

4. Nell'ambito di un ricorso proposto in forza dell'art. 91 dello Statuto, il Tribunale è competente solo a sindacare la legittimità di un atto che leda il ricorrente, e non può, in mancanza di un provvedimento di applicazione particolare, pronunciarsi astrattamente sulla legittimità di una norma di natura generale.

SENTENZA DEL TRIBUNALE (Quinta Sezione)
24 novembre 1993 *

Nella causa T-13/93,

Roger Cordier, dipendente della Commissione delle Comunità europee, residente a Lussemburgo, rappresentato dall'avv. Jean-Noël Louis, del foro di Bruxelles, con domicilio eletto a Lussemburgo presso la fiduciaire Myson SARL, 1, rue Glesener,

ricorrente,

contro

Commissione delle Comunità europee, rappresentata dal signor Gianluigi Valsecia, consigliere giuridico principale, in qualità agente, assistito dall'avv. Alberto Dal Ferro, del foro di Vicenza, con domicilio eletto in Lussemburgo presso il signor Nicola Anecchino, membro del servizio giuridico, Centre Wagner, Kirchberg,

convenuta,

avente ad oggetto l'annullamento della decisione 9 marzo 1992 con cui l'ufficio liquidatore di Lussemburgo ha negato al ricorrente il rimborso, a titolo del regime complementare, delle spese mediche sostenute in Belgio dal suo coniuge e mirante inoltre alla declaratoria dell'illegittimità delle disposizioni interpretative dell'art. 9, n. 1, della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee, pubblicate nelle *Informazioni amministrative* 31 dicembre 1990,

* Lingua processuale: il francese.

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

composto dai signori A. Kalogeropoulos, presidente, R. Schintgen e D. P. M. Barrington, giudici,

cancelliere: J. Palacio González, amministratore

vista la fase scritta del procedimento e in seguito alla trattazione orale del 14 settembre 1993,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

Antefatti e ambito giuridico del ricorso

- 1 Il signor Roger Cordier, ricorrente, è dipendente di grado B1 della Commissione e lavora presso l'Ufficio statistico a Lussemburgo.
- 2 La signora Maria Rosa Cordier-Cristallo, coniuge del ricorrente, è affiliata a titolo principale presso la caisse de maladie des employés privés in Lussemburgo (in prosieguo: la «CMEP»). Essa è beneficiaria di una pensione di invalidità, il cui ammontare non supera il massimale previsto dall'art. 3, punto 1, della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: la «regolamentazione di copertura»); essa beneficia quindi, in via complementare, della copertura dei rischi di malattia prevista dal regime d'assicurazione malattia comune alle istituzioni delle Comunità europee (in prosieguo: il «regime comune»).
- 3 Il 3 marzo 1992 la signora Cordier consultava il dottor S., medico generico in Arlon, a cui versava la somma di BFR 490 a titolo di visita medica.

4 Al momento della presentazione della parcella alla CMEP, il rimborso le veniva negato in quanto, a norma dell'art. 58 degli statuti di detta cassa, la CMEP non si assume l'onere derivante da cure mediche effettuate all'estero allorquando esse non sono state previamente autorizzate dal suo medico di fiducia, nonché da un medico stabilito e praticante nel Lussemburgo.

5 L'art. 58 degli statuti della CMEP così dispone:

«Gli assicurati possono sottoporsi a cure mediche all'estero unicamente previo consenso della cassa malattia, a meno che non si tratti di cure urgenti a seguito di un incidente o di infermità sopravvenute all'estero. Il consenso della cassa malattia in merito a visite mediche all'estero è subordinato al parere motivato del medico curante. Il consenso della cassa malattia in ordine a cure mediche effettuate all'estero o a prestazioni effettuate nel Lussemburgo da un docente universitario, o medico equiparato, è subordinato alla presentazione di un certificato redatto dal medico curante dell'assicurato, che consigli tali cure all'estero, nonché al parere conforme del medico di fiducia, il quale potrà avvalersi del consiglio di un medico specialista. Il consenso della cassa malattia non può esser negato allorquando non sia possibile effettuare le cure all'interno del Granducato».

