le condizioni tariffarie alle quali i singoli odontoiatri avrebbero fornito le proprie prestazioni agli iscritti alla mutua. Nel corso delle contrattazioni, dette organizzazioni di professionisti avrebbero insistito perché la convenzione prevedesse che "*lo sconto applicato ai tariffari dei singoli professionisti odontoiatri dovrà essere omogeneo ed esteso a tutti i medici/odontoiatri convenzionati operanti nella provincia di Trento. I tariffari consegnati in busta chiusa saranno custoditi presso Cooperazione Salute*".

37. La richiesta delle organizzazioni di categoria AIO e ANDI è stata accolta negativamente da Cooperazione Salute, la quale a sua volta l'ha sottoposta ad una valutazione dell'OPMCeO di Trento. Al riguardo, l'OPMCeO di Trento ha ritenuto che la clausola relativa agli sconti, in quanto ulteriore rispetto alle previsioni della delibera FNOMCeO del 1997, non costituisca un elemento essenziale ai fini dell'approvazione della convenzione proposta da Cooperazione Salute. L'OPMCeO di Trento ha, infatti, osservato che, sulla base di quanto previsto dalla delibera del 1997, per quanto attiene gli aspetti economici delle convenzioni il controllo sugli sconti rappresenta un elemento aggiuntivo rispetto alla verifica operata dall'Ordine del rispetto dei minimi tariffari. Il fatto che le convenzioni potessero considerarsi valide anche in assenza della clausola sugli sconti ha quindi indotto Cooperazione Salute a confermare la propria opposizione all'accoglimento della richiesta avanzata dalle sezioni di Trento di AIO e ANDI.

38. In seguito al diniego opposto da Cooperazione Salute all'inserimento nelle convenzioni della clausola sugli sconti, la sezione ANDI di Trento ha tenuto, in data 19 aprile 1999, un'assemblea straordinaria, nella quale è stato deciso all'unanimità di non aderire alla convenzione e di "*rendere il presente provvedimento obbligatorio e vincolante per tutti i soci ANDI della sezione di Trento*", prevedendo la sospensione temporanea (per un anno) dall'associazione per i soci che non avessero seguito questa linea. Cfr. *verbale dell'assemblea straordinaria della sezione provinciale di Trento dell'ANDI, 19 aprile 1999*. Nella circolare con la quale è stata diffusa ai soci tale decisione, la sezione ANDI della provincia di Trento aggiunge anche che "*con il Consiglio di Presidenza AIO abbiamo concordato lo stesso atteggiamento e comportamento*". Una nuova circolare del consiglio direttivo della sezione ANDI della provincia di Trento, datata 1 marzo 2000, riporta, relativamente alle convenzioni con Cooperazione Salute, che "*l'anno scorso, con una azione compatta, gli iscritti al nostro sindacato si sono astenuti dal partecipare [. . .]. Tale posizione ha di fatto reso vano il tentativo della Cooperazione di avere sotto controllo anche l'attività odontoiatrica*". In data 13 aprile 2000 si è tenuta, infine, una nuova assemblea della sezione provinciale di Trento dell'ANDI, avente all'ordine del giorno, tra l'altro, il comportamento da tenere in occasione della riapertura, presso l'OPMCeO, delle liste di iscrizione alla convenzione con Cooperazione Salute. Al riguardo, l'assemblea ha nuovamente deliberato di non aderire alla convenzione.

39. La sezione AIO di Trento ha parimenti tenuto una assemblea straordinaria degli iscritti, convocata per il giorno 3 maggio 1999, al fine di "*prendere una decisione definitiva*" nei confronti dell'atteggiamento di Cooperazione Salute. Come emerge dai verbali, i presenti sono stati informati sull'esito degli incontri con Cooperazione Salute. Secondo quanto riferito in quella sede, Cooperazione Salute aveva accettato - a seguito di accordi intercorsi tra le associazioni di categoria AIO ed ANDI - di concedere ai soli professionisti iscritti a queste ultime di applicare uno sconto fisso del 5%, laddove, invece, i professionisti non iscritti alle stesse avrebbero potuto applicare una percentuale di sconto discrezionalmente determinata. Secondo quanto considerato in assemblea "*Tale decisione rende, di fatto, non competitiva la posizione degli iscritti all'AIO e all'ANDI rispetto agli altri professionisti*". *Verbali dell'Assemblea Straordinaria AIO del 3/5/1999*. Successivamente si è sottolineata la "*preoccupazione sulla scelta di lasciare completamente il mercato in mano ai "soliti noti" che già lavorano con le Convenzioni della Provincia. Ibidem*". L'assemblea ha, pertanto, deliberato di consigliare ai propri soci di ritirare la propria disponibilità ad aderire alle convenzioni proposte da Cooperazione Salute in assenza della esplicita previsione della regola sulla uniformità degli sconti.

5. Comportamenti delle parti nel corso del procedimento istruttorio

i. La FNOMCeO

40. Nel corso del procedimento, la FNOMCeO ha manifestato la volontà di modificare le delibere oggetto del procedimento, tenuto conto delle contestazioni sollevate n. 287/90 dall'Autorità. A tal fine, è stato dapprima approvato dal Consiglio Nazionale FNOMCeO, in data 11 giugno 2000, un documento con il quale il Consiglio, pur mantenendo le proprie riserve nei confronti dell'intervento dell'Autorità, ha riconosciuto l'esigenza di una sostanziale e rapida revisione delle delibere del 1985 e del 1997 in tema di mutualità volontaria, dichiarandosi disponibile a tener conto delle osservazioni che hanno indotto l'Autorità ad avviare il presente procedimento. Facendo seguito a tale proponimento, il 14 luglio 2000 il Comitato Centrale FNOMCeO ha revocato le proprie deliberazioni dell'8 novembre 1985 e del 3 ottobre 1997 in tema di mutualità volontaria. Il 15 luglio 2000, inoltre, il Consiglio Nazionale FNOMCeO ha deliberato di autoannullare la propria delibera del 12-13 dicembre 1997 concernente le linee-guida di comportamento per gli Ordini e per i medici nei rapporti con gli enti di mutualità volontaria.

41. In data 15 luglio 2000, il Comitato Centrale ha adottato una ulteriore deliberazione (n. 180) contenente le nuove linee-guida che gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e i professionisti ad essi iscritti devono seguire nei confronti degli enti di mutualità volontaria. Secondo la stessa FNOMCeO, la nuova delibera si pone in un diretto rapporto di continuità con la precedente, ed è volta soprattutto a ripetere con maggior chiarezza i contenuti delle delibere revocate. Come ha dichiarato il rappresentante della Federazione in sede di audizione, infatti, "*la nuova delibera nasce anche da una esigenza di maggior chiarezza nella esposizione della posizione della*

Federazione. In effetti il contenuto della nuova delibera della Federazione non costituisce una modifica di quello delle precedenti, rappresentandone piuttosto una sorta di "interpretazione autentica".

42. La delibera n. 180 del Comitato Centrale FNOMCeO richiama nelle premesse, tra l'altro, l'assenza di una precisa normativa che regolamenti l'azione delle mutue volontarie, e sottolinea come dette mutue abbiano carattere di intermediari tra medici e pazienti. Secondo la citata delibera, nello svolgimento di tale attività le mutue sarebbero soggette a vincoli di lucratività o comunque di economicità, che le indurrebbero a prestare attenzione solo "in forma residuale" alla qualità dei servizi erogati e al rispetto del decoro della professione medica. Le premesse della delibera si concludono sottolineando "l'opportunità di precisare quali fossero gli obiettivi e gli intendimenti . . . delle deliberazioni assunte in data 8 novembre 1985 e 3 ottobre 1997", ovvero delle delibere, oggi revocate, oggetto del presente procedimento.

43. I principali contenuti della nuova delibera FNOMCeO sono i seguenti:

i. articolo dopo aver ribadito l'importanza del rapporto diretto tra medico e paziente, si afferma che "nulla osta alla contrattazione con l'ente di mutualità volontaria delle condizioni economiche alle quali verrà resa la prestazione sanitaria", ovviamente nel rispetto del minimo tariffario previsto per legge (cfr. articolo 1). La precedente delibera escludeva, invece, qualsiasi rapporto economico diretto tra medici e mutue;

ii. artt. le mutue devono indicare espressamente se i professionisti con i quali si convenzionano sono in possesso o meno del diploma di specializzazione, del diploma di laurea in odontoiatria o delle altre abilitazioni previste dalla legge (cfr. artt. 2 e 3);

iii. articolo le mutue sono obbligate a convenzionare tutti i medici che, consenzienti, siano indicati alla mutua da un proprio iscritto (cfr. articolo 4). La delibera precedente prevedeva invece l'obbligo di convenzionare tutti i medici che ne avessero fatto richiesta all'Ordine (principio degli elenchi aperti);

iv. articolo le mutue sono tenute ad acquisire il parere della FNOMCeO su requisiti qualitativi specifici che intendano eventualmente richiedere ai medici da convenzionare (cfr. articolo 5);

v. artt. la federazione e i singoli Ordini provinciali sono tenuti a verificare che i medici si convenzionino solo con mutue che rispettano la libertà di scelta del paziente, le norme vigenti in materia di tariffe e pubblicità professionale, ecc. (cfr. artt. 6 e 7);

vi. articolo gli Ordini dovranno considerare la possibilità di avviare procedimenti disciplinari nei confronti dei professionisti che attraverso la stipula di convenzioni violino i principi stabiliti dalla legge e dal codice deontologico, nonché restringano la libertà di scelta del medico da parte del paziente (cfr. articolo 8).

ii. Gli OPMCeO

44. Anche i diversi Ordini provinciali hanno adottato nel corso del procedimento misure volte a modificare le delibere in tema di mutualità volontaria con le quali avevano disciplinato i rapporti tra medici ed enti di mutualità volontaria seguendo le linee-guida della FNOMCeO. Alcuni OPMCeO hanno deliberato la revoca di dette delibere prima del ricevimento della comunicazione delle risultanze istruttorie, altri successivamente, ma prima della revoca da parte della FNOMCeO delle delibere del 1985 e del 1997. Un nutrito gruppo di Ordini provinciali, infine, ha annullato o revocato le delibere in tema di mutualità volontaria solo in seguito alle revoche delle delibere FNOMCeO avvenute in data 14 e 15 luglio 2000. La seguente tabella riassume la cronologia con la quale i 35 OPMCeO che avevano assunto delibere sulla mutualità volontaria sono intervenuti in materia.

