

SENTENZA DEL TRIBUNALE (Quarta Sezione)
26 ottobre 1993 *

Nelle cause riunite T-6/92 e T-52/92,

Andreas Hans Reinarz, ex dipendente della Commissione delle Comunità europee, con l'avv. Francis Herbert, del foro di Bruxelles, con domicilio eletto in Lussemburgo presso l'avv. Carlos Zeyen, 67, rue Ermesinde,

ricorrente,

contro

Commissione delle Comunità europee, rappresentata dal signor Hendrik van Lier, membro del servizio giuridico, in qualità di agente, assistito dall'avv. Jules Stuyck, del foro di Bruxelles, con domicilio eletto in Lussemburgo presso il signor Nicola Anecchino, membro del servizio giuridico, Centre Wagner, Kirchberg,

convenuta,

avente ad oggetto i ricorsi diretti, rispettivamente, all'annullamento della nota della Commissione 27 marzo 1991, nella parte in cui riguarda le modalità di rimborso in futuro delle spese di assistenza infermieristica sostenute dal ricorrente per sua moglie (causa T-6/92), e all'annullamento della decisione della Commissione 5 luglio 1991, con la quale è stata effettuata una ritenuta di 6 300 BFR sul rimborso di alcune spese di assistenza infermieristica sostenute dal ricorrente per sua moglie (causa T-52/92),

* Lingua processuale: polandese.

IL TRIBUNALE DI PRIMO GRADO
DELLE COMUNITÀ EUROPEE (Quarta Sezione),

composto dai signori C. W. Bellamy, presidente, H. Kirschner e A. Saggio, giudici,

cancelliere: H. Jung

vista la fase scritta del procedimento e in seguito alla trattazione orale del 26 maggio 1993,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

Antefatti, ambito giuridico e svolgimento del procedimento

1 Il ricorrente, signor Andreas Hans Reinarz, ex dipendente (di grado A2) della Commissione, cessava definitivamente dal servizio presso le Comunità il 1° maggio 1973. Secondo il suo passaporto olandese e una patente di guida rilasciata dalle autorità di Wasa, British Columbia (Canada) (allegato C 8 del ricorso T-6/92 e allegato 1 della replica T-52/92), egli risiede attualmente in Canada, dove, secondo le schede personali di informazione contenute nel suo fascicolo personale, ha il suo «indirizzo privato» dal 1973.

2 Nel giugno 1988, durante un soggiorno presso i suoi figli a Dworp (Beersel) in Belgio, sua moglie fu colpita da una grave malattia. Da allora, ella viene curata a Dworp.

3 A causa di detta malattia, il ricorrente chiedeva ed otteneva, ai sensi dell'art. 72, n. 1, dello Statuto del personale delle Comunità europee (in prosieguo: lo «Statuto»), che le spese di assistenza infermieristica sostenute per sua moglie venissero rimborsate

al 100%. Questa sovvenzione veniva concessa, da ultimo, per il periodo compreso tra il 15 maggio 1991 e il 14 maggio 1994.

- 4 Fino al 31 dicembre 1990, ai sensi dei punti IV, n. 1, secondo comma, e X, n. 2, lett. a), dell'allegato I della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: da una parte, l'«allegato I», dall'altra la «regolamentazione di copertura»), stabilita di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità ai sensi dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, i rimborsi versati su previa autorizzazione dell'ufficio di liquidazione per prestazioni come, in particolare, i servizi prestati da infermieri erano limitati ad un massimale tale — ossia il doppio di un importo massimo di 4 830 franchi belgi (BFR) per un'assistenza di 24 ore — che il ricorrente effettivamente beneficiava di un rimborso al 100% delle spese di assistenza infermieristica.

- 5 Dal 1° gennaio 1991 il punto IV, n. 1, terzo comma, dell'allegato I prevede, fra l'altro, per le prestazioni infermieristiche, nuovi massimali di rimborso, indicati nel punto X. Ai sensi della nuova versione di quest'ultimo punto, il rimborso può essere concesso, su previa autorizzazione, solo fino ad un massimale di 2 415 BFR per 24 ore per un primo periodo di 90 giorni [punto X, n. 2, lett. c)]. Oltre questo periodo, il rimborso è limitato ad un massimale pari allo stipendio di base di un dipendente di grado C5, primo scatto, diminuito di un importo pari al 10% dello stipendio di base o della pensione dell'iscritto [punto X, n. 2, lett. d)]. Infine, secondo il punto XV, n. 3, secondo comma, dell'allegato I, la parte delle spese considerata eccessiva dall'ufficio di liquidazione non dà luogo ad alcun rimborso. La disposizione d'interpretazione relativa a quest'ultima disposizione stabilisce, in sostanza, che le spese che superano del 50% il costo corrispondente al 100% dei massimali previsti devono considerarsi eccessive e quindi non danno luogo a rimborso.

- 6 Il 29 marzo 1991 il ricorrente, che soggiornava in quel periodo in Belgio, riceveva all'indirizzo di «Hauwaertstraat 52, Dworp», una nota datata 27 marzo 1991 e firmata dal responsabile dell'ufficio di liquidazione della direzione generale «Personale e Amministrazione» della Commissione. Nel suo primo capoverso detta nota informava il ricorrente che egli aveva ottenuto una previa autorizzazione, allegata

alla nota, relativa al rimborso delle spese di assistenza infermieristica relative alla moglie per un periodo di 90 giorni. Nel secondo e nel terzo capoverso la nota attirava l'attenzione del ricorrente sulla nuova redazione dei succitati punti IV e X, che prevedono un rimborso massimo di 2 415 BFR per 24 ore per un periodo di 90 giorni e lo informava che «al termine di tale periodo, e purché vi sia una nuova autorizzazione previa, il rimborso previsto è limitato ad un importo pari allo stipendio base di un dipendente di grado C5, primo scatto (attualmente circa 72 000 BFR), diminuito di un importo pari al 10% della Sua pensione base». La nota terminava con il seguente paragrafo: «La presente nota Le viene inviata per consentirLe di prendere le disposizioni necessarie per il futuro». Un estratto delle disposizioni succitate della nuova regolamentazione di copertura era allegato nella versione francese, in quanto la versione olandese non era a quell'epoca ancora disponibile.

- 7 Il 30 marzo 1991 il ricorrente presentava, da Dworp, un reclamo, registrato il 4 aprile 1991 nella segreteria generale della Commissione, nel quale sosteneva, in sostanza, che la regolamentazione di copertura in vigore dal 1° gennaio 1991 aveva l'effetto, contrariamente alle disposizioni dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, di ridurre sensibilmente il rimborso applicabile prima di questa data ai beneficiari di una sovvenzione al 100% da parte del regime di assicurazione malattia comune alle istituzioni delle Comunità europee (in prosieguo: il «regime comune») colpiti da una malattia riconosciuta grave. A tale riguardo, il ricorrente rilevava «una diminuzione di oltre il 70% per il periodo durante il quale sono stato lontano dal luogo di soggiorno di mia moglie», aggiungendo: «Quando sono presente a Dworp e mi occupo chiaramente anche delle cure da fornire a mia moglie, la riduzione ammonta alla metà circa». Inoltre, egli faceva carico alla nuova regolamentazione di pregiudicare, in modo unilaterale e discriminatorio, la categoria degli assicurati (principalmente costituita da dipendenti in pensione) per la quale il costo delle cure o le spese di rieducazione rappresentano una voce di spesa molto onerosa, e sosteneva che la sua applicazione nuoceva ai diritti che egli aveva acquisito ai sensi dello Statuto.
- 8 Il 9 luglio 1991 il comitato di gestione del regime comune (in prosieguo: il «comitato di gestione») adottava, ai sensi dell'art. 16, n. 2, della regolamentazione di copertura, un parere sul reclamo del ricorrente. Esso esprimeva dubbi sulla ricevibilità di tale reclamo in quanto non gli pareva che fosse diretto contro un atto arrecante pregiudizio, poiché la nota controversa del 27 marzo 1991 conteneva solo una semplice informazione sulla nuova regolamentazione applicabile. Quanto al merito,

il comitato di gestione riteneva che tale regolamentazione non violasse alcun diritto quesito del ricorrente.

9 Il 4 agosto 1991 il reclamo costituiva oggetto di un rigetto implicito. Prima, con lettera del 12 giugno 1991, inviata da «Dworp, Hauwaertstraat 50», il ricorrente lo aveva completato sviluppando i motivi giuridici che, a suo parere, rendevano illegittima «la decisione del 27 marzo 1991».

10 Il 29 ottobre 1991 il ricorrente riceveva all'indirizzo di «Hauwaertstraat 52, Dworp», una nota datata 15 ottobre 1991, firmata dal signor Richardson, direttore della direzione «Diritti e doveri» della direzione generale «Personale e Amministrazione», e redatta come segue: «Dall'esame del Suo reclamo risulta che esso era diretto contro un'informazione (...) in realtà priva di influenza sulla Sua situazione giuridica e che non Le arreca ancora pregiudizio. In effetti, la lettera dell'amministrazione La informa (...) (e) non contiene alcuna decisione concreta relativa al rimborso (...) in base a una domanda che Lei abbia presentato a tale scopo».

11 In seguito a ciò, con atto depositato nella cancelleria del Tribunale il 31 gennaio 1992, il ricorrente presentava un ricorso d'annullamento contro la decisione contenuta, a suo parere, nella nota del 27 marzo 1991 e che effettua, secondo lui, una riduzione dei rimborsi delle spese di assistenza infermieristica per sua moglie (causa T-6/92).

12 Nel frattempo, il 6 maggio 1991, il ricorrente aveva presentato presso l'ufficio di liquidazione una domanda di rimborso delle spese di assistenza infermieristica che ammontavano a 78 750 BFR. Il 7 luglio 1991 egli riceveva un bonifico, effettuato dalla Commissione in data 5 luglio 1991, per l'importo di 72 450 BFR.

13 Con lettera del 30 settembre 1991 inviata da «Dworp, Beersel», il ricorrente presentava un reclamo nel quale sosteneva, da una parte, di aver ricevuto solo nell'agosto 1991 «il conteggio relativo (al bonifico) (...) inviato come al solito

all'indirizzo in Canada» e, dall'altra, che, oltre al primo reclamo che aveva presentato il 30 marzo 1991 contro le modifiche della regolamentazione di copertura, egli intendeva anche contestare, come misura di prudenza, la ritenuta di 6 300 BFR che era stata effettuata, ai sensi della nuova regolamentazione, sulla sua domanda di rimborso.

- 14 Tale reclamo costituiva innanzi tutto oggetto di un rigetto implicito. Tuttavia, il 12 marzo 1992, la Commissione inviava una decisione espressa di rigetto che il ricorrente riceveva il 16 marzo 1992 all'indirizzo di «Hauwaertstraat 52, Dworp». Il rigetto era essenzialmente motivato dal fatto che il rimborso controverso era stato liquidato conformemente alla regolamentazione applicabile e che non si trattava di una discriminazione nei riguardi dei pensionati, in quanto le condizioni di rimborso delle spese di assistenza infermieristica erano sempre le stesse, indipendentemente dal fatto che l'iscritto fosse in servizio attivo o meno.
- 15 In seguito a ciò, il ricorrente presentava, con atto depositato nella cancelleria del Tribunale il 13 luglio 1992, un secondo ricorso d'annullamento diretto, in sostanza, contro la decisione 5 luglio 1991 mediante la quale era stata operata una ritenuta di 6 300 BFR sulla sua domanda di rimborso (causa T-52/92).
- 16 La fase scritta dei procedimenti si è svolta ritualmente. Con ordinanza 30 ottobre 1992, il presidente della Quarta Sezione del Tribunale ha riunito le due cause ai fini della trattazione orale e della sentenza.
- 17 Su relazione del giudice relatore, il Tribunale (Quarta Sezione) ha deciso di passare alla fase orale senza procedere ad istruttoria. Egli tuttavia ha posto alcuni quesiti alla Commissione.
- 18 In tale occasione, la Commissione ha prodotto, fra l'altro, il testo del parere n. 3/89 emesso il 23 febbraio 1989 dal comitato di gestione e relativo alla revisione della regolamentazione di copertura, senza tuttavia allegarvi il testo delle diverse proposte di revisione, in particolare quelle relative ai punti IV, X, n. 2, e XV dell'allegato

I. Nei 'considerando' di tale parere, il comitato di gestione osservava, fra l'altro, che, a causa di uno squilibrio crescente tra i contributi e le spese nell'ambito del regime comune, nel corso degli ultimi esercizi si era registrato un disavanzo e che, tenuto conto delle previsioni, il regime avrebbe con molta probabilità esaurito, in larga misura, le eccedenze accantonate al momento della chiusura dell'esercizio 1991. Esso sottolineava la necessità di prevedere, di conseguenza, il ripristino dell'equilibrio tra contributi e spese e, a tal fine, proponeva, tra le altre misure, di aumentare il contributo degli iscritti e quello delle istituzioni. Nello stesso tempo, esso suggeriva diverse modifiche della regolamentazione di copertura, in particolare, nell'ambito dell'allegato I, la modifica del punto X, relativo alle prestazioni infermieristiche, e del punto XV, n. 3, secondo comma, relativo alle spese eccessive.