6 A seguito di tale diniego, il ricorrente, in data 9 marzo 1992, presentava la sopraccitata parcella all'ufficio liquidatore del regime comune in Lussemburgo, onde ottenere, in forza del regime complementare di cui il coniuge beneficia, il rimborso delle spese mediche sostenute.

7 Con nota redatta lo stesso giorno, l'ufficio liquidatore del regime comune in Lussemburgo negava anch'esso il rimborso di dette spese mediche, affermando che: «il Suo coniuge è assicurato a titolo complementare».

8 Il beneficio del rimborso delle spese mediche a titolo complementare da parte del regime comune rientra nel seguente ambito giuridico.

L'art. 72, n. 1, dello Statuto dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: lo «Statuto») così dispone:

«Nei limiti dell'80% delle spese sostenute e in base ad una regolamentazione stabilita di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità, previo parere del comitato dello Statuto, il funzionario, il coniuge — se questo non può beneficiare di prestazioni della stessa natura e dello stesso livello a titolo di qualsiasi altra disposizione di legge o regolamentare — i figli, e le altre persone a carico ai sensi dell'art. 2 dell'allegato VII sono coperti contro i rischi di malattia».

L'art. 3 della regolamentazione di copertura è redatto come segue:

«Le persone assicurate tramite l'affiliato sono:

1) il coniuge dell'affiliato, a condizione che non sia egli stesso iscritto al regime comune e sempreché:

— non eserciti un'attività lucrativa a titolo professionale

o

— se esercita tale attività o se usufruisce di redditi provenienti dall'esercizio di una tale attività svolta precedentemente, sia coperto contro gli stessi rischi in applicazione di altre disposizioni legali o regolamentari e che i suoi redditi annuali di origine professionale non siano superiori alla retribuzione di base annua di un funzionario di grado C5, primo scatto, cui si applichi il coefficiente correttore stabilito per il paese in cui il coniuge percepisce i redditi diretti o differiti provenienti da un'attività professionale, al lordo dell'imposta;

(...)».

L'art. 6, n. 1, della regolamentazione di copertura recita:

«L'affiliato che abbia diritto di per sé o per una persona assicurata suo tramite al rimborso delle spese in virtù di un'altra assicurazione malattia obbligatoria, è tenuto:

- a) a dichiararlo all'ufficio di liquidazione;
 - b) a chiedere o, eventualmente, a far chiedere in via prioritaria il rimborso previsto dall'altro regime;
 - c) ad unire a ciascuna domanda di rimborso presentata ai sensi del regime comune un estratto, accompagnato da documenti giustificativi, dei rimborsi che l'affiliato o la persona assicurata suo tramite ha ottenuto in virtù dell'altro regime».
- 9 Il 31 marzo 1992 il ricorrente presentava un reclamo ai sensi dell'art. 90, n. 2, dello Statuto, registrato presso il segretariato generale della Commissione il 24 aprile successivo, con cui chiedeva la revoca della decisione impugnata, il rimborso da parte del regime comune delle spese sostenute dal coniuge in occasione della visita medica effettuata in Belgio, nonché, in via sussidiaria, l'abolizione della disposizione interpretativa concernente l'art. 9, n. 1, della regolamentazione di copertura.
- 10 Alla riunione svoltasi il 1° luglio 1992, il gruppo interservizi della Commissione esaminava il reclamo del ricorrente alla sua presenza, senza poter giungere ad una composizione amichevole della controversia.
- 11 In data 12 agosto 1992, il presidente del comitato di gestione del regime comune di assicurazione malattia (in prosieguo: il «CGAM») informava il ricorrente che, in occasione della decisione adottata il 15 luglio 1992 in merito al suo reclamo, il

CGAM non era stato in grado di emettere un parere, con la maggioranza prevista, né a favore della proposta di conferma della decisione adottata dall'ufficio liquidatore, corredata di un 'considerando' in merito al problema delle norme interpretative, né a favore di quella volta alla pura e semplice conferma della suddetta decisione, con annessa menzione, nel verbale, del problema relativo alla questione sostanziale sollevato dalle suddette norme interpretative.