Tab. 3. Date di revoca delle delibere da parte degli OPMCeO
(omissis)

45. Quasi tutti gli OPMCeO che hanno revocato le proprie delibere hanno espresso l'intenzione di tornare sulla materia anche sulla base dell'esito del presente procedimento. Alcuni Ordini, precisamente quelli di Modena, Parma, Reggio Emilia e Venezia, hanno comunicato di aver già recepito la delibera n. 180 adottata il 15 luglio 2000 dal Comitato Centrale FNOMCeO e contenente le nuove linee-guida che gli Ordini devono seguire nel regolamentare i rapporti tra gli iscritti e gli enti di mutualità volontaria.

iii. Le sezioni di Trento di AIO e ANDI

46. In seguito all'avvio del procedimento istruttorio da parte dell'Autorità, anche le sezioni di Trento delle associazioni AIO e ANDI sono intervenute per modificare o qualificare la loro posizione nei confronti degli enti di mutualità volontaria. La sezione ANDI di Trento ha tenuto, in data 27 luglio 2000, una assemblea generale straordinaria nel corso della quale sono state revocate le delibere assembleari del 20 aprile 1999 e del 19 aprile 2000, con le quali l'associazione aveva invitato gli iscritti ad astenersi dalla stipula di convenzioni con la mutua Cooperazione Salute. Nel corso della medesima assemblea, inoltre, la sezione di Trento dell'ANDI ha nominato un gruppo di lavoro incaricato di predisporre un documento su cui basare, in futuro, i rapporti con le associazioni di mutualità volontaria.

La sezione di Trento dell'AIO, infine, ha tenuto una assemblea straordinaria degli iscritti il giorno 3 agosto 2000. Nel corso di tale assemblea l'AIO di Trento ha ribadito il carattere non coercitivo delle misure che l'associazione ha preso e prenderà nei confronti degli enti di mutualità volontaria.

V. Le Argomentazioni delle parti

47. La FNOMCeO ha partecipato al procedimento sia presentando memorie difensive che intervenendo più volte in audizione. Un ampio numero di OPMCeO, segnatamente Benevento, Bergamo, Chieti, Lecco, Livorno, Modena, Parma, Pescara, Savona, Trieste, Varese e Venezia, ha fatto proprie le considerazioni contenute in una delle memorie presentate dalla FNOMCeO *Documento presentato in data 27 luglio 1999.*, in alcuni casi presentando anche, successivamente, ulteriori memorie. Altri OPMCeO, invece, nonché le sezioni di Trento delle associazioni di categoria AIO ed ANDI, sono intervenuti presentando esclusivamente deduzioni proprie. *Hanno inviato memorie gli OPMCeO di Arezzo, Ascoli Piceno, Bologna, Como, Genova, Grosseto, Milano, Napoli, Parma, Reggio Emilia, Roma, Siena, Torino, Trento.*⁰ Anche FASDAC ha presentato osservazioni.

i. Le argomentazioni avanzate dalla FNOMCeO e dagli OPMCeO

48. Il primo argomento avanzato dalla FNOMCeO e dagli OPMCeO di Arezzo, Bari, Bologna Chieti, Como, Livorno, Milano, Modena, Napoli, Parma, Pescara, Reggio Emilia, Roma, Siena, Venezia è incentrato sulla dubbia possibilità di qualificare i medici come imprese e gli

Ordini provinciali e la Federazione Nazionale quali associazioni di imprese. La FNOMCeO e l'OPMCeO di Roma hanno affermato che, in ogni caso, ad essi sarebbe applicabile la disciplina di cui all'articolo 8 della legge n. 287/1990, in quanto essi sono incaricati "di una missione di interesse generale quale quella di vigilare sulla legalità dell'esercizio della professione medica in base a canoni, anche deontologici, indicati dalla normativa vigente, concernenti il decoro e l'indipendenza della professione".

Gli OPMCeO di Bologna, Como, Modena e Reggio Emilia hanno, inoltre, contestato la legittimità dell'intervento dell'Autorità alla luce della prevalenza dei principi costituzionali della tutela della salute e della libertà delle scienze rispetto alla libertà di iniziativa economica privata e della sottoponibilità di quest'ultima a limitazioni derivanti da esigenze di utilità sociale.

49. La FNOMCeO e gli OPMCeO di Arezzo, Bologna, Genova, Grosseto, Livorno, Parma e Pescara hanno, inoltre, affermato che l'assenza di un quadro normativo chiaro in materia di enti di mutualità volontaria ha reso necessario l'intervento della Federazione Nazionale e degli Ordini, al fine di regolamentare il fenomeno tramite l'emanazione di linee guida e il loro recepimento a livello locale. Peraltro, gli OPMCeO di Reggio Emilia, Roma e Siena hanno rilevato come il codice deontologico medico già prevedesse la necessità che gli OPMCeO autorizzassero eventuali convenzioni con enti di assistenza sanitaria. Gli interventi della FNOMCeO e degli OPMCeO, pertanto, oltre a dare attuazione a principi deontologici, compreso quello dell'indipendenza professionale e della libera scelta del medico, avrebbero disciplinato concretamente la materia, così consentendo agli enti di mutualità volontaria di operare.

50. La FNOMCeO, inoltre, ha messo in evidenza i possibili effetti negativi derivanti dalla intermediazione degli enti di assistenza sanitaria tra professionisti e pazienti. Detti enti, infatti, sarebbero spinti da motivazioni ed interessi propri, divergenti rispetto a quelli dei pazienti e "addirittura" alcune di queste organizzazioni perseguirebbero, nello svolgimento dell'attività di intermediazione, uno scopo di lucro. Da ciò discenderebbe, secondo la FNOMCeO, l'interesse di tali soggetti ad indirizzare la scelta dei medici da convenzionare verso i professionisti disposti ad applicare le tariffe più basse, trascurando le considerazioni relative alle capacità degli stessi e alla qualità delle prestazioni. Di qui l'intervento della FNOMCeO, quale garante della dignità della professione medica, volto a dare direttive di comportamento relative alla contrattazione con gli enti di assistenza sanitaria. Dette direttive non avrebbero un contenuto economico, bensì sarebbero volte ad interpretare, alla stregua dei principi deontologici, il parametro etico cui i medici devono attenersi onde evitare uno scadimento qualitativo degli standard professionali, particolarmente pernicioso in quanto relativo ad un bene di primaria importanza e costituzionalmente protetto, qual è la salute dei cittadini.

51. Quanto all'imposizione del rispetto degli elenchi aperti, essa è stata giustificata sotto diversi profili. L'OPMCeO di Ascoli Piceno ha sottolineato che la presenza degli elenchi aperti non restringerebbe la concorrenza tra medici, in quanto ciascuno sarebbe comunque libero, una volta convenzionato, di determinare le tariffe da applicare. Gli OPMCeO di Arezzo, di Reggio Emilia e di Roma hanno rilevato che la limitazione del numero dei medici convenzionati, quale deriverebbe dalla mancata adozione del sistema degli elenchi aperti, restringerebbe ingiustificatamente la libertà di scelta dei cittadini interessati, mentre la FNOMCeO ha osservato in audizione che il sistema degli elenchi chiusi "è pericoloso in quanto la scelta effettuata dai fondi non è controllabile ed è troppo discrezionale" Cfr. audizione FNOMCeO del 27 gennaio 2000. Secondo la FNOMCeO e gli OPMCeO di Arezzo, Grosseto, Livorno, Massa Carrara, Modena, Parma, Reggio Emilia, Roma e Varese, inoltre, il riconoscimento alle mutue volontarie di un potere discrezionale di scelta dei professionisti lederebbe il decoro della professione. L'esercizio di detto potere determinerebbe, infatti, un'ingiustificata discriminazione tra medici comunque in possesso dei requisiti necessari ad esercitare, nonché provocherebbe fenomeni di accaparramento di clientela ed altre forme di comportamenti scorretti tra medici. Gli OPMCeO di Arezzo, Bologna, Chieti, Reggio Emilia e Siena considerano, inoltre, che il principio degli elenchi aperti consente agli Ordini di effettuare un controllo sull'abilitazione professionale dei medici, nonché sul rispetto delle normative in materia di tariffe e di pubblicità. Peraltro, secondo l'OPMCeO di Modena, gli enti di assistenza sanitaria conserverebbero comunque la libertà, una volta convenzionati tutti i medici che ne abbiano fatto richiesta ed alla luce degli accertamenti qualitativi comunque effettuati, di suggerire agli iscritti i nominativi dei professionisti ritenuti più meritevoli.