- 19 In seguito all'udienza del 26 maggio 1993, il ricorrente ha prodotto, su richiesta del Tribunale, il modulo allegato alla nota del 27 marzo 1991, con il quale egli aveva presentato una domanda di previa autorizzazione e sul quale l'amministrazione aveva espresso il proprio consenso.
- 20 Con decisione 2 luglio 1993, il presidente ha dichiarato chiusa la fase orale del procedimento.

Conclusioni delle parti

- 21 Nella causa T-6/92, il ricorrente conclude che il Tribunale voglia:

in via principale

- adottare talune misure di organizzazione del procedimento (invitando la Commissione a precisare la nuova disciplina dei massimali e a spiegarne i motivi e le modalità di applicazione);

— dichiarare la domanda ricevibile e fondata e, di conseguenza,

- 1) annullare, nei termini in cui è stata comunicata nella nota 27 marzo 1991, la decisione con la quale i rimborsi delle spese di assistenza infermieristica sostenute per la moglie del ricorrente sono ridotti drasticamente;

- 2) condannare la Commissione alle spese ai sensi dell'art. 87, n. 2, del regolamento di procedura;

in subordine

nel caso in cui il Tribunale dichiarasse infondata la domanda, condannare tuttavia la Commissione alle spese ai sensi dell'art. 87, n. 3, del regolamento di procedura;

in ulteriore subordine

in caso di rigetto del ricorso, applicare l'art. 88 del regolamento di procedura.

La Commissione conclude che il Tribunale voglia:

- dichiarare il ricorso irricevibile;

- in subordine, dichiararlo infondato;

- condannare il ricorrente alle spese.

22 Nella causa T-52/92, il ricorrente conclude che il Tribunale voglia:

in via principale

- adottare le stesse misure di organizzazione del procedimento che egli ha già chiesto nella causa T-6/92;
- dichiarare la domanda ricevibile e fondata e, di conseguenza,
 - 1) dichiarare invalida la disposizione del punto IV, n. 1, terzo comma, dell'allegato I, relativa alle spese di assistenza infermieristica di cui al punto X, n. 2, lett. c) e lett. d) e, di conseguenza, annullare la decisione che riduce drasticamente i rimborsi delle spese di assistenza infermieristica sostenute per la moglie del ricorrente, nei termini in cui è stata comunicata nella nota 27 marzo 1991 ed attuata nella decisione 5 luglio 1991, che ha operato una ritenuta di 6 300 BFR;
 - 2) condannare la Commissione alle spese ai sensi dell'art. 87, n. 2, del regolamento di procedura;

in subordine

nel caso in cui il Tribunale dichiarasse infondata la domanda, condannare tuttavia la Commissione alle spese ai sensi dell'art. 87, n. 3, del regolamento di procedura;

in ulteriore subordine

in caso di rigetto del ricorso, applicare l'art. 88 del regolamento di procedura.

La Commissione conclude che il Tribunale voglia:

- dichiarare il ricorso irricevibile;
- in subordine, dichiararlo infondato;
- condannare il ricorrente alle spese.

Sulla ricevibilità del ricorso nella causa T-6/92

Argomenti delle parti

- 23 La Commissione, senza sollevare un'eccezione formale di irricevibilità ai sensi dell'art. 114 del regolamento di procedura, contesta la ricevibilità del ricorso sotto due aspetti: l'osservanza dei termini e l'esistenza di un atto arrecante pregiudizio.
- 24 Quanto all'osservanza dei termini, essa sostiene che il ricorso presentato il 31 gennaio 1992 contro la nota del 27 marzo 1991 non è stato proposto entro il termine di tre mesi stabilito dall'art. 91, n. 3, dello Statuto, in quanto tale termine ha iniziato a decorrere dal 4 agosto 1991, data del rigetto implicito del reclamo del ricorrente. In effetti, la nota del signor Richardson del 15 ottobre 1991 non potrebbe essere qualificata come decisione espressa di rigetto del reclamo del ricorrente, in quanto essa non farebbe che ripetere il punto di vista della Commissione, secondo il quale la nota precedente del 27 marzo 1991 si limitava a fornire delle informazioni e non comportava alcuna decisione. Riguardo alla lettera del 12 giugno 1991, «presentata (...) per completare il reclamo» iniziale del ricorrente, la Commissione ritiene che tale complemento non possa avere alcun significato autonomo per il calcolo dei termini.
- 25 Quanto alla natura giuridica della nota del 27 marzo 1991, la Commissione sostiene che non si tratta di un atto arrecante pregiudizio, in quanto il danno che il ricorrente ha potuto eventualmente subire deriverebbe direttamente dalla modifica della

regolamentazione applicabile, la quale sarebbe un atto amministrativo di portata generale. Indubbiamente, la previa autorizzazione concessa con tale nota non nuocerebbe al ricorrente, il quale, del resto, nell'atto introduttivo, ravviserebbe un atto che gli arreca pregiudizio solo nel passo della nota che lo informa delle conseguenze giuridiche derivanti dalla nuova regolamentazione.

26 A tale riguardo, la Commissione, rinviando alla giurisprudenza della Corte (v. sentenze 17 luglio 1959, causa 20/58, Phoenix-Rheinrohr/Alta Autorità, causa 23/58, Mannesmann e a./Alta Autorità, e cause 32/58 e 33/58, Snuapat/Alta Autorità, rispettivamente, Racc. pagg. 157, 247 e 271, nonché sentenze 28 maggio 1970, cause 19/69, 20/69, 25/69 e 30/69, Richez-Parise e a./Commissione, Racc. pag. 325, punto 3 della motivazione, e 9 luglio 1970, causa 23/69, Fiehn/Commissione, Racc. pag. 547, punto 3 della motivazione), rammenta che le comunicazioni che forniscono un'interpretazione di atti esistenti non sono suscettibili di ricorso, il che varrebbe, a maggior ragione, per le comunicazioni, come nella fattispecie la nota controversa, nelle quali l'autorità menziona solo una regolamentazione modificata.

27 La Commissione sottolinea che in realtà il ricorrente cerca unicamente di invocare la pretesa illegittimità delle disposizioni modificate della regolamentazione di copertura. Poiché quest'ultima non è una decisione di cui egli sia il destinatario e poiché essa non può neppure essere considerata come una decisione che lo riguardi direttamente ed individualmente ai sensi dell'art. 173, secondo comma, del Trattato CEE, il ricorso d'annullamento che egli proporrebbe così contro di essa sarebbe, secondo la Commissione, in ogni caso irricevibile, così come risulterebbe da una giurisprudenza costante della Corte a partire dalla sentenza 15 luglio 1963, causa 25/62, Plaumann/Commissione (Racc. pag. 195, in particolare pag. 220).

28 Riguardo ai termini, il ricorrente risponde che tutti gli elementi indicano che la nota del signor Richardson del 15 ottobre 1991 costituisce effettivamente una decisione espressa di rigetto del suo reclamo: da una parte, il suo reclamo sarebbe stato sottoposto, ai sensi dell'art. 16 della regolamentazione di copertura, al comitato di gestione per un parere e avrebbe costituito oggetto di tale parere; la procedura scelta sarebbe quindi stata quella prevista per l'adozione di una decisione su un reclamo; dall'altra, il testo della nota del 15 ottobre 1991 e la qualifica amministrativa e gerarchica del suo firmatario denoterebbero chiaramente che si tratta di una decisione espressa di rigetto, la quale, ai sensi dell'art. 91, n. 3, secondo trattino, ultima frase, dello Statuto, faceva nuovamente decorrere il termine di ricorso.

- 29 Quanto al reclamo «complementare» del 12 giugno 1991, il ricorrente conferma che esso è stato presentato per completare il primo entro il termine previsto a tale scopo dall'art. 90 dello Statuto. Poiché, secondo il ricorrente, il ricorso diretto contro il rigetto, da parte della nota del 15 ottobre 1991, del suo reclamo completato in questo modo è stato presentato in tempo utile, non sarebbe necessario dilungarsi ulteriormente su questo punto.
- 30 Riguardo alla questione di stabilire se la nota del 27 marzo 1991 contenga una decisione suscettibile di ricorso, il ricorrente ritiene che la giurisprudenza citata dalla Commissione non sia pertinente. La nota impugnata conterrebbe un atto che arreca pregiudizio in quanto proviene dal responsabile dell'ufficio di liquidazione, il quale, ai sensi dell'art. 20 della regolamentazione di copertura, è incaricato di ricevere e di liquidare le domande di rimborso di spese e di eseguire i relativi pagamenti, nonché di evadere le domande di autorizzazione previa. Inoltre, la nota sarebbe indirizzata al ricorrente e si riferirebbe specificamente al rimborso delle spese di assistenza infermieristica per sua moglie, espressamente nominata. Infine, il ricorrente sarebbe stato informato delle modifiche intervenute nella regolamentazione di copertura che hanno un'influenza diretta sul rimborso di questo tipo di spese, e ciò già nel primo periodo di 90 giorni, al fine di «consentirgli di prendere le disposizioni necessarie per il futuro».
- 31 Il ricorrente ritiene che la giurisprudenza esistente confermi il carattere di atto lesivo della nota impugnata. A tale riguardo, egli rinvia alla sentenza della Corte 1° febbraio 1979, causa 17/78, Deshormes/Commissione (Racc. pag. 189), e alle conclusioni dell'avvocato generale Capotorti nella causa Curtis/Commissione e Parlamento (sentenza della Corte 14 giugno 1981, causa 167/80, Racc. pag. 1499, in particolare pagg. 1512, 1534, 1535). Il ricorrente ne deduce che, se si applicano questi principi al caso di specie, si deve constatare che la nota del 27 marzo 1991 lo informava effettivamente del modo in cui la nuova regolamentazione sarebbe stata attuata nei suoi confronti per quanto concerne l'applicazione, con riserva di previa autorizzazione, del punto X dell'allegato I. Egli sottolinea che l'esistenza, per lui, di un danno a livello potenziale è confermata dalla precisazione figurante nella nota, secondo la quale le informazioni che gli venivano fornite avevano lo scopo di consentirgli di adottare le disposizioni necessarie per il futuro.

