

SENTENZA DEL TRIBUNALE (Quarta Sezione)
25 febbraio 1992 *

Nella causa T-41/90,

Giuseppe Barassi, dipendente della Commissione delle Comunità europee, in servizio presso lo stabilimento di Ispra del Centro comune di ricerca, rappresentato dall'avv. Giuseppe Marchesini, patrocinante dinanzi alla Corte di cassazione della Repubblica italiana, con domicilio eletto in Lussemburgo presso lo studio dell'avv. Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

ricorrente,

sostenuto da

Unione Sindacale Euratom Ispra,

Sindacato Ricerca della Confederazione Generale Italiana del Lavoro,

Sindacato Ricerca dell'Unione Italiana del Lavoro,

Sindacato Ricerca della Confederazione Italiana Sindacati Liberi,

organizzazioni sindacali di diritto italiano, rappresentate dall'avv. Giuseppe Marchesini, patrocinante dinanzi alla Corte di cassazione della Repubblica italiana, con domicilio eletto in Lussemburgo presso lo studio dell'avv. Ernest Arendt, 4, avenue Marie-Thérèse,

intervenienti,

contro

* Lingua processuale: l'italiano.

Commissione delle Comunità europee, rappresentata inizialmente, nella fase scritta, dal signor Sergio Fabro, e successivamente dal signor Lucio Gussetti, membri del servizio giuridico, in qualità di agenti e, nella fase orale, dal signor Vittorio di Bucci, membro del servizio giuridico, in qualità di agente, assistito dall'avv. Alberto dal Ferro, del foro di Bruxelles, con domicilio eletto in Lussemburgo presso il signor Roberto Hayder, rappresentante del servizio giuridico, Centre Wagner, Kirchberg,

convenuta,

avente ad oggetto la domanda intesa a far dichiarare l'illegittimità dei massimali di rimborso fissati dalla regolamentazione sulla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee per quanto attiene alle prestazioni fornite in Italia, in quanto violano il principio e i criteri di copertura assicurativa stabiliti dall'art. 72 dello Statuto del personale delle Comunità europee nonché il principio di non discriminazione cui si ispira l'intero titolo V dello Statuto, e a far annullare il provvedimento riguardante il rimborso al ricorrente di spese mediche sostenute in Italia,

IL TRIBUNALE (Quarta Sezione)

composto dai signori R. García-Valdecasas, presidente, D. A. O. Edward e R. Schintgen, giudici,

cancelliere: signora B. Pastor, amministratore

vista la fase scritta e a seguito della trattazione orale del 14 gennaio 1992,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

I fatti all'origine del ricorso

- 1 Il ricorrente, il signor Barassi, è dipendente della Commissione delle Comunità europee, in servizio presso lo stabilimento di Ispra del Centro comune di ricerca (in prosieguo: il « CCR di Ispra »). Nella sua qualità di dipendente della Commissione il signor Barassi è iscritto al regime comune di assicurazione malattia dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: il « regime comune »). Il 4 no-

vembre 1989 subiva un intervento chirurgico classificato nella categoria B nell'elenco degli interventi chirurgici ripartiti per categorie, come stabilito dall'allegato II della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: la « regolamentazione di copertura »).

- 2 Il ricorrente presentava all'ufficio liquidatore di Ispra una domanda di rimborso di spese mediche per detto intervento chirurgico. Come risposta il ricorrente riceveva un foglio di liquidazione recante il n. 1, redatto il 31 gennaio 1990, con cui veniva informato che gli era rimborsato l'ammontare di 26 180 BFR, che in quel periodo costituiva l'importo massimo rimborsabile contemplato dal punto II, interventi chirurgici, dell'allegato I della regolamentazione di copertura. L'importo rimborsato rappresentava il 31,5% delle spese effettivamente sostenute, ammontanti ad una somma di 82 968 BFR.
- 3 Con nota 1° marzo 1990, registrata il 6 marzo 1990, il signor Barassi presentava, avverso il suddetto foglio di liquidazione, un reclamo, in forza dell'art. 90, n. 2, dello Statuto del personale delle Comunità europee (in prosieguo: lo « Statuto »).
- 4 Il 31 maggio 1990 l'ufficio liquidatore di Ispra, nel corso dell'istruttoria sul reclamo del signor Barassi, emetteva un parere con cui confermava il costo della sua operazione chirurgica nonché la qualificazione data a detta operazione dal medico di fiducia dell'ufficio liquidatore.
- 5 Il 18 giugno 1990 l'ufficio centrale del regime comune formulava un parere su detto reclamo, in cui dichiarava di condividere il provvedimento dell'ufficio liquidatore di Ispra.
- 6 Il 5 luglio 1990 il comitato di gestione del regime comune, cui l'amministrazione si era rivolta in forza dell'art. 16, n. 2, della regolamentazione di copertura, emetteva il parere n. 13/90 riguardante il reclamo del signor Barassi, in cui esso ha

dichiarato che si doveva confermare il provvedimento adottato dall'ufficio liquidatore. Tuttavia esso precisava che aveva già iniziato ad esaminare la revisione delle tabelle e dei massimali della regolamentazione sia sul piano generale sia sotto il profilo del principio della parità di trattamento dei dipendenti nelle varie sedi di servizio. Precisava inoltre che detti lavori non avevano ancora portato a proposte tali da essere adottate dagli organi competenti e nel frattempo occorreva applicare la regolamentazione vigente.

