



## Raccolta della giurisprudenza

SENTENZA DEL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA DELL'UNIONE EUROPEA (Terza Sezione)

12 dicembre 2012\*

«Funzione pubblica — Ex funzionario — Previdenza sociale — Articolo 73 dello Statuto — Regolamentazione di copertura dei rischi di infortunio e di malattia professionale — Tabella allegata alla regolamentazione di copertura — Tasso di LIP — Interpretazione della tabella — Commissione medica — Mandato — Principio di collegialità»

Nella causa F-90/11,

avente ad oggetto un ricorso proposto ai sensi dell'articolo 270 TFUE, applicabile al Trattato CEEA ai sensi del suo articolo 106 bis,

**BS**, ex funzionario della Commissione europea, residente a Messina, rappresentato da C. Pollicino, avvocato,

ricorrente,

contro

**Commissione europea**, rappresentata da D. Martin e J. Baquero Cruz, in qualità di agenti, assistiti da D. Gullo, avvocato,

convenuta,

IL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA (Terza Sezione),

composto dai sigg. S. Van Raepenbusch (relatore), presidente, R. Barents e K. Bradley, giudici,

cancelliere: sig.ra W. Hakenberg

vista la fase scritta del procedimento e in seguito all'udienza del 13 giugno 2012,

ha pronunciato la seguente

### Sentenza

- 1 Con atto introduttivo depositato nella cancelleria del Tribunale il 26 settembre 2011, BS, ex funzionario della Commissione europea, ha proposto il presente ricorso, diretto, in sostanza, all'annullamento della decisione del 20 dicembre 2010 con cui l'autorità che ha il potere di nomina (in

\* Lingua processuale: l'italiano.

prosiegua: l'«APN») ha concluso il procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto dei funzionari dell'Unione europea (in prosiegua: lo «Statuto») dichiarando l'insussistenza di una lesione all'integrità psicofisica (in prosiegua: la «LIP»).

## **Contesto normativo**

### *Lo Statuto*

- 2 Ai sensi dell'articolo 73, paragrafi 1 e 2, dello Statuto:

«1. Alle condizioni fissate da una regolamentazione adottata di comune accordo dalle istituzioni dell'Unione, previo parere del comitato dello statuto, il dipendente è coperto sin dal giorno della sua entrata in servizio contro i rischi di malattia professionale e i rischi d'infortunio (...)».

2. Le prestazioni garantite sono le seguenti:

(...)

- b) in caso di invalidità permanente totale:

versamento all'interessato di un capitale pari a otto volte il suo stipendio base annuo calcolato in base agli stipendi mensili attribuitigli nei dodici mesi precedenti l'infortunio;

- c) in caso di invalidità permanente parziale:

versamento all'interessato di una parte dell'indennità prevista dalla lettera b), calcolata in base alla tabella stabilita dalla regolamentazione di cui al paragrafo 1.

(...)

Le prestazioni sopra enumerate sono cumulabili con quelle previste nel capitolo 3».

### *La regolamentazione di copertura adottata in applicazione dell'articolo 73 dello Statuto*

#### **Ambito di applicazione**

- 3 Il 1° gennaio 2006 è entrata in vigore la regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di infortunio e di malattia professionale (in prosiegua: la «regolamentazione di copertura») prevista all'articolo 73 dello Statuto.
- 4 L'articolo 1 della regolamentazione di copertura è così formulato:

«La presente regolamentazione fissa, in applicazione dell'articolo 73 dello statuto, le condizioni della copertura garantita ovunque nel mondo all'assicurato contro i rischi di infortunio e di malattia professionale.

Sono assicurati a norma della presente regolamentazione:

- il funzionario;
- l'agente temporaneo;

— l'agente contrattuale».

#### Nozione di invalidità permanente

- 5 L'articolo 11 della regolamentazione di copertura, rubricato «Invalidità permanente», è del seguente tenore:

«1. La misurazione dell'invalidità permanente totale o parziale è data dalla [LIP] stabilita dalla tabella europea di valutazione delle lesioni all'integrità psicofisica, di cui all'allegato A.

Si applicano le modalità pratiche di uso della tabella di cui all'allegato B.

(...)

2. In caso di invalidità permanente totale dell'assicurato risultante da un infortunio o da una malattia professionale, la [LIP] è del 100% e gli viene corrisposto il capitale contemplato dall'articolo 73, paragrafo 2, lettera b), dello statuto.

3. In caso di invalidità permanente parziale dell'assicurato risultante da un infortunio o da una malattia professionale, gli viene versato il capitale contemplato dall'articolo 73, paragrafo 2, lettera c), dello statuto, il cui importo è fissato in base alle percentuali previste dalla tabella di cui al paragrafo 1 del presente articolo.

4. La lesione di membra od organi già infermi è indennizzata soltanto in misura pari alla differenza tra lo stato precedente e quello successivo all'infortunio.

5. (...)

6. L'indennità totale spettante per più invalidità originate dallo stesso infortunio si calcola addizionando le singole indennità, senza che tuttavia si possa superare né il capitale integrale dovuto per l'invalidità permanente totale, né la somma parziale garantita per la perdita totale o la perdita completa della funzionalità dell'arto o dell'organo leso».

#### Indennità complementare

- 6 L'articolo 13 della regolamentazione di copertura prevede che, su parere dei medici designati dalle istituzioni o della commissione medica di cui all'articolo 22 di tale regolamentazione, viene concessa all'assicurato un'indennità complementare all'invalidità permanente parziale per il danno estetico, il danno sessuale (esclusa la riproduzione), i dolori eccezionali senza connotati oggettivi ma medicalmente plausibili, il danno alle attività di svago specifiche dell'assicurato. Tale indennità è stabilita in base alla tabella di valutazione dei danni particolari specifici che figura all'allegato C della regolamentazione di copertura.

