

La fissazione dei massimali di rimborso mediante le disposizioni di esecuzione, allo scopo di salvaguardare l'equilibrio finanziario del regime di assicurazione malattia, non costituisce una violazione dell'art. 72 dello Statuto, purché stabilendo tali massimali le istituzioni comunitarie osservino il principio di copertura assicurativa sociale cui si ispira tale articolo.

2. 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.

3. Il principio della parità di trattamento impone alle istituzioni comunitarie l'obbligo di agire onde porre rimedio ad una situazione di disparità riguardante i beneficiari del regime comune di assicurazione malattia che, in taluni Stati membri, sostengono l'onere di spese mediche più elevate.

Tuttavia, le istituzioni non possono essere tenute a procedere ad un aumento immediato dei rimborsi erogati ai dipendenti interessati, tanto più che deve essere salvaguardato l'equilibrio finanziario del regime. Per contro, tocca loro concertarsi, con tutta la diligenza necessaria, al fine di un'adeguata revisione della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia, che garantisca l'osservanza del principio della parità di trattamento.

## SENTENZA DEL TRIBUNALE (Quarta Sezione)

12 luglio 1991 \*

Nella causa T-110/89,

**Giorgio Pincherle**, dipendente della Commissione delle Comunità europee, residente a Bruxelles, con l'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

\* Lingua processuale: l'italiano.

**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,

intervenanti,

contro

**Commissione delle Comunità europee,** rappresentata inizialmente dal sig. Sergio Fabro, membro del servizio giuridico, e successivamente dai sigg. Lucio Gussetti e Guido Berardis, membri del servizio giuridico, in qualità di agenti, con domicilio eletto in Lussemburgo presso quest'ultimo, 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, in quanto violano il principio e i criteri di copertura assicurativa stabiliti dall'art. 72 dello Statuto del personale nonché il principio di non discriminazione cui si ispira l'intero titolo V dello Statuto, e a far annullare vari provvedimenti riguardanti il rimborso al ricorrente di spese mediche sostenute in Italia,

**IL TRIBUNALE (Quarta Sezione),**

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

cancelliere: sig.ra B. Pastor, amministratore

vista la fase scritta e a seguito della trattazione orale del 30 gennaio 1991, ha pronunciato la seguente

### Sentenza

#### I fatti all'origine del ricorso

- 1 Il ricorrente, sig. Giorgio Pincherle, è capo della divisione « Statuto » presso la direzione generale IX, Personale e Amministrazione, della Commissione delle Comunità europee. Nella sua qualità di dipendente della Commissione, il sig. Pincherle è iscritto al regime comune di assicurazione malattia dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: il « regime comune »). Sua moglie e i suoi figli fruiscono, in qualità di assicurati, della copertura dello stesso regime. La sede di servizio del sig. Pincherle è Bruxelles. Da qualche tempo i suoi figli continuano i loro studi in Italia dove per questo motivo sua moglie effettua soggiorni di una certa durata. Di conseguenza, specie per i suoi familiari, talune spese mediche sono sostenute in Italia.
  
- 2 Nel corso del 1988 il ricorrente presentava all'ufficio liquidatore di Bruxelles varie domande di rimborso di spese mediche sostenute in Italia per prestazioni effettuate a suoi familiari. Come risposta il ricorrente riceveva tre schede di liquidazione, redatte rispettivamente l'8 giugno 1988, il 10 agosto 1988 e il 23 agosto 1988, nel modo seguente:
  - La scheda 8 giugno 1988, n. 71, riguarda il rimborso di spese relative a otto prestazioni mediche, che sono state sostenute in lire italiane; in sei casi queste spese venivano rimborsate nella misura dell'85%; in altri due casi — due consultazioni di medici specialisti — esse venivano rimborsate per un ammontare di 1 072 BFR che costituiva allora l'ammontare massimo rimborsabile contemplato dal punto I (consultazioni e visite) dell'allegato I della regolamentazione sulla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee (in prosieguo: la « regolamentazione di copertura »). In questi ultimi due casi l'ammontare rimborsato corrispondeva rispettivamente al 63% e al 38% delle spese effettivamente sostenute.