Il procedimento

- 7 Stando così le cose, con atto introduttivo depositato nella cancelleria del Tribunale il 4 ottobre 1990, il signor Barassi ha presentato il presente ricorso che è stato iscritto al ruolo col numero T-41/90.
- 8 Con lettera 22 novembre 1990 la Commissione gli comunicava la decisione che aveva adottato il 14 novembre 1990 in merito al suo reclamo, da essa non accolto. La Commissione aggiungeva che la sua decisione sarebbe stata riesaminata alla luce della sentenza che il Tribunale avrebbe emesso nella causa T-110/89, Pincerle/Commissione (Sentenza 12 luglio 1991, Racc. pag. II-635).
- 9 Con ordinanza 28 gennaio 1991 il Tribunale ammetteva il Sindacato Ricerca dell'Unione Italiana del Lavoro, il Sindacato Ricerca della Confederazione Generale Italiana del Lavoro, l'Unione Sindacale Euratom Ispra e il Sindacato Ricerca della Confederazione Italiana Sindacati Liberi ad intervenire a sostegno delle conclusioni del ricorrente. Gli intervenienti hanno presentato osservazioni scritte alla cancelleria del Tribunale il 16 aprile 1991.
- 10 Il Tribunale decideva di adottare provvedimenti procedurali organizzativi consistenti nel porre quesiti alle parti e nel chiedere loro di produrre taluni documenti. In seguito a tale domanda del Tribunale, la Commissione presentava l'11 dicembre 1991 il parere dell'ufficio liquidatore di Ispra 31 maggio 1990, il parere dell'ufficio centrale 18 giugno 1990, il parere del comitato di gestione 5 luglio 1990, n. 13/90, e il testo della versione modificata della regolamentazione di copertura entrata in vigore il 1° dicembre 1991.

- 11 Su relazione del giudice relatore, il Tribunale (Quarta Sezione) ha deciso di passare alla fase orale.
- 12 La fase orale si è svolta il 14 gennaio 1992. I rappresentanti delle parti hanno svolto difese orali e hanno risposto ai quesiti del Tribunale. La Commissione ha presentato il parere del comitato di gestione del regime comune 24 aprile 1991, n. 7/91, relativo ai coefficienti di uguaglianza vigenti per gli importi massimi di rimborso per talune prestazioni, la relazione dell'ufficio centrale 4 dicembre 1991 e la nota 6 gennaio 1992 rivolta ai capi di amministrazione dal segretariato del Collegio dei capi di amministrazione, con cui questi ultimi venivano informati dell'approvazione dei coefficienti di uguaglianza e della loro entrata in vigore a decorrere dal 1° gennaio 1991.
- 13 Il ricorrente conclude che il Tribunale voglia:
- dichiarare l'illegittimità dei massimali e dei parametri di rimborso fissati dall'allegato della regolamentazione comune e riguardanti le prestazioni controverse fornite in Italia, in quanto violano il principio e i criteri di copertura assicurativa stabiliti dall'art. 72 dello Statuto nonché il principio di non discriminazione cui si ispira l'intero titolo V dello Statuto;
 - annullare il provvedimento con cui gli sono state rimborsate le prestazioni controverse;
 - condannare la convenuta alle spese.
- 14 La convenuta conclude che il Tribunale voglia:
- respingere il ricorso;

— statuire sulle spese a norma di legge.

- 15 Gli intervenienti concludono per l'accoglimento delle conclusioni del ricorrente nonché per la condanna della Commissione alle spese dell'intervento.

Nel merito

- 16 A sostegno del ricorso il ricorrente deduce due mezzi, vale a dire, la violazione dell'art. 72 dello Statuto e, inoltre, la violazione del principio generale di non discriminazione insito, a suo parere, nelle norme del titolo V dello Statuto.
- 17 Prima di esporre gli argomenti sviluppati dalle parti, occorre ricordare le disposizioni che costituiscono l'ambito giuridico generale della presente lite. A questo riguardo, va rilevato che questa controversia, al pari della causa T-110/89, Pincerle/Commissione, di cui il Tribunale si è già occupato, presenta stretti collegamenti con gli antefatti e i lavori preparatori che hanno portato alla revisione della regolamentazione di copertura. Esaminando lo svolgimento di questo procedimento di revisione, il Tribunale ha tenuto conto d'ufficio di elementi contenuti nel fascicolo della causa T-110/89.
- 18 L'art. 72, n. 1, dello Statuto stabilisce che il dipendente, il suo coniuge e le persone a suo carico sono coperti contro i rischi di malattia nei limiti dell'80% delle spese sostenute e in base ad una regolamentazione stabilita di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità. Tale quota è portata all'85% per le visite e le consultazioni mediche, gli interventi chirurgici, il ricovero, i prodotti farmaceutici, gli esami di laboratorio, la radiologia, le analisi e le protesi su prescrizione medica (escluse le protesi dentarie). Il paragrafo 3 di detto articolo dispone che: « se l'importo delle spese non rimborsate per un periodo di dodici mesi supera la metà dello stipendio base mensile del funzionario o della pensione versata, l'autorità che ha il potere di nomina concede un rimborso speciale, tenuto conto della situazione di famiglia dell'interessato, in base alla regolamentazione prevista nel paragrafo 1 ».