#### Disposizioni procedurali

- 7 L'articolo 18 della regolamentazione di copertura prevede che le decisioni relative al riconoscimento dell'origine infortunistica di un avvenimento o al riconoscimento dell'origine professionale della malattia nonché alla determinazione del grado di invalidità permanente sono adottate dall'APN con la procedura prevista dall'articolo 20 della stessa.

8 L'articolo 20 della regolamentazione di copertura dispone quanto segue:

«1. Prima di adottare una decisione ai sensi dell'articolo 18, l'[APN] notifica all'assicurato o ai suoi aventi diritto il progetto di decisione, unitamente alle conclusioni del medico o dei medici designati dall'istituzione. L'assicurato o i suoi aventi diritto possono chiedere che la relazione medica completa sia trasmessa al loro medico di fiducia o che sia loro comunicata.

2. L'assicurato o i suoi aventi diritto possono chiedere, entro un termine di 60 giorni, che venga chiesto il parere della commissione medica di cui all'articolo 22. La richiesta di deferimento alla commissione medica deve comunicare sia il nome del medico rappresentante l'assicurato o i suoi aventi diritto, che la sua relazione che precisa le questioni mediche contestate al medico o ai medici designati dall'istituzione ai fini dell'applicazione delle disposizioni della presente regolamentazione.

3. Se alla scadenza del predetto termine non è stata presentata alcuna domanda di consultazione della commissione medica, l'[APN] adotta una decisione identica al progetto notificato».

9 L'articolo 22 della regolamentazione di copertura, rubricato «Commissione medica», così recita:

«1. La commissione medica è composta di tre medici designati:

- il primo, dall'assicurato o dai suoi aventi diritto;
- il secondo, dall'[APN];
- il terzo, d'intesa tra i due medici suddetti.

Ove, entro due mesi dalla designazione del secondo medico, non si raggiunga un accordo sulla designazione del terzo medico, quest'ultimo è scelto d'ufficio dal presidente della Corte di giustizia [dell'Unione europea], su iniziativa di una delle parti.

Indipendentemente dal modo di designazione, il terzo medico deve possedere una competenza in materia di valutazione e cura delle lesioni fisiche.

2. L'istituzione definisce il mandato conferito alla commissione medica. Esso concerne le questioni di tipo medico sollevate dalla relazione del medico rappresentante l'assicurato o i suoi aventi diritto e da altre pertinenti relazioni mediche comunicate ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2.

Gli onorari e le spese dei medici che compongono la commissione medica sono fissati conformemente a una tabella stabilita dai capi dell'amministrazione delle istituzioni (...), in funzione della complessità del caso deferito alla commissione medica.

Prima di confermare il mandato alla commissione medica, l'istituzione comunica all'assicurato o ai suoi aventi diritto gli onorari e le spese che possono eventualmente restare a loro carico ai sensi del paragrafo 4. L'assicurato o i suoi aventi diritto non possono in alcun caso ricusare il terzo medico a causa dell'importo degli onorari e delle spese che questi richiede. L'assicurato può tuttavia rinunciare in qualsiasi momento al deferimento alla commissione medica. In tal caso gli onorari e le spese del medico designato dall'assicurato o dai suoi aventi diritto, nonché la metà degli onorari e delle spese del terzo medico, restano a carico dell'assicurato o dei suoi aventi diritto per la parte di lavori svolta.

L'assicurato o i suoi aventi diritto restano debitori al loro medico delle somme con lui concordate, indipendentemente da ciò che accetta di pagare l'istituzione.

3. La commissione medica esamina in modo collegiale tutti i documenti disponibili che possono esserle utili per le sue valutazioni e decide a maggioranza. Spetta alla commissione medica definire la propria procedura e le proprie modalità di funzionamento. Il terzo medico è incaricato delle funzioni di segreteria e della redazione della relazione. La commissione medica ha facoltà di chiedere esami complementari e di consultare esperti al fine di completare la pratica o di ottenere pareri utili a portare a termine il proprio compito.

La commissione medica può fornire pareri di natura medica unicamente in merito ai fatti che è chiamata ad esaminare o che le sono stati comunicati.

Se la commissione medica, il cui compito si limita all'aspetto puramente medico della pratica, ritiene di trovarsi in presenza di un contenzioso di tipo giuridico, si dichiara incompetente al riguardo.

Al termine dei lavori la commissione medica raccoglie le proprie conclusioni in una relazione indirizzata all'[APN].

In base a tale relazione l'[APN] notifica all'assicurato o ai suoi aventi diritto la propria decisione unitamente alle conclusioni della commissione medica. L'assicurato o i suoi aventi diritto possono chiedere che la relazione completa della [c]ommissione sia trasmessa al loro medico di fiducia o che sia loro comunicata.

4. Le spese di funzionamento della commissione medica sono a carico dell'istituzione di appartenenza dell'assicurato.

Tuttavia, se il parere della commissione medica risulta conforme al progetto di decisione dell'[APN], l'assicurato o i suoi aventi diritto sono tenuti a sostenere gli onorari e le spese accessorie del medico da essi designato, nonché la metà degli onorari e delle spese accessorie del terzo medico, con la parte restante a carico dell'istituzione.

(...)».

Allegati alla regolamentazione di copertura

– Allegato A: tabella di riferimento europea per la valutazione del danno psicofisico a fini medici

- 10 La tabella di riferimento europea per la valutazione del danno psicofisico a fini medici (in prosieguo: la «tabella») comprende dieci capitoli. Il decimo capitolo reca il titolo «Apparato cutaneo», seguito dalla dicitura «Bruciature profonde o cicatrizzazioni patologiche».
- 11 Tale capitolo comprende un unico articolo (articolo 73 della tabella), rubricato «Postumi cutanei», il quale indica, in forma di tabella, il tasso o la forbice di tassi di LIP corrispondente alle lesioni cutanee valutate in percentuale di superficie corporea. Sotto la rubrica dell'articolo 73 viene precisato, tra parentesi, che i tassi proposti non includono le conseguenze estetiche e le limitazioni dei movimenti.
- 12 Dal prospetto dell'articolo 73 della tabella emerge che il tasso di LIP previsto per le lesioni cutanee che rappresentano una percentuale di superficie corporea inferiore al 10% è del 5%.