52. Relativamente al divieto di rapporti economici diretti tra le associazioni di mutualità volontaria ed i professionisti, la FNOMCeO e gli OPMCeO di Arezzo, Chieti, Livorno, Parma, Pescara e Roma osservano che tale divieto è necessario per tutelare il corretto esercizio delle professioni intellettuali nei confronti dei clienti, dei terzi e della collettività in generale. Il raggiungimento di tale obiettivo sarebbe garantito dalla "... qualificazione professionale e soprattutto dalla responsabilità personale dei professionisti ..." Memoria FNOMCeO. Pertanto, al fine di salvaguardare il rapporto diretto tra professionista e paziente, "... non può tra questi interferire un terzo soggetto quale un ente assicurativo o una associazione di mutualità volontaria" Ibidem. .

53. In relazione alla qualificazione professionale, la FNOMCeO e gli OPMCeO di Arezzo, Genova e Parma hanno asserito una generale competenza degli Ordini e della Federazione Nazionale in materia di verifiche della qualità degli iscritti. Tale competenza viene dedotta, in particolare, dalle norme che attribuiscono all'Ordine il compito di accertare la sussistenza dei requisiti necessari per l'esercizio della professione all'atto dell'iscrizione all'albo, nonché dalle disposizioni legislative che, in settori particolari, affidano ad una Commissione professionale presieduta dal presidente dell'Ordine dei medici compiti in materia di verifica della qualità Il riferimento è ai D. P. R. 22 luglio 1996 n. 484, 29 luglio 1996 n. 500 e 21 ottobre 1996, n. 613, relativi all'approvazione di accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i medici ambulatoriali e con i medici specialisti pediatri di libera scelta nonché all'art. 16-bis, inoltre, del citato d. lvo. 30 dicembre 1992, n. 502 - come modificato dal d. lvo 19 giugno 1999 n. 229.. Gli Ordini sono, inoltre, competenti a vigilare sul rispetto dei principi del decoro e dell'indipendenza della professione nonché, come rilevato dall'OPMCeO di Como, sul rispetto dei principi deontologici, tramite l'identificazione dei comportamenti in concreto contrastanti con detti principi.

54. Gli OPMCeO di Reggio Emilia e di Modena hanno sostenuto che la delibera del 1997 avrebbe natura regolamentare, onde l'Autorità non potrebbe valutarne la legittimità ai sensi della normativa a tutela della concorrenza, bensì dovrebbe limitarsi ad esercitare i poteri di segnalazione che la legge n. 287/90 le conferisce.

La FNOMCeO ha, in aggiunta, sottolineato la circostanza che la delibera assunta nel 1997 è stata soggetta al controllo del Ministero della Sanità. Essa ha, infatti, rilevato che la delibera del 1997 è stata assunta conformemente alla procedura indicata dall'articolo 35 del D. P. R. 5 aprile 1950, n. 221, ai sensi del quale è previsto un controllo del Ministero della Sanità. In questa luce è stato ribadito il rilievo assunto dall'implicita conferma giunta da quest'ultimo in merito alla legittimità del provvedimento dalla stessa assunto. La FNOMCeO ha anche rilevato che la delibera del 1997, in quanto assunta conformemente alla procedura prevista dal D. P. R. n. 221/1950, è stata approvata, oltre che dal Comitato Centrale, anche dalla quasi totalità dei componenti del Consiglio Nazionale, composto da tutti i presidenti degli Ordini provinciali. ³³⁵ Dalla copia dei verbali inviati dalla FNOMCeO in data 13 marzo 2000, relativi alla riunione del Consiglio Nazionale del 12/13 dicembre 1997, avente ad oggetto l'approvazione della delibera adottata il 3 ottobre 1997 dal Comitato Centrale, emerge che erano presenti i Presidenti di tutti gli Ordini Provinciali ad esclusione di quelli di Latina, Padova, Pesaro, Ragusa, Trapani e Viterbo. Il Consiglio Nazionale ha votato all'unanimità, con l'unica astensione del rappresentante dell'Ordine di Milano.

55. L'OPMCeO di Reggio Emilia ha, inoltre, osservato che, in relazione ai comportamenti assunti precedentemente al 1995, il potere di valutarne la legittimità dovrebbe ritenersi prescritto.

56. Gli OPMCeO di Ascoli Piceno, Chieti, Genova, Modena, Napoli, Parma, Siena e Trento hanno affermato che il recepimento a livello locale delle delibere FNOMCeO costituiva un atto dovuto per i singoli Ordini. Gli OPMCeO di Arezzo, Bologna, Lecce, Milano, Modena, Napoli, Reggio Emilia e Torino hanno sottolineato che le delibere da essi assunte non avrebbero avuto effetti restrittivi, in quanto ad esse non sarebbero seguiti significativi comportamenti di attuazione delle stesse. In ogni caso, le sanzioni previste dall'articolo 15 della legge n. 287/1990 sarebbero inapplicabili, in considerazione dell'assenza di gravità e durata della violazione, nonché della scusabilità dell'errore di valutazione in cui detti OPMCeO sono incorsi, in quanto ignari dell'applicabilità della normativa a tutela della concorrenza agli ordini professionali.

57. L'OPMCEO di Milano ha, invece, avanzato delle considerazioni volte a differenziare la propria posizione da quella che la FNOMCeO invitava ad adottare. In tal senso, detto Ordine ha fatto pervenire all'Autorità copia della lettera inviata alla FNOMCeO nel febbraio 1998, nella quale esprimeva le proprie osservazioni critiche in merito alla delibera da quest'ultima assunta nel 1997. In tale corrispondenza l'OPMCEO di Milano affermava l'illegittimità, anche alla luce delle considerazioni espresse dall'Autorità nell'Indagine Conoscitiva sugli Ordini Professionali *IC n. 15, in Boll. n. 42/1997*, del divieto di rapporti economici diretti tra gli iscritti e le associazioni di mutualità volontaria e del principio degli elenchi aperti, in quanto in contrasto con i principi della libertà di impresa e della libertà di esercizio di attività professionale. L'OPMCEO di Milano condivideva, invece, le linee guida espresse dalla FNOMCeO in relazione al rispetto dei minimi tariffari e del divieto di compensi forfettari ed all'affermazione della libertà del cittadino di scegliere il medico.

ii. Le argomentazioni avanzate dalle sezioni di Trento di AIO e ANDI

58. Per quanto riguarda la posizione delle sezioni di Trento delle associazioni di categoria AIO e ANDI, si osserva che l'ANDI ha eccepito, in primo luogo, l'assenza di identità o di un collegamento necessario tra la fattispecie ad essa contestata e quelle imputate alla FNOMCeO ed agli OPMCEO.

AIO, dall'altra parte, ha preliminarmente contestato la natura di imprese dei professionisti ed osservato che la presenza di minimi tariffari normativamente previsti testimonia che in relazione ai servizi professionali medici la concorrenza di prezzo non è sempre desiderabile, potendo riflettersi sulla qualità dei servizi resi.

59. AIO ed ANDI hanno, inoltre, escluso l'esistenza di un coordinamento tra le stesse nel condurre la trattativa con Cooperazione Salute. AIO, in particolare, ha osservato come la circolare con cui ANDI aveva informato i propri soci di aver deciso congiuntamente con il Consiglio di Presidenza dell'AIO di non aderire alla convenzione proposta dall'ente di mutualità volontaria era precedente al momento in cui l'assemblea dell'AIO ha deliberato in materia. Peraltro, AIO ha sottolineato come il parere contrario da essa espresso rispetto al progetto di convenzione di Cooperazione Salute non era vincolante per i singoli soci, a differenza della posizione assunta da ANDI.

60. Entrambe le associazioni hanno successivamente affermato che l'intesa ad essi imputata sarebbe priva del requisito della consistenza. ANDI in tal senso ha affermato che solo 74 dei propri soci avevano mostrato di voler aderire alla convenzione, su 2000 medici operanti a Trento. AIO, invece, osservava di avere una rappresentatività pari al 12,5% degli odontoiatri di Trento e che poco più della metà degli iscritti aveva espresso la propria disponibilità ad aderire alla proposta di Convenzione Salute.

61. AIO ed ANDI hanno, inoltre, contestato, sotto il profilo geografico, la definizione del mercato adottata nella comunicazione delle risultanze istruttorie, in quanto l'ambito interessato sarebbe senz'altro più ampio di quello provinciale, vista la disponibilità dei consumatori a spostarsi per ricevere servizi odontoiatrici.

62. ANDI ha, infine, contestato la portata restrittiva della fissazione di uno sconto fisso, atteso che esso, in quanto afferente ad una tariffa variabile, consentirebbe comunque la diversificazione delle tariffe.

Secondo ANDI, lo sconto fisso sarebbe stato volto ad evitare comportamenti fraudolenti degli odontoiatri. Questi ultimi, infatti, avrebbero potuto gonfiare, rispetto a quelli abitualmente applicati, i tariffari da adottare in regime di convenzione, in modo da rendere fittizi gli sconti anche notevoli proposti per le prestazioni convenzionate. Né, sempre secondo ANDI di Trento, Cooperazione Salute avrebbe avuto un incentivo ad un monitoraggio accurato volto ad impedire simili fenomeni, visto il collegamento esistente con le Casse Rurali e, quindi, il coinvolgimento nel programma di finanziamento, offerto da queste ultime, delle spese sostenute dagli acquirenti dei servizi odontoiatrici in convenzione. Del resto, lo squilibrio informativo a danno degli utenti che caratterizza il settore professionale impedirebbe ai vincoli reputazionali di operare, influenzando il comportamento degli odontoiatri e di Cooperazione Salute ed impedendo il verificarsi dei pericoli paventati.