- 19 In base all'art. 72 dello Statuto, le istituzioni della Comunità hanno adottato la suddetta regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee. Questa regolamentazione di copertura fissa massimali per i rimborsi delle spese mediche che figurano nei suoi allegati. In particolare, il punto II dell'allegato I fissa un importo massimo rimborsabile di 26 180 BFR per gli interventi chirurgici della categoria B. L'art. 8, nn. 1, 2 e 5, della regolamentazione di copertura, nella versione vigente all'epoca dei fatti considerati, disponeva:

« 1. Quando le spese sostenute riguardano cure prodigate all'affiliato o ad una persona assicurata suo tramite in un paese in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato e la parte delle spese non rimborsate dal regime costituisce un pesante onere per l'affiliato, può essere concesso un rimborso speciale in base al parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione competente, il quale valuta il costo delle cure mediche, o con decisione dell'autorità che ha il potere di nomina dell'istituzione da cui dipende l'interessato, oppure con decisione dell'ufficio di liquidazione se questo è stato a tal fine designato dalla suddetta autorità.

2. Quando la parte non rimborsata delle spese rientranti nel campo di applicazione delle tabelle allegate alla presente regolamentazione e sostenute dall'affiliato per sé o per le persone assicurate suo tramite supera, in un periodo di dodici mesi, un importo pari alla metà della media dello stipendio base mensile, della pensione oppure, per gli affiliati di cui all'art. 2, punti 3, 5, 6, 7, 8 e 12 della presente regolamentazione, dell'indennità riscossa durante tale periodo, il rimborso speciale di cui all'art. 72, paragrafo 3, dello Statuto è determinato nel modo seguente:

La parte non rimborsata delle suddette spese che supera la metà della media dello stipendio mensile di base, della pensione o dell'indennità è rimborsata al tasso:

- del 90% quando si tratta di un affiliato che non ha persone assicurate suo tramite;
- del 100% negli altri casi (...).

5. La decisione inerente a qualsiasi domanda di rimborso speciale viene presa:

- o dall'autorità avente potere di nomina dell'istituzione da cui l'interessato dipende, in base ad un parere dell'ufficio di liquidazione formulato in conformità dei criteri generali stabiliti dal Comitato di gestione, previa consultazione del Consiglio medico, e relativi al carattere eventualmente eccessivo delle spese sostenute;
- o dall'ufficio di liquidazione, in base ai medesimi criteri, qualora sia stato a tal fine designato dalla suddetta autorità ».

20 Il 9 maggio 1983 il comitato locale del personale del CCR di Ispra formulava una proposta concernente l'adeguamento della regolamentazione di copertura per il personale in servizio ad Ispra, nella quale, tra l'altro, si faceva riferimento alla necessità di adeguare il massimale di rimborso relativo agli interventi chirurgici, si osservava che « le tabelle di rimborso erano poco adeguate al costo della medicina e alle spese sanitarie in Italia », si prospettava la possibilità di un adeguamento differenziato dei massimali a seconda della sede di servizio e si proponeva un nuovo importo massimo di rimborso di 40 800 BFR per gli interventi chirurgici della categoria B.

21 Il 20 dicembre 1990 il comitato di gestione del regime comune formulava il parere n. 35/90, relativo alla revisione della regolamentazione di copertura. Esso considerava che occorreva aumentare gli ammontari massimi di rimborso di talune prestazioni e che, per quanto possibile, detti importi avrebbero dovuto essere fissati in modo che almeno 90 su 100 prestazioni mediche ed ospedaliere effettivamente erogate agli iscritti e ai loro aventi causa potessero essere coperte nella misura dell'80% e, rispettivamente, in quella dell'85%, contemplate dall'art. 72 dello Statuto e dalla regolamentazione di copertura. Esso rilevava che il tasso medio di rimborso delle prestazioni — escluse quelle per le quali la regolamentazione stabilisce un tasso di rimborso del 100% — era aumentato nel 1989: per l'ufficio liquidatore di Bruxelles all'80,01%; per l'ufficio liquidatore di Lussemburgo all'80,79%; per l'ufficio liquidatore di Ispra al 72,73%. In particolare, per quanto riguardava l'evoluzione del costo degli interventi chirurgici, segnatamente quelli