– Allegato B: modalità pratiche di uso della tabella

- 13 All'allegato B della regolamentazione di copertura è previsto, in particolare, che:

«La tabella (...) dev'essere inderogabilmente applicata.

Essa è vincolante se indica una percentuale prestabilita; se indica una fascia di percentuali, l'esperto non può derogare alla minima e alla massima».

– Allegato C: tabella di valutazione per l'indennità complementare di cui all'articolo 13 della regolamentazione di copertura

- 14 Ai sensi dell'articolo 13 della regolamentazione di copertura, l'allegato C indica, in forma di tabella, il tasso di LIP riconosciuto per i danni particolari specifici, danni valutati in base alla loro gravità su una scala che va da 1 a 7. In base a tale tabella, ad un danno qualificato come «molto lieve», valutato a 1 su 7, corrisponde un tasso dello 0,5% per l'indennità complementare.

### **Fatti**

- 15 Il ricorrente è entrato in servizio presso la Commissione il 1° gennaio 1973. Il 27 aprile 2002 è stato vittima di un'aggressione.
- 16 La Commissione ha avviato un procedimento sulla base dell'articolo 73 dello Statuto dopo che il ricorrente aveva presentato una dichiarazione d'infortunio. Tuttavia, poiché quest'ultimo non ha più fornito informazioni sulle conseguenze di carattere medico del suo infortunio, il suo fascicolo è stato archiviato il 23 settembre 2003.
- 17 Nel gennaio 2006 il ricorrente ha presentato una domanda di riapertura del procedimento, chiuso precedentemente, di determinazione del grado di invalidità permanente derivante dall'infortunio. A seguito di tale domanda, il procedimento è stato riaperto.
- 18 Il 1° maggio 2006 il ricorrente è stato ammesso al beneficio della pensione di anzianità.
- 19 In una relazione del 5 maggio 2006, il medico designato dall'istituzione nell'ambito del procedimento di determinazione del grado di invalidità permanente del ricorrente ha ravvisato un'assenza di LIP. Egli ha precisato altresì che il consolidamento delle lesioni era avvenuto il 25 gennaio 2006. Le conclusioni del medico designato dall'istituzione sono state riprese dall'APN in un progetto di decisione datato 1° giugno 2006.
- 20 Dissentendo da tale progetto di decisione, il ricorrente ha chiesto di adire la commissione medica, ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2, della regolamentazione di copertura.
- 21 Poiché il medico di fiducia del ricorrente e quello dell'istituzione non sono riusciti ad accordarsi sul nome del terzo medico da designare quale membro della commissione medica, quest'ultimo è stato nominato dal presidente della Corte di giustizia dell'Unione europea.
- 22 Il 29 novembre 2010 la relazione della commissione medica adottata a maggioranza dei suoi membri è stata trasmessa all'Ufficio «Gestione e liquidazione dei diritti individuali» (PMO). In tale relazione, la commissione medica ha constatato l'assenza di LIP e ha confermato che la data di consolidamento delle lesioni era il 25 gennaio 2006. Alla luce di queste conclusioni, il 20 dicembre 2010 l'APN ha deciso di confermare il contenuto del progetto di decisione del 1° giugno 2006 (in prosieguo: la «decisione del 20 dicembre 2010»).
- 23 Con nota del 12 gennaio 2011, il PMO ha informato il ricorrente che intendeva procedere al recupero, sulla sua pensione di anzianità, della metà degli onorari del terzo medico.
- 24 Il 26 gennaio 2011 il ricorrente ha rimesso in discussione la procedura seguita dalla commissione medica, nonché la relazione emessa dalla stessa. Egli ha contestato altresì la nota del PMO del 12 gennaio 2011.

- 25 Il PMO ha risposto il 3 febbraio 2011 a questa prima contestazione.
- 26 Il 24 febbraio 2011 il ricorrente ha inviato una nuova nota al PMO nella quale, da un lato, menzionava quelle che secondo lui erano irregolarità nella procedura di consultazione della commissione medica e, dall'altro, contestava il recupero da parte della Commissione dei costi della procedura.
- 27 Con nota del 26 febbraio 2011, il ricorrente ha presentato una domanda diretta ad ottenere una nuova convocazione della commissione medica. L'APN ha ritenuto che questa domanda costituisse un reclamo a norma dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto.
- 28 Il 19 aprile 2011 il ricorrente ha proposto un reclamo, ai sensi dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto, registrato il giorno stesso. In detto reclamo, egli chiede, in particolare, l'annullamento della decisione del 20 dicembre 2010 nonché della decisione relativa al recupero, sulla sua pensione, della metà degli onorari del terzo medico.
- 29 La nota del 26 febbraio 2011, registrata come reclamo dall'APN, nonché il reclamo del 19 aprile 2011 hanno costituito oggetto di un'unica decisione di rigetto dell'APN, redatta in lingua francese, del 16 giugno 2011 (in prosieguo: la «decisione del 16 giugno 2011»). La decisione del 16 giugno 2011 è stata notificata al ricorrente il 28 giugno 2011. Il ricorrente ha peraltro ricevuto, il 4 agosto 2011, la traduzione in italiano di tale decisione.