63. AIO ha, invece, affermato di aver proposto alla mutua che ciascun professionista inviasse in busta chiusa la tariffa stabilita "ad hoc" per i pazienti convenzionati. Tali buste sarebbero state aperte solo in caso di contestazione. Il rifiuto da parte di Cooperazione Salute di accettare tali condizioni avrebbe indotto AIO a consigliare ai propri iscritti di non aderire, alla luce del convincimento che dovesse essere privilegiata una concorrenza tra odontoiatri giocata sul livello delle tariffe piuttosto che sulla misura dello sconto.

AIO ha sottolineato che la fermezza di Cooperazione Salute nel rifiutare le proposte delle associazioni di categoria era motivata dalla volontà di assumere il "controllo gestionale" dei professionisti aderenti all'iniziativa. La possibilità di imporre simili condizioni, ritenute da AIO "coercitive della libertà professionale", era rafforzata dalla radicata presenza sul territorio di Cooperazione Salute tramite la "capillare struttura imprenditoriale ed organizzativa" della Federazione Trentina e dal collegamento con le Casse Rurali, detentrici del 60% del risparmio locale.

VI. Valutazione Giuridica

i) qualificazione delle intese

64. 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, essi possono essere qualificati come imprese ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 287/90. Pertanto, gli Ordini provinciali, la Federazione Nazionale e le organizzazioni di categoria degli odontoiatri (AIO e ANDI) sono associazioni di imprese.

La qualificazione dei professionisti intellettuali come imprese e delle loro organizzazioni come associazione di imprese è in linea con la posizione ormai consolidata dell'Autorità e degli organi comunitari. Al riguardo, si cita una recente sentenza della Corte di Giustizia delle Comunità Europee (sentenza 12 settembre 2000, C-180/98 e C-184/98), nella quale si riconosce espressamente che i medici specialisti autonomi svolgono attività economica e, pertanto, "costituiscono imprese ai sensi degli artt. 85, 86 e 90 del Trattato, senza che la natura complessa e tecnica dei servizi da loro forniti e la circostanza che l'esercizio della loro professione è regolamentato siano tali da modificare queste conclusioni". Di conseguenza, l'associazione di categoria dei medici specialisti è stata qualificata dalla Corte quale "associazione di

imprese ai sensi degli artt. 85, 86 e 90 del Trattato". In questo senso si è espresso recentemente anche il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio. *Si veda Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio del 28 gennaio 2000, in relazione al ricorso avverso la decisione dell'Autorità I220 - Consigli Nazionali dei Ragionieri e Periti Commerciali e dei Dottori Commercialisti*. In particolare, il giudice amministrativo ha ritenuto del tutto logico che gli esercenti delle professioni intellettuali siano considerati imprese ai fini specifici della tutela della libera concorrenza e ha qualificato gli Ordini professionali come associazioni di imprese.

65. Le condotte rilevanti ai fini del procedimento in oggetto sono costituite, in primo luogo, da due delibere della FNOMCeO, una dell'8 novembre 1985 e una del 3 ottobre 1997, quest'ultima revocata il 14-15 luglio 2000 e sostituita dalla delibera n. 180, assunta dal Comitato Centrale il 15 luglio 2000. L'insieme di questi atti riguarda il rapporto tra medici/odontoiatri ed enti di mutualità volontaria. Alla delibera del 1985, le disposizioni della legge n. 287/90 si applicano solo per il periodo di vigenza successivo all'entrata in vigore di tale legge. Oggetto del procedimento in esame sono, inoltre, gli atti e le delibere con i quali gli OPMCeO di Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Bari, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Como, Firenze, Genova, Grosseto, Lecco, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Novara, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pisa, Pistoia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza hanno vincolato i propri iscritti a porre in essere comportamenti conformi con quanto prescritto dalle menzionate delibere della FNOMCeO. Sia le delibere della FNOMCeO che gli atti e le delibere dei citati OPMCeO costituiscono decisioni di associazioni di imprese e, dunque, sono qualificabili come intese ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge n. 287/90.

66. Le decisioni delle assemblee degli iscritti delle sezioni di Trento di AIO e ANDI - attraverso le quali gli odontoiatri appartenenti a dette organizzazioni si vincolano a non aderire alla proposta di convenzione avanzata da Cooperazione Salute - sono delibere di associazioni di imprese. In quanto tali, esse costituiscono intese ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 287/90.

ii) oggetto delle intese

1. La FNOMCeO

67. Le delibere della FNOMCeO fissano i requisiti che gli enti di assistenza sanitaria devono soddisfare per poter contrattare con i singoli professionisti. Secondo i criteri dettati nella delibera del 1985, i medici avrebbero dovuto prestare i propri servizi solo agli iscritti a quegli enti di assistenza sanitaria integrativa che accettassero (i) di privilegiare i rapporti economici diretti tra medici e pazienti, (ii) di aderire al principio degli elenchi aperti, (iii) di rispettare la misura dei compensi predeterminata dall'Ordine e (iv) di rimettere all'Ordine la scelta dei professionisti cui consentire di operare nelle proprie strutture. Nella delibera del 1997, veniva confermato il criterio (ii) degli elenchi aperti e rafforzato il criterio (i) sostituendo l'obbligo di privilegiare i rapporti economici diretti tra medico e paziente con il divieto di rapporti economici diretti tra medico e enti di assistenza sanitaria integrativa. Gli altri due criteri venivano invece modificati, indicando che gli enti avrebbero potuto effettuare verifiche qualitative delle prestazioni esclusivamente con la partecipazione dell'Ordine, e avrebbero dovuto rispettare la libertà di scelta del medico da parte degli assistiti.

Su questi ultimi aspetti ritorna, precisandoli, la delibera n. 180, che secondo la FNOMCeO costituisce una sorta di "interpretazione autentica" delle precedenti, prevedendo la consultazione obbligatoria dell'Ordine da parte delle mutue sui requisiti qualitativi dei medici da convenzionare, nonché l'obbligo, per le mutue stesse, di stipulare convenzioni con tutti i medici segnalati dagli assistiti.

68. Le delibere sopra descritte appaiono volte a restringere la concorrenza tra medici nei rapporti che essi intrattengono con gli enti di assistenza sanitaria integrativa. In particolare, dette delibere mirano a neutralizzare gli effetti, in termini di rafforzamento della posizione della domanda e dunque di aumento della pressione concorrenziale sui professionisti, che derivano dall'intervento di tali enti sui mercati delle prestazioni mediche e odontoiatriche.

La domanda di prestazioni sanitarie è infatti polverizzata e relativamente male informata quando il paziente agisce individualmente, ma potrebbe avere una maggior forza contrattuale e una più ampia consapevolezza delle condizioni economiche e qualitative vigenti sul mercato qualora la contrattazione fosse condotta da organismi che rappresentino una pluralità di pazienti. Attraverso le delibere FNOMCeO, che impediscono agli enti di effettuare una selezione qualitativa e quantitativa dei prestatori di servizi che aderiscono alle convenzioni, i medici si accordano, di fatto, per non riconoscere alle mutue una piena capacità di contrattazione, intendendo, in tal modo, impedire il rafforzamento della posizione relativa della domanda sul mercato delle prestazioni sanitarie che ne scaturirebbe.

69. In concreto, l'obiettivo sopra descritto viene perseguito, in primo luogo, attraverso l'obbligo di rispettare il principio degli elenchi aperti, che impedisce agli enti di mutualità integrativa di scegliere quali e quanti professionisti convenzionare.

Le limitazioni alla selezione quantitativa implicano una contrazione significativa del potere contrattuale degli enti nei confronti dei professionisti, atteso che la domanda costituita dall'ente risulterà tanto meno conveniente da soddisfare per i medici quanto maggiore sarà il numero di professionisti convenzionati. L'impossibilità di limitare il numero dei medici convenzionati finisce per condurre all'assimilazione del potere contrattuale degli acquirenti collettivi dei servizi medici al potere proprio degli acquirenti individuali. Ciò significa che gli enti non riescono ad ottenere le condizioni tariffarie di cui avrebbero potuto usufruire in assenza dell'intesa tra i medici che si realizza mediante le delibere della FNOMCeO. Analogo obiettivo viene perseguito dalle previsioni contenute nell'articolo 4 della delibera n. 180, secondo il quale i professionisti possono stipulare convenzioni solo con le mutue disposte a convenzionare tutti i medici segnalati dagli assistiti. Tale previsione di fatto consegue, sotto il profilo concorrenziale, gli stessi effetti che derivavano dal sistema degli elenchi aperti, essendo atta a ridurre il potere contrattuale che deriva alle mutue dalla loro natura di acquirenti collettivi. Giova inoltre osservare come, dal punto di vista della gestione della attività delle mutue, la nuova previsione possa risultare ancor più dannosa di quella che le obbligava a convenzionare tutti i medici che ne avessero fatto richiesta. In quel caso, infatti, era almeno stato individuato un sistema che concentrava in un ristretto periodo di tempo, di solito un mese all'anno, la possibilità per i medici di manifestare la propria intenzione di aderire alle convenzioni. Con la nuova regola, la mutua potrebbe trovarsi a dover convenzionare nuovi medici in qualsiasi momento e ciò costituirebbe senz'altro un ostacolo alla corretta gestione della propria attività.