- 12 Il 4 novembre 1992, il direttore generale del personale e dell'amministrazione della Commissione comunicava al ricorrente la decisione adottata dalla Commissione in data 28 ottobre dello stesso anno, con la quale il suo reclamo veniva esplicitamente respinto nei seguenti termini: «Considerata l'inadempienza mostrata dal coniuge del reclamante per non aver ottemperato alle norme procedurali poste dalla cassa principale, la Commissione non può accogliere il reclamo del signor Cordier».

Procedimento

- 13 Di conseguenza, con atto depositato presso la cancelleria del Tribunale il 3 febbraio 1993, il ricorrente ha proposto il presente ricorso.
- 14 Con lettera 27 aprile 1993, il ricorrente ha informato il Tribunale di rinunciare alla replica.
- 15 Su relazione del giudice relatore, il Tribunale (Quinta Sezione) ha deciso di passare alla fase orale senza procedere ad istruttoria.
- 16 Le parti hanno presentato osservazioni orali e hanno risposto ai quesiti del Tribunale all'udienza del 14 settembre 1993.

Conclusioni delle parti

17 Il ricorrente conclude che il Tribunale voglia:

— dichiarare che le disposizioni interpretative della regolamentazione di copertura, pubblicate nelle *Informazioni amministrative* del 31 dicembre 1990, sono illegittime in quanto limitano il principio di libera scelta come enunciato dall'art. 9 della suddetta regolamentazione;

— conseguentemente:

1) annullare la decisione 9 marzo 1992 dell'ufficio liquidatore del RCAM avente sede in Lussemburgo, con cui esso nega il rimborso della somma di 490 BFR versata dalla moglie del ricorrente a saldo degli onorari pagati il 3 marzo 1992 al dottor S.;

2) annullare la decisione dell'ufficio liquidatore del RCAM con cui questo nega alla moglie del ricorrente il rimborso ai sensi della propria normativa;

3) rinviare la causa alla Commissione perché sia adottata una nuova decisione di rimborso;

4) condannare la convenuta alle spese.

La Commissione conclude che il Tribunale voglia:

1) respingere il ricorso;

2) decidere sulle spese in conformità alle pertinenti norme.

Nel merito

- 18 A sostegno del ricorso, il ricorrente deduce due mezzi, basati, anzitutto, sulla violazione dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, nonché dell'art. 6, n. 1, della regolamentazione di copertura e, inoltre, sulla violazione dell'art. 9, n. 1, della regolamentazione di copertura nonché sull'illegittimità delle norme interpretative della medesima regolamentazione.
- 19 Il Tribunale osserva che, in udienza, il ricorrente ha precisato di impugnare la decisione controversa in quanto ritiene che, basandosi essa su statuti in contrasto con il principio della libera scelta del medico, il diniego, oppostogli dalla cassa malattia cui il coniuge è iscritto a causa della propria attività lavorativa, di rimborsare spese mediche da esso sostenute in Belgio gli dia diritto alla copertura dei rischi di malattia da parte del regime comune a titolo complementare. A questo proposito, il fatto che il coniuge sia obbligato a seguire un certo procedimento per consultare un medico all'estero comporterebbe che egli non fruisce, in base ad altre disposizioni legislative o di regolamento, di prestazioni aventi la stessa natura e lo stesso livello di quelle cui può aver diritto un dipendente.
- 20 La convenuta sostiene che la decisione di negare il rimborso delle spese mediche sostenute dal coniuge del ricorrente non attiene al problema della libera scelta del medico, ma si basa unicamente sul fatto che il coniuge non ha osservato il procedimento prescritto dalla sua cassa malattia per le visite mediche all'estero.
- 21 Considerata la connessione esistente tra i mezzi dedotti dal ricorrente, il Tribunale ritiene opportuno esaminarli insieme.