### **Procedimento e conclusioni delle parti**

- 30 Il ricorrente chiede che il Tribunale voglia:
- annullare la decisione del 16 giugno 2011;
  - pronunciarsi in via definitiva dichiarando che la regolamentazione relativa alla copertura copre tutto il sistema cutaneo e non soltanto le bruciature profonde e le cicatrizzazioni patologiche del sistema cutaneo;
  - intimare alla Commissione di procedere alla costituzione di una nuova commissione medica, con il compito di riesaminare il caso del ricorrente alla luce dell'interpretazione della regolamentazione di copertura fornita dal Tribunale;
  - condannare la Commissione alle spese.
- 31 La Commissione chiede che il Tribunale voglia:
- respingere il ricorso;
  - condannare il ricorrente alle spese.

### **In diritto**

#### *Sull'oggetto della controversia*

- 32 Il ricorrente chiede l'annullamento della decisione del 16 giugno 2011.

- 33 A tale riguardo, occorre rammentare che la domanda di annullamento formalmente diretta contro il rigetto di un reclamo comporta che il Tribunale sia chiamato a conoscere dell'atto contestato con il reclamo, quando essa sia, come tale, priva di contenuto autonomo (v., in tal senso, sentenza della Corte del 17 gennaio 1989, Vainker/Parlamento, 293/87, punto 8; sentenza del Tribunale di primo grado del 6 aprile 2006, Camós Grau/Commissione, T-309/03, punto 43).
- 34 Poiché la domanda di annullamento formalmente diretta contro la decisione del 16 giugno 2011 è, nella fattispecie, priva di contenuto autonomo, il ricorso deve considerarsi diretto contro la decisione del 20 dicembre 2010. Per quanto riguarda la decisione relativa al recupero, sulla pensione del ricorrente, della metà degli onorari del terzo medico, decisione anch'essa contestata nel reclamo del 19 aprile 2011, occorre rilevare che nessuno dei motivi del ricorso verte sulla legittimità di tale decisione. Tuttavia, la domanda di annullamento può considerarsi diretta, in via consequenziale, contro tale decisione nel caso in cui la decisione del 20 dicembre debba essere annullata.

*Sulla domanda di annullamento*

- 35 A sostegno della sua domanda di annullamento, il ricorrente deduce cinque motivi, vertenti:
- su un abuso di potere e sulla violazione delle disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevedono il funzionamento collegiale della commissione medica;
  - sulla violazione delle disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevedono che la commissione medica non è competente ad esaminare questioni di tipo giuridico;
  - sull'insufficiente motivazione del parere della commissione medica;
  - sulla violazione, da parte della commissione medica, del mandato conferitole;
  - sull'errore di diritto.

Sul primo motivo, vertente su un abuso di potere e sulla violazione delle disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevedono il funzionamento collegiale della commissione medica

- 36 Il ricorrente sostiene che la commissione medica non si è pronunciata in modo collegiale sulla sua situazione.
- 37 Per quanto riguarda la collegialità dei lavori della commissione medica, occorre richiamare le disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, secondo cui la commissione medica «esamina in modo collegiale tutti i documenti disponibili che possono esserle utili per le sue valutazioni e decide a maggioranza».
- 38 È già stato dichiarato, per l'applicazione di tali disposizioni, che la relazione della commissione medica non è affetta da un vizio di forma per il semplice fatto che uno dei suoi membri ha rifiutato di firmarla. Tuttavia, al fine di rispettare il principio della collegialità dei lavori della commissione medica occorre accertare che il membro astenutosi dal firmare la relazione abbia avuto modo di esporre utilmente il proprio punto di vista dinanzi agli altri due membri (v. sentenza del Tribunale del 14 settembre 2010, AE/Commissione, F-79/09, punto 56 e la giurisprudenza citata).

- 39 Nella fattispecie, è pacifico che la relazione della commissione medica non è stata firmata dal medico designato dal ricorrente. Il Tribunale è quindi tenuto ad assicurarsi che detto medico abbia avuto modo di esporre il proprio punto di vista dinanzi agli altri due medici della commissione medica.
- 40 A tal fine, non è inutile precisare le circostanze in cui si sono svolti i lavori della commissione medica.
- 41 Anzitutto, i tre membri della commissione medica, con l'accordo del ricorrente, avevano convenuto di riunirsi il 21 ottobre 2009 a Liegi (Belgio). La convocazione formale per tale riunione è stata inviata a tutti i partecipanti il 22 agosto 2009.
- 42 Il 20 ottobre 2009, alle 16.33, il medico designato dal ricorrente ha inviato un messaggio di posta elettronica agli altri due membri della commissione medica nel quale indicava loro di non poter presenziare alla riunione dell'indomani, ma di acconsentire al suo svolgimento come previsto e di essere raggiungibile durante l'intera durata dei lavori.
- 43 La commissione medica si è riunita a Liegi il 21 ottobre 2009, in assenza del medico designato dal ricorrente ma in presenza di quest'ultimo, nonché di un interprete.
- 44 Nel corso di tale riunione, il ricorrente ha consegnato vari documenti alla commissione medica, fra cui una relazione del medico da lui designato, che indicava un tasso di LIP compreso tra il 6 e il 6,5%. Una traduzione orale di tale relazione è stata fatta dall'interprete nel corso della riunione. In seguito, la relazione del medico designato dal ricorrente è stata allegata alla relazione finale della commissione medica.
- 45 Sempre nel corso della riunione del 21 ottobre 2009, il ricorrente è stato esaminato e interrogato. Sulla base, in particolare, dei dati così raccolti si è successivamente tenuta una discussione, con l'intermediazione dell'interprete, tra il terzo medico, il medico designato dall'istituzione e il medico designato dal ricorrente, che era in contatto telefonico.
- 46 Il medico designato dal ricorrente ha quindi potuto esporre il proprio punto di vista nell'ambito di tale discussione successiva all'esame e all'anamnesi del ricorrente. Dalla relazione della commissione medica emerge, del resto, che il medico designato dal ricorrente ha espresso in tale occasione le proprie riserve sulla conclusione cui giungevano gli altri due membri della commissione medica, vale a dire l'assenza di LIP.
- 47 Pertanto, dato che il medico designato dal ricorrente è stato convocato in modo regolare alla riunione della commissione medica, il quale ha avvertito gli altri membri della sua assenza – che non si dimostra, e neppure si afferma, essere dovuta a forza maggiore – solamente alla vigilia del giorno in cui tale riunione doveva tenersi, che egli ha accettato che la riunione fosse ugualmente svolta, indicando nel contempo di poter essere raggiunto durante l'intera durata dei lavori, che ha trasmesso agli altri membri, tramite il ricorrente, presente alla riunione, una relazione contenente le sue conclusioni sul caso del ricorrente, che tale relazione ha potuto essere esaminata dagli altri membri nel corso della riunione e che a seguito dell'esame e dell'anamnesi del ricorrente praticati durante la riunione egli ha potuto esporre per telefono il proprio punto di vista agli altri membri, il motivo vertente sulla violazione delle disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevedono un funzionamento collegiale della commissione medica, dev'essere respinto in quanto errato in fatto.
- 48 Inoltre, risulta dagli atti che il medico designato dal ricorrente ha avuto modo di far valere le proprie osservazioni sulla relazione redatta dal terzo medico a seguito della riunione del 21 ottobre 2009 e che le sue osservazioni sono state prese in considerazione prima dell'adozione della relazione definitiva della commissione medica.