— La scheda 10 agosto 1988, n. 72, riguarda il rimborso di spese relative a dodici prestazioni mediche. Gli onorari di otto di esse venivano versati in lire italiane. Otto rimborsi venivano effettuati nella misura dell'85%; un altro nella misura dell'80%; due consultazioni di medici specialisti italiani venivano rimborsate nel limite allora contemplato dall'allegato I della regolamentazione di copertura, vale a dire per un ammontare di 1 072 BFR, pari al 29% delle spese sostenute; infine, una visita effettuata a domicilio da un medico specialista italiano veniva rimborsata nel limite del massimale contemplato dal suddetto allegato I, vale a dire per un ammontare di 1 470 BFR, pari al 43% delle spese sostenute.

— La scheda 23 agosto 1988, n. 73, riguarda il rimborso di spese ammontanti a 1 500 000 LIT, sostenute per cure dentarie, e a 100 000 LIT per i materiali usati in occasione di queste cure. Il ricorrente aveva presentato un preventivo che era stato autorizzato dall'ufficio liquidatore. Tuttavia quest'ultimo aveva avvertito il ricorrente che il rimborso sarebbe stato effettuato nei limiti contemplati dalla regolamentazione di copertura. A norma del punto XV, n. 2, dell'allegato I di detta regolamentazione, l'ufficio liquidatore chiedeva per queste spese il parere del medico di fiducia, che considerava eccessivi gli onorari relativi alle cure dentarie vere e proprie e li riduceva a 850 000 LIT. Il ricorrente otteneva per dette spese dentarie un rimborso di 19 203 BFR, vale a dire il 79,73% dell'ammontare ammesso di 850 000 LIT e, per i materiali usati, un rimborso di 1 866 BFR, vale a dire il 66,55% della somma di 100 000 LIT da lui versata.

3 Con nota 13 ottobre 1988, registrata il 19 ottobre 1988, il sig. Pincherle presentava avverso le suddette schede di liquidazione un reclamo ex art. 90, n. 2, dello Statuto del personale delle Comunità europee (in prosieguo: lo « Statuto »), in cui evidenziava le summenzionate percentuali di rimborso, i cui risultati riteneva inique e discriminatori.

4 Il 23 febbraio 1989 il comitato di gestione del regime comune, adito dall'amministrazione in forza dell'art. 16, n. 2, della regolamentazione di copertura, formulava il parere n. 1/89 riguardante il reclamo del sig. Pincherle, con cui riteneva che si dovessero confermare i provvedimenti adottati dall'ufficio liquidatore. Questo pa-

rere veniva inviato al sig. Pincherle che non riceveva da parte dell'amministrazione altre risposte al suo reclamo.

5 Il 23 febbraio 1989 il comitato di gestione, in base agli artt. 18, n. 6, e 30 della regolamentazione di copertura, formulava anche il parere n. 3/89, avente ad oggetto la revisione della suddetta regolamentazione. Con questo parere esso osservava che, a causa di un crescente squilibrio fra contributi e spese nell'ambito del regime comune, era emerso un disavanzo di gestione nel corso degli ultimi esercizi e che, tenuto conto delle previsioni, vi era il rischio che alla fine dell'esercizio 1991 il regime esaurisse largamente l'eccedenze accumulate. Esso sottolineava quindi la necessità di prevedere il ristabilimento dell'equilibrio fra contributi e spese; a questo scopo, proponeva, fra gli altri provvedimenti, di aumentare il contributo degli iscritti dall'1,35% all'1,80% e quello delle istituzioni dal 2,70% al 3,60%. Al tempo stesso suggeriva varie modifiche della regolamentazione di copertura — in particolare, l'introduzione dei due punti A e B, riguardanti rispettivamente le cure e le protesi dentarie, nell'allegato III, d'ora innanzi intitolato « Tariffe per il rimborso delle cure e delle protesi dentarie » — nonché vari adattamenti delle disposizioni d'interpretazione della suddetta regolamentazione:

