

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3549

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BOLDI, MOLINARI, PIASTRA, BAZZARO, BISA, CAFFARATTO, VANESSA CATTOI, CAVANDOLI, COVOLO, ANDREA CRIPPA, DE ANGELIS, FOSCOLO, GASTALDI, GOLINELLI, LUCCHINI, PANIZZUT, PAOLIN, PATASSINI, PATELLI, PICCOLO, PRETTO, RIBOLLA, SUTTO, TATEO, TIRAMANI, TONELLI

Introduzione dell'articolo 175-*bis* del codice delle assicurazioni, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, in materia di tutela della concorrenza nell'ambito dei contratti di assicurazione sanitaria

Presentata il 4 aprile 2022

ONOREVOLI COLLEGHI! — Negli ultimi anni si è notevolmente diffusa la contrattazione di misure cosiddette di «*welfare* aziendale», che prevedono a favore dei lavoratori beneficiari la possibilità di aderire a una o più polizze di assistenza sanitaria integrativa, con copertura totale o parziale del relativo costo a carico dell'impresa datrice di lavoro.

La progressiva diffusione di tali polizze, incentivata da una disciplina fiscale di favore (articolo 51 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre

1986, n. 917), necessita di essere regolamentata sotto taluni aspetti che riguardano, segnatamente, la protezione della concorrenza e la tutela dei diritti dei soggetti beneficiari delle coperture assicurative.

In alcuni casi, in effetti, le polizze in esame contengono clausole che escludono totalmente il diritto del soggetto beneficiario di avvalersi delle prestazioni rese da un professionista di sua fiducia, qualora quest'ultimo non sia «convenzionato» con la compagnia di assicurazione medesima.

In altri casi, le polizze assicurative non escludono totalmente tale possibilità, ma

contengono comunque clausole particolari e specifiche che disincentivano fortemente la scelta di rivolgersi a un professionista non convenzionato. Sono tali, ad esempio, le clausole che prevedono massimali di copertura differenziati per professionisti convenzionati e no, l'applicazione di franchigie o la previsione di oneri che non sarebbero stati richiesti laddove l'assicurato avesse optato per il medico « convenzionato ».

Queste condizioni ledono chiaramente la posizione della persona beneficiaria della copertura assicurativa, la quale non viene coinvolta nella fase di negoziazione e può soltanto scegliere se aderire o meno alla polizza, perdendo però nel secondo caso la possibilità di godere dei benefici da essa previsti. Inoltre, queste stesse condizioni sono foriere di ripercussioni negative anche sulle dinamiche concorrenziali del settore, poiché attraverso le previsioni della polizza assicurativa (in particolare la determinazione dei massimali e il contestuale obbligo o incentivo di avvalersi del professionista convenzionato), l'impresa di assicurazione o i fornitori di servizi ad essa collegati si trovano nelle condizioni di influenzare la selezione del professionista e la determinazione del compenso ad esso spettante in misura potenzialmente non congrua rispetto alle caratteristiche della prestazione richiesta.

Per ovviare a tali problemi, le disposizioni previste dalla presente proposta di legge integrano la disciplina vigente, stabilendo espressamente nei riguardi delle imprese di assicurazione il divieto di inserire nei contratti di assicurazione sanitaria stipulati dai datori di lavoro a beneficio dei lavoratori previsioni volte a escludere, disincentivare o, comunque, limitare la prerogativa del beneficiario di avvalersi di un professionista di sua fiducia non convenzionato.

In particolare, si introduce una causa di nullità, fondata sulla presunzione del loro carattere vessatorio, delle clausole che obbligano l'assicurato ad avvalersi di un professionista convenzionato al fine di usufruire della copertura assicurativa o che prevedono massimali differenziati per le

stesse prestazioni quando siano state rese, rispettivamente, da professionisti convenzionati e non convenzionati. Si afferma così il principio generale in base al quale il rimborso del corrispettivo pagato dal lavoratore a favore di un professionista non convenzionato non può essere inferiore a quello previsto per il medesimo tipo di prestazione in caso di tutela assicurativa diretta.

Si ritiene che attraverso questi correttivi possano essere tutelate adeguatamente le dinamiche concorrenziali del settore e che possa altresì essere garantita la prerogativa dell'assistito di rivolgersi al professionista di sua fiducia e che offre la prestazione di qualità migliore: una prerogativa che nell'ambito sanitario ha indubbiamente rilievo costituzionale, quale componente del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Del resto, nell'ambito delle professioni legali, la normativa europea ha già adeguatamente bilanciato quest'ultimo diritto della persona con le libertà di autonomia imprenditoriale prevedendo, per un verso, che le polizze assicurative per la tutela giudiziaria non possano mai precludere alla persona assicurata di ricorrere alla difesa di un avvocato di sua fiducia, seppure non convenzionato con l'assicurazione (articolo 200, paragrafo 4, della direttiva 2009/138/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 novembre 2009), e, per un altro verso, che non sia incompatibile con la garanzia di questo diritto la possibilità per la compagnia di assicurazione — a tutela delle proprie prerogative imprenditoriali — di limitare la copertura della polizza entro limiti massimi di rimborso delle spese legali della persona assicurata, oltre i quali grava integralmente su quest'ultima l'onere economico del compenso dell'avvocato scelto (Corte di giustizia dell'Unione europea, sentenza 7 novembre 2013, C 442/12, Sneller, punto 26, e sentenza 26 maggio 2011, C 293/10, Stark, punto 33).

Il medesimo bilanciamento viene, dunque, recepito nella presente proposta di legge ed esteso ai contratti di assicurazione sanitaria a garanzia degli interessi di tutti i professionisti e degli assicurati.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. Nel titolo XII del codice delle assicurazioni, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo il capo III è inserito il seguente:

« Capo III-*bis*.

ASSICURAZIONE MALATTIE

Art. 175-*bis*. – (*Assicurazioni sanitarie in favore dei lavoratori*) – 1. È nulla qualunque pattuizione o clausola che, nei contratti di assicurazione sanitaria a beneficio del lavoratore stipulati fra i datori di lavoro e le imprese assicuratrici, obbliga i lavoratori ad avvalersi di professionisti e strutture sanitarie convenzionati con le imprese assicuratrici. La nullità della clausola non comporta la nullità del contratto. Le previsioni contenute nelle clausole nulle sono sostituite di diritto da previsioni che consentono al lavoratore assicurato di avvalersi delle prestazioni di un professionista o di una struttura sanitaria non convenzionati con l'impresa assicuratrice e di ricevere il rimborso del corrispettivo pagato o di parte di questo.

2. Nei contratti di cui al comma 1, il rimborso del corrispettivo pagato dal lavoratore in favore di un professionista o di una struttura sanitaria non convenzionati non può essere inferiore a quello previsto dall'impresa assicuratrice per il medesimo tipo di prestazione in caso di tutela assicurativa diretta, fermi restando i massimali e i limiti contrattualmente previsti. Qualunque clausola o pattuizione contraria a quanto disposto dal primo periodo è nulla. La nullità della clausola non comporta la nullità del contratto ».

2. Le disposizioni dell'articolo 175-*bis* del codice delle assicurazioni, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, introdotto dal comma 1 del presente articolo, si applicano ai contratti di assicura-

zione stipulati o rinnovati successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge. Le stesse disposizioni si applicano ai contratti in corso alla data di entrata in vigore della presente legge decorso un anno dalla medesima data.



18PDL0180910