- 49 Infatti, a seguito della riunione del 21 ottobre 2009, il terzo medico ha stilato, il 23 novembre 2009, una relazione che è stata inviata l'8 dicembre 2009 al medico designato dal ricorrente e, con lettera del 5 ottobre 2010, quest'ultimo ha presentato osservazioni su tale relazione.
- 50 Orbene, l'affermazione della Commissione secondo cui gli altri due membri della commissione medica hanno deciso di non condividere tali osservazioni non è stata contestata dal ricorrente.
- 51 La relazione della commissione medica, quindi, è stata adottata definitivamente solo dopo che il medico designato dal ricorrente ha presentato le proprie osservazioni e che queste sono state prese in considerazione, e successivamente respinte, dagli altri membri della commissione medica, il che conferma l'assenza di violazione delle disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevedono il funzionamento collegiale della commissione medica.
- 52 Le conclusioni di cui sopra non possono essere rimesse in discussione dagli argomenti dedotti dal ricorrente.
- 53 In primo luogo, alla luce dell'insieme delle circostanze appena esaminate, il fatto che il medico designato dal ricorrente non abbia potuto essere raggiunto per telefono nell'esatto momento in cui quest'ultimo veniva esaminato e visitato dagli altri due membri della commissione medica non prova che i lavori della commissione medica si siano svolti in modo non collegiale.
- 54 Infatti, da un lato, il medico designato dal ricorrente aveva trasmesso una relazione – di cui gli altri membri della commissione medica hanno potuto utilmente prendere conoscenza nel momento in cui questa si è riunita – contenente le sue conclusioni sul caso del ricorrente. Dall'altro, come indicato ai punti 47 e 48 supra, nella riunione del 21 ottobre 2009 tale medico ha potuto esporre il proprio punto di vista sulle conclusioni alle quali erano giunti gli altri due membri della commissione medica dopo aver esaminato e interrogato il ricorrente.
- 55 In secondo luogo, il terzo medico era legittimato a redigere personalmente il progetto di relazione della commissione medica e ad inviarlo successivamente agli altri membri della commissione per la firma.
- 56 Infatti, le disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura prevedono espressamente che il terzo medico ha il compito di redigere la relazione della commissione medica.
- 57 In terzo luogo, come menzionato al punto 49 supra, dopo aver ricevuto la relazione del 23 novembre 2009, il medico designato dal ricorrente ha presentato osservazioni con lettera del 5 ottobre 2010. Il ricorrente sostiene che il terzo medico avrebbe dovuto accludere alla relazione della commissione medica la risposta di quest'ultima a dette osservazioni o, quanto meno, allegare a tale relazione le osservazioni in questione.
- 58 Tuttavia, il ricorrente non dimostra l'avvenuta violazione di una disposizione o di un principio che preveda un obbligo siffatto. Quanto al principio della collegialità delle deliberazioni della commissione medica, tale principio, come sopra affermato (v. punti 47 e 51 della presente sentenza) non è stato violato dalla commissione medica.
- 59 Alla luce di tutte le suesposte considerazioni, il primo motivo deve essere respinto.

Sul secondo motivo, vertente sulla violazione delle disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevedono che la commissione medica non è competente ad esaminare questioni di tipo giuridico

- 60 Il ricorrente sostiene che la commissione medica avrebbe dovuto dichiararsi incompetente e rinviare il fascicolo all'APN.