— per quanto riguarda le disposizioni d'interpretazione dell'allegato I (« Norme relative al rimborso delle spese mediche »), parte I, punti 1) e 2), esso proponeva che « per gli onorari relativi a queste prestazioni (consultazioni e visite di medici generici e di medici specialisti), espressi in lire italiane, la tariffazione sarà effettuata in base e nei limiti di un coefficiente di 2 »;

— per quanto riguarda le disposizioni d'interpretazione dell'allegato III, parte A, esso proponeva per gli onorari delle prestazioni espressi in lire italiane di effettuare la tariffazione in base e nei limiti di un coefficiente di 1,8, oppure di fissare massimali più elevati per il rimborso di dette prestazioni.

6 Il 20 dicembre 1990 il comitato di gestione formulava un nuovo parere n. 35/90 relativo alla revisione della regolamentazione di copertura. Esso considerava che occorreva aumentare gli importi massimi di rimborso di talune prestazioni e che, per quanto possibile, essi avrebbero dovuto essere fissati in modo che almeno 90 su 100 prestazioni mediche e ospedaliere effettivamente erogate agli iscritti e ai loro

aventi diritto potessero essere coperte rispettivamente nella misura dell'80% e 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 ammontato 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%. Esso riteneva 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.

### Procedimento

- 7 Stando così le cose, con atto introduttivo depositato nella cancelleria della Corte l'8 maggio 1989, il sig. Pincherle ha presentato il presente ricorso che è stato iscritto a ruolo con il n. 161/89.
- 8 Ai sensi dell'art. 14 della decisione del Consiglio 24 ottobre 1988, che istituisce il Tribunale di primo grado delle Comunità europee, la Corte, con ordinanza 15 novembre 1989, ha rimesso la causa al Tribunale, che l'ha iscritta a ruolo col n. T-110/89.
- 9 Con quattro ordinanze 12 dicembre 1989, il Tribunale ha ammesso l'Unione sindacale Euratom Ispra, il Sindacato ricerca della Confederazione generale italiana del lavoro, il Sindacato ricerca dell'Unione italiana del lavoro e il Sindacato ricerca della Confederazione italiana sindacati liberi a intervenire a sostegno delle conclusioni del ricorrente. Gli intervenienti hanno presentato osservazioni scritte alla cancelleria del Tribunale il 23 febbraio 1990.
- 10 Su relazione del giudice relatore, il Tribunale (Quarta Sezione) ha deciso di passare alla fase orale senza procedere ad istruttoria.

- 11 La fase orale si è svolta il 30 gennaio 1991. I rappresentanti delle parti hanno svolto difese orali e hanno risposto ai quesiti del Tribunale. La convenuta ha presentato il testo del parere del comitato di gestione n. 3/89 e gli intervenienti quello del parere n. 35/90 dello stesso comitato, entrambi riguardanti la revisione della regolamentazione di copertura e soprammenzionati.
- 12 Il ricorrente conclude che il Tribunale voglia:
- dichiarare l'illegittimità dei massimali di rimborso fissati dall'allegato della regolamentazione comune del regime di assicurazione malattia per le visite, consultazioni mediche e cure dentarie — con riguardo alle prestazioni fornite negli Stati in cui le spese sostenute sono elevate — in quanto violano il principio e i criteri di assicurazione sociale stabiliti dall'art. 72 dello Statuto nonché il principio di non discriminazione cui si ispira l'intero titolo V dello Statuto;
  - annullare i provvedimenti con i quali gli sono state rimborsate le prestazioni controverse, come risultano dalle schede 10 agosto 1988, n. 72, e 23 agosto 1988, n. 73, dell'ufficio liquidatore;
  - condannare la convenuta alle spese.
- 13 La convenuta conclude che il Tribunale voglia:
- respingere il ricorso;
  - statuire sulle spese a norma di legge.
- 14 Gli intervenienti concludono per l'accoglimento delle conclusioni del ricorrente.