70. Le limitazioni alla libertà, per le mutue, di selezionare i medici agiscono anche sotto il profilo qualitativo. L'impossibilità, per gli enti di assistenza integrativa, di scegliere i professionisti sulla base di criteri qualitativi elimina infatti qualsiasi incentivo per i medici a competere tra di loro nell'offerta di prestazioni di qualità complessiva più elevata, anche in termini strutturali.

L'obbligo di rispettare il principio degli elenchi aperti ha, inoltre, come effetto anche quello di rendere più difficoltosa, per gli enti di assistenza sanitaria integrativa, la gestione della propria attività. Il FASDAC, ad esempio, nel corso dell'istruttoria, ha lamentato le difficoltà create dal citato principio anche solo in relazione alle verifiche di assistibilità e regolarità contributiva dei propri iscritti.

Nel complesso, la possibilità per le mutue di scegliere liberamente e direttamente i medici con cui stipulare le convenzioni consentirebbe inoltre alle mutue stesse di offrire prestazioni più convenienti in termini di qualità e prezzo, con vantaggio anche per il paziente convenzionato.

71. La restrizione della libertà d'azione delle mutue nella scelta dei propri contraenti e, più in generale, nello svolgimento della propria opera sul mercato delle prestazioni sanitarie viene perseguita dalla FNOMCeO anche attraverso altri aspetti delle delibere oggetto del presente procedimento. In tal senso va considerata in primo luogo la previsione, contenuta nella delibera del 1985, dell'intervento dell'Ordine nella scelta dei professionisti che possano operare nelle strutture e nei locali che gli enti di assistenza sanitaria integrativa vogliono mettere a disposizione dei propri iscritti. Soprattutto, va inserita in questo quadro la previsione della delibera del 1997 che vieta agli enti di assistenza integrativa di svolgere autonomamente controlli di qualità, cui si accompagna l'attribuzione all'Ordine della funzione di definizione degli standard del servizio offerto dai medici alle mutue. Il controllo dell'Ordine sulla qualità dei servizi e sulla qualificazione dei professionisti con i quali le mutue stipulano le convenzioni viene ripreso nella delibera n. 180, nella quale viene imposta, tra l'altro, agli enti di mutualità volontaria l'acquisizione di un parere dell'Ordine sugli eventuali requisiti qualitativi che le mutue intendessero richiedere ai medici da convenzionare.

72. Nel complesso, attraverso le delibere oggetto del presente procedimento, i professionisti hanno dato luogo ad un contesto di sfavore nei confronti dello sviluppo di una forma di strutturazione della domanda dei servizi sanitari in grado di alterare le posizioni relative di domanda e offerta sul mercato e di generare, pertanto, una maggior pressione concorrenziale sui professionisti. In tal senso vanno lette anche le enunciazioni come quella sul divieto di rapporti economici diretti, il quale, pur costituendo anche una limitazione all'operatività degli enti, stabilisce in primo luogo un principio di generale avversità nei confronti dell'intervento degli enti stessi sul mercato dei servizi sanitari.

73. La delibera FNOMCeO del 1985 prevede, infine, la predeterminazione, da parte dell'Ordine, degli onorari che i professionisti devono applicarsi per le prestazioni rese in regime di convenzione con gli enti di mutualità integrativa. Detta intesa ha palesemente una natura restrittiva della concorrenza, in quanto determina il coordinamento dei comportamenti di prezzo dei professionisti sul mercato.

74. Le intese citate, in quanto volte a ostacolare la concorrenza tra medici nella contrattazione con gli enti di assistenza sanitaria integrativa, hanno un oggetto restrittivo della concorrenza, in violazione dell'articolo 2, comma 2, della legge n. 287/1990.

2. Gli OPMCeO di Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Bari, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Como, Firenze, Genova, Grosseto, Lecco, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Novara, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pisa, Pistoia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza

75. Le considerazioni sopra svolte sul piano della restrittività delle delibere della FNOMCeO valgono per le intese poste in essere dagli OPMCeO di Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Como, Firenze, Genova, Grosseto, Lecco, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Novara, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pistoia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza, che ripropongono e rendono esecutivo a livello provinciale il contenuto delle delibere adottate a livello nazionale dalla FNOMCeO. *Per un'illustrazione più analitica dei comportamenti assunti da ciascun OPMCeO si rinvia alla tabella 2.* Anche le suddette intese, pertanto, appaiono ricadere nel divieto di cui all'articolo 2, comma 2, lettera della legge n. 287/90.

76. Quanto agli OPMCeO di Bari e Pisa, gli approfondimenti condotti nel corso dell'attività istruttoria non hanno confermato l'esistenza delle intese ipotizzate sulla base delle informazioni acquisite in sede preistruttoria. Detti Ordini, infatti, non hanno assunto delibere né esistono elementi sufficienti a provare che essi abbiano esercitato una significativa e continuata pressione sui medici al fine di dissuaderli dalla stipulazione di convenzioni con enti non autorizzati. A tali Ordini non sono pertanto imputabili le fattispecie contestate nel presente procedimento.

3. Le sezioni provinciali di Trento delle associazioni di categoria AIO e ANDI

77. Le delibere assunte dalle sezioni provinciali di Trento di AIO e ANDI hanno ad oggetto la restrizione della concorrenza di prezzo tra odontoiatri, derivante dalla fissazione di una misura unitaria di sconto che ciascun odontoiatra aderente ad un fondo si impegna ad applicare ai suoi clienti rispetto ai prezzi da esso normalmente applicati. Il vincolo alla fissazione dello sconto, peraltro, non può essere efficacemente aggirato attraverso la riduzione della tariffa di riferimento. Riducendo il proprio tariffario di riferimento, infatti, il professionista si troverebbe a ridurre anche i prezzi praticati ai clienti non iscritti alla mutua, i quali sarebbero invece disposti a continuare a pagare prezzi più elevati date le loro minori informazioni e il loro minor potere contrattuale. Al riguardo si osserva che il peso relativo delle due componenti della domanda (intermediata e individuale) non sembra tale da rendere in genere preferibile questa prospettiva.

78. Per mezzo delle citate delibere, gli odontoiatri si vincolano pertanto a non raccogliere le sollecitazioni alla concorrenza di prezzo che derivano dalla presenza di un acquirente collettivo, nella fattispecie Cooperazione Salute, impegnandosi altresì a non contrattare con la stessa qualora non accetti il parametro economico stabilito. Tale obiettivo, peraltro, si iscrive in un quadro nel quale gli effetti pro-concorrenziali che potrebbero essere stimolati dalla presenza dell'acquirente collettivo sono già stati in gran parte annullati dalla delibera FNOMCeO del 1997, puntualmente fatta rispettare dall'OPMceO di Trento. Le intese poste in essere dalle sezioni provinciali di Trento delle associazioni di categoria AIO e ANDI, in quanto volte alla definizione uniforme di una delle componenti della formazione del prezzo, ossia di un importante strumento concorrenziale a disposizione delle imprese, hanno pertanto un oggetto restrittivo della concorrenza in violazione dell'articolo 2, comma 2, della legge n. 287/1990.

iii) applicazione delle intese

79. Le intese poste in essere sia dalla FNOMCeO che dagli OPMceO di Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Como, Firenze, Genova, Grosseto, Lecco, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Novara, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pistoia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza sono state accompagnate dall'utilizzazione di strumenti volti a garantire il rispetto delle stesse. In tal senso sembra, infatti, di doversi interpretare il 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 essere state idonee a produrre ampi effetti, come è attestato dal consistente numero di lettere in materia indirizzate dagli ordini agli enti di assistenza sanitaria ed ai professionisti che con questi avevano stipulato convenzioni, nonché di disdette delle convenzioni stesse da parte dei medici.

80. Anche le intese poste in essere dalle sezioni provinciali di Trento delle associazioni di categoria AIO e ANDI sono state accompagnate da strumenti volti a garantirne l'applicazione e hanno avuto effetti. Del resto, la stessa ANDI ha affermato, commentando per i propri iscritti il risultato delle delibere relative al 1999, che l'azione dei professionisti è stata compatta, al punto da avere "*di fatto reso vano il tentativo della Cooperazione di avere sotto controllo anche l'attività odontoiatrica*".

iv) consistenza delle intese

81. Le delibere della FNOMCeO restringono in maniera consistente la concorrenza su ciascuno dei mercati locali dei servizi medici e dei servizi odontoiatrici italiani, in quanto idonee ad incidere sui comportamenti della totalità dei professionisti sanitari attivi su detti mercati. Il requisito della consistenza ricorre anche per quanto riguarda le intese poste in essere dagli OPMCeO, in quanto idonee ad incidere sul comportamento degli iscritti agli albi locali. In ciascuna provincia, infatti, detti iscritti detengono una quota preponderante della totalità del mercato, anche se residua, come si è osservato nella sezione relativa al mercato rilevante, un certo margine di mobilità dei prestatori dei servizi tra i diversi ambiti provinciali.

Per quanto riguarda, infine, la consistenza delle intese imputate alle sezioni di Trento di AIO e ANDI, si rileva che tale requisito ricorre anche per queste intese, in quanto esse rappresentano, rispettivamente, il 12,5% ed il 32,5% degli odontoiatri operanti a Trento.

v) considerazioni sulle argomentazioni delle parti

82. Le conclusioni relative ai possibili effetti negativi, in particolare sulla qualità del servizio, che secondo la FNOMCeO deriverebbero dalla intermediazione degli enti di assistenza sanitaria tra professionisti e pazienti non appaiono dimostrate.