- 61 A tale riguardo, occorre ricordare che, ai sensi dell'articolo 22, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, «[s]e la commissione medica, il cui compito si limita all'aspetto puramente medico della pratica, ritiene di trovarsi in presenza di un contenzioso di tipo giuridico, si dichiara incompetente al riguardo».
- 62 Tale disposizione limita la competenza della commissione medica all'«aspetto puramente medico della pratica» e le impone di dichiararsi incompetente in presenza di un «contenzioso di tipo giuridico».
- 63 Occorre esplicitare le summenzionate nozioni di «aspetto puramente medico della pratica» e di «contenzioso di tipo giuridico».
- 64 A tal fine, si deve tener conto del fatto che, per valutare il tasso di LIP degli assicurati, la commissione medica applica la tabella nonché l'allegato C della regolamentazione di copertura. Orbene, nell'applicare la tabella e l'allegato C della regolamentazione di copertura la commissione medica mette necessariamente in relazione gli accertamenti medici che essa compie con le categorie giuridiche definite nella tabella e nell'allegato C, il che presuppone la previa identificazione e delimitazione di tali categorie. È pertanto insito nell'attività della commissione medica procedere alla qualificazione delle constatazioni mediche cui è pervenuta alla luce delle disposizioni della tabella e dell'allegato C da essa applicati.
- 65 Del resto, è effettivamente l'APN che, in definitiva, convaliderà o meno l'interpretazione della tabella e dell'allegato C adottata dalla commissione medica al fine di qualificare gli accertamenti medici compiuti dalla stessa, evitando, quindi, ogni rischio di incertezza giuridica legato a un'eventuale variazione nella suddetta interpretazione dovuta alla variazione cui è soggetta la composizione delle commissioni mediche.
- 66 Nella fattispecie, il ricorrente non spiega adeguatamente sotto quale aspetto la commissione medica si sarebbe pronunciata su questioni che non rientrano nella sua competenza, poiché si limita ad affermare che il medico da lui designato ha indicato, in una lettera del 5 ottobre 2010, di non essere in grado di firmare la relazione redatta dal terzo medico il 23 novembre 2009 sia per «motivazioni formali e di procedura» sia per «motivazioni legali e sostanziali».
- 67 Anche ipotizzando che gli argomenti del ricorrente riguardino il fatto che la commissione medica non si sia limitata ad applicare la tabella e l'allegato C della regolamentazione di copertura, ma si sia pronunciata su un contenzioso di tipo giuridico, il motivo dovrebbe comunque essere respinto.
- 68 La commissione medica, infatti, nel concludere che non sussisteva alcuna LIP, ha necessariamente interpretato l'articolo 73 della tabella e l'allegato C della regolamentazione di copertura. Essa ha ritenuto che tali disposizioni prevedano il riconoscimento di un tasso di LIP per le sole lesioni cutanee che presentano sufficiente gravità e non per tutte le lesioni cutanee. Soprattutto, per quanto riguarda, più precisamente, l'articolo 73 della tabella, una sua interpretazione letterale avrebbe potuto indurre a ritenere che, per ogni postumo cutaneo, l'assicurato ha diritto ad un tasso di LIP del 5%. Orbene, la commissione medica si è discostata da tale interpretazione letterale per accogliere un'altra interpretazione, conforme, invece, all'articolo 73 dello Statuto.
- 69 Tuttavia, le operazioni di qualificazione compiute dalla commissione medica corrispondono all'attività propria della medesima (v. punto 64 della presente sentenza) e si iscrivono indubbiamente nell'ambito dell'aspetto medico della pratica. La sua competenza non era quindi esclusa.
- 70 Conseguentemente da quanto precede che il secondo motivo deve essere respinto.

Sul terzo motivo, vertente sull'insufficiente motivazione del parere della commissione medica

71 Il ricorrente sostiene che il parere della commissione medica non è sufficientemente motivato.

72 Dalla giurisprudenza emerge che il controllo giurisdizionale dei pareri medici non può estendersi alle valutazioni mediche propriamente dette, le quali devono essere considerate definitive qualora siano state adottate in condizioni regolari. Il Tribunale è invece competente ad esaminare se un parere medico contenga una motivazione idonea a valutare le considerazioni su cui si basano le conclusioni in esso contenute e se esso abbia stabilito un nesso comprensibile tra gli accertamenti medici che contiene e le conclusioni cui giunge (sentenza del Tribunale di primo grado del 27 giugno 2000, Plug/Commissione, T-47/97, punto 117).

73 Nella fattispecie, nella relazione della commissione medica si conclude che non sussiste alcuna LIP, né a titolo dell'articolo 11 della regolamentazione di copertura né a titolo del suo articolo 13.

74 Nella parte intitolata «Discussione» della relazione della commissione medica è indicato, in particolare, quanto segue:

«(...)

Il [medico designato dall'istituzione] insiste sul fatto che la dichiarazione di infortunio a Roma (Italia) segnala una ferita contusa, che l'articolo 73 [della tabella] non si applica, dato che non vi sono bruciature né cicatrizzazioni patologiche, che non sussiste alcuna LIP ai sensi dell'articolo 11 [della regolamentazione di copertura] e che non vi è danno estetico ai sensi dell'articolo 13 [della regolamentazione di copertura].

(...) il mio esame clinico mette in evidenza [due] cicatrici non patologiche (arciformi lineari, senza alcuna deiscenza: larghezza non misurabile, senza atrofia né ipertrofia, senza alterazione cromatica, senza prurito né dolore). Esse non comportano quindi l'applicazione dell'articolo 73 [della tabella], alcuna LIP né deficit estetico, comprese modifiche della mimica. Le conclusioni del mio esame clinico si allineano dunque a quelle del [medico designato dall'istituzione].

Il [medico designato dal ricorrente], dopo aver ascoltato i commenti di cui sopra, esprime il suo dissenso rispetto agli elementi della discussione (...). Egli insiste [sul fatto] che, presso il pronto soccorso, è stata descritta una cicatrice latero-frontale obliqua contusa che è stata suturata, e vorrebbe assicurarsi che noi parliamo esattamente della stessa cicatrice. Egli afferma che una cicatrice obliqua come quella da lui rilevata interrompe le normali pliche cutanee e conferma la propria domanda di [riconoscimento di] LIP (...).

Confermo al [medico designato dal ricorrente] che le risultanze del mio esame divergono da quelle del [medico designato dall'istituzione] solamente per il fatto che, a mio avviso, vi sono due piccole cicatrici arciformi non patologiche, ma che le mie conclusioni sono simili nel constatare lo 0% [di LIP]».