- 32 Riguardo alla questione dell'esistenza di un atto che arreca pregiudizio, all'udienza il ricorrente ha sottolineato che la nota del 27 marzo 1991, malgrado la sua forma di comunicazione generale, era in realtà un atto che lo riguardava individualmente. In effetti, in quanto limita a 90 giorni la previa autorizzazione concessa, tale nota costituirebbe una prima misura di esecuzione della nuova regolamentazione, la quale aveva introdotto, al punto X, n. 2, lett. c), del suo allegato I, una limitazione la cui applicazione al ricorrente avrebbe comportato un peggioramento della sua situazione. Poiché tale limitazione non esisteva nel sistema precedente, il fatto che la previa autorizzazione sia stata concessa al ricorrente solo per 90 giorni gli arrecherebbe danno.
- 33 All'udienza il ricorrente ha aggiunto che i suoi due ricorsi devono essere considerati globalmente e che è il sistema stesso della nuova regolamentazione, visto nella sua coerenza cronologica, che egli contesta in quanto tale. In effetti, la nota del 27 marzo 1991, in quanto invitava il ricorrente a «prendere le disposizioni necessarie per il futuro», non avrebbe riguardato solo il primo periodo di 90 giorni, ma tutto il periodo durante il quale la moglie del ricorrente, il cui stato di salute non avrebbe avuto molte possibilità di migliorare in breve tempo, sarebbe stata inferma. In questo ambito, rinviando al conteggio del 20 maggio 1992, versato agli atti come allegato 2 della replica nella causa T-52/92, egli ha sostenuto che detto conteggio costituisce una misura di applicazione del nuovo punto X, n. 2, lett. d), dell'allegato I, relativa al periodo posteriore ai primi 90 giorni, la cui legittimità deve parimenti essere esaminata nell'ambito della presente lite. In effetti, non si potrebbe pretendere che egli contesti separatamente tutte le misure speciali di applicazione della regolamentazione — ossia tutti i conteggi di rimborso —, in quanto tale pretesa sarebbe contraria ad ogni principio di economia processuale e non faciliterebbe certamente né il lavoro della Commissione né quello del Tribunale e degli avvocati.
- 34 La Commissione, da parte sua, ha ripetuto all'udienza il suo punto di vista secondo il quale la nota del 27 marzo 1991 era una semplice lettera d'informazione. Essa ha aggiunto che, in quel periodo, non poteva fornire un'informazione completa sulla nuova regolamentazione di copertura, in quanto la versione olandese di tale regolamentazione non era ancora disponibile. Essa si sarebbe tuttavia preoccupata di avvertire il ricorrente circa il contenuto delle nuove disposizioni al fine di attirare la sua attenzione sulle conseguenze che lo riguardavano direttamente. Quanto alla previa autorizzazione allegata alla nota controversa, la Commissione ha osservato

che la limitazione a 90 giorni della concessione di tale autorizzazione non era stata impugnata nel corso della fase scritta del procedimento. Il ricorrente avrebbe menzionato per la prima volta tale punto solo all'udienza.

Giudizio del Tribunale

- 35 Occorre rammentare che il ricorso d'annullamento proposto da un dipendente contro l'istituzione comunitaria cui appartiene è ricevibile ai sensi dell'art. 91, n. 1, dello Statuto solo se è diretto contro un atto che arreca pregiudizio. Secondo una giurisprudenza costante della Corte e del Tribunale, arrecano pregiudizio solo gli atti che possono incidere direttamente sulla situazione giuridica del dipendente, e questo non è il caso di semplici lettere informative che contengano solamente informazioni amministrative (v., ad esempio, sentenza della Corte 10 dicembre 1969, causa 32/68, Grasselli/Commissione, Racc. pag. 505, punto 7 della motivazione; ordinanze del Tribunale 4 luglio 1991, causa T-47/90, Herremans/Commissione, Racc. pag. II-467, punti 21 e 22 della motivazione, e 11 maggio 1992, causa T-34/91, Whitehead/Commissione, Racc. pag. II-1723, punto 22 della motivazione, nonché sentenza del Tribunale 3 aprile 1990, Pfloeschner/Commissione, causa T-135/89, Racc. pag. II-153, punto 14 della motivazione). Di conseguenza, occorre esaminare le principali disposizioni della nota impugnata 27 marzo 1991, al fine di determinare la sua natura giuridica.
- 36 Il primo capoverso della nota impugnata rinvia ad una previa autorizzazione allegata, che è stata concessa per un periodo di 90 giorni e che riguarda il rimborso delle spese di assistenza infermieristica che dovevano essere sostenute per la moglie del ricorrente. A questo proposito, occorre constatare innanzi tutto che, poiché le spese di assistenza infermieristica possono essere rimborsate, ai sensi del punto X, n. 2, lett. c), dell'allegato I, solo su previa autorizzazione, la concessione di quest'ultima costituisce una misura favorevole all'interessato, e non può costituire, in quanto tale, oggetto di un ricorso.
- 37 Tuttavia, all'udienza, il ricorrente ha sostenuto che la previa autorizzazione menzionata nella nota controversa costituiva nei suoi riguardi il primo atto di esecuzione individuale della nuova regolamentazione di copertura e che tale atto gli arrecava danno a causa della limitazione a 90 giorni che esso implicava, mentre, ai

sensi della regolamentazione precedente, la stessa autorizzazione gli era stata concessa per un periodo più lungo, pari a sei mesi. A questo proposito si deve osservare che, se l'autorizzazione in causa può aver costituito, nei confronti del ricorrente, la prima misura di applicazione concreta della nuova regolamentazione, tale misura non stabiliva ancora la percentuale di rimborso effettiva delle spese di assistenza infermieristica che egli avrebbe eventualmente dovuto sostenere. In effetti, questa percentuale non era ancora nota al momento della concessione della previa autorizzazione, ma dipendeva da fattori esterni all'amministrazione. Pertanto, l'autorizzazione di cui trattasi ha soprattutto le caratteristiche di un atto preparatorio che precede il rimborso di spese di assistenza infermieristica non ancora sostenute.

38 Tuttavia, non sembra necessario risolvere tale questione. Anche se l'autorizzazione in causa dovesse essere considerata come un atto che arreca pregiudizio, occorre osservare che le conclusioni del ricorso non sono affatto dirette contro di essa e che essa non costituisce quindi l'oggetto della lite ai sensi dell'art. 44, n. 1, lett. c), del regolamento di procedura. In effetti, il ricorrente non la menziona, a pag. 6 del ricorso nella causa T-6/92, come facente parte dell'oggetto della lite e neppure l'ha allegata al suddetto ricorso quale atto di cui viene chiesto l'annullamento, ai sensi dell'art. 44, n. 4, del regolamento di procedura. Infine, l'autorizzazione di cui trattasi non è stata impugnata nel reclamo presentato il 30 marzo 1991. Ne deriva che il fatto che il ricorrente l'abbia impugnata per la prima volta all'udienza non può aver avuto l'effetto di ampliare l'oggetto del ricorso, in quanto tale gravame è stato proposto oltre i termini di impugnazione, senza l'osservanza delle formalità previste dalla succitata disposizione del regolamento di procedura e senza essere stato preceduto dal procedimento precontenzioso previsto dallo Statuto.

39 Riguardo al secondo, terzo e quarto capoverso della nota controversa del 27 marzo 1991, l'analisi di questi passi mostra che essi si limitano ad informare il ricorrente dell'entrata in vigore della nuova regolamentazione di copertura e, in particolare, delle disposizioni pertinenti alla sua situazione. Detta informazione era peraltro particolarmente opportuna nel caso del ricorrente per il fatto che, all'inizio del 1991, la versione olandese della nuova regolamentazione non era ancora disponibile. Infatti, le informazioni fornite nel secondo e nel terzo capoverso della nota controversa corrispondono ad una comunicazione, priva di qualunque commento, del testo stesso delle disposizioni pertinenti della nuova regolamentazione. L'unica menzione che va oltre un riassunto del contenuto di tali disposizioni consiste nella precisazione dell'importo del massimale pari allo stipendio base allora spettante a

un dipendente di grado C5, primo scatto, di cui al punto X, n. 2, lett. d), dell'allegato I. Tale precisazione, ricavata dalla tabella degli stipendi mensili base fissata dall'art. 66 dello Statuto, era particolarmente interessante per un dipendente in pensione. Ne consegue che i passi analizzati contengono solo informazioni prive di qualunque carattere decisionale.

40 Tale valutazione giuridica è suffragata dalle sentenze Grasselli/Commissione, succitata, punti 1 e 5-7 della motivazione, e Pfloeschner/Commissione, succitata, punto 14 della motivazione, nelle quali si afferma che informazioni amministrative fornite a titolo indicativo, sotto forma di tabella esplicativa dei diritti del dipendente interessato o di un conteggio provvisorio, non possono essere qualificate atti che arrecano pregiudizio.

41 Infine, neppure l'ultimo capoverso della nota del 27 marzo 1991 contiene elementi decisionali che arrechino pregiudizio al ricorrente. In effetti, anche se questo passo si rivolge direttamente ed individualmente al ricorrente, la Commissione si limita ad indicarvi i motivi per i quali essa gli ha fornito le informazioni succitate, ossia per consentirgli di prendere le disposizioni necessarie per il futuro. Questa frase, lungi dall'incidere in modo positivo o negativo sulla situazione giuridica del ricorrente, è invero simile, letta nel suo contesto, ad una formula di cortesia, del resto superflua per un dipendente prudente ed accorto che, informato dell'entrata in vigore di una nuova regolamentazione applicabile alla sua situazione personale, deve esaminare, di propria iniziativa e nel proprio interesse, le possibilità o la necessità di adottare determinate misure per il futuro.

42 Questa conclusione non può essere infirmata dalla giurisprudenza citata, in questo contesto, dal ricorrente. In effetti, nella succitata causa Deshormes/Commissione, la ricorrente contestava una nota dell'amministrazione che aveva respinto la sua richiesta che venissero presi in considerazione determinati periodi nel calcolo della sua pensione (punto I della parte in fatto, Racc. pag. 191). Questa nota costituiva quindi un atto amministrativo avente natura di decisione (punto 10 della motivazione della sentenza), per la qual cosa essa si distingue sostanzialmente dalla nota controversa nel caso di specie.

- 43 Sul rilievo del ricorrente secondo cui è il sistema della nuova regolamentazione di copertura in quanto tale che egli impugna con i suoi due ricorsi che, a suo parere, devono essere considerati globalmente, è sufficiente osservare che, nel sistema di rimedi giuridici previsto dall'art. 179 del Trattato CEE e dagli artt. 90 e 91 dello Statuto, un atto di portata generale come la regolamentazione di copertura emanata dalle istituzioni comunitarie, ai sensi dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, non può costituire oggetto di un ricorso d'annullamento.
- 44 Risulta da quanto precede che il ricorso nella causa T-6/92 dev'essere dichiarato irricevibile, senza che sia necessario esaminare se detto ricorso sia stato proposto nel termine previsto dall'art. 91, n. 3, dello Statuto.

Sulla ricevibilità del ricorso nella causa T-52/92

Argomenti delle parti

- 45 La Commissione, senza sollevare un'eccezione formale di irricevibilità ai sensi dell'art. 114 del regolamento di procedura, ritiene che il ricorso sia irricevibile per inosservanza dei termini. In effetti, poiché il ricorrente ha ricevuto il 16 marzo 1992 la decisione espressa di rigetto del suo reclamo, il suo ricorso presentato il 13 luglio 1992 sarebbe stato proposto più di tre mesi dopo la notifica di tale decisione (art. 90, n. 3, dello Statuto). Mentre il ricorrente sostiene che il termine normale di tre mesi debba, a causa della sua residenza abituale in Canada, essere prorogato di un mese a causa della distanza, ai sensi delle disposizioni combinate dell'art. 102, n. 2, del regolamento di procedura del Tribunale e dell'art. 1, ultimo trattino, dell'allegato II del regolamento di procedura della Corte, egli non avrebbe tuttavia dimostrato di risiedere (tuttora) in Canada.
- 46 Poiché il ricorrente non contesta di aver ricevuto, a Dworp, il suo luogo di residenza in Belgio, la decisione 12 marzo 1992 di rigetto del suo reclamo, egli non può, secondo la Commissione, chiedere il beneficio di una proroga del termine a causa della distanza. Tale soluzione si imporrebbe tanto più che il ricorrente stesso ha inviato ancora il 30 settembre 1991, da Dworp/Beersel, al presidente della

Commissione un reclamo su questo stesso argomento. La Commissione sarebbe quindi stata in diritto di ritenere che il ricorrente fosse d'accordo a ricevere le decisioni che lo riguardavano al suo indirizzo in Belgio. Di conseguenza, essa avrebbe potuto legittimamente aspettarsi che il ricorrente non presentasse più alcun ricorso d'annullamento dopo il 16 giugno 1992. Poiché il termine per la proposizione di un ricorso è di ordine pubblico, la Commissione ritiene di non poter prescindere da questo nella fattispecie.