In primo luogo, per quanto sia plausibile ipotizzare che gli enti di mutualità volontaria guardino alle prestazioni sanitarie con un'ottica imprenditoriale, che non sempre coincide con quella del paziente che ha necessità di acquisire il servizio, non sembra, tuttavia, che da ciò possa derivare una divergenza sistemica tra gli interessi dell'ente che intermedia e quelli del paziente finale. L'oggetto della attività degli enti, a maggior ragione se hanno scopo di lucro, è quello di fornire servizi che incontrino la soddisfazione degli acquirenti degli stessi e ciò non può prescindere dal prestare attenzione anche agli aspetti qualitativi delle prestazioni rese dai medici convenzionati.

Al riguardo occorre osservare che gli enti di assistenza sanitaria integrativa potendosi dotare, come peraltro l'attività istruttoria ha dimostrato che essi fanno, di strutture incaricate di monitorare la qualità delle prestazioni mediche offerte, dispongono di capacità informative molto più ampie rispetto ai singoli acquirenti. Va inoltre evidenziato che il confronto competitivo tra gli enti di assistenza sanitaria integrativa costituisce un incentivo per gli enti stessi a migliorare la qualità e il prezzo del servizio offerto. Anche le casse e le mutue riservate a categorie specifiche, infatti, sono soggette al confronto con altri operatori presenti sul mercato, quali le assicurazioni, che potrebbero, almeno nel medio periodo, costituire delle alternative per i loro associati. In definitiva, dunque, la selezione praticata dalle mutue è idonea a garantire adeguati livelli di qualità, anche perché, tra l'altro, le mutue sono comunque tenute a rispettare i requisiti prescritti dalla legge per l'esercizio dell'attività medica.

83. Anche l'argomento relativo all'effetto restrittivo sulla libertà di scelta dei cittadini che, secondo quanto sostenuto dalle parti, deriverebbe dall'adozione di elenchi chiusi non appare convincente. Gli elenchi chiusi, in effetti, non comportano una compressione della libertà di scelta dei cittadini, ma un ampliamento complessivo della stessa. Una maggior diffusione delle mutue, derivante dall'eliminazione degli elenchi aperti, permetterebbe, infatti, ad un più ampio numero di cittadini, che avessero optato per la sanità privata, di scegliere se rivolgersi direttamente ai medici, sostenendo in proprio le relative spese, oppure ricorrere ad organizzazioni che offrono assistenza sanitaria integrativa, usufruendo della copertura parziale o totale delle relative spese. Al riguardo si deve peraltro ricordare che il cittadino iscritto ad un ente di mutualità volontaria è in genere libero di scegliere tra diverse modalità di finanziamento delle proprie spese sanitarie da parte dell'ente: qualora egli decida di optare per la modalità che prevede la sua anticipazione delle spese e il successivo rimborso da parte dell'ente, l'iscritto potrà rivolgersi anche a medici non convenzionati.

84. La posizione, infine, più volte espressa dalle parti, secondo la quale gli elenchi chiusi sarebbero essi stessi lesivi della concorrenza in quanto escluderebbero dal mercato la maggior parte dei professionisti risulta palesemente infondata. Nella contrattazione che preveda per le mutue la possibilità di selezionare i contraenti, infatti, le condizioni alle quali si acquisiscono i servizi professionali sono determinate ex-ante attraverso un processo di concorrenza per la domanda - a questo stadio indivisibile - costituita dagli iscritti alle mutue stesse, processo al quale possono partecipare tutti i professionisti. Il gioco della concorrenza sul mercato delle prestazioni sanitarie non risulta, pertanto, inficiato dagli elenchi chiusi, il cui effetto riguarda piuttosto la modifica delle posizioni relative di offerta e domanda in termini di potere contrattuale.

85. Più in generale, non potendosi accogliere l'equivalenza tra le pratiche osteggiate dagli Ordini (in particolare gli elenchi chiusi e il rapporto economico diretto tra medico e mutua) e uno scadimento della qualità dei servizi medici e del decoro della professione, non può, di conseguenza, neppure essere condivisa la conclusione della FNOMCeO secondo la quale le direttive oggetto del presente procedimento non avrebbero un contenuto economico e sarebbero piuttosto volte all'individuazione di un parametro etico ricadente nell'ambito della deontologia professionale e volto a garantire un bene di primaria importanza e costituzionalmente protetto, qual è la salute dei cittadini. La rilevanza economica delle delibere stesse, peraltro, è invece di assoluto rilievo in quanto, come si è visto, esse ripristinano le condizioni di domanda vigenti in assenza degli enti di mutualità integrativa ed hanno, pertanto, l'effetto di neutralizzare lo stimolo alla concorrenza tra professionisti che la presenza sul mercato degli enti di assistenza sanitaria avrebbe potuto apportare.

86. Non sembra necessario, inoltre, contrariamente a quanto sostenuto dalla FNOMCeO, un rapporto contrattuale diretto tra professionista e paziente al fine di garantire la piena responsabilizzazione dei medici nell'esercizio della loro attività professionale. Independentemente, infatti, dalle modalità di selezione del medico - 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 professionale, il rapporto fra medico e cliente sia personale e diretto, con assunzione da parte del primo di ogni responsabilità nei confronti del secondo. Non è, peraltro, neppure condivisibile la considerazione che la possibilità degli enti di selezionare i professionisti da includere nelle proprie convenzioni lederebbe il decoro degli stessi o rappresenterebbe una forma di sviamento di clientela, atteso che una analoga scelta è operata sempre dal soggetto che domanda i servizi medici, sia esso singolo paziente o acquirente collettivo.

87. Alla luce di quanto precede, non risulta rilevare, per il caso in esame, la competenza che la legge attribuisce agli Ordini in tema di vigilanza sul rispetto dei principi del decoro e dell'indipendenza della professione nonché, come sollevato dall'OPMceO di Como, sul rispetto dei principi deontologici.

Per quanto riguarda, inoltre, la asserita competenza esclusiva degli Ordini sulla verifica della qualità dei servizi medico-professionali, si osserva che nel quadro normativo di riferimento non è rinvenibile alcuna disposizione che faccia divieto agli enti di assistenza sanitaria integrativa di effettuare selezioni qualitative, o che ne attribuisca l'esercizio in via esclusiva agli Ordini. Questi ultimi, peraltro, qualunque sia la finalità del proprio intervento, sono comunque tenuti ad adottare soluzioni conformi ai principi sanciti dalla legge n. 287/90. L'attività di selezione operata dagli enti di assistenza sanitaria non appare, del resto, in nessun modo incompatibile con le funzioni espletate dagli Ordini di verifica del possesso e mantenimento dei requisiti professionali qualitativi richiesti ai medici per potere svolgere la propria attività. La

funzione di fissazione e controllo di standard esercitata dalla FNOMCeO non esclude, infatti, la libertà per il consumatore, a prescindere dalla sua dimensione collettiva od individuale, di effettuare una propria valutazione sulla base della quale orientare i propri comportamenti commerciali.

88. Alcuni OPMCeO hanno sollevato l'eccezione relativa all'applicabilità agli ordini professionali dell'articolo 8 della legge n. 287/90 in relazione alle funzioni pubblicistiche da essi esercitate.

Al riguardo si osserva che la deroga prevista dall'articolo 8, comma 2, all'applicazione della legge n. 287/90 fa esplicito riferimento ad attività di *"gestione di servizi di interesse economico generale"*, sempre nei limiti degli specifici compiti loro affidati, riconducibili ai più essenziali fra i servizi di pubblica utilità. Gli ordini professionali, invece, svolgono un'attività che, pur se assistita per alcuni profili da poteri autoritativi, può comunque incidere sulla libera concorrenza, poiché gli ordini essenzialmente disciplinano e tutelano le ragioni economiche degli iscritti, in forza della loro posizione di *"enti esponenziali di imprese, sicché risulta ininfluenza la valutazione di interesse generale del servizio da essi gestito"* (così Sentenza TAR Lazio sez. I. n. 466/2000).

89. Con riguardo all'obiezione in merito alla natura regolamentare della delibera adottata dalla FNOMCeO nel 1997, va osservato che essa si propone di fornire linee-guida agli Ordini provinciali, stabilendo regole di comportamento per gli iscritti agli Albi relative all'adesione ad iniziative in materia di Mutualità volontaria nel rispetto delle norme del Codice Deontologico *"al fine di ridurre la possibilità che si verificano inconsapevoli comportamenti deontologicamente scorretti"* (cfr. delibera del 1997). Le linee guida adottate, secondo quanto prospettato nella medesima delibera, costituiscono dunque norme di carattere deontologico aventi valore di regole interne all'ordinamento particolare della categoria, espressione del potere di autoregolamentazione degli ordini professionali. La medesima FNOMCeO, nelle memorie depositate in un giudizio instaurato dinanzi al Tribunale Amministrativo regionale del Lazio a seguito del ricorso presentato da FASDAC per l'annullamento della delibera del 1997, ha qualificato il proprio *"regolamento come meramente interno"* Cfr. memoria depositata dalla FNOMCeO nel giudizio pendente dinanzi al TAR Lazio in relazione al ricorso n. 2441/1999..

Anche la disciplina del procedimento previsto dall'articolo 35 del D.P.R. n. 221/1950, sulla cui base è stata adottata soltanto la delibera in esame, conferma l'applicabilità ad essa delle norme a tutela della concorrenza di cui alla legge n. 287/90. In particolare, va considerato che l'intervento del Ministero della sanità avviene in un momento successivo al perfezionamento dell'iter formativo dell'atto, che già è idoneo a produrre i suoi effetti, in quanto la norma citata prevede esclusivamente che nel termine di tre mesi dalla ricezione della delibera il Ministero possa, con decreto motivato, disporre l'annullamento per vizi di legittimità. Nel caso di specie, dunque, tale controllo successivo di mera legittimità svolto dal Ministero della sanità nell'esercizio dei suoi poteri di vigilanza non può escludere l'imputabilità della delibera alla sola FNOMCeO.