75 Alla luce della citazione di cui sopra, deve rilevarsi che la relazione della commissione medica contiene indubbiamente una motivazione che consente di valutare le considerazioni su cui si sono basate le conclusioni in essa contenute e che detta relazione stabilisce un nesso comprensibile tra gli accertamenti medici che contiene e le conclusioni alle quali giunge la commissione medica. La relazione della commissione medica è quindi sufficientemente motivata e la commissione medica ha inoltre fornito all'APN tutti gli elementi che le hanno consentito di determinare il tasso di LIP conseguente all'infortunio del ricorrente.

76 La suesposta conclusione non può essere rimessa in discussione dall'argomento del ricorrente secondo cui la relazione della commissione medica avrebbe dovuto far emergere i motivi per i quali la medesima si è ritenuta competente.

- 77 Infatti, la commissione medica ha il compito di emettere un parere sulle questioni di ordine medico ad essa sottoposte. In considerazione di tale compito, l'obbligo di motivazione cui è soggetta implica soltanto che essa illustri il procedimento che l'ha condotta, sulla base degli elementi a sua disposizione, alle conclusioni mediche cui è infine giunta. Tale obbligo di motivazione non impone che essa spieghi i motivi in base ai quali ritiene di essere competente.
- 78 Alla luce delle suesposte considerazioni, il terzo motivo dev'essere respinto.
- Sul quarto motivo, vertente sulla violazione da parte della commissione medica del proprio mandato
- 79 Il ricorrente sostiene che la commissione medica non ha rispettato il proprio mandato.
- 80 A tale riguardo, occorre anzitutto precisare che, sebbene le disposizioni dell'articolo 22, paragrafo 2, della regolamentazione di copertura prevedano che l'istituzione definisca il mandato da essa conferito alla commissione medica, tali disposizioni non prevedono espressamente che la commissione medica sia tenuta a rispondere a ciascuna delle questioni che tale mandato contiene.
- 81 Inoltre, la commissione medica è investita dalla regolamentazione di copertura di un ampio compito, consistente nel fornire all'APN tutte le valutazioni mediche necessarie all'adozione della sua decisione relativa alla fissazione del tasso di LIP (sentenza del Tribunale di primo grado del 9 luglio 1997, S/Corte di giustizia, T-4/96, punto 41).
- 82 Nell'ambito del mandato conferitogli dalla regolamentazione di copertura la commissione medica è, poi, tenuta a fornire in modo del tutto obiettivo e indipendente la propria valutazione su questioni di tipo medico, il che implica la sua piena libertà di valutazione (sentenza della Corte del 19 gennaio 1988, Biedermann/Corte dei conti, 2/87, punto 19).
- 83 È pur vero che l'APN, quando riceve la relazione della commissione medica di cui aveva definito il mandato, può, con un mandato complementare, precisare le sue questioni o sollevarne di nuove al fine di ottenere tutte le valutazioni desiderate e, in tal caso, la commissione medica è tenuta a rispondere, in maniera chiara e precisa, alle questioni sollevate dall'APN (sentenza S/Corte di giustizia, cit., punto 42).
- 84 Ma anche in assenza, nel mandato, di questioni su un punto preciso, la commissione medica è legittimata a comunicare all'APN ulteriori rilievi medici idonei a chiarire la sua decisione (v. sentenza S/Corte di giustizia, cit., punto 44).
- 85 Da tali considerazioni consegue che non si deve adottare una concezione eccessivamente formalista della nozione di mandato, ai sensi dell'articolo 22, paragrafo 2, della regolamentazione di copertura, e che, pertanto, non si può addebitare alla commissione medica di non rispondere in dettaglio a ciascuno dei punti menzionati nel mandato conferitole se, comunque, emerge dai documenti del fascicolo che essa ha fornito all'APN, con le sue valutazioni mediche, tutti gli elementi necessari all'adozione della decisione da parte di quest'ultima.
- 86 Orbene, così è nella fattispecie, poiché, come risulta dal punto 75 della presente sentenza, la commissione medica ha fornito all'APN tutti gli elementi che le consentono di determinare il tasso di LIP conseguente all'infortunio del ricorrente.
- 87 Da quanto precede consegue che il quarto motivo dev'essere respinto.