Argomenti delle parti

- 22 Il ricorrente deduce, in primo luogo, che le disposizioni di cui all'art. 72, n. 1, dello Statuto stabiliscono il principio generale secondo cui il coniuge di un dipendente il

quale, in materia di assicurazione contro le malattie, non possa godere altrimenti di prestazioni della stessa natura e dello stesso livello, beneficia di diritto delle stesse prestazioni garantite ai dipendenti, nei limiti dell'80% delle spese sostenute. La regolamentazione di copertura, la quale pone le condizioni alle quali è concessa la copertura dei rischi di malattia, dovrebbe interpretarsi alla luce di tale principio.

- 23 A tal proposito, il ricorrente sostiene che la visita medica presso un sanitario che operi al di fuori del territorio lussemburghese rientra nell'ambito delle prestazioni rimborsabili ai sensi della regolamentazione di copertura. Pertanto, a parere del ricorrente, l'ufficio liquidatore del regime comune doveva accollarsi, in via complementare, le spese sostenute dal suo coniuge, a norma dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, il quale, a suo dire, prevede che i coniugi dei dipendenti devono fruire, in materia di assicurazione contro le malattie, degli stessi vantaggi di cui godono i dipendenti stessi, anche se soltanto in forma complementare. Il ricorrente ritiene che la nozione di complementarità non possa limitarsi alle sole prestazioni rimborsate da un regime principale, ma debba estendersi, conformemente alle norme proprie della regolamentazione di copertura, a tutte le spese mediche, siano esse rimborsate o no da un regime principale.
- 24 Ciò premesso, il ricorrente afferma che il suo coniuge ha osservato le disposizioni di cui all'art. 6, n. 1, della regolamentazione di copertura, in quanto ha anzitutto chiesto il rimborso delle spese mediche sostenute alla sua cassa malattia, vale a dire la CMEP, la quale glielo ha negato in quanto i suoi statuti consentono il rimborso delle spese mediche sostenute all'estero solamente a determinate condizioni.
- 25 In secondo luogo, il ricorrente ricorda che, ai sensi dell'art. 9, n. 1, della regolamentazione di copertura, «i beneficiari del presente regime sono liberi di scegliere il medico e gli istituti di cura».
- 26 Negando il rimborso delle spese mediche sostenute dal coniuge in occasione della visita medica presso un sanitario da esso liberamente scelto, l'ufficio liquidatore gli

avrebbe così negato tale facoltà di scelta. Tale interpretazione da parte dell'ufficio liquidatore delle norme del regime comune implicherebbe una discriminazione tra i coniugi dei dipendenti, a seconda che essi esercitino o meno un'attività lavorativa. Infatti, i coniugi che non svolgono alcuna attività retribuita fruirebbero degli stessi vantaggi del dipendente tramite il quale sono assicurati e potrebbero scegliere liberamente il loro medico, mentre ai coniugi che svolgono un'attività retribuita e che sono iscritti alla CMEP sarebbero precluse le visite mediche all'estero.

- 27 Il ricorrente aggiunge che l'interpretazione dell'ufficio liquidatore del regime comune in Lussemburgo, secondo cui il rimborso in via complementare delle spese mediche sostenute all'estero va effettuato unicamente se sono state osservate le norme del regime nazionale di assicurazione malattia, porta a privare di qualsiasi rimborso il coniuge di un dipendente iscritto in via principale alla CMEP.
- 28 In terzo luogo, il ricorrente osserva che le disposizioni interpretative della regolamentazione di copertura, pubblicate nelle *Informazioni amministrative* 31 dicembre 1990, precisano, con riguardo al precitato art. 9, n. 1, della medesima regolamentazione, la quale garantisce la libera scelta del medico, che «la possibilità di libera scelta si applica ai beneficiari della complementarità unicamente se il loro regime primario lo consente».
- 29 Orbene, il ricorrente rammenta che, in forza di una giurisprudenza consolidata del Tribunale e della Corte (sentenza del Tribunale 14 dicembre 1990, causa T-75/89, Brems/Consiglio, Racc. pag. II-899, confermata dalla sentenza della Corte 7 maggio 1992, causa C-70/91 P, Consiglio/Brems, Racc. pag. I-2973), una norma generale di attuazione non può avere l'effetto di ridurre la sfera di applicazione di una disposizione statutaria o di ignorare la finalità dello Statuto.
- 30 Il ricorrente ne deduce che l'ufficio liquidatore non può basare la sua decisione di diniego del rimborso sulla precitata disposizione interpretativa, che, a suo dire, è in contrasto con l'art. 9, n. 1, della regolamentazione di copertura in quanto limita la libera scelta del medico, ed è quindi illegittima.