In conclusione, alla delibera della FNOMCeO, in quanto deliberazione di un'associazione di imprese, si applica l'articolo 2 della legge n. 287/90.

90. Alcuni Ordini hanno osservato che l'adozione di una delibera costituiva per essi un atto dovuto rispetto alle indicazioni fornite dalla FNOMCeO.

In proposito si osserva che l'esame del quadro normativo regolante l'attività della FNOMCeO e dei singoli OPMCeO e la sua concreta attuazione consente di affermare che questi ultimi dispongono di una limitata autonomia nel recepimento delle indicazioni fornite dalla Federazione Nazionale.

In particolare, l'esistenza di un comportamento obbligato dell'OPMCeO non può desumersi dalla previsione dell'articolo 36 del D.P.R. 221/1950. Secondo quanto affermato dalla FNOMCeO, infatti, non esiste una precisa casistica relativa ad interventi sanzionatori al riguardo. La stessa FNOMCeO ha affermato in sede di audizione, a più di due anni dall'adozione della delibera, di non sapere quanti OPMCeO l'avessero recepita, e di avere *"avviato una procedura di consultazione per verificare questo punto"* Cfr. audizione dei rappresentanti della FNOMCeO del 27 gennaio 2000. . L'adozione delle delibere a livello locale risulta pertanto, nei fatti, determinata dall'intervento discrezionale dei singoli ordini, come testimoniato dalla circostanza che solo alcuni Ordini hanno assunto effettivamente delibere locali di recepimento delle direttive espresse in sede nazionale.

91. Quanto alla posizione dell'OPMCeO di Milano, va osservato che il 10 luglio 1995 detto OPMCeO aveva assunto una delibera in materia di mutualità volontaria, nella quale, pur non richiamando la delibera della FNOMCeO del 1985, si prevedeva (punto 3, lettera a) che le convenzioni predisposte dagli enti dovessero essere sottoposte all'Ordine e che dovessero rispettare il criterio degli elenchi aperti. Detta delibera non è mai stata abrogata fino all'avvio del presente procedimento istruttorio, pur avendo l'Ordine successivamente espresso alla FNOMCeO il proprio dissenso rispetto alle posizioni da quest'ultima assunte nella delibera del 1997.

92. ANDI ha preliminarmente contestato l'assenza di un collegamento oggettivo o soggettivo tra l'intesa imputata alle associazioni di categoria della provincia di Trento e quelle imputate alla FNOMCeO ed agli OPMCeO. In proposito si osserva che le intese messe in atto dalle sezioni di Trento di AIO e ANDI, hanno ad oggetto aspetti ulteriori, ma non indipendenti, rispetto a quelli cui si riferiscono le delibere ordinarie. Infatti, queste ultime delineano la cornice negoziale entro la quale si debbono sviluppare le relazioni tra mutue e professionisti. Nel far ciò, esse riequilibrano a vantaggio dei medici i rapporti tra questi ultimi e i soggetti che rappresentano la domanda di numerosi pazienti.

In questo quadro, le intese riconducibili ad AIO e ANDI si propongono di regolamentare ulteriormente tali rapporti, ricercando condizioni ancor più favorevoli per i medici. In altri termini, AIO e ANDI possono rivolgersi al solo aspetto dello sconto poiché sotto altri importanti punti (tra i quali la limitazione della libertà di scelta dei contraenti da parte delle mutue) la posizione dei professionisti ha già trovato tutela ad opera delle delibere ordinarie.

Le fattispecie oggetto del presente procedimento sono, pertanto, da considerarsi omogenee sotto il profilo oggettivo. Si tratta, infatti, di restrizioni adottate da associazioni dei professionisti, volte ad imporre limitazioni alla contrattazione economica con enti di assistenza sanitaria e, nel complesso, a neutralizzare gli effetti sulla concorrenza tra medici causati dall'intervento di detti enti sul mercato dei servizi medico professionali. In tale contesto, però, laddove le delibere ordinarie non hanno ritenuto necessario spingere il proprio intervento fino ad imporre vincoli tariffari più pervasivi del controllo del rispetto della tariffa minima, le sezioni locali delle due organizzazioni di categoria hanno inteso compiere un passo ulteriore, richiedendo anche la standardizzazione degli sconti..

93. Quanto alla delimitazione geografica del mercato, si osservi che, come rilevato in precedenza, la mobilità esistente sotto il profilo della domanda e dell'offerta appare limitata e non sufficiente a giustificare una individuazione del mercato più ampia, come prospettato, invece, da AIO ed ANDI.

94. La contestazione avanzata da ANDI, secondo la quale l'applicazione di uno sconto unitario in presenza di tariffari differenziati applicati da ciascun professionista non rende uniformi le tariffe, non appare rilevante. Nel caso di specie, infatti, la restrizione della concorrenza derivante dal comportamento della parte non si manifesta attraverso un appiattimento dei prezzi bensì attraverso la tendenza al mantenimento dei prezzi relativi esistenti. La predeterminazione della misura di sconto applicabile nei rapporti con Cooperazione Salute, infatti, inibisce la contrattazione sul prezzo che sarebbe stata indotta dalla presenza dell'ente quale controparte dei professionisti. In altre parole, in questo caso,

attraverso l'intesa restrittiva della concorrenza si concorda non il livello dei prezzi bensì la reazione alle mutate condizioni della domanda che fronteggia i fornitori di prestazioni odontoiatriche.

95. Quanto all'obiezione relativa alla possibilità per gli odontoiatri, nel caso di sconti variabili, di gonfiare i tariffari su cui applicare detti sconti, si osservi che essa risulta smentita da quanto affermato sul punto da Cooperazione Salute *Comunicazione pervenuta in data 5 giugno 2000.*, secondo la quale il tariffario su cui basare il calcolo degli onorari scontati "era quello normalmente praticato dal professionista ed un eventuale controllo era previsto su segnalazione da parte dei soci".

Peraltro, affinché simili comportamenti si verificino, gli odontoiatri dovrebbero differenziare i tariffari a seconda della tipologia di clienti, aumentando fraudolentemente quelli presentati a Cooperazione Salute in occasione della contrattazione con quest'ultima. Un simile comportamento esporrebbe il professionista a ripercussioni sulla propria reputazione, tenuto conto della risonanza di comportamenti scorretti nel mercato provinciale.

Né sembra corretto escludere che tale risonanza operi, creando vincoli reputazionali a carico degli odontoiatri, alla luce dell'assenza di informazioni che caratterizza il mercato delle prestazioni professionali. Lo squilibrio informativo si manifesta, infatti, in maniera particolarmente accentuata in relazione alla qualità del servizio, difficilmente apprezzabile dal consumatore in quanto sfornito di competenze tali da consentirgli di valutare la capacità tecnica del professionista e le caratteristiche della prestazione ricevuta. Le medesime considerazioni non si applicano, invece, integralmente ad informazioni di carattere oggettivo, quale il prezzo delle prestazioni erogate. Rispetto a quest'ultimo elemento sussiste, infatti, una relativa maggiore circolazione delle informazioni, idonea a sottoporre l'odontoiatra alla pressione derivante dal significativo rischio d'immagine legato alla possibilità che anche solo un numero esiguo di consumatori accertino l'esistenza di tariffari gonfiati *ad hoc*.

96. In merito all'assenza di un interesse di fatto di Cooperazione Salute a monitorare comportamenti fraudolenti degli odontoiatri, si osservi che tale fattore, pur plausibile, va temperato con la circostanza che anche l'ente di mutualità volontaria è sottoposto a vincoli derivanti dalla tutela della propria reputazione quale ente di assistenza sanitaria integrativa, operanti analogamente a quanto riscontrato per gli odontoiatri. Dall'altro lato, Cooperazione Salute sarebbe evidentemente danneggiata da simili comportamenti, in quanto avrebbe informazioni erronee al momento della selezione dei medici e non potrebbe ottenere per i propri iscritti le migliori condizioni tariffarie per le prestazioni offerte. In questa luce, ed a prescindere dal grado di diffusione della tendenza al comportamento scorretto tra gli odontoiatri della provincia di Trento necessario per rendere attuale il pericolo paventato, è implausibile che il coinvolgimento di Cooperazione Salute nell'attività delle Casse Rurali sia tale da spingerla a comportarsi in modo da compromettere la propria attività principale.

Nel complesso, pertanto, il rischio per prevenire il quale ANDI sostiene di aver predeterminato la misura dello sconto nelle convenzioni con Cooperazione Salute non sembra realistico. Al contrario, l'effetto restrittivo che la stessa misura ha avuto in termini di limitazione della concorrenza tra odontoiatri nell'acquisizione della domanda rappresentata dall'ente di mutualità volontaria appare di immediata evidenza.

97. L'AIO, del resto, nella memoria conclusiva, ha prospettato la medesima fattispecie in termini del tutto differenti rispetto alla rappresentazione fornita da ANDI e da Cooperazione Salute. Secondo la ricostruzione operata dall'AIO, quest'ultima avrebbe inteso attuare un sistema volto a privilegiare una concorrenza tra odontoiatri giocata sul livello delle tariffe piuttosto che sulla misura dello sconto. AIO, infatti, sostiene di aver proposto alla mutua che ciascun professionista inviasse in busta chiusa la tariffa stabilita "ad hoc" per i pazienti convenzionati. Tali buste sarebbero state aperte solo in caso di contestazione.