- 47 Il ricorrente ribatte di aver stabilito la propria residenza in Canada. Ciò risulterebbe dal suo passaporto olandese e dalla sua patente di guida canadese, di cui ha versato copia agli atti (allegato I della replica), sottolineando che questi documenti corredevano già l'atto introduttivo della causa T-6/92. Orbene, la Commissione non avrebbe contestato, nell'ambito di questa prima causa, il fatto che egli risieda fuori dall'Europa.
- 48 In risposta ad un quesito posto dal Tribunale dopo la chiusura della fase scritta del procedimento, la Commissione ha dichiarato di non essere in grado di fornire, a sostegno della sua affermazione secondo la quale il ricorrente ha la sua residenza abituale in Belgio, elementi di fatto o di diritto supplementari rispetto ai fatti riportati nelle sue memorie e ha dichiarato di rimettersi, a tale riguardo, al giudizio del Tribunale.

Giudizio del Tribunale

- 49 Occorre ricordare innanzi tutto che il ricorso è stato presentato il 13 luglio 1992, ossia più di tre mesi dopo il ricevimento, avvenuto il 16 marzo 1992, della decisione recante rigetto del reclamo del ricorrente. Di conseguenza, esso potrebbe essere ricevibile solo se il termine di ricorso — ai sensi del combinato disposto dell'art. 102, n. 2, del regolamento di procedura del Tribunale e dell'art. 1, ultimo trattino, della decisione sui termini in ragione della distanza, costituente l'allegato II del regolamento di procedura della Corte — fosse stato prorogato di un mese a causa del fatto che il ricorrente aveva la sua residenza abituale, come egli sostiene, in Canada.
- 50 Considerando che una decisione sul luogo della o delle residenze abituali del ricorrente in Canada e/o in Belgio richiederebbe difficili verifiche di fatto, mentre è

solo nell'ipotesi in cui il ricorso risultasse fondato che la questione della sua ricevibilità dovrebbe essere risolta, il Tribunale ritiene opportuno esaminare innanzi tutto il merito della causa T-52/92.

Sul merito del ricorso nella causa T-52/92

Riguardo all'oggetto del ricorso

- 51 Tenuto conto della formulazione assai ampia delle conclusioni nell'atto introduttivo, occorre determinare innanzi tutto l'oggetto del ricorso. Orbene, poiché quest'ultimo è un ricorso diretto all'annullamento di un atto che arreca pregiudizio, il Tribunale può esaminare solo le conclusioni presentate in via principale, volte all'annullamento del conteggio del 5 luglio 1991, in quanto quest'ultimo evidenzia una ritenuta di 6 300 BFR. A questo proposito, il Tribunale constata che, come le parti hanno riconosciuto all'udienza, detta ritenuta si riferisce solo al primo periodo di 90 giorni, ai sensi della nuova regolamentazione di copertura. Di conseguenza, essa è stata effettuata solo sulla base del punto X, n. 2, lett. c), e non lett. d), dell'allegato I. D'altra parte, la pertinenza della sola lett. c) è già stata sottolineata a pagg. 3 e 4 della decisione 12 marzo 1992 recante rigetto del reclamo del ricorrente.
- 52 Di conseguenza, il Tribunale non può esaminare, nell'ambito della causa T-52/92, la «decisione che riduce drasticamente i rimborsi delle spese di assistenza infermieristica per la moglie del ricorrente, nei termini in cui è stata comunicata nella nota 27 marzo 1991 ed attuata nella decisione 5 luglio 1991», né l'affermazione del ricorrente secondo la quale, ai sensi della nuova regolamentazione di copertura, il rimborso delle spese di assistenza infermieristica che egli deve sostenere «viene ridotto al 35,77% nei primi 90 giorni e al 21,72% dopo tale periodo» (pag. 5 della replica). In effetti, mentre può eventualmente accadere che, in ragione dei massimali previsti, il rimborso delle spese sostenute risulti effettivamente basato su una percentuale così bassa, questa ipotesi non è quella del rimborso impugnato nella fattispecie che, malgrado la ritenuta controversa di 6 300 BFR, ammonta al 92% delle spese sostenute. In tale ambito, il Tribunale rammenta di aver già rilevato nelle sentenze 12 luglio 1991, causa T-110/89, Pincherle/Commissione (Racc. pag. II-635, punti 30 e 33 della motivazione) e 25 febbraio 1992, causa T-41/90, Barassi/Commissione (Racc. pag. II-159, punto 38 della motivazione), che il giudice comunitario è competente solo a sindacare la legittimità di un atto che leda il dipendente ricorrente e non può, in mancanza di un provvedimento di applicazione particolare, pronun-

ciarsi astrattamente sulla legittimità di una norma di natura generale. Ne consegue nel presente caso che è irricevibile la censura formulata dal ricorrente contro la regolamentazione di copertura, in quanto quest'ultima non riguarda la decisione individuale impugnata.

- 53 Occorre aggiungere che il Tribunale non può neppure valutare la legittimità del conteggio del 20 maggio 1992, prodotto come allegato 2 della replica. Da quest'ultimo risulta che — ai sensi dei punti IV, n. 1, terzo comma, X, n. 2, lett. d), e XV, n. 3, secondo comma, dell'allegato I, dell'art. 8, n. 2, della nuova regolamentazione di copertura nonché della disposizione d'interpretazione relativa al punto XV, n. 3, secondo comma, del suddetto allegato I — è stata presentata una seconda domanda di rimborso delle spese di assistenza infermieristica per l'importo di 132 928 BFR e che il relativo rimborso è stato limitato a 41 881 BFR. Orbene, tale conteggio non è stato impugnato nell'atto introduttivo. Le disposizioni sulla base delle quali è stato effettuato non sono le stesse sulle quali si fonda il conteggio del 5 luglio 1991, che ha costituito oggetto di un procedimento precontenzioso e di cui trattasi espressamente nell'atto introduttivo.

Riguardo ai mezzi sollevati dal ricorrente

- 54 A sostegno del suo ricorso, il ricorrente deduce cinque mezzi relativi, rispettivamente, alla violazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, alla lesione dei suoi diritti quesiti, alla violazione del dovere generale di sollecitudine, alla violazione del principio di non discriminazione e alla violazione del principio di proporzionalità. In un sesto mezzo egli solleva inoltre un'eccezione d'illegittimità volta a che il Tribunale dichiari che le disposizioni del punto IV, n. 1, terzo comma, e del punto X, n. 2, lett. c) e d), dell'allegato I sono nulle per i motivi sviluppati nei primi cinque mezzi e che tali disposizioni non possono quindi costituire un fondamento giuridico per la decisione impugnata.
- 55 In tale contesto, la Commissione ritiene che la regolamentazione di copertura non sia una decisione di cui il ricorrente fosse il destinatario né un atto che lo riguardi direttamente e individualmente ai sensi dell'art. 173, secondo comma, del Trattato. Il ricorrente non potrebbe neppure sollevare un'eccezione d'illegittimità, sulla base dell'art. 184 del Trattato CEE, riguardo a tale regolamentazione. Tale eccezione

potrebbe essere sollevata solo incidentalmente e non in modo autonomo. Per di più, sarebbe evidente che l'argomento del ricorrente relativo all'illegittimità della regolamentazione di copertura non si situa nell'ambito di un'eccezione d'illegittimità, ma piuttosto in quello di una critica del succitato giudizio del Tribunale nella causa Barassi/Commissione.

56 Per quanto concerne la ricevibilità dell'eccezione d'illegittimità sollevata, ai sensi dell'art. 184 del Trattato, dal ricorrente contro la regolamentazione di copertura, occorre rammentare che, secondo la giurisprudenza della Corte (sentenza 6 marzo 1979, causa 92/78, *Simmenthal/Commissione*, Racc. pag. 777, punti 39-41 della motivazione), l'eccezione d'illegittimità è espressione di un principio generale che garantisce a qualsiasi parte il diritto di contestare, al fine di ottenere l'annullamento di una decisione che la concerne direttamente ed individualmente, la validità di precedenti atti delle istituzioni comunitarie che costituiscono il fondamento giuridico della decisione impugnata. Di conseguenza, questa eccezione non può essere limitata agli atti che hanno la forma di regolamento, la sola menzionata nell'art. 184 del Trattato, ma deve essere interpretata in senso ampio, come ricomprendente tutti gli atti di carattere generale. Orbene, la regolamentazione di copertura che, emanata per l'attuazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, disciplina in sostanza il rimborso delle varie spese per malattia sostenute dagli iscritti al regime comune, è stata stabilita, nella sua versione iniziale, nel 1974 dalle istituzioni delle Comunità europee di comune accordo, come constatato dal presidente della Corte di giustizia il 31 ottobre 1974; essa è stata più volte oggetto di modifiche, delle quali l'ultima risale al 1991, quando il comune accordo delle istituzioni è stato constatato dal presidente della Corte di giustizia il 28 novembre 1991. Tale regolamentazione ha portata generale, poiché si applica a situazioni oggettivamente determinate e comporta effetti giuridici nei confronti di categorie di persone considerate in modo generale ed astratto (sentenze della Corte 18 marzo 1975, cause 44/74, 46/74 e 49/74, *Acton e. a./Commissione*, Racc. pag. 383, punto 7 della motivazione, e 14 febbraio 1989, causa 206/87, *Lefebvre Frère et Sœur/Commissione*, Racc. pag. 275, punto 13 della motivazione). Di conseguenza, anche se non ha forma di regolamento, detta normativa può costituire oggetto di un'eccezione d'illegittimità. La Corte stessa l'ha peraltro qualificata come «disposizione di attuazione dello Statuto» e ha esaminato la sua compatibilità con le disposizioni pertinenti dello Statuto, in particolare riguardo alla questione se alcune norme che essa contiene non vadano oltre i limiti che il Consiglio ha posto nell'art. 72 dello Statuto (sentenze 20 novembre 1980, causa 806/79, *Gerin/Commissione*, Racc. pag. 3515, punto 15 della motivazione, e 8 marzo 1988, causa 339/85, *Brunotti/Commissione*, Racc. pag. 1379, punto 13 della motivazione).

57 Tuttavia, in quanto il ricorrente non ha limitato la sua eccezione d'illegittimità al punto X, n. 2, lett. c), dell'allegato I, che è l'unico alla base del conteggio impugnato, ma l'ha estesa al n. 2, lett. d), occorre rammentare che la portata di un'eccezione d'illegittimità deve essere limitata a quanto è indispensabile alla definizione della lite. In effetti, la Corte ha stabilito che l'art. 184 del Trattato non ha lo scopo di consentire ad una parte di contestare l'applicabilità di qualsiasi atto di carattere generale a sostegno di un ricorso qualsiasi. Essa ha sottolineato che l'atto generale di cui viene eccepita l'illegittimità deve essere applicabile direttamente o indirettamente alla fattispecie che costituisce oggetto del ricorso e che deve esistere un nesso giuridico diretto tra la decisione individuale impugnata e l'atto generale (sentenze 31 marzo 1965, causa 21/64, Macchiorlati Dalmas e Figli/Alta Autorità, Racc. pag. 221, in particolare pag. 238, e 13 luglio 1966, causa 32/65, Italia/Consiglio e Commissione, Racc. pag. 295, in particolare pag. 323). Orbene, nella fattispecie, poiché il conteggio controverso si basa solo sul n. 2, lett. c), della disposizione in causa, l'eccezione d'illegittimità, in quanto riguarda il n. 2, lett. d), si estende ad una disposizione irrilevante per la definizione della lite e priva di nesso giuridico diretto con quest'ultima. Quindi essa deve, in tale misura, essere dichiarata irricevibile.

58 Occorre quindi esaminare, in rapporto ai primi cinque mezzi dedotti dal ricorrente, solo la legittimità del conteggio del 5 luglio 1991 e, in quanto è pacifico che detto conteggio è stato effettuato solamente ai sensi delle disposizioni del punto X, n. 2, lett. c), dell'allegato I, la legittimità di tali disposizioni.