- 31 Infine, il ricorrente adduce a sostegno della sua argomentazione la sentenza 8 gennaio 1988 del Tribunale amministrativo dell'Organizzazione internazionale del lavoro (in prosieguo: il «TAOIT»), pronunciata nella causa Boland/Eurocontrol (sentenza n. 924, Raccolta della 65^a sessione), in cui il TAOIT, applicando testi statutari e regolamentari identici a quelli delle istituzioni delle Comunità europee, ha affermato che «a norma dell'art. 3, n. 1, lett. b), del regolamento n. 10, un soggetto coperto dal regime di assicurazione malattia dell'Organizzazione, qualora possa aver diritto a rimborsi spese in forza di un'assicurazione obbligatoria contro le malattie, deve "chiedere (...) in via prioritaria, il rimborso garantito dall'altro regime". Nella fattispecie tale richiesta è stata avanzata, ma ad essa è stato opposto un diniego in quanto la cassa malattia lussemburghese subordina il rimborso a requisiti incompatibili con la libera scelta del medico, garantita dall'art. 5 del regolamento n. 10 dell'Eurocontrol a tutti i "beneficiari" del regime di assicurazione malattia, vale a dire, ai sensi dell'art. 2 del medesimo regolamento, non solamente agli iscritti, ma anche agli "assicurati tramite gli iscritti", compreso il coniuge che si trovi in una delle situazioni contemplate dal paragrafo 2 del suddetto articolo».
- 32 La convenuta controdeduce, innanzi tutto, che l'art. 72, n. 1, dello Statuto e la regolamentazione di copertura mirano a garantire al coniuge di un dipendente, che si trovi in una situazione identica, una copertura medica equivalente a quella dell'iscritto. Per un coniuge che eserciti un'attività retribuita tale scopo sarebbe raggiunto mediante l'intervento del regime comune in via complementare.
- 33 La convenuta rileva che l'intervento del regime comune è però subordinato alla condizione che il coniuge abbia previamente chiesto il rimborso delle spese mediche alla propria cassa malattia, secondo la procedura da essa prevista. La natura imperativa di tale condizione emergerebbe chiaramente dall'interpretazione teleologica dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, nonché degli artt. 3 e 6 della regolamentazione di copertura.
- 34 A tale proposito, la convenuta sottolinea che, se il coniuge potesse ottenere l'intervento del regime comune senza dimostrare di aver regolarmente seguito l'iter previsto dalla propria cassa malattia, vi sarebbe il rischio di una doppia assicurazione, in contrasto con l'art. 72 dello Statuto e con la giurisprudenza della Corte, la quale,

nella sentenza 8 marzo 1988, causa 339/85, Brunotti/Commissione, Racc. pag. 1379), ha così statuito: «Da queste disposizioni (art. 72, n. 1, dello Statuto) risulta che gli autori dello Statuto sono partiti dall'idea che il settore dell'assicurazione malattia dei dipendenti e dei loro familiari dovrebbe essere delimitato in modo da evitare, nei limiti del possibile, doppie assicurazioni dei rischi di malattia».