Sul quinto motivo, vertente sull'errore di diritto

- 88 Il ricorrente sostiene che le disposizioni della regolamentazione di copertura imponevano alla commissione medica di riconoscere che egli era affetto, quanto meno, da un tasso di LIP del 5,5%, ossia il 5% in base all'articolo 11 della regolamentazione di copertura e all'articolo 73 della tabella e lo 0,5% per il danno estetico, conformemente all'articolo 13 della regolamentazione di copertura e all'allegato C di questa.
- 89 Tuttavia, l'articolo 73 della tabella, pur prevedendo un tasso di LIP del 5% per le lesioni cutanee che rappresentano una percentuale della superficie corporea inferiore al 10%, non dispone tuttavia che all'assicurato debba essere riconosciuto un simile tasso di LIP per qualunque lesione cutanea, comprese quelle di minima entità.
- 90 Infatti, la dicitura «Bruciature profonde o cicatrizzazioni patologiche», che figura sotto il titolo del decimo capitolo della tabella, «Apparato cutaneo», indica chiaramente che scopo degli autori del testo non era far sì che venga concessa una compensazione pecuniaria calcolata sulla base di un tasso di LIP del 5% ad ogni assicurato che, a seguito di un infortunio o di una malattia professionale, presenti la minima lesione cutanea.
- 91 A tale riguardo occorre ricordare che deve considerarsi invalida, ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto, la persona che a seguito di infortunio o di malattia professionale non è più in grado, in tutto o in parte, di condurre una vita attiva normale (sentenza della Corte del 2 ottobre 1979, B./Commissione, 152/77, punto 10). Sarebbe quindi contrario alla finalità dell'articolo 73 dello Statuto, che è volto appunto a coprire il rischio di una simile invalidità, interpretare l'articolo 73 della tabella nel senso che qualunque lesione cutanea, indipendentemente dalla sua gravità, possa determinare un tasso di LIP del 5% almeno. Occorre dunque accogliere un'interpretazione dell'articolo 73 della tabella che sia conforme alla finalità dell'articolo 73 dello Statuto, dichiarando che solamente le lesioni che presentano sufficiente gravità possono essere prese in considerazione.
- 92 La suesposta conclusione non è rimessa in discussione dal fatto che all'allegato B della regolamentazione di copertura si precisa che la tabella è vincolante se indica una percentuale prestabilita. Infatti, la tabella è vincolante solamente nella misura in cui fa riferimento ad una lesione cui corrisponde l'applicazione di un tasso di LIP prestabilito. Orbene, come appena detto, la tabella non prevede che qualunque lesione cutanea possa dare diritto al riconoscimento di un tasso di LIP pari ad almeno il 5%.
- 93 Parimenti, la precedente conclusione non è rimessa in discussione dal richiamo, fatto dal ricorrente, alla «legislazione di parecchi Stati membri» secondo cui le lesioni al viso darebbero sempre luogo all'applicazione di un tasso di LIP.
- 94 Infatti, ai termini di una disposizione di diritto dell'Unione che non contenga alcun espresso richiamo al diritto degli Stati membri per determinare il suo senso e la sua portata deve di regola essere data un'interpretazione autonoma, da effettuarsi tenendo conto del contesto della disposizione e dello scopo perseguito dalla normativa di cui trattasi (v., ad esempio, sentenza del Tribunale del 18 dicembre 1992, Díaz García/Parlamento, T-43/90, punto 36).
- 95 È pur vero che, in assenza di un espresso richiamo al diritto degli Stati membri, l'applicazione del diritto dell'Unione può implicare, all'occorrenza, un riferimento al diritto degli Stati membri qualora il giudice non riesca a rinvenire nel diritto dell'Unione o fra i suoi principi generali gli elementi che gli permettano di precisare il contenuto e la portata di una disposizione del diritto dell'Unione attraverso un'interpretazione autonoma (sentenza Díaz García/Parlamento, cit., punto 36). Tali circostanze tuttavia non ricorrono nella fattispecie.

- 96 Infine, il fatto che all'allegato C della regolamentazione di copertura sia indicato che a un danno «molto lieve» corrisponde una LIP dello 0,5% non comporta che la commissione medica sia obbligata, in presenza di una cicatrice di minima entità, ad applicare tale percentuale. Infatti, è necessario, anzitutto, che la commissione medica riconosca la sussistenza di un danno estetico, il che implica che essa proceda a una valutazione della situazione sottopostale. In ogni caso, la concessione di un'indennità «complementare» ai sensi dell'articolo 13 della regolamentazione di copertura presuppone, come suggerito dall'aggettivo «complementare», che sia stata previamente riconosciuta una LIP all'assicurato da parte del medico designato dall'istituzione o della commissione medica, il che non è avvenuto nel caso di specie.
- 97 Dalle suesposte considerazioni deriva che anche il quinto motivo dev'essere respinto, senza che sia necessario interpretare il testo della regolamentazione di copertura alla luce della legislazione degli Stati membri in materia di risarcimento delle lesioni localizzate al viso.
- 98 Pertanto, la domanda volta all'annullamento della decisione del 20 dicembre 2010 e, in via consequenziale, la domanda diretta contro la decisione relativa al recupero sulla pensione del ricorrente della metà degli onorari del terzo medico devono essere respinte.

#### *Sulle altre conclusioni del ricorso*

- 99 Il ricorrente chiede al Tribunale, da un lato, di statuire definitivamente dichiarando che la regolamentazione di copertura si applica a tutto l'apparato cutaneo e non soltanto alle bruciature profonde e alle cicatrizzazioni patologiche dell'apparato cutaneo e, dall'altro, di intimare alla Commissione di costituire una nuova commissione medica con il compito di riesaminare il suo caso.
- 100 Tali conclusioni devono essere dichiarate irricevibili, in quanto non compete al giudice dell'Unione rivolgere ingiunzioni all'amministrazione o pronunciare declaratorie in diritto nell'ambito del sindacato di legittimità basato sull'articolo 91 dello Statuto (sentenza del Tribunale di primo grado del 12 giugno 2002, Mellone/Commissione, T-187/01, punto 16).
- 101 Dall'insieme delle suesposte considerazioni risulta che il ricorso deve essere integralmente respinto.

#### **Sulle spese**

- 102 Ai sensi dell'articolo 87, paragrafo 1, del regolamento di procedura, fatte salve le altre disposizioni del capo VIII del titolo II del regolamento medesimo, la parte soccombente è condannata alle spese se ne è stata fatta domanda. Ai sensi del paragrafo 2 dello stesso articolo, il Tribunale può decidere, per ragioni di equità, che una parte soccombente sia condannata solo parzialmente alle spese, o addirittura che non debba essere condannata a tale titolo.
- 103 Dalla motivazione sopra esposta risulta la soccombenza del ricorrente. Inoltre, la Commissione, nelle sue conclusioni, ha espressamente chiesto la condanna del ricorrente alle spese. Poiché le circostanze della fattispecie non giustificano l'applicazione delle disposizioni dell'articolo 87, paragrafo 2, del regolamento di procedura, il ricorrente deve sopportare, oltre alle proprie spese, le spese sostenute dalla Commissione.

Per questi motivi,

IL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA (Terza Sezione)

dichiara e statuisce:

- 1) **Il ricorso è respinto.**
- 2) **BS sopporta le proprie spese ed è condannato a sopportare le spese sostenute dalla Commissione europea.**

Van Raepenbusch

Barents

Bradley

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 12 dicembre 2012.

Il cancelliere  
W. Hakenberg

Il presidente  
S. Van Raepenbusch