Sul primo mezzo, relativo alla violazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto

Argomenti delle parti

59 Il ricorrente sostiene che, ai sensi di tale disposizione, egli ha diritto a beneficiare di un rimborso al 100% delle spese che deve effettivamente sostenere. Orbene, nel suo caso, il rimborso delle spese di assistenza infermieristica raggiungerebbe, ai sensi della nuova regolamentazione di copertura, solo una percentuale molto più bassa (rispettivamente il 35,77% per i primi 90 giorni e il 21,72% dopo questo periodo). Vi sarebbe quindi una lesione manifesta del diritto, riconosciuto dallo Statuto, ad un rimborso al 100% in caso di malattia grave.

- 60 Quando la Commissione insiste, nella sua decisione di rigetto del reclamo del ricorrente, sul fatto che il rimborso percepito da quest'ultimo il 7 luglio 1991 ammontava al 92% delle spese realmente sostenute, il ricorrente ritiene tale argomento privo di pertinenza. In effetti, da una parte, un rimborso fino a concorrenza del 92% sarebbe sempre insufficiente rispetto alla percentuale del 100% stabilita dallo Statuto e, dall'altra, la questione giuridica di principio sollevata nella fattispecie non potrebbe essere influenzata dalla circostanza che, grazie agli sforzi messi in atto dal ricorrente per comprimere le spese da rimborsare, queste ultime sarebbero state rimborsate, in un caso isolato, in una percentuale prossima al 100%.
- 61 Inoltre, un rimborso del 100% implicherebbe chiaramente, rispetto alla regolamentazione generale, un elemento d'intervento supplementare, che sarebbe giustificato dalla gravità della malattia. Nel regime precedente, questo elemento sarebbe consistito nel fatto che il massimale previsto in caso di rimborso al 100% era fissato al doppio di quello applicabile nel caso di un rimborso all'80%. Al contrario, secondo la nuova norma enunciata al punto IV dell'allegato I, il massimale previsto per i rimborsi all'80% si applicherebbe anche ai rimborsi al 100%. Non vi sarebbe quindi più alcuna differenza tra i due massimali. Il fatto che la nuova regolamentazione di copertura preveda inoltre una diminuzione di tale massimale, fino a concorrenza del 10% dello stipendio di base o della pensione dell'iscritto, aumenterebbe ulteriormente la contraddizione con il principio di un rimborso al 100%.
- 62 Il ricorrente aggiunge che il testo francese dell'art. 72, n. 1, dello Statuto si riferisce ad un rimborso «nel limite dell'80%», mentre il testo olandese prevede un rimborso «fino all'80% al massimo». Questo termine «limite» significherebbe che il rimborso è limitato all'80% delle spese sostenute. Inoltre, risulterebbe da un confronto del testo olandese delle disposizioni d'interpretazione della regolamentazione di copertura relative al punto XV dell'allegato I con le altre versioni linguistiche che, ai sensi dell'art. 8, n. 2, della suddetta regolamentazione, il «massimale» deve effettivamente essere convertito sulla base 100 (allegato C 11 all'atto introduttivo T-52/92), il che confermerebbe che occorre a maggior ragione, fare una conversione sulla base 100 nel caso di un rimborso formalmente fissato al 100%.
- 63 In risposta all'argomento tratto dalla Commissione dalle succitate sentenze Pincherle/Commissione e Barassi/Commissione, nelle quali il Tribunale ha posto come principio che le percentuali di rimborso previste dall'art. 72, n. 1, dello Statuto costituiscono percentuali massime e ha riconosciuto, nella causa

Barassi/Commissione, la legittimità di un rimborso ammontante solo al 31% delle spese sostenute, il ricorrente afferma che vi è violazione manifesta del principio di copertura previdenziale cui si ispira l'art. 72 dello Statuto, quando, nell'ambito di un rimborso fissato in principio al 100%, il rimborso effettivo viene portato, come nella fattispecie, ad una percentuale del 35% nei primi 90 giorni e del 21% alla fine di questo periodo. L'argomento tratto dal Tribunale, nella causa Barassi/Commissione, dall'art. 72, n. 3, dello Statuto, che prevede un rimborso speciale nel caso in cui le spese non rimborsate siano particolarmente elevate è, sempre secondo il ricorrente, inconciliabile con un'interpretazione sistematica e teleologica di tale disposizione. Da una parte, quest'ultima si applicherebbe solo a situazioni eccezionali, come risulta dalla procedura specifica prevista e dal potere discrezionale riconosciuto all'APN a tale riguardo: l'affermazione del Tribunale, secondo la quale tale disposizione giustificerebbe misure di attuazione che portano, per la loro struttura, ad una percentuale di rimborso estremamente bassa, condurrebbe quindi ad un capovolgimento totale dell'economia generale dell'art. 72 (v. sentenza della Corte 5 luglio 1984, causa 115/83, Ooms/Commissione, Racc. pag. 2613, punto 14 della motivazione). Dall'altra parte, il ragionamento seguito dal Tribunale non sarebbe valido nel sistema specifico di rimborso al 100% in caso di malattia grave: non si potrebbe in effetti ammettere che tale rimborso sia limitato a meno di un quarto dalle disposizioni di attuazione in quanto, in simili casi e nelle condizioni previste dall'art. 72, n. 3, dello Statuto, l'APN può concedere su richiesta un rimborso speciale.

64 Inoltre, il ricorrente fa notare che il ragionamento seguito dal Tribunale riguardo all'art. 8, n. 5, della regolamentazione di copertura (punto 38 della motivazione della succitata sentenza Barassi/Commissione) è poco attendibile e non può, comunque, essere trasposto al caso di specie. Il rilievo, secondo il quale, secondo tale disposizione, l'applicazione dell'art. 8, n. 2, della regolamentazione di copertura e quindi dell'art. 72, n. 3, dello Statuto, è necessariamente vincolata ad una domanda, porterebbe ad obbligare l'interessato ad anticipare egli stesso le spese per un lungo periodo. In effetti, secondo la prassi amministrativa seguita in materia (allegato 3 della replica), l'assicurato potrebbe presentare tale domanda solo alla fine di un periodo di riferimento minimo di 12 mesi, disponendo del resto di un altro periodo di 12 mesi a tale scopo. Termini così lunghi, soprattutto nel caso di assicurati anziani, non concorderebbero affatto con i principi generali di buona amministrazione, tanto più che la domanda così presentata sarebbe poi soggetta ai termini previsti dall'art. 90 dello Statuto, il che significa che il suo esame potrebbe ancora dilungarsi per quattordici mesi in caso di rifiuto, tenuto conto del termine di ricorso.

- 65 Il ricorrente sostiene ancora che, nel suo caso specifico, la possibilità di ottenere rimborsi speciali è limitata, ai sensi della disposizione d'interpretazione relativa al punto XV dell'allegato I, alle spese che non superano del 50% al massimo i massimali previsti dall'allegato I per il rimborso delle spese di assistenza infermieristica. Tale limitazione sarebbe tanto più strana in quanto essa rafforzerebbe il trattamento discriminatorio riservato alle spese di assistenza infermieristica. A tale riguardo, il ricorrente rinvia nuovamente al conteggio del 20 maggio 1992, prodotto come allegato 2 della replica, per sottolineare che tale disposizione gli è stata effettivamente applicata.
- 66 La Commissione risponde che l'art. 72, n. 1, dello Statuto dispone unicamente, in generale, che le spese per malattia siano rimborsate nel limite di alcune percentuali (80, 85 o 100%, secondo il caso) e sulla base di una regolamentazione stabilita di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità. Nulla impedirebbe quindi alle Comunità di limitare a percentuali inferiori le prestazioni dell'assicurazione malattia. Inoltre, tali massimali non costituirebbero l'unico criterio, poiché l'art. 72, n. 1, dello Statuto prevede espressamente l'elaborazione di norme specifiche. Quanto al testo dell'art. 72 dello Statuto, la Commissione, la quale fa notare che la versione francese invocata dal ricorrente non gode di alcuna priorità, afferma di non comprendere come l'espressione «nel limite dell'80%» si discosti dalla sua interpretazione secondo la quale questa percentuale costituisce un tasso massimo.
- 67 La Commissione si riferisce poi alle succitate sentenze Pincherle/Commissione e Barassi/Commissione, nelle quali il Tribunale ha giudicato che le percentuali di rimborso fissate dall'art. 72 dello Statuto all'80% o all'85% delle spese sostenute stabiliscono il limite massimo rimborsabile, che in mancanza di massimali di rimborso fissati dallo Statuto, le istituzioni sono autorizzate a stabilire adeguati massimali rispettando il principio di copertura previdenziale che ispira l'art. 72 dello Statuto e che i massimali applicabili nella fattispecie non erano illegittimi né ingiusti. Secondo la Commissione, lo stesso ragionamento si applica al regime di rimborso al 100%.
- 68 La Commissione aggiunge, in subordine, che la regolamentazione di copertura ha la stessa forza giuridica dello Statuto. Quindi, troverebbe applicazione il principio generale secondo cui una disposizione posteriore può modificare una disposizione precedente (*lex posterior derogat lege priori*).

- 69 Quanto a quest'ultimo mezzo di difesa, dedotto a titolo subordinato dalla Commissione, il ricorrente risponde — rinviando agli artt. 212 del Trattato CEE e 24 del Trattato che istituisce un Consiglio unico ed una Commissione unica delle Comunità europee, da una parte, e all'art. 72 dello Statuto, dall'altra, nonché alle esigenze di pubblicità stabilite per i regolamenti del Consiglio — che l'affermazione della Commissione secondo la quale la regolamentazione di copertura ha la stessa forza giuridica dello Statuto è errata.
- 70 All'udienza il ricorrente ha affermato che potrebbe accettare un'interpretazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto secondo la quale il rimborso delle spese per malattia deve effettuarsi «attorno» ad una percentuale dell'80, 85 o 100%, secondo i casi.

Giudizio del Tribunale

- 71 Si deve osservare innanzi tutto che l'art. 72, n. 1, dello Statuto dispone che il suo contenuto può essere completato da una «regolamentazione stabilita di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità». Il Consiglio, in quanto autore dello Statuto, è quindi partito dal presupposto che il regolamento da esso emanato — lo Statuto — non disciplina esaurientemente la materia della tutela previdenziale del personale. Esso ha previsto — accanto alla possibilità di una modifica formale dello Statuto mediante regolamento — una seconda, distinta via per disciplinare la materia, che compete alle istituzioni operanti di comune accordo. Le istituzioni, compreso lo stesso Consiglio, sono quindi delegate, in forza dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, ad adottare disposizioni in margine allo Statuto stesso.
- 72 Tale delega è conforme ai principi del Trattato. In effetti, non si tratta di un trasferimento di potere legislativo vero e proprio alle altre istituzioni, in quanto l'adozione della regolamentazione presuppone il comune accordo delle istituzioni, quindi anche quello del Consiglio che ha conferito la delega. Quest'ultimo conserva così il potere di bloccare l'adozione di qualunque disposizione che ritenga inadeguata.