- 35 Orbene, la convenuta sottolinea che, nel caso di specie, la moglie del ricorrente non ha osservato l'iter procedurale della propria cassa malattia, in quanto ha ommesso di chiedere preventivamente l'accordo di detta cassa per una visita medica all'estero. La convenuta, la quale non nega che la nozione di complementarità si estenda, ai sensi delle norme del regime comune, a tutte le spese mediche, siano esse rimborsate o meno da un regime principale, ne deduce che, pur essendo in possesso dei requisiti per poter beneficiare in via complementare della copertura del regime comune, la moglie del ricorrente non può chiedere a detto regime il rimborso delle sue spese, dal momento che essa non ha deliberatamente rispettato le modalità che le avrebbero consentito di ottenere il suo intervento a titolo complementare. La convenuta aggiunge che un rimborso da parte del regime comune in un caso del genere non può essere ammesso per un regime il cui equilibrio di bilancio va scrupolosamente salvaguardato.
- 36 La convenuta sostiene, inoltre, che il diniego del rimborso delle spese mediche sostenute dalla moglie del ricorrente non è motivato dal fatto che essa ha scelto un medico operante al di fuori del territorio lussemburghese, ma dal fatto che essa non ha rispettato l'iter stabilito dalla sua propria cassa malattia.
- 37 Pur insistendo sul fatto che la questione della libera scelta del medico rimane una questione non rilevante nella presente causa, la convenuta rileva che il mezzo relativo all'illegittimità delle disposizioni interpretative 31 dicembre 1990 concernenti l'art. 9 della regolamentazione di copertura è divenuto privo di oggetto, in quanto la Commissione ha pubblicato nuove disposizioni interpretative nelle *Informazioni amministrative* 15 gennaio 1993, redatte come segue: «La possibilità di libera scelta si applica ai beneficiari della complementarità unicamente se il loro regime principale lo consente».

- 38 La convenuta sostiene inoltre che, imponendo al coniuge di un dipendente di osservare le norme della sua cassa malattia prima di poter beneficiare dell'intervento del regime comune in via complementare, l'art. 72 dello Statuto e la regolamentazione di copertura mirano ad evitare il verificarsi di una doppia assicurazione a favore di detto coniuge, e non sono quindi in alcun modo in contrasto coi principi di non discriminazione e della parità di trattamento.
- 39 Per quanto riguarda la sentenza del TAOIT 8 gennaio 1988, la convenuta non nega l'affinità esistente fra le due cause; osserva però che il caso di specie presenta un differenza fondamentale rispetto a quello deciso dal TAOIT, in quanto nella precitata causa Boland/Eurocontrol la moglie del signor Boland aveva previamente chiesto il consenso della CMEP per seguire una cura all'estero, consenso negato, mentre nella fattispecie la moglie del ricorrente ha ommesso di chiedere la previa autorizzazione per una visita medica all'estero, trasgredendo in tal modo l'iter contemplato dalla CMEP.
- 40 La convenuta osserva inoltre che nella causa Boland/Eurocontrol la cassa malattia dell'Eurocontrol ha dato prova di un «mutismo totale» (punto 13 della motivazione della sentenza), il che nella specie non si può imputare alla Commissione, la quale ha ampiamente motivato la sua decisione di rigetto del ricorrente. Non è pertanto possibile un'analisi parallela delle due cause.

Giudizio del Tribunale

- 41 Occorre ricordare in limine che, ai sensi dell'art. 72, n. 1, dello Statuto, il coniuge di un dipendente il quale non possa beneficiare, a titolo di qualsiasi altra disposizione di legge o regolamentare, di prestazioni della stessa natura e dello stesso livello di quelle cui può aver diritto un dipendente, è assicurato, secondo modalità da stabilirsi nell'ambito di una normativa comune, contro i rischi di malattia mediante il regime comune di assicurazione malattia.
- 42 L'art. 3, punto 1), della regolamentazione di copertura precisa che gode del regime comune di assicurazione malattia il coniuge dell'iscritto qualora questi eserciti

un'attività lavorativa, purché egli sia assicurato, in forza di altre disposizioni di legge o regolamentari, contro i medesimi rischi e non tragga dalla sua attività lavorativa redditi annui superiori ad un certo massimale.