delle categorie B e D, nel parere si evidenziava un rialzo sensibile e continuo dovuto all'applicazione di nuove tecniche e all'uso di strumenti più efficaci. Esso osservava che l'importo massimo di rimborso per gli interventi chirurgici della categoria B non era stato più modificato dal 1° gennaio 1982 (salvo l'adeguamento tecnico in data 28 luglio 1983, determinato dalla modifica dell'aliquota di rimborso dall'80% all'85%), e che il tasso medio annuo di aumento per tale prestazione era ammontato al 7,86%, per tutte le valute, il che giustificava l'aumento, a prima vista notevole, dell'importo massimo di rimborso per tale prestazione. Il parere era completato da varie tabelle contenenti un'analisi dei prezzi versati dagli iscritti alla cassa malattia per taluni tipi di prestazione e il numero degli assicurati coperti all'85%. Per quanto riguarda le spese sostenute in lire italiane per gli interventi della categoria B, risultava che il « massimale » vigente consentiva la copertura statutaria solo per 282 domande su 1 000 domande di rimborso. Il comitato di gestione proponeva di aumentare l'importo massimo rimborsabile per gli interventi chirurgici della categoria B da 26 180 BFR a 37 273 BFR, con effetto dal 1° gennaio 1990. Riteneva inoltre che, allo scopo di rispettare il principio della parità di trattamento, le amministrazioni delle istituzioni dovessero, per quanto necessario, stabilire in forza dell'art. 8 della regolamentazione di copertura coefficienti per i Paesi nei quali il costo delle cure mediche è particolarmente elevato.

- 22 Il 24 aprile 1991 il comitato di gestione del regime comune emetteva il parere n. 7/91, in cui proponeva di stabilire coefficienti di uguaglianza da applicare agli importi massimi di rimborso per talune prestazioni le cui spese sono sostenute in valute comunitarie diverse dal franco belga o lussemburghese. Tali coefficienti sarebbero diversi per ciascun tipo di prestazione, in ciascuna valuta, onde garantire il rimborso al tasso statutario in nove casi su dieci e, in tal modo, realizzare la parità di trattamento per le prestazioni liquidate in tutte le valute comunitarie. Il comitato di gestione proponeva che tali coefficienti fossero adottati a partire dalla data stabilita per l'entrata in vigore della revisione dei massimali di rimborso, che aveva costituito oggetto del parere n. 35/90.

- 23 La regolamentazione di copertura costituiva oggetto di una revisione il 1° dicembre 1991, con effetto dal 1° gennaio 1991. I massimali di rimborso di varie spese mediche fissati negli allegati I e IV sono stati modificati conformemente alle proposte formulate dal comitato di gestione nel parere 20 dicembre 1990, n. 35/90 (v. so-

pra, punto 21). In particolare, l'importo massimo rimborsabile per gli interventi chirurgici della categoria B è stato portato a 37 273 BFR. Inoltre, l'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura è stato sostituito dalla seguente disposizione:

« 1. Possono essere concessi rimborsi speciali quando le spese sostenute riguardano cure prodigate all'affiliato o ad una persona assicurata suo tramite in un paese in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato e la parte delle spese non rimborsate dal regime costituisce un pesante onere per l'affiliato.

In base all'art. 110, terzo comma, dello Statuto, le istituzioni si accordano sull'applicazione del presente paragrafo in base ad una relazione dell'ufficio centrale, integrata col parere del comitato di gestione.

Le disposizioni del presente paragrafo non si applicano agli assicurati coperti dall'assicurazione malattia complementare di cui all'art. 24 dell'allegato X dello Statuto ».

²⁴ Nella motivazione della nuova regolamentazione si fa menzione del fatto che taluni importi massimi di rimborso non erano stati adeguati dal 28 luglio 1983, e che l'osservanza del principio di parità di trattamento fra tutti gli iscritti, indipendentemente dal luogo in cui effettuino le spese, imponeva di adeguare l'art. 8 della regolamentazione affinché le istituzioni potessero effettuare un adeguato rimborso per dette spese.

²⁵ Il 4 dicembre 1991 l'ufficio centrale del regime comune proponeva al collegio dei capi di amministrazione di approvare alcuni coefficienti di uguaglianza da applicare ai massimali di rimborso fissati nella regolamentazione di copertura, secondo il sistema proposto nel parere del comitato di gestione n. 7/91.

- 26 Previa relazione dell'ufficio centrale del regime comune, il collegio dei capi di amministrazione, a norma del modificato art. 8, n. 1, secondo comma, della regolamentazione di copertura, ha approvato, con effetto dal 1° gennaio 1991, i coefficienti di uguaglianza da applicare ai nuovi massimali entrati in vigore il 1° dicembre 1991. Per quanto riguarda le operazioni chirurgiche della categoria B le cui spese sono espresse in lire italiane, il coefficiente di uguaglianza da applicare al massimale esistente è stato fissato al 223%.