- 73 Si deve poi rammentare che la Corte ha rilevato, in modo generale, che, stabilendo che il dipendente ed il suo coniuge sono coperti contro i rischi di malattia entro una certa percentuale delle spese sostenute ed in forza di una normativa comune alle istituzioni, l'art. 72, n. 1, dello Statuto lascia agli autori di detta normativa la cura di precisare il campo di applicazione di tale copertura, salvi restando le disposizioni dello Statuto e gli scopi che questo persegue (citata sentenza Brunotti/Commissione, punto 10 della motivazione). La Corte ha quindi riconosciuto che la regolamentazione di copertura può contenere disposizioni supplementari, a condizione che queste non vadano oltre i limiti posti dall'art. 72 dello Statuto, e ha così disatteso l'argomento secondo il quale il Consiglio non avrebbe potuto delegare il suo potere di disciplinare la materia (punti 12 e 14 della motivazione della stessa sentenza).
- 74 Occorre aggiungere che tali disposizioni supplementari possono, in linea di principio, prevedere anche dei massimali di rimborso. Come il Tribunale ha già affermato nella citata sentenza Barassi/Commissione (punto 33 della motivazione), in mancanza di massimali di rimborso stabiliti dallo Statuto, le istituzioni sono legittimate a fissare, nelle disposizioni della regolamentazione comune, tali massimali. Il Tribunale ha tuttavia sottolineato che le istituzioni, nell'adottare disposizioni di attuazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto e, in particolare, nel determinare massimali di rimborso, non possono superare i limiti posti al loro potere dal principio di tutela previdenziale che è alla base di questa disposizione dello Statuto.
- 75 Per quanto concerne il caso di specie, relativo al rimborso di spese di assistenza infermieristica, occorre osservare che l'art. 72 dello Statuto non contiene alcuna norma specifica in materia. Orbene, si tratta di un campo particolarmente complesso e rilevante. Da una parte, le spese di assistenza infermieristica possono raggiungere livelli elevatissimi e, dall'altra, le prestazioni necessarie, che dipendono dalla natura della malattia, possono avere carattere molto disparato. Di conseguenza, è evidente che la regolamentazione comune deve contenere norme specifiche al loro riguardo.
- 76 Il ricorrente ritiene che la regolamentazione di copertura non possa legittimamente fissare un massimale di rimborso in caso di rimborso al 100%, caso previsto dall'art. 72, n. 1, dello Statuto per le malattie di particolare gravità. Questa

affermazione del ricorrente non tiene conto della portata dell'art. 72, n. 1, dello Statuto. In effetti, si deve rammentare che il Tribunale, nelle citate sentenze Pincherle/Commissione, punto 25 della motivazione, e Barassi/Commissione, punto 32 della motivazione, ha già osservato che le percentuali di rimborso dell'80 o dell'85%, previste dall'art. 72, n. 1, dello Statuto, devono essere interpretate, tenuto conto dei termini di tale disposizione, nel senso che esse costituiscono il limite massimo rimborsabile e non implicano quindi alcun obbligo di rimborsare gli assicurati o gli iscritti in questa proporzione in tutti i casi. Si deve aggiungere che questo ragionamento conserva tutta la sua validità allorché va applicata la percentuale del 100%, prevista dalla stessa disposizione.

77 Questa conclusione è dettata dal sistema stesso che disciplina il funzionamento del regime comune. In effetti, le risorse del regime comune sono limitate ai contributi degli iscritti e delle istituzioni e il suo equilibrio finanziario implica una necessaria correlazione tra le spese e i contributi. Dato che l'art. 72, n. 1, dello Statuto, non prevede alcun livello minimo di rimborso, spetta alle istituzioni comunitarie stabilire, di comune accordo, il rimborso delle spese di assistenza infermieristica, nei soli limiti, da una parte, delle risorse disponibili e, dall'altra, del succitato principio di tutela previdenziale. Ne deriva che, in caso di spese di assistenza infermieristica sostenute per una malattia grave, il rimborso può essere inferiore alla percentuale del 100% prevista come limite massimo dall'art. 72, n. 1, dello Statuto.

78 Quanto al conteggio del 5 luglio 1991 impugnato, il Tribunale ha già rilevato che l'importo rimborsato corrisponde al 92% delle spese di assistenza infermieristica sostenute dal ricorrente, e ciò in applicazione del solo massimale previsto dal punto X, n. 2, lett. c), dell'allegato I. Il Tribunale ritiene che la differenza tra la percentuale effettiva di rimborso e la percentuale massima di rimborso prevista, che ammonta solo a otto punti, non possa essere considerata come una violazione del principio di tutela previdenziale. Tale valutazione è avvalorata dal fatto che il ricorrente stesso ha dichiarato di poter accettare un rimborso che si situa «attorno» al 100%. Le disposizioni della nuova regolamentazione di copertura sulle quali è stato fondato il conteggio controverso non eccedono, di conseguenza, i limiti previsti dall'art. 72, n. 1, dello Statuto e non è necessario, nella fattispecie, determinare le percentuali di rimborso concrete al di sotto delle quali, in generale e per tutti i rimborsi di spese di assistenza infermieristica, questi limiti non dovrebbero considerarsi più rispettati.

- 79 Infine, occorre rammentare che le percentuali di rimborso che il ricorrente teme gli siano applicate in futuro in determinati casi, che egli valuta rispettivamente nel 35,77% e nel 21,72%, non presentano alcun nesso con il conteggio del 5 luglio 1991, sul quale verte la lite. Le circostanze della fattispecie non consentono quindi di esaminare queste percentuali. Lo stesso vale per l'argomento che il ricorrente trae dal carattere eccezionale del rimborso speciale previsto dall'art. 72, n. 3, dello Statuto e dalle difficoltà amministrative relative all'esecuzione di tale disposizione. In effetti, poiché il ricorrente non ha chiesto di fruire di tale rimborso speciale, questo argomento è privo di pertinenza per la soluzione della presente lite (v. citata sentenza Pincherle/Commissione, punto 30 della motivazione).
- 80 Risulta dalle precedenti considerazioni che il mezzo relativo alla violazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, dev'essere respinto.

Sul secondo mezzo, relativo alla lesione dei diritti quesiti

Argomenti delle parti

- 81 Il ricorrente sostiene che un dipendente può avvalersi di diritti quesiti se la fattispecie costitutiva di un diritto si è realizzata sotto l'impero di un determinato statuto, anteriore alle modifiche apportate dall'autorità comunitaria (sentenza della Corte 19 marzo 1975, causa 28/74, Gillet/Commissione, Racc. pag. 463, in particolare pag. 472). Nella fattispecie il fatto generatore sarebbe la sopravvenienza della malattia di sua moglie e il suo riconoscimento come malattia grave, intervenuti entrambi sotto l'impero della precedente regolamentazione di copertura. Le modalità di rimborso, nei termini fissati ai sensi di detta regolamentazione, non potrebbero quindi essere modificate a svantaggio del ricorrente che, in queste circostanze, sarebbe stato indotto a prendere alcune decisioni relative al modo di affrontare materialmente e finanziariamente detta malattia. Per poter determinare le conseguenze finanziarie di una malattia la cui durata era per definizione imprevedibile, il ricorrente avrebbe evidentemente potuto basarsi solo sulla situazione giuridica che conosceva, cioè sul principio di rimborso al 100% nell'ambito delle modalità di attuazione di cui era a conoscenza in quel periodo, ossia di un rimborso fino a concorrenza del doppio dell'importo massimo allora in vigore. Il diritto del ricorrente ad un rimborso al 100%, secondo le modalità in questo modo determinate, sarebbe, di conseguenza, sorto in quel momento e costituirebbe quindi un diritto quesito. Quest'analisi sarebbe confermata dal fatto che il principio del rimborso al 100% non è stato modificato, ma che, in pratica, per il solo effetto della nuova regolamentazione, esso ha perso qualunque consistenza.

- 82 La Commissione ribatte che la giurisprudenza menzionata dal ricorrente non è applicabile alla fattispecie, poiché il fatto generatore del diritto in causa è posteriore all'entrata in vigore della nuova regolamentazione. In effetti, il ricorrente avrebbe beneficiato della precedente regolamentazione per le spese relative alla malattia di sua moglie sostenute prima del 1° gennaio 1991. Al contrario, la nuova regolamentazione sarebbe applicabile solo alle spese sostenute dopo questa data.
- 83 A tale riguardo, la Commissione rinvia alle sentenze della Corte 5 maggio 1981, causa 112/80, Dürbeck (Racc. pag. 1095, punto 48 della motivazione) e 11 marzo 1982, causa 127/80, Grogan/Commissione (Racc. pag. 869, punto 15 della motivazione), la cui pertinenza per le presenti cause viene tuttavia contestata dal ricorrente. La Commissione infine ritiene che la tesi difesa dal ricorrente comporterebbe una situazione assurda. Essa avrebbe come conseguenza che, in caso di lunga malattia, le modalità di rimborso delle spese per malattia dovrebbero essere considerate come diritti quesiti dal momento in cui la malattia è iniziata, di modo che una revisione della base del rimborso dopo un certo periodo, in particolare in funzione della durata della malattia, diventerebbe impossibile.

Giudizio del Tribunale

- 84 A questo proposito, è sufficiente osservare che, poiché né l'art. 72, n. 1, dello Statuto, né la regolamentazione di copertura prevedono, in materia di spese di assistenza infermieristica, percentuali di rimborso fisse, ma solo percentuali massime, il semplice fatto che, per un certo periodo, l'applicazione di questo articolo da parte delle istituzioni comunitarie sia stata particolarmente favorevole agli interessati non può aver creato per questi un diritto quesito. Il ricorrente, che ha beneficiato di un vantaggio consistente, per un certo periodo, in un'applicazione favorevole dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, il quale, secondo il suo tenore, consente anche un'applicazione meno favorevole, non può invocare un diritto quesito alla conservazione di tale vantaggio (sentenza della Corte 21 maggio 1987, cause riunite 133/85-136/85, Rau e a., Racc. pag. 2289, punto 18 della motivazione).
- 85 D'altronde, la Corte, nelle sentenze 16 maggio 1979, causa 84/78, Tomadini (Racc. pag. 1801, punto 21 della motivazione) e Dürbeck, citata, punto 48 della motivazione, ha affermato, sotto il profilo del principio del rispetto del legittimo affidamento, che non si può impedire che una nuova disciplina si applichi agli effetti

futuri di situazioni sorte quando vige la disciplina anteriore e che ciò vale in particolare in un campo che implichi un costante adeguamento in funzione dei mutamenti della situazione economica. L'applicazione al caso di specie dell'idea espressa da questa giurisprudenza implica che gli effetti futuri — in questo caso le spese che saranno sostenute in avvenire — di una lunga malattia sopravvenuta nella vigenza di una determinata regolamentazione siano, se del caso, disciplinati, a partire da un certo momento, da una nuova regolamentazione, eventualmente meno favorevole di quella precedente. Per di più, giova rilevare che la materia del rimborso delle spese per malattia è proprio una di quelle che implicano un costante adattamento della disciplina in funzione delle risorse disponibili e della necessità di salvaguardare un equilibrio finanziario.

86 Di conseguenza, il mezzo relativo alla lesione dei diritti quesiti deve essere respinto.

Sul terzo mezzo, relativo alla violazione del dovere generale di sollecitudine

Argomenti delle parti

87 Il ricorrente invoca l'art. 24 dello Statuto e la relativa giurisprudenza della Corte, secondo la quale la finalità di questa disposizione sarebbe quella di garantire al personale in servizio attivo e in pensione una sicurezza per il presente e per il futuro (sentenza 12 giugno 1986, causa 229/84, Sommerlatte/Commissione, Racc. pag. 1805). Questo riferimento alla sicurezza per il futuro sarebbe particolarmente pertinente nella fattispecie. In questa ottica, sarebbe contrario al dovere di sollecitudine adottare, senza la minima forma di previo accordo collettivo o individuale con i pensionati interessati, misure che ledano gravemente e unilateralmente i loro diritti.

88 Inoltre, il ricorrente, riferendosi alla sentenza della Corte 28 maggio 1980, cause riunite 33/79 e 75/79, Kuhner/Commissione (Racc. pag. 1677), rammenta che il dovere di sollecitudine corrisponde all'equilibrio dei diritti ed obblighi reciproci nei rapporti fra l'autorità pubblica e i pubblici impiegati. Questo dovere di sollecitudine sarebbe legato ad un principio fondamentale del diritto del lavoro, secondo cui un lungo rapporto di lavoro comporta particolari obblighi di tutela e di sollecitudine (v. conclusioni dell'avvocato generale Reischl relative alla causa 191/81, Plug/Commissione, sentenza della Corte 9 dicembre 1982, Racc. pag. 4229, in

particolare pagg. 4250 e 4256). In questo caso, tale dovere di sollecitudine sarebbe stato violato per il fatto che, al momento dell'adozione delle misure controverse di economia, non si sarebbe tenuto conto degli interessi delle persone particolarmente coinvolte, ossia quelle persone per le quali le spese di assistenza infermieristica costituiscono una voce di spesa rilevante (soprattutto i pensionati, ma anche i titolari di una pensione d'invalidità): durante l'elaborazione di tali misure, non si sarebbe mai considerata l'opportunità di consultare queste categorie di persone, mentre le misure in questione colpirebbero molto più i pensionati che i dipendenti in servizio attivo.