- 43 L'art. 6, n. 1, della regolamentazione di copertura precisa inoltre che, un iscritto, o una persona assicurata suo tramite, quando può avere diritto al rimborso spese in forza di un'altra assicurazione malattia obbligatoria, è tenuto a dichiarare all'ufficio liquidatore e a chiedere o, eventualmente, a far chiedere in via prioritaria il rimborso prescritto dall'altro regime.
- 44 Il Tribunale rileva che l'art. 72, n. 1, dello Statuto mira a fornire al coniuge assicurato tramite l'iscritto la copertura del regime comune in casi sussidiari in cui non possa aver diritto «aliunde» a prestazioni equiparabili, e tende ad evitare, per quanto possibile, doppie assicurazioni dei rischi di malattia (v. sentenze della Corte Brunotti/Commissione, precitata, e 13 luglio 1989, causa 58/88, Olbrechts/Commissione, Racc. pag. 2643).
- 45 Sia l'art. 72 dello Statuto sia gli artt. 3 e 6 della regolamentazione di copertura partono dal presupposto che, nei limiti del possibile, il coniuge di un dipendente il quale eserciti un'attività lavorativa retribuita deve chiedere il rimborso delle proprie spese mediche nell'ambito del regime di assicurazione malattia che gli garantisce, a causa della sua propria attività lavorativa, una copertura contro i rischi di malattia, in quanto la copertura del regime comune gli è fornita unicamente a titolo complementare (v. sentenza del Tribunale 17 dicembre 1992, causa T-20/91, Holtbecker/Commissione, Racc. pag. II-2599).
- 46 Può così aver diritto al beneficio della complementarità il coniuge il quale, in forza di disposizioni di legge o di regolamento o degli statuti che determinano le prestazioni della cassa cui è iscritto a causa della propria attività lavorativa, non ha diritto o non può chiedere un'autorizzazione che gli consenta il rimborso delle spese mediche che deve sostenere all'estero, al pari del coniuge il quale, dopo aver

chiesto tale autorizzazione nei casi in cui le disposizioni vigenti o gli statuti della cassa glielo consentono, riceva un diniego.

- 47 Ne consegue che è compito del Tribunale accertare se la signora Cordier, assicurata, tramite il coniuge, al regime comune, ai sensi dell'art. 3, n. 1, secondo trattino, della regolamentazione di copertura, si trovi, nella fattispecie, in una situazione che le consente di aver diritto alla copertura complementare prevista dal regime comune.
- 48 Il Tribunale rileva che gli statuti della cassa malattia presso cui è affiliata la moglie del ricorrente, senza negare in modo assoluto e definitivo il diritto dell'iscritto ad ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute all'estero, subordinano tuttavia siffatto rimborso ad una previa autorizzazione.
- 49 Il coniuge di un dipendente assicurato a causa della propria attività lavorativa, quando, come nella fattispecie, si priva del diritto di ottenere dalla propria cassa malattia il rimborso delle suddette spese solo perché non ha chiesto in tempo l'autorizzazione a compiere una visita medica o a farsi curare all'estero, non può aver diritto al rimborso di dette spese da parte del regime comune a titolo della copertura complementare, il cui principio è sancito dall'art. 72, n. 1, dello Statuto.
- 50 Ne consegue che la moglie del ricorrente non può aver diritto al rimborso, da parte del regime comune, delle spese mediche che ha sostenuto in Belgio, in quanto si è privata del diritto di ottenere dalla propria cassa tale rimborso, omettendo di chiedere a questa, conformemente ai suoi statuti, la previa autorizzazione a sostenere in Belgio le spese di cui trattasi.
- 51 Si deve osservare inoltre che non è rilevante nel presente ricorso l'argomento dedotto dal ricorrente in udienza, secondo cui il principio della libertà di scelta del medico, stabilito dall'art. 9, n. 1, del regolamento di copertura, prevale sulle

norme nazionali e, a maggior ragione, sugli statuti di una cassa malattia di uno Stato membro, con la conseguenza che, in ossequio al principio della parità di trattamento, il coniuge di un dipendente iscritto deve fruirne al pari dello stesso iscritto.