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

- 27 Il ricorrente non nega che l'art. 72 dello Statuto fissi il limite massimo di rimborso cui hanno diritto il dipendente e i suoi familiari beneficiari della copertura del regime comune, né che detto art. 72 demandi alla regolamentazione di copertura stabilita di comune accordo dalle istituzioni della Comunità la determinazione delle modalità di applicazione. Tuttavia, a suo parere, è incontrovertibile che la copertura delle spese mediche deve quantomeno tendere a garantire un rimborso ammontante all'80% o all'85% delle spese sostenute, anche se va ammesso che le disposizioni di esecuzione devono porre taluni criteri quantitativi.
- 28 Egli rileva che, anche se nei regimi nazionali si va via via affermando l'accollo di una modesta quota della spesa agli assicurati, sarebbe assolutamente illegittima una gestione del sistema che comportasse, in assenza di prestazioni di assistenza diretta, percentuali di rimborso molto lontane dalla nozione e dalla finalità di « copertura assicurativa ».
- 29 Egli deduce che le disposizioni generali di esecuzione dell'art. 72 dello Statuto, vale a dire la regolamentazione di copertura e, nella fattispecie, il suo allegato I, devono considerarsi illegittime ogniqualvolta stabiliscono massimali di rimborso che, alla prova dei fatti, si discostano notevolmente dalle percentuali dell'80% e dell'85% adottate dallo stesso art. 72. Secondo il ricorrente tali risultati compromettono il principio stesso di copertura assicurativa stabilito dall'art. 72 dello Statuto.

- 30 La Commissione osserva che l'art. 72 dello Statuto non attribuisce ai beneficiari del regime comune il diritto di ottenere un rimborso dell'80% o dell'85% a seconda del tipo di prestazioni effettuate. Queste percentuali costituiscono solo il limite massimo rimborsabile e non comportano quindi l'obbligo di rimborsare gli iscritti e gli assicurati in detta proporzione in ogni caso.
- 31 La Commissione aggiunge che il regime comune si basa su un sistema di rimborso delle spese mediche che può funzionare solo mediante i contributi degli assicurati e che esso dispone quindi solo di risorse limitate. Poiché l'interesse generale degli assicurati è di ottenere il miglior rimborso possibile delle spese mediche sostenute, per giungere ad una situazione ottimale è necessario che taluni limiti siano stabiliti dallo Statuto e dalla relativa regolamentazione.
- 32 Il Tribunale rileva, come ha già considerato nella sentenza 12 luglio 1991, causa T-110/89, Pincherle/Commissione (già citata), che dai termini dell'art. 72 dello Statuto non si può dedurre che esso attribuisca ai beneficiari del regime comune il diritto di ottenere il rimborso dell'80% o dell'85% delle spese sostenute a seconda del tipo di prestazioni effettuate. Queste percentuali fissano il limite massimo rimborsabile. Esse non costituiscono percentuali minime e non comportano quindi alcun obbligo di rimborsare gli iscritti e gli assicurati nella misura dell'80% o dell'85% in ogni caso.
- 33 Il Tribunale considera che, in mancanza di massimali di rimborso stabiliti dallo Statuto, le istituzioni sono legittimate a stabilire nelle disposizioni di esecuzione massimali adeguati rispettando il principio di copertura assicurativa cui si ispira l'art. 72 dello Statuto, e ciò tanto più in quanto le risorse di detto regime sono limitate ai contributi degli iscritti e delle istituzioni e in quanto deve essere salvaguardato l'equilibrio finanziario del regime.
- 34 Per quanto riguarda l'argomento del ricorrente secondo il quale i massimali di rimborso fissati dalle disposizioni di esecuzione sono illegittimi in quanto, come si verifica per il rimborso controverso, si discostano notevolmente dalle percentuali dell'80% e dell'85% adottate dall'art. 72 dello Statuto, il Tribunale constata che

nella fattispecie il rimborso è stato effettuato nella misura del 31,5% delle spese sostenute e in effetti tale tasso di rimborso è molto lontano dalle percentuali dell'80% e dell'85% adottate dall'art. 72 dello Statuto. Occorre quindi chiedersi se, come sostiene il ricorrente, un rimborso così lontano dalle percentuali dell'80% e dell'85% possa portare a qualificare illegittimi e ingiusti i massimali fissati di comune accordo dalle istituzioni.

35 Il Tribunale rileva che tale argomento non può essere accolto poiché lo Statuto e la regolamentazione di copertura, contemplando taluni correttivi, con ciò stesso presuppongono che, in taluni casi, le spese di malattia non siano rimborsate nella misura dell'80% o dell'85%. Infatti, l'art. 72, n. 3, dello Statuto contempla un rimborso speciale se l'importo delle spese non rimborsate per un periodo di dodici mesi supera la metà dello stipendio base mensile del dipendente o della pensione versata all'iscritto. Del pari, l'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura contempla un rimborso speciale se le spese sostenute riguardano cure fornite in un Paese in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato e la parte delle spese non rimborsate dal regime impone un pesante onere per l'iscritto.