89 La Commissione ritiene invece che, secondo una giurisprudenza costante, l'art. 24 dello Statuto non riguardi la tutela dei dipendenti, da parte dell'istituzione comunitaria, contro atti emanati dall'istituzione stessa; questa tutela rientrerebbe in altre disposizioni dello Statuto (sentenza della Corte 17 dicembre 1981, causa 178/80, Bellardi-Ricci e a./Commissione, Racc. pag. 3187, punto 23 della motivazione). Il dovere generale di sollecitudine non impedirebbe all'amministrazione di introdurre talune misure restrittive in materia di previdenza sociale, tanto più che la Commissione sarebbe tenuta a tale obbligo nei confronti di tutto il suo personale e dovrebbe, a questo titolo, garantire il buon funzionamento del sistema di tutela previdenziale.

90 Infine, la Commissione afferma che, in quanto il ricorrente sostiene che il dovere di sollecitudine è stato violato dall'adozione delle misure di economia in causa, la pretesa violazione partirebbe dall'ipotesi che la Commissione avrebbe dovuto adottare una regolamentazione speciale in favore dei pensionati. Orbene, tale premessa sarebbe fondata sull'idea che i pensionati si trovino in una situazione particolare che richiede una regolamentazione distinta. In questa misura, essa si confonderebbe con il quarto mezzo.

Giudizio del Tribunale

91 Per quanto riguarda la censura che il ricorrente ha formulato, in questo contesto, invocando l'art. 24 dello Statuto, secondo la quale la nuova regolamentazione di copertura avrebbe dovuto essere adottata dalle istituzioni comunitarie solo previa concertazione con i rappresentanti dei dipendenti in pensione, la Commissione ha giustamente rammentato che, secondo una giurisprudenza costante, questo articolo non riguarda la tutela dei dipendenti, da parte delle istituzioni comunitarie, contro atti emanati dalle istituzioni stesse, il controllo dei quali rientra in altre disposizioni dello Statuto (sentenza della Corte 25 marzo 1982, causa 98/81, Munk/

Commissione, Racc. pag. 1155, punto 21 della motivazione; citate sentenze Plug/Commissione, punto 21 della motivazione, e Bellardi-Ricci e a./Commissione, punto 23 della motivazione). Questa parte del terzo mezzo non può quindi essere accolta.

- 92 Quanto alla censura di violazione del dovere di sollecitudine, che consisterebbe nel fatto che al momento della modifica della regolamentazione di copertura non è stato tenuto conto degli interessi dei dipendenti in pensione, per i quali le spese di assistenza infermieristica costituiscono una voce di spesa più rilevante che per i dipendenti in servizio attivo, occorre rammentare che il dovere di sollecitudine dell'amministrazione nei confronti dei suoi dipendenti rispecchia l'equilibrio dei diritti e dei doveri reciproci che lo Statuto ha istituito nei rapporti fra la pubblica autorità e i dipendenti pubblici. È vero che questo dovere implica in particolare che, quando si pronuncia sulla situazione di un dipendente, l'autorità deve prendere in considerazione il complesso degli elementi atti a determinare la propria decisione e, in tale contesto, deve tener conto non solo dell'interesse del servizio, ma anche di quello del dipendente interessato (v., in particolare, come sintesi della giurisprudenza costante, sentenza del Tribunale 16 marzo 1993, cause riunite T-33/89 e T-74/89, Blackman/Parlamento, Racc. pag. II-249, punto 96 della motivazione).

- 93 Tuttavia, come la Commissione ha giustamente osservato, la censura formulata nella fattispecie dal ricorrente equivale in realtà ad affermare che, al momento dell'adozione della nuova regolamentazione di copertura, avrebbe dovuto essere elaborato un regime speciale per i soli dipendenti in pensione, il che presuppone che i dipendenti in pensione si trovino in una situazione particolare che richiede un regime distinto. Quindi questa parte del terzo mezzo si confonde, in sostanza, con il quarto mezzo relativo alla violazione del principio di non discriminazione e sarà quindi esaminata nell'ambito di tale mezzo.

Sul quarto mezzo, relativo alla violazione del principio di non discriminazione

Sulla ricevibilità

- 94 La Commissione chiede di dichiarare irricevibile questo mezzo, in quanto il ricorrente le rimprovera, in sostanza, di aver applicato la stessa riduzione dei

rimborsi ai dipendenti in servizio e ai dipendenti in pensione, anche se questi ultimi dispongono di risorse finanziarie molto inferiori a quelle dei primi (discriminazione materiale). In effetti, tale censura non sarebbe stata menzionata nel reclamo del ricorrente.

95 Il ricorrente risponde che il suo reclamo del 30 settembre 1991 rinvia espressamente ai reclami che egli aveva presentato precedentemente il 30 marzo e il 12 giugno 1991. Orbene, quest'ultimo menzionerebbe l'esistenza di una discriminazione materiale. La Commissione sarebbe quindi stata in grado di conoscere con una certa precisione questo addebito del ricorrente, che essa avrebbe peraltro esaminato nella decisione 12 marzo 1992 recante rigetto del citato reclamo del 30 settembre 1991.

96 A tale riguardo, occorre rammentare che la concordanza prescritta da una giurisprudenza costante tra i mezzi formulati nel reclamo e quelli dedotti nel ricorso ha lo scopo di consentire e di favorire la composizione amichevole della lite tra il dipendente e l'amministrazione e che, per conseguire questo scopo, occorre che quest'ultima sia in grado di conoscere con sufficiente precisione le censure o le richieste dell'interessato (sentenza della Corte 7 maggio 1986, causa 52/85, Rihoux/Commissione, Racc. pag. 1555, punto 12 della motivazione, e sentenza del Tribunale 16 luglio 1992, causa T-1/91, Della Pietra/Commissione, Racc. pag. II-2145, punto 24 della motivazione). Nella fattispecie, occorre constatare che il reclamo del 30 settembre 1991 non contiene alcun mezzo espresso, ma rinvia, due volte, ai reclami del 30 marzo e del 12 giugno 1991, in seguito ai quali è stato presentato il ricorso nella causa T-6/92. Orbene, il reclamo complementare del 12 giugno 1991 è, fra l'altro, basato sull'addebito di discriminazione materiale. La Commissione ha preso conoscenza di questo reclamo complementare nel presente contesto, come risulta dalla decisione 12 marzo 1992 recante rigetto del reclamo del 30 settembre 1991, nella quale lo ha espressamente esaminato e respinto. Risulta quindi che la Commissione conosceva con sufficiente precisione le censure o le richieste del ricorrente in materia. Di conseguenza, il mezzo relativo alla violazione del principio di non discriminazione è ricevibile, in quanto riguarda una pretesa discriminazione materiale.

Nel merito

— Argomenti delle parti

- 97 Il ricorrente afferma che, nella misura in cui la situazione dei dipendenti in pensione e quella dei dipendenti in servizio differiscono nettamente dal punto di vista delle loro possibilità finanziarie, è discriminatorio trattare queste due categorie nello stesso modo per quanto concerne la diminuzione dei rimborsi delle spese per malattia. Sarebbe quindi proprio per il fatto che le riduzioni in causa sono state decise in modo identico per i dipendenti in servizio attivo e per quelli in pensione che esse costituiscono una violazione del principio di non discriminazione, in quanto non tengono conto della differente situazione degli interessati.
- 98 Il ricorrente aggiunge che tale discriminazione è aggravata dal fatto che pare verosimile, a prima vista, che il caso specifico delle spese relative a cure di lunga durata prestate da infermieri in caso di gravi malattie riguardi maggiormente le persone di una fascia di età più elevata, e quindi maggiormente i dipendenti in pensione che quelli in servizio attivo, il che creerebbe una presunzione di discriminazione dissimulata. In effetti, sarebbe chiaro che il rischio di malattia aumenta con l'età, con la conseguenza che il ricorso agli infermieri, soprattutto in caso di malattie gravi e lunghe, riguarda proporzionalmente più spesso i dipendenti non attivi di quelli attivi.
- 99 Inoltre, il ricorrente osserva che la maggior parte dei sistemi giuridici tiene conto del reddito per quanto riguarda l'ammontare delle imposte e dei contributi previdenziali. D'altra parte, la Commissione stessa fornirebbe un esempio di tale comportamento quando afferma (punto 14 del controricorso) che ha deciso di mantenere per il rimborso di alcune spese la regola del doppio di un importo massimo partendo dal principio che alcune spese rappresentano un pesante onere per i dipendenti in generale e che occorre quindi rimborsarle in misura più ampia rispetto alle spese che rappresentano normalmente un onere minore. La Commissione riconoscerebbe quindi che la ripartizione dell'onere delle misure di economia deve tener conto dell'onere finanziario che deriva dalle prestazioni mediche di cui trattasi.

100 Il ricorrente, riguardo alla presunzione di discriminazione dissimulata che egli invoca, si duole di non essere in grado di fornire ulteriori dati a sostegno della sua analisi che si basa, secondo lui, sul buon senso, laddove la Commissione, con le tecniche di calcolo elettronico esistenti, potrebbe facilmente fornire una risposta a tale riguardo. L'affermazione della Commissione (pag. 12 del controricorso) secondo la quale il deficit dell'assicurazione malattia non sarebbe causato solamente dai dipendenti in servizio attivo, ma anche da quelli in pensione, confermerebbe che l'amministrazione competente sarebbe in grado di fornire altri dati. Il ricorrente ritiene quindi che, secondo un'applicazione per analogia della sentenza della Corte 17 ottobre 1989, causa 109/88, Danfoss (Racc. pag. 3199), spetta alla Commissione confutare tale presunzione.

101 La Commissione risponde che, se esistono differenze rilevanti tra i dipendenti in servizio attivo e i dipendenti in pensione, soprattutto dal punto di vista delle loro risorse economiche, non ne deriva che un regime generale applicabile in alcune circostanze, come la malattia, riguardo alle quali queste categorie non sono per nulla diverse, divenga discriminatorio. La tesi difesa dal ricorrente significherebbe del resto che qualunque regime generale di previdenza sociale che prevede rimborsi di spese mediche dovrebbe essere considerato incompatibile con il principio di non discriminazione ogni volta che prescinde dalle differenze di reddito tra talune categorie di assicurati. Proseguendo questo ragionamento fino in fondo, osserva la Commissione, il regime dovrebbe anche tener conto della differenze di risorse tra categorie di dipendenti a causa delle loro diverse remunerazioni.

102 La Commissione aggiunge che, anche se il ricorrente riuscisse a dimostrare che le spese di cui trattasi riguardano più spesso le persone anziane, e quindi i pensionati, non si potrebbe tuttavia dedurre una presunzione di discriminazione dissimulata. Non si dovrebbe dimenticare, in questo contesto, che i pensionati non costituiscono una categoria a parte, ma sono dipendenti che hanno raggiunto una certa età e hanno cessato di lavorare. In altri termini, tutti i dipendenti rischierebbero di dover sostenere, in un'età più avanzata, spese più elevate causate da una lunga malattia.