**Nel merito**

- 15 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.
- 16 Prima di esporre gli argomenti sviluppati dalle parti occorre ricordare le disposizioni che costituiscono l'ambito giuridico generale della presente lite.
- 17 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 a 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).
- 18 In base all'art. 72 dello Statuto, le istituzioni della Comunità hanno adottato la suddetta regolamentazione sulla copertura dei rischi di malattia dei dipendenti delle Comunità europee. L'art. 9, n. 1, di questa regolamentazione di copertura dispone che « i beneficiari del presente regime sono liberi di scegliere il medico e gli istituti di cura ». Questa regolamentazione di copertura fissa però massimali per il rimborso delle spese mediche, figuranti nell'allegato I, per le spese mediche vere e proprie, e nell'allegato III, per le protesi dentarie. Inoltre, il punto XV, n. 2, dell'allegato I, intitolato « Varie », dispone quanto segue:
- « Le spese relative alle cure considerate non funzionali o non necessarie dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia, non danno luogo a rimborso.
- La parte delle spese considerata eccessiva dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia, non dà luogo a rimborso ».



19 La regolamentazione di copertura ha costituito oggetto di una revisione, con effetto dal 1° gennaio 1991. L'allegato III è stato modificato conformemente alle proposte del comitato di gestione (v. sopra, punto 5). Inoltre le disposizioni d'interpretazione della regolamentazione sono state modificate nel seguente modo:

— per quanto riguarda le disposizioni d'interpretazione dell'allegato I, parte I, punti 1) e 2), esse dispongono d'ora innanzi:

« per gli onorari relativi a queste prestazioni (consultazione e visita di medici generici e di medici specialisti) espressi in lire italiane e in lire sterline, la tariffazione sarà effettuata sulla base ed entro i limiti di un coefficiente doppio, in applicazione delle disposizioni dell'art. 8, paragrafo 1, della regolamentazione »;

— per quanto riguarda le disposizioni d'interpretazione dell'allegato III, punti A e B, queste prevedono d'ora in poi vari coefficienti correttori che determinano un aumento per il rimborso delle cure dentarie e di talune protesi dentarie fisse i cui onorari e prezzi sono espressi in lire italiane.

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

20 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.

21 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 di-

retta, percentuali di rimborso molto lontane dalla nozione e dalla finalità di « copertura assicurativa ».

- 22 Egli osserva 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 sostanzialmente dalle percentuali dell'80% e dell'85% adottate dallo stesso art. 72. Ciò varrebbe per i rimborsi contestati nel caso di specie, compresi fra il 29% e il 66% delle spese sostenute. Secondo il ricorrente tali risultati compromettono il principio stesso di copertura assicurativa stabilito dall'art. 72 dello Statuto.
- 23 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.
- 24 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.
- 25 Il Tribunale rileva che dai termini dell'art. 72 dello Statuto non si può dedurre che esso attribuisce 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.