36 Il ricorrente e gli intervenienti hanno ricordato essi stessi che l'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura offre la possibilità di ovviare ai casi in cui le spese mediche sostenute sono particolarmente elevate; essi sostengono tuttavia che tale possibilità è neutralizzata dalle disposizioni d'interpretazione della regolamentazione di copertura che, al fine di precisarne la portata, dispongono quanto segue:

« Le disposizioni di questo paragrafo non si applicano, in linea di principio, ai paesi della Comunità.

L'elenco dei paesi in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato, stabilito di comune accordo dai capi dell'amministrazione, è attualmente il seguente: USA, Canada, Cile, Uruguay, Giappone e Venezuela (...).

Il rimborso delle spese mediche in tali paesi sarà effettuato entro un limite massimo pari al doppio dei massimali indicati negli allegati della regolamentazione, su proposta — se del caso — dell'ufficio centrale e previo parere conforme del comitato di gestione.

La condizione del "pesante onere" sarà considerata soddisfatta quando la parte delle spese non rimborsate di cui al paragrafo 1 raggiunge il 60%.

Ai fini dell'applicazione di questo paragrafo le "spese sostenute" devono essere valutate prestazione per prestazione ».

Secondo il ricorrente e gli intervenienti tali disposizioni d'interpretazione non consentono l'applicazione dell'art. 8, n. 1, agli Stati membri della Comunità e sono illegittime in quanto in contrasto con l'art. 8.

37 Su questo punto la Commissione osserva che l'applicazione agli Stati membri della Comunità del sistema del rimborso speciale contemplato dall'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura, quando è elevata la parte di spese non rimborsata, non è affatto esclusa dalle relative disposizioni di interpretazione, come ha considerato il Tribunale nella precitata sentenza 12 luglio 1991, causa T-110/89, Pincerle/Commissione (già citata). Essa aggiunge che il ricorrente non ha presentato alcuna domanda di rimborso in forza di detto art. 8 e, di conseguenza, non ha interesse ad avvalersi di argomenti relativi all'applicazione di tale disposizione.

38 A tale riguardo il Tribunale rileva che l'art. 8, n. 5, della regolamentazione di copertura subordina ogni rimborso speciale ad una previa domanda nonché all'osservanza di un particolare procedimento. Nella fattispecie, il ricorrente prima della proposizione del presente ricorso non ha chiesto di fruire delle disposizioni di cui all'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura. Orbene, 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 dipendente ricorrente e non può, in mancanza di un provvedimento di applicazione particolare, pronunciarsi astratta-

mente sulla legittimità di una norma di natura generale (sentenza del Tribunale 12 luglio 1991, causa T-110/89, Pincherle/Commissione (già citata). Ne consegue nel presente caso che, in mancanza di un provvedimento individuale relativo all'applicazione dell'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura, il ricorrente e gli intervenienti non possono far valere l'illegittimità delle disposizioni di interpretazione di detto articolo.

39 Il Tribunale ritiene tuttavia opportuno rilevare, come ha già considerato nella già citata sentenza 12 luglio 1991 Pincherle/Commissione, che né il testo dello Statuto, né quello dell'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura consentono di dedurre che gli Stati membri della Comunità sono esclusi dall'ambito di applicazione delle disposizioni del suddetto art. 8, n. 1. L'uso dei termini « in linea di principio » nelle relative disposizioni d'interpretazione consente infatti di estendere l'applicazione dell'art. 8, n. 1, anche agli Stati membri della Comunità. Peraltro, il Tribunale osserva che le disposizioni di interpretazione entrate in vigore il 1° gennaio 1991 tengono conto della situazione degli Stati membri in cui il costo delle cure mediche è particolarmente elevato e, a norma dell'art. 8, n. 1, hanno stabilito coefficienti correttori che determinano l'aumento del rimborso per talune prestazioni (v. disposizioni di interpretazione dell'allegato I, punto 1). L'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura è stato così applicato a Stati membri della Comunità.

40 Il ricorrente ha richiamato l'attenzione anche sull'art. 8, n. 2, della regolamentazione di copertura, che prevede un rimborso speciale quando la parte non rimborsata delle spese supera, in un periodo di dodici mesi, un importo pari alla metà della media dello stipendio base mensile. Egli sostiene che il suo contenuto è neutralizzato dalle disposizioni di interpretazione ad esso relative, ed ai termini delle quali « ai fini dell'applicazione del presente paragrafo, gli importi rimborsati saranno limitati al doppio dei massimali corrispondenti alle spese in esame (...) ». Egli sostiene che, oltre alla notevole restrizione contenuta nell'art. 8 della regolamentazione, che limita il rimborso alla parte delle spese eccedente la metà dello stipendio mensile dell'assicurato e da cui risulta quindi che un rilevante importo è sempre irre recuperabile, le disposizioni d'interpretazione introducono un ulteriore limite di rimborso, vale a dire quello relativo al doppio dei massimali fissati. Egli sostiene che per questo motivo le disposizioni d'interpretazione sono illegittime.