— Giudizio del Tribunale

- 103 Prima di esaminare se il conteggio impugnato e le disposizioni del punto X, n. 2, lett. c), della nuova regolamentazione di copertura, sulla base delle quali è stato effettuato tale conteggio, abbiano carattere discriminatorio nei confronti del ricorrente, in quanto dipendente in pensione, occorre rammentare che, secondo una giurisprudenza consolidata, il principio di non discriminazione vieta di trattare in modo identico situazioni diverse o di trattare in modo diverso situazioni identiche (v., per esempio, sentenze della Corte 4 febbraio 1982, causa 817/79, Buyl e a./Commissione, Racc. pag. 245, punto 29 della motivazione, e causa 1253/79, Battaglia/Commissione, Racc. pag. 297, punto 37 della motivazione).
- 104 Quanto alla censura di discriminazione materiale nei confronti dei dipendenti in pensione, occorre sottolineare che il termine di confronto pertinente per l'esame di tale censura non è la retribuzione personale degli interessati, che dipende dal loro inquadramento, il quale può variare dal grado D4, primo scatto, al grado A1, sesto scatto, bensì l'importo previsto per il rimborso delle spese di assistenza infermieristica. Orbene, è pacifico che le disposizioni della nuova regolamentazione di copertura non fanno distinzione, a tale riguardo, tra i dipendenti in servizio attivo e i dipendenti in pensione. D'altra parte, come illustra il caso del ricorrente, la cui pensione ammonta a circa 300 000 BFR, non si può affermare in generale che i dipendenti in pensione dispongano, in tutti i casi e strutturalmente, di possibilità economiche più ridotte di quelle dei dipendenti in servizio attivo.
- 105 Quanto all'esistenza di una discriminazione dissimulata che risulterebbe, secondo il ricorrente, dal fatto che le persone anziane, quindi i dipendenti in pensione, sono più spesso colpiti da lunghe malattie e devono, in particolare, sostenere maggiori spese di assistenza infermieristica, occorre rammentare che i dipendenti in pensione non possono essere considerati come una categoria a parte di assicurati che, per il solo fatto di essere costituita da ex dipendenti, sia particolarmente esposta al rischio di dover sostenere spese di assistenza infermieristica. Quest'ultimo costituisce piuttosto un rischio generale dell'esistenza, che può avverarsi per qualunque dipendente, in servizio attivo o in pensione, e in qualunque momento come, per esempio, a seguito di un incidente stradale o di un infortunio nel corso di un'attività sportiva.

- 106 In questo contesto la Commissione ha giustamente sottolineato che i dipendenti in pensione devono essere considerati come dipendenti che hanno raggiunto una certa età e che hanno cessato di lavorare. Se è vero che i dipendenti rischiano di dover sostenere, in un'età più avanzata, spese più elevate a causa di una malattia di lunga durata, è legittimo presumere che essi abbiano preso tempestivamente, ossia nel periodo in cui erano in servizio, le precauzioni adeguate, come, per esempio, la costituzione di un fondo di risparmio o di valori immobiliari o la sottoscrizione di un'assicurazione malattia privata integrativa per far fronte, all'occorrenza, alle spese per malattie legate, in particolare, alla vecchiaia. Tenuto conto del testo dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, che prevede solo percentuali massime di rimborso, l'adozione di tali misure preventive era e resta opportuna, in quanto una riduzione della percentuale di rimborso può essere disposta in qualunque momento. Pertanto, la mancata adozione di misure del genere non può essere imputata, col pretesto di una discriminazione, né agli autori dello Statuto né a quelli della regolamentazione di copertura.
- 107 Il mezzo relativo alla violazione del principio di non discriminazione, con il quale si confonde la seconda parte del mezzo relativo alla violazione del dovere generale di sollecitudine, deve, quindi, essere respinto.

Sul quinto mezzo, relativo alla violazione del principio di proporzionalità

Argomenti delle parti

- 108 Il ricorrente sostiene che, poiché la limitazione dei rimborsi ai sensi del regime comune è stata ispirata dalla preoccupazione di ridurre e colmare un eventuale deficit del sistema di assicurazione malattia, le istituzioni comunitarie avrebbero dovuto rispettare il principio di proporzionalità. Quest'ultimo implicherebbe la necessità di mantenere un equilibrio tra gli obiettivi legittimi di una misura, da una parte, e gli oneri che ne derivano per tutti i soggetti di diritto o per una parte di essi, dall'altra. Nella scelta tra i diversi mezzi possibili, si avrebbe quindi dovuto dare la preferenza a quelli meno restrittivi, il che avrebbe imposto almeno di esaminare se il deficit non potesse essere limitato in altro modo (per esempio, con l'istituzione di adeguate misure di controllo per ridurre le frodi, con un aumento dei contributi degli assicurati o con un contributo complementare degli Stati membri) e non solo con una riduzione discriminatoria relativa ad un solo gruppo di prestazioni. Inoltre, il rispetto del principio di proporzionalità avrebbe imposto di tener conto

dell'interesse medico delle spese in questione, confrontate, per esempio, con quello delle spese per cure termali.

109 La Commissione ritiene che questo mezzo sia privo di pertinenza. Il ricorrente contesterebbe, in effetti, tutta la regolamentazione di copertura. Ciò non sarebbe tuttavia l'oggetto del ricorso d'annullamento e non potrebbe esserlo, per il fatto che un ricorso fondato sulla pretesa illegittimità delle disposizioni modificate della regolamentazione di copertura sarebbe irricevibile.

110 All'udienza il ricorrente ha chiesto al Tribunale di ordinare alla Commissione di presentare il verbale delle riunioni del comitato di gestione precedenti all'adozione, da parte di quest'ultimo, del parere n. 3/89 o, nel caso in cui — come la Commissione ha affermato — questo verbale non esistesse, l'inventario delle proposte fatte dal comitato di gestione in questo contesto. Infine, egli ha dichiarato che, se l'art. 72, n. 1, dello Statuto deve essere interpretato nel senso che le percentuali di rimborso che vi sono previste non sono percentuali fisse, i dipendenti non sarebbero in grado di valutare se sia necessario, e in quale misura, sottoscrivere un'assicurazione privata integrativa. Egli ha tuttavia ammesso di aver sottoscritto tale assicurazione integrativa in Canada.

Giudizio del Tribunale

111 Secondo una giurisprudenza costante, il principio di proporzionalità esige che gli atti delle istituzioni comunitarie, soprattutto allorché impongono oneri finanziari, non vadano oltre quanto è opportuno e necessario per raggiungere lo scopo perseguito, fermo restando che, quando è possibile scegliere tra più misure adeguate, occorre ricorrere alla meno restrittiva (v., per esempio, sentenze della Corte 17 maggio 1984, causa 15/83, *Denkavit Nederland*, Racc. pag. 2171, punto 25 della motivazione, e 11 luglio 1989, causa 265/87, *Schräder*, Racc. pag. 2237, punto 21 della motivazione).

112 A tale riguardo, si deve rilevare innanzi tutto che, in materia di determinazione delle percentuali e delle modalità di rimborso delle spese per malattia e, in

particolare, delle spese di assistenza infermieristica, le istituzioni comunitarie dispongono di un ampio potere discrezionale quando adottano, di comune accordo, la regolamentazione prevista dall'art. 72, n. 1, dello Statuto. In effetti, questo campo, la cui complessità con riguardo al necessario equilibrio finanziario del regime comune è già stata rilevata, implica un costante adeguamento in funzione delle variazioni della situazione finanziaria (v., sopra, punto 75 della motivazione). Solo la palese inadeguatezza di nuove misure di riduzione dei rimborsi potrebbe quindi comprometterne la legittimità. Orbene, è pacifico che con l'adozione della nuova regolamentazione di copertura il rimborso di talune spese per malattia, tra cui le spese di assistenza infermieristica, è stato ridotto per realizzare economie e per contenere in questo modo il disavanzo del regime comune e non si può negare che la riduzione del rimborso delle spese di assistenza infermieristica sia, nel suo principio, un mezzo adeguato al fine perseguito, ossia la riduzione di tale disavanzo.

- 113 Occorre poi osservare che, come risulta dal testo stesso dell'art. 72, n. 1, dello Statuto e, in particolare, dalla seconda e dalla terza frase del suo primo comma, tale disposizione consente alle istituzioni comunitarie, operanti di comune accordo, di distinguere, per quanto riguarda i presupposti e l'importo del rimborso delle spese per malattia, tra le diverse categorie di malattie, il che può anche comportare una distinzione tra diverse categorie di costi e, di conseguenza, percentuali e massimali di rimborso distinti. In quanto il ricorrente intende confrontare il rimborso delle spese di assistenza infermieristica con quello di altre spese per malattia, il suo argomento è quindi privo di pertinenza.
- 114 Infine, il Tribunale considera che in un caso come quello di specie, in cui le disposizioni regolamentari pertinenti hanno consentito un rimborso al 92% delle spese di assistenza infermieristica sostenute e in cui la ritenuta effettuata a carico del ricorrente ammontava solo a 6 300 BFR, non può affatto sussistere violazione del principio di proporzionalità. Comunque, le circostanze della presente lite non hanno rivelato elementi tali da comprovare detta violazione.
- 115 In quanto il ricorrente sostiene inoltre che gli autori della regolamentazione, per ridurre il disavanzo del regime comune, avrebbero dovuto scegliere altre misure, meno restrittive della fissazione di un massimale di rimborso delle spese infermie-

ristiche, occorre rilevare che tale ragionamento implica un esame dell'intero sistema di rimborso delle spese di tutte le malattie previsto dalla nuova regolamentazione di copertura. Orbene, tale valutazione andrebbe oltre i limiti del sindacato giurisdizionale sulle disposizioni pertinenti, la cui applicazione ha consentito, nella fattispecie, un risultato particolarmente favorevole al ricorrente.

116 Dato che non occorre formulare un giudizio globale sulla nuova regolamentazione di copertura, la richiesta del ricorrente, volta a far ordinare la produzione di taluni documenti interni del comitato di gestione del regime comune relativi alle diverse proposte di modifica della suddetta regolamentazione, dev'essere respinta in quanto priva di pertinenza.

117 Di conseguenza, neanche il mezzo relativo alla violazione del principio di proporzionalità può essere accolto.

118 Occorre quindi concludere che, poiché dall'esame dei cinque mezzi dedotti dal ricorrente non sono emersi elementi tali da inficiare la legittimità delle disposizioni pertinenti della nuova regolamentazione di copertura, anche l'eccezione d'illegittimità sollevata dal ricorrente, ai sensi dell'art. 184 del Trattato, dev'essere respinta.

119 Risulta da tutto quanto precede che, nella causa T-52/92, il ricorrente non ha potuto dimostrare che il suo diritto al rimborso delle spese di assistenza infermieristica andasse oltre l'importo concessogli con la decisione impugnata. Di conseguenza, occorre respingere il ricorso nel suo insieme. Per motivi di economia processuale, non è quindi necessario esaminarne la ricevibilità.

Sulle spese

- 120 Il ricorrente ha chiesto, in subordine, che venga applicato l'art. 87, n. 3, secondo comma, del regolamento di procedura, per il fatto che, nella causa T-6/92, la Commissione si sarebbe limitata, nella decisione di rigetto del suo reclamo, a contestarne la ricevibilità e per il fatto che, nella causa T-52/92, il contenuto della decisione di rigetto sarebbe stato estremamente sommario. Per questi motivi, egli non avrebbe avuto la possibilità di esaminare con cognizione di causa un'eventuale difesa nel merito.
- 121 La Commissione lascia al Tribunale il compito di valutare se essa abbia o meno cagionato le spese di un procedimento con il proprio comportamento. Comunque, il ricorrente non avrebbe affatto dimostrato che questo comportamento sia stato defatigatorio.
- 122 Ai sensi dell'art. 87, n. 2, primo comma, del regolamento di procedura, la parte soccombente è condannata alle spese, se ne è stata fatta domanda. Tuttavia, ai sensi dell'art. 88 dello stesso regolamento, nelle cause tra le Comunità e i loro dipendenti le spese sostenute dalle istituzioni restano a loro carico. Il Tribunale ritiene che, nelle circostanze della fattispecie, occorra applicare tali disposizioni. Dai fascicoli amministrativi e giudiziari delle due cause riunite non sono emersi elementi atti a dimostrare che la Commissione abbia fatto sostenere al ricorrente spese superflue o defatigatorie ai sensi dell'art. 87, n. 3, secondo comma, del regolamento di procedura. Di conseguenza, si deve disporre che ciascuna parte sopporti le proprie spese.

Per questi motivi,

IL TRIBUNALE (Quarta Sezione)

dichiara e statuisce:

1) Il ricorso nella causa T-6/92 è irricevibile.

2) Il ricorso nella causa T-52/92 è respinto.

3) Ciascuna parte sopporterà le proprie spese.

Bellamy

Kirschner

Saggio

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 26 ottobre 1993.

Il cancelliere

Il presidente

H. Jung

C. P. Briët