52 Infatti, nell'ambito del sindacato di legittimità che il Tribunale deve effettuare secondo le modalità previste dall'art. 179 del Trattato CEE, non è suo compito pronunciarsi sulla legittimità rispetto al diritto comunitario di norme nazionali riguardante i regimi di assicurazione malattia o gli statuti di una cassa malattia nazionale. Tale sindacato rientra, da un lato, nella competenza della Corte di giustizia, la quale può esercitarlo nell'ambito di ricorsi proposti dalla Commissione ai sensi dell'art. 169 del Trattato o da uno Stato membro a norma dell'art. 170 del medesimo Trattato, volti a far dichiarare che uno Stato membro è venuto agli obblighi impostigli dal Trattato, e, dall'altro, nella competenza dei giudici nazionali, i quali eventualmente, possono adire la Corte, a norma dell'art. 177 del Trattato, con una domanda di decisione in via pregiudiziale in merito all'interpretazione del Trattato.

53 Si deve inoltre osservare che il principio della libera scelta del medico non figura nello Statuto stesso, ma discende dall'art. 9, n. 1, della regolamentazione di copertura, adottata di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità europee. Ne consegue che le norme in materia di libera scelta del medico, non comportando le caratteristiche stabilite dall'art. 189, n. 2, del Trattato, non hanno carattere vincolante in tutti i loro elementi e sono prive di efficacia diretta negli Stati membri: non possono quindi avere l'effetto di rendere inapplicabili, nei confronti del coniuge di un dipendente iscritto ad un regime di assicurazione malattia a causa della propria attività lavorativa, le norme di legge o di statuto che subordinano il rimborso delle spese mediche sostenute all'estero all'obbligo della previa autorizzazione da parte della cassa.

54 Infine, per quanto riguarda le disposizioni interpretative dell'art. 9 della regolamentazione di copertura, nei confronti delle quali il ricorrente ha sollevato un'eccezione di illegittimità, si deve rilevare come tali disposizioni, le quali, in ogni caso, non sono più in vigore, non fossero alla base della decisione dell'ufficio liquidatore, in quanto quest'ultimo non ha negato il rimborso delle prestazioni mediche di cui trattasi per il fatto che il regime principale cui è iscritto il coniuge del ricorrente

non consentiva di effettuare una visita medica all'estero, ma unicamente per il fatto che la moglie del ricorrente non aveva osservato le norme stabilite dal suo regime di assicurazione malattia. Orbene, dalla giurisprudenza del Tribunale emerge che esso, nell'ambito di un ricorso proposto in forza dell'art. 91 dello Statuto, è competente solo a sindacare la legittimità di un atto che leda il ricorrente e non può, in mancanza di un provvedimento di applicazione particolare, pronunciarsi astrattamente sulla legittimità di una norma di natura generale (sentenze 12 luglio 1991, causa T-110/89, Pincherle/Commissione, Racc. pag. II-635, 25 febbraio 1992, causa T-41/90, Barassi/Commissione, Racc. pag. II-159, e Bertelli/Commissione, causa T-42/90, Racc. pag. II-181). Ne consegue che, in mancanza di una decisione adottata in base alle disposizioni interpretative relative all'art. 9, n. 1, della regolamentazione di copertura, il ricorrente non può far valere l'asserita illegittimità di dette disposizioni.

55 Da tutto quanto precede risulta che il ricorso deve essere respinto.

Sulle spese

56 Ai sensi dell'art. 87, n. 2, del regolamento di procedura del Tribunale, la parte soccombente è condannata alle spese se ne è stata fatta domanda. Tuttavia, a norma dell'art. 88 dello stesso regolamento, nelle cause tra le Comunità e i loro dipendenti, le spese sostenute dalle istituzioni restano a loro carico.

Per questi motivi,

IL TRIBUNALE (Quinta Sezione)

dichiara e statuisce:

1) Il ricorso è respinto.

2) Ciascuna delle parti sopporterà le proprie spese.

Kalogeropoulos

Schintgen

Barrington

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 24 novembre 1993.

Il cancelliere

Il presidente

H. Jung

A. Kalogeropoulos