- 26 Il Tribunale considera che la fissazione dei massimali di rimborso mediante le disposizioni di esecuzione è conforme allo 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.
- 27 Quanto all'argomento del ricorrente secondo cui sono illegittimi i massimali di rimborso fissati dalle disposizioni di esecuzione in quanto, come si verifica per i rimborsi da lui contestati, sono molto lontani dalle percentuali dell'80% e dell'85% adottate dall'art. 72 dello Statuto, il Tribunale considera che, in mancanza di massimali di rimborso stabiliti dallo Statuto, le istituzioni sono legittimate a stabilire massimali adeguati rispettando il principio di copertura assicurativa cui si ispira l'art. 72 dello Statuto. Nel caso di specie, si deve constatare che i rimborsi figuranti nelle suddette schede di liquidazione, nn. 71 e 72, sono stati effettuati nella maggior parte — in quindici casi su venti — nella misura di una percentuale dell'80% o dell'85%, e solo un numero limitato di rimborsi non ha raggiunto questa percentuale. Per quanto riguarda la scheda n. 73 va rilevato che è stata rispettata la procedura disposta dalla regolamentazione di copertura, più precisamente quella di cui al punto XV del suo allegato I, per quanto riguarda le spese considerate eccessive. Le circostanze della fattispecie non autorizzano quindi a considerare illegittimi né ingiusti i massimali fissati di comune accordo dalle istituzioni.
- 28 Occorre aggiungere che il ricorrente e gli intervenienti, nel corso della fase scritta del procedimento, hanno ricordato che l'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura stabilisce che:
- « 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 ».
- 29 Essi hanno sostenuto che il suddetto art. 8, n. 1, che offre la possibilità di ovviare ai casi in cui le spese mediche sostenute sono particolarmente elevate, è comunque

neutralizzato dalle disposizioni d'interpretazione della regolamentazione di copertura che, ai fini 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 ».

30 A questo proposito 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 una procedura speciale:

« 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 ».

Nella fattispecie il ricorrente non ha chiesto, prima della proposizione del ricorso di cui trattasi, 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 astrattamente sulla legittimità di una norma di natura generale. 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 di detta disposizione.

31 Il Tribunale ritiene tuttavia opportuno rilevare che né il testo dello Statuto né quello dell'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura consentono di dedurre che i paesi 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 nuove disposizioni d'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. Come è già stato rilevato (v. sopra, punto 19), esse hanno infatti stabilito, ai fini dell'applicazione dell'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura, coefficienti correttivi che determinano l'aumento per i rimborsi di prestazioni di medici i cui onorari sono espressi in lire italiane e in lire sterline e di prestazioni di dentisti i cui onorari sono espressi in lire italiane. L'art. 8, n. 1, della regolamentazione di copertura è stato così applicato a Stati membri della Comunità.

32 Infine, gli intervenienti, riferendosi all'art. 72, n. 3, dello Statuto, a tenore del quale « 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 », hanno sostenuto che questo rimborso speciale è soggetto a restrizioni tanto notevoli, ad opera sia dell'art. 8, n. 2, della regolamentazione di

copertura, sia delle relative disposizioni d'interpretazione, da privarlo in pratica della sua funzione.

33 Al riguardo il Tribunale rileva, come ha fatto in precedenza, che, ai sensi dell'art. 8, n. 5, della regolamentazione di copertura, ogni rimborso speciale, compreso quello contemplato dall'art. 72, n. 3, dello Statuto, deve costituire oggetto di una previa domanda ed è subordinato all'osservanza di una particolare procedura, il che non si è verificato nella fattispecie. Di conseguenza, l'argomento degli intervenienti relativo all'illegittimità delle disposizioni d'applicazione dell'art. 72, n. 3, dello Statuto — in particolare dell'art. 8, n. 2, della regolamentazione di copertura — non può in ogni caso essere invocato a sostegno delle conclusioni del ricorrente, 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.

34 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**

35 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.

36 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 basano 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.

- 37 La convenuta ammette che ultimamente in Italia e nel Regno Unito sono stati registrati notevoli aumenti del costo di talune prestazioni mediche; essa aggiunge che questo è proprio il motivo per cui l'ufficio centrale ha proposto al comitato di gestione del regime comune di introdurre meccanismi correttori per talune di dette prestazioni.
- 38 La convenuta sostiene che le istituzioni hanno agito per risolvere questo problema fin dal 1987 e che in questa data esse 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 all'aumento dei costi dovuti alle nuove proposte di aumento dei coefficienti correttori.
- 39 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 concertarsi con le altre istituzioni al fine di un'adeguata revisione del sistema.
- 40 Il Tribunale considera che la prima soluzione non può essere adottata 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. Poiché ciò si verifica nella fattispecie, la tesi del ricorrente può essere accolta solo se si può provare che i provvedimenti adottati dall'istituzione convenuta sono stati tardivi o viziati da illegittimità.