- 41 A questo riguardo il Tribunale rileva, come ha fatto in precedenza, che, ai sensi dell'art. 8, n. 5, della regolamentazione di copertura, ogni rimborso speciale deve costituire oggetto di una previa domanda ed è subordinato all'osservanza di un procedimento particolare, il che non si è verificato nella fattispecie. Di conseguenza, l'argomento del ricorrente relativo all'illegittimità delle disposizioni di interpretazione dell'art. 8, n. 2, della regolamentazione di copertura non può in ogni caso essere invocato, poiché non riguarda un'illegittimità che vizi i provvedimenti impugnati e, per questo motivo, non può essere preso in considerazione nell'ambito di un ricorso proposto in base all'art. 91 dello Statuto.
- 42 Il Tribunale rileva, del resto, che le nuove disposizioni d'interpretazione entrate in vigore il 1° gennaio 1991 non contengono più la limitazione criticata dal ricorrente.
- 43 Ne consegue che il mezzo relativo alla violazione dell'art. 72 dello Statuto deve essere respinto.

Sul secondo mezzo relativo alla violazione del principio generale di non discriminazione insito nelle norme del titolo V dello Statuto

- 44 Il ricorrente rileva che le disposizioni del titolo V dello Statuto, intitolato « Trattamento economico e benefici sociali del funzionario », mirano a garantire ai dipendenti delle varie istituzioni retribuzioni e prestazioni di previdenza sociale uguali, indipendentemente dalla sede di servizio o dal luogo in cui devono sostenere spese mediche.
- 45 Perciò egli ritiene manifesto che gli assicurati i quali debbono ricorrere a cure mediche in Italia, ove le prestazioni mediche hanno un prezzo più elevato, sono sfavoriti rispetto a coloro che, a causa di una diversa sede di servizio o di una diversa residenza, possono ricevere le medesime prestazioni in base a tariffe più modiche; il fatto che i massimali di rimborso, validi per tutti i dipendenti, si basino sulle tariffe professionali belghe comporterebbe una discriminazione di trattamento

a favore di coloro che, per ragioni di sede o di residenza, possono fruire in Belgio, o in altri Stati membri, di prestazioni mediche meno costose.

- 46 Secondo il ricorrente l'allegato I della regolamentazione comune è quindi viziato da illegittimità tenuto conto della discriminazione che esso comporta fra il personale delle Comunità, situazione contraria tanto al principio generale di non discriminazione quanto alle norme del titolo V dello Statuto, volte a garantire a tutti i dipendenti la parità di trattamento per quanto riguarda il loro trattamento economico e i loro vantaggi sociali.
- 47 Il ricorrente fa valere inoltre che i nuovi massimali e coefficienti di uguaglianza da applicare alle spese sostenute in lire italiane sono entrati in vigore con effetto dal 1° gennaio 1991, e non possono quindi riguardare le spese sostenute, come nella fattispecie, in un periodo precedente.
- 48 La convenuta ammette che, in questi ultimi tempi, notevoli aumenti del costo di talune prestazioni mediche sono stati registrati in Italia e nel Regno Unito; aggiunge che proprio per questo motivo le istituzioni hanno approvato nuovi massimali di rimborso più elevati nonché l'adozione di coefficienti di uguaglianza per tali massimali.
- 49 La convenuta sostiene che le istituzioni hanno agito per risolvere questo problema sin dal 1987 e in questa data hanno iniziato una profonda revisione della regolamentazione di copertura. Questa revisione ha dovuto tuttavia attraversare varie fasi e procedure istituzionali stabilite dalle norme vigenti, che le istituzioni non potevano ignorare. Al tempo stesso è risultato necessario adottare gli adeguati provvedimenti finanziari, che avrebbero consentito di porre fine al disavanzo di gestione emerso in occasione degli ultimi esercizi e, soprattutto, di far fronte agli aumenti dei costi dovuti alle nuove proposte di aumento dei coefficienti correttori.

50 Il Tribunale considera che, stante una situazione di disparità riguardante gli iscritti e gli assicurati beneficiari della copertura del regime comune, i quali, in taluni Stati membri della Comunità, sostengono il costo di spese mediche più elevate, le istituzioni avevano l'obbligo di agire per porvi rimedio. Si deve quindi definire la natura e la portata di questo obbligo, risolvendo la questione se l'istituzione convenuta avesse l'obbligo di porre immediatamente fine a siffatta disparità mediante un aumento immediato dei rimborsi erogati ai dipendenti interessati o se, invece, il suo obbligo fosse limitato a quello di accordarsi con le altre istituzioni al fine di un'adeguata revisione del sistema.