Tale sistema contrasta sia con quanto si evince dalla documentazione prodotta da AIO nel corso dell'istruttoria sia con la ricostruzione operata dalle altre parti. Tale ultima circostanza appare assai anomala, ove si consideri che dalla documentazione acquisita emerge in più punti che la contrattazione era condotta congiuntamente da AIO ed ANDI. *Si veda, ad esempio, il testo della risposta dell'ANDI alla richiesta di informazioni da parte dell'Autorità, pervenuta in data 10 agosto 1999, nonché la lettera inviata ai soci dal consiglio direttivo dell'ANDI, allegata alla medesima comunicazione. Si veda, altresì, il riferimento all'incontro tenutosi nei giorni scorsi con i sindacati ANDI e AIO, nel corso del quale [...] si è addivenuti ad una sospensione delle trattative con la ventilata ipotesi da parte del sindacato di non aderire alla convenzione" contenuto nella lettera inviata da Cooperazione Salute all'OPM CeO di Trento il 1 aprile 1999 e della quale una copia è stata fatta pervenire dalla stessa Cooperazione Salute all'Autorità in data 6 aprile 2000;* è dunque plausibile che le condizioni concordate dalle due associazioni con Cooperazione Salute fossero uguali.

98. Quanto alle affermazioni di AIO secondo le quali le indicazioni fornite ai soci non sarebbero state vincolanti, si osserva che anche la raccomandazione da parte dell'associazione di categoria relativa all'adozione di comportamenti uniformi non esclude la restrittività dell'oggetto dell'intesa, incidendo, eventualmente, sulla valutazione dell'applicazione della stessa.

99. In merito, infine, alla pretesa "coercitività" delle condizioni imposte da Cooperazione Salute ed all'intento di AIO di rifiutare un disegno volto a ledere la libertà professionale degli odontoiatri aderenti, si osserva quanto segue. In primo luogo, la stessa qualificabilità come coercitive delle proposte di Cooperazione Salute appare discutibile. La richiesta di condizioni privilegiate da applicare ai propri iscritti da parte dei professionisti appare, infatti, comprensibile da parte di un ente che offra assistenza sanitaria integrativa.

In secondo luogo, le considerazioni espresse nell'assemblea del 3 maggio 1999 appaiono esprimere quali erano le reali motivazioni di AIO nel deliberare di consigliare ai propri soci di ritirare la propria disponibilità ad aderire a Cooperazione Salute. Pur avendo, infatti, ottenuto il consenso di quest'ultima rispetto alle proposte presentate - e principalmente in merito all'applicazione di uno sconto uniforme - residuava un contrasto in merito ai professionisti non iscritti ad associazioni di categoria. Cooperazione Salute, infatti, legittimamente si riservava di applicare, nei confronti di questi ultimi, le condizioni originariamente stabilite, ed in particolare l'applicazione di uno sconto discrezionale.

Questa circostanza, tuttavia, veniva ritenuta imporre una pressione concorrenziale troppo forte sugli odontoiatri aderenti ad AIO ed ANDI. Queste ultime hanno, pertanto, ritenuto opportuno indirizzare i propri iscritti a non contrattare del tutto con Cooperazione Salute al fine di impedire la realizzazione della convenzione, come è effettivamente avvenuto.

VII. Gravità e durata delle infrazioni.

100. Ai sensi dell'articolo 15, comma 1, della legge n. 287/90, l'Autorità, qualora ravvisi infrazioni all'articolo 2 della legge n. 287/90, diffida le imprese nei cui confronti si è dato avvio al procedimento istruttorio a porre termine ai comportamenti in violazione della legge entro un termine prefissato. Lo stesso articolo prevede inoltre che l'Autorità nei casi di infrazioni gravi, tenuto conto della loro gravità e durata, disponga l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria.

101. L'attività istruttoria ha consentito di accertare l'esistenza di diverse fattispecie di intese restrittive della concorrenza, messe in atto dalla FNOMCeO, da 35 OPMCeO e dalle sezioni di Trento delle associazioni AIO e ANDI, volte a limitare la concorrenza tra medici e ad ostacolare l'attività degli enti di assistenza sanitaria.

102. Tra queste, l'intesa attribuita alla FNOMCeO riveste carattere di gravità, in ragione della sua natura e dei suoi effetti. In primo luogo, la competenza della FNOMCeO conferisce alle sue delibere un impatto di massima ampiezza su tutto il territorio nazionale. La Federazione,

inoltre, esercita una indubbia influenza sulle decisioni dei singoli ordini, anche in ragione dei propri poteri e ruolo istituzionale. Su questa base, la Federazione ha emanato in materia di mutualità volontaria delle linee-guida che, come evidenziato dall'attività istruttoria svolta, sono state seguite da numerosi OPMCeO, a dimostrazione dell'effettiva e concreta influenza esercitata dalla FNOMCeO.

103. Per quanto concerne la durata dell'infrazione realizzata mediante le delibere adottate dalla FNOMCeO per disciplinare i rapporti tra i medici e gli enti di mutualità integrativa, si osserva che essa si è protratta per un periodo di tempo particolarmente lungo. La prima delibera del 1985 risulta in contrasto con la legge n. 287/1990 a decorrere dall'entrata in vigore della legge stessa; anche la seconda delibera ha avuto una durata significativa, essendo stata assunta nel 1997, formalmente revocata in data 15 luglio 2000 e riformulata in pari data con la delibera n. 180

VIII. Quantificazione della sanzione

104. L'articolo 15 della legge n. 287/90 prevede che nel caso di infrazioni gravi l'Autorità disponga l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria calcolata prendendo a riferimento il fatturato relativo ai prodotti oggetto dell'intesa.

105. Ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 287/90 le associazioni di imprese costituiscono soggetti suscettibili di realizzare autonomamente intese restrittive della concorrenza in violazione del divieto stabilito dalla stessa norma.

Al fine di garantire la piena applicazione e l'effetto utile del citato articolo 2, anche nei casi di violazioni commesse da associazioni di imprese, non può non trovare applicazione l'articolo 15 della legge n. 287/90, che prevede le sanzioni per le intese restrittive della concorrenza che rivestono carattere di gravità.

106. Nel caso di specie, alla luce delle considerazioni che precedono non possono esservi dubbi sulla gravità e sulla significativa durata della condotta della FNOMCeO.

107. Si consideri inoltre che, pur avendo la FNOMCeO revocato nel corso del procedimento la delibera del 1997, tale comportamento non risulta idoneo a conseguire l'eliminazione o l'attenuazione delle conseguenze delle violazioni contestate. La FNOMCeO, infatti, ha poi adottato la delibera n. 180, con la quale ha di fatto ribadito i principali contenuti restrittivi della delibera del 1997, mantenendo pertanto in essere la violazione a quest'ultima ascrivibile.

108. Dal momento che alla FNOMCeO aderisce un elevato numero di professionisti attivi sul mercato rilevante, il fatturato sul quale commisurare la sanzione va individuato con riferimento alle entrate contributive percepite dalla medesima Tali entrate, come indicato dalla FNOMCeO, ammontano, con riferimento all'anno 1999, a lire 8.175.866.267.

Tenuto conto di quanto sopra esposto riguardo alla gravità della violazione commessa in relazione alla sua natura, ai suoi effetti e alla sua considerevole durata, si ritiene congruo stabilire l'entità della sanzione per la FNOMCeO nella misura dell'1,5% delle entrate contributive percepite dall'associazione.

Tutto ciò premesso e considerato;

DELIBERA

a) che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, gli Ordini Provinciali dei Medici di Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Benevento, Bergamo, Bologna, Chieti, Como, Firenze, Genova, Grosseto, Lecco, Livorno, Lucca, Massa Carrara, Milano, Modena, Napoli, Novara, Parma, Pavia, Perugia, Pescara, Pistoia, Prato, Reggio Emilia, Roma, Savona, Siena, Torino, Trento, Trieste, Varese, Venezia e Vicenza e le sezioni provinciali di Trento delle associazioni di categoria AIO e ANDI hanno violato l'articolo 2, comma 2, della legge n. 287/90, ponendo in essere intese volte a falsare in maniera consistente la concorrenza sui mercati delle prestazioni sanitarie erogate da professionisti;

b) che alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri venga applicata complessivamente per l'infrazione commessa la sanzione amministrativa pecuniaria nella misura di lire 122.637.994;

c) che le parti del procedimento che non abbiano già provveduto alla rimozione delle infrazioni contestate cessino immediatamente dall'attuazione e continuazione delle infrazioni accertate.

La sanzione amministrativa descritta alla precedente lettera b) deve essere pagata entro il termine di novanta giorni dalla notificazione del presente provvedimento con versamento diretto al concessionario del servizio della riscossione oppure mediante delega alla banca o alle Poste Italiane Spa, presentando il modello allegato al presente provvedimento, così come previsto dal Decreto Legislativo 9 luglio 1997, n. 237.

Dell'avvenuto pagamento deve essere data immediata comunicazione all'Autorità attraverso l'invio di copia del modello attestante il versamento effettuato.

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

Avverso il presente provvedimento può essere presentato ricorso al TAR Lazio, ai sensi dell'articolo 33, comma 1, della legge n. 287/90, entro il termine di sessanta giorni dalla data di notificazione del provvedimento stesso.

IL SEGRETARIO GENERALE *Rita Ciccone*

IL PRESIDENTE *Giuseppe Tesauro*