- 41 A questo riguardo il Tribunale constata che il comitato di gestione del regime comune, nel parere n. 3/89 da esso formulato il 23 febbraio 1989 (v. sopra, punto 5), ha proposto di introdurre meccanismi correttivi per talune prestazioni i cui onorari sono espressi in lire italiane. Questo parere ha costituito il risultato dei lavori iniziati dal comitato due anni prima ai fini della revisione della regolamentazione di copertura. Il 20 dicembre 1990 il comitato di gestione, nel parere n. 35/90 (v. sopra, punto 6), ha proposto che per rispettare il principio della parità di trattamento le amministrazioni delle istituzioni adottino, nella misura necessaria, coefficienti per i paesi nei quali il costo delle cure mediche è particolarmente elevato. Infine, la regolamentazione di copertura ha costituito oggetto, con effetto dal 1° gennaio 1991, della summenzionata revisione (v. sopra, punto 19). Il Tribunale osserva che con l'entrata in vigore della nuova regolamentazione di copertura nelle nuove disposizioni d'interpretazione di detta regolamentazione sono state introdotte misure speciali intese a garantire la parità di trattamento di tutti gli iscritti e gli assicurati beneficiari della copertura del regime comune, onde ovviare al problema costituito dalla distorsione fra gli onorari praticati dai medici e dai dentisti nelle varie sedi di servizio o di residenza dei dipendenti comunitari e dei loro familiari.
- 42 Stante questo insieme di misure il cui scopo palese è di abolire la disparità che colpisce gli iscritti e gli assicurati che, in taluni Stati membri della Comunità, sostengono il costo di spese mediche più elevate, il Tribunale rileva che le istituzioni e, in particolare, la Commissione hanno dato prova della diligenza necessaria per giungere, per quanto riguarda gli onorari dei medici e dei dentisti, ad una revisione della regolamentazione di cui trattasi tenendo conto delle esigenze di rimborso nei vari Stati membri della Comunità, pur rispettando le fasi e le procedure disposte dalle norme vigenti e adottando gli adeguati provvedimenti finanziari per salvaguardare l'equilibrio del sistema.
- 43 Va inoltre rilevato che la modifica di una regolamentazione implica necessariamente che sia fissata la data in cui entra in vigore la regolamentazione modificata. Il principio della certezza del diritto richiede che sia fissata con precisione la data a partire dalla quale una disposizione entra in vigore. Poiché la nuova regolamentazione di copertura è entrata in vigore il 1° gennaio 1991, in mancanza di una disposizione contraria essa non può applicarsi con effetto retroattivo ai rimborsi



effettuati prima di detta data. Non può quindi essere considerato discriminatorio il fatto che casi analoghi siano trattati diversamente prima e dopo l'entrata in vigore della regolamentazione modificata.

- 44 Da tutte le considerazioni che precedono risulta che questo mezzo deve essere respinto.

### **Sulle spese**

- 45 A norma dell'art. 69, n. 2, del regolamento di procedura della Corte, che si applica mutatis mutandis alla procedura dinanzi al Tribunale, la parte soccombente è condannata alle spese se ne è stata fatta domanda. Tuttavia, ai sensi dell'art. 70 dello stesso regolamento, nelle cause promosse dai dipendenti delle Comunità le spese sostenute dalle istituzioni restano a carico di queste.

Per questi motivi,

### **IL TRIBUNALE (Quarta Sezione)**

dichiara e statuisce:

- 1) Il ricorso è respinto.**
- 2) Ciascuna delle parti sopporterà le proprie spese.**

Schintgen

Edward

García-Valdecasas

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 12 luglio 1991.

Il cancelliere

H. Jung

Il presidente

R. Schintgen