51 Il Tribunale considera che la prima soluzione non può essere adottata in quanto la Commissione è tenuta ad osservare le norme vigenti e non è legittimata ad agire fuori dell'ambito legale stabilito dalla regolamentazione di copertura. In particolare, la Commissione non può applicare massimali di rimborso diversi da quelli fissati dalla regolamentazione di copertura, i quali possono essere modificati solo con un comune accordo delle istituzioni constatato ai sensi dell'art. 32 di detta regolamentazione. Va aggiunto che tale comportamento si impone a maggior ragione nell'ambito di un sistema le cui risorse sono limitate ai contributi degli iscritti e delle istituzioni e il cui equilibrio finanziario deve essere necessariamente salvaguardato.

52 Il Tribunale rileva quindi che la convenuta aveva l'obbligo di avviare e di condurre diligentemente la necessaria consultazione con le altre istituzioni per un'adeguata revisione del sistema.

53 A questo riguardo il Tribunale constata, in primo luogo, che già il 9 maggio 1983 il comitato locale del personale del CCR di Ispra aveva proposto di aumentare il massimale di rimborso per gli interventi chirurgici della categoria B (v. sopra, punto 20); in secondo luogo, solo il 20 dicembre 1990 (v. sopra, punto 21), il comitato di gestione del regime comune ha formulato il parere n. 35/90, in cui ha proposto, fra l'altro, di aumentare a 37 273 BFR il massimale di rimborso per gli interventi chirurgici della categoria B e, inoltre, ha invitato le amministrazioni delle istituzioni ad adottare, per quanto necessario, coefficienti per i Paesi nei quali il costo delle cure mediche è particolarmente elevato, onde rispettare il principio

della parità di trattamento; in terzo luogo, il comune accordo delle istituzioni sulla revisione della regolamentazione di copertura, entrata in vigore il 1° dicembre 1991, con effetto dal 1° gennaio 1991 (v. sopra, punti 23, 24, 25 e 26), è stato raggiunto solo nel novembre 1991.

- 54 Ammettendo che possa essere considerato eccessivo il lasso di tempo così trascorso, occorrerebbe chiedersi quali siano le conseguenze che possono derivarne per il caso di specie. Sotto tale profilo, il Tribunale rileva che gli iscritti — e tra loro il ricorrente — che dovevano sostenere spese mediche non rimborsate al tasso dell'80% o dell'85% potevano chiedere il rimborso speciale contemplato dall'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura, il quale attribuisce all'autorità che ha il potere di nomina un ampio potere discrezionale in merito. Il Tribunale rileva che solo qualora il procedimento contemplato dall'art. 8 della regolamentazione di copertura non avesse consentito di compensare totalmente le differenze fra gli importi delle spese mediche che rimangono a carico degli iscritti al regime comune nei vari Stati membri della Comunità, e solo qualora tale procedimento fosse stato previamente esperito, sarebbe stato necessario porsi la questione del risarcimento del danno derivante dall'eventuale ingiustificata persistenza di siffatta situazione di disparità. Orbene, poiché nel caso di specie non è stato esperito il procedimento di cui all'art. 8, non si deve esaminare tale questione.
- 55 Da tutte le considerazioni che precedono risulta che anche il presente mezzo deve essere respinto.
- 56 Ne consegue che il ricorso deve essere respinto integralmente.

Sulle spese

- 57 Ai termini 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, ai sensi dell'art. 88 dello stesso regolamento, nella cause tra le Comunità e i loro dipendenti le spese sostenute dalle istituzioni restano a loro carico. Inoltre, ai sensi dell'art. 87, n. 3, il Tribunale può ripartire le spese per motivi eccezionali. A questo

proposito si deve tener conto del fatto che la presente lite è sorta in seguito ad una situazione di disparità riguardante taluni iscritti e assicurati beneficiari della copertura del regime comune, situazione alla quale, come l'istituzione convenuta ha ammesso, occorreva ovviare (v. sopra, punto 48), il che è stato rilevato anche nella motivazione della nuova regolamentazione (v. sopra, punto 24). Risulta pertanto equo accollare all'istituzione convenuta, oltre alle proprie spese, la metà delle spese del ricorrente e degli intervenienti. Il ricorrente e gli intervenienti sopporteranno ciascuno la metà delle proprie spese.

Per questi motivi,

IL TRIBUNALE (Quarta Sezione)

dichiara e statuisce:

- 1) **Il ricorso è respinto.**
- 2) **La Commissione sopporterà le proprie spese e la metà delle spese del ricorrente e degli intervenienti, ciascuno dei quali sopporterà l'altra metà delle proprie spese.**

García-Valdecasas

Edward

Schintgen

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 25 febbraio 1992.

Il cancelliere

Il presidente

H. Jung

R. García-Valdecasas