



Raccolta della giurisprudenza

SENTENZA DEL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA DELL'UNIONE EUROPEA
(Terza Sezione)
25 maggio 2016

Causa F-111/15

GW
contro
Commissione europea

«Funzione pubblica — Funzionari — Previdenza sociale — Presa a carico di spese mediche —
Esame concreto e circostanziato»

Oggetto: Ricorso, proposto ai sensi dell'articolo 270 TFUE, applicabile al Trattato CEEA in forza del suo articolo 106 bis, con il quale GW chiede al Tribunale di annullare la decisione della Commissione europea con cui è stata negata la rimborsabilità dell'importo delle spese relative alle cure sanitarie della moglie (in prosieguo: la «sig.ra T.») figurante nei conteggi nn. 67 e 68 del 7 febbraio 2014 e n. 72 del 12 marzo 2014.

Decisione: La decisione con cui la Commissione europea ha negato la rimborsabilità delle spese di cui ai conteggi nn. 67 e 68, del 7 febbraio 2014, e n. 72, del 12 marzo 2014, relative a talune cure sanitarie della sig.ra T., è annullata. La Commissione europea sopporterà le proprie spese ed è condannata a sopportare le spese sostenute da GW.

Massime

1. Ricorsi dei funzionari — Ricorso diretto contro il provvedimento di rigetto del reclamo — Effetto — Sottoposizione al giudice dell'atto contestato — Presupposto — Motivazione della decisione di rigetto che deve coincidere con l'atto contestato (Statuto dei funzionari, artt. 90 e 91)

2. Funzionari — Previdenza sociale — Assicurazione malattia — Spese mediche — Rimborso — Diniego — Trattamenti considerati non adeguati o non necessari — Diniego fondato su un parere del medico di fiducia — Sindacato giurisdizionale — Limiti (Statuto dei funzionari, art. 72, § 1)

3. Funzionari — Previdenza sociale — Assicurazione malattia — Spese mediche — Rimborso — Obblighi delle istituzioni — Rispetto del principio di buona amministrazione e del dovere di sollecitudine in caso di spese di ricovero ospedaliero — Diniego di presa a carico in caso di possibilità di trattamento ambulatoriale per le prestazioni mediche che richiedevano in passato un ricovero ospedaliero — Onere della prova del carattere necessario di un ricovero ospedaliero gravante sull'iscritto (Statuto dei funzionari, art. 72; regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia, artt. 43, 49 e 52; regolamento del Parlamento e del Consiglio n° 966/2012, art. 30)

1. Tenuto conto della sua stessa finalità, che è quella di permettere all'amministrazione di rivedere la sua decisione, il procedimento precontenzioso presenta un carattere evolutivo, di modo che, nel sistema dei mezzi di ricorso previsto dagli articoli 90 e 91 dello Statuto, l'amministrazione, nel rigettare il reclamo, può dover modificare, a fronte di quest'ultimo, la motivazione sul fondamento della quale essa aveva adottato l'atto contestato. Per questo motivo è proprio la legittimità dell'atto iniziale arrecante pregiudizio ad essere esaminata, e ciò alla luce della motivazione contenuta nella decisione di rigetto del reclamo. Ne consegue che, qualora un ufficio liquidatore neghi la presa a carico di talune spese mediche sulla base di un parere sfavorevole e succinto del suo medico di fiducia e l'interessato presenti un reclamo, l'amministrazione, al fine di rispondere a tale reclamo, può fornire una motivazione più esplicita nel corso del procedimento precontenzioso. Si presume che tale motivazione specifica relativa al caso individuale, comunicata prima della proposizione del ricorso giurisdizionale, coincida con la decisione di diniego ed essa deve quindi essere considerata come un elemento di informazione pertinente per valutare la legittimità di quest'ultima.

(v. punto 36)

Riferimento:

Tribunale dell'Unione europea: sentenza 9 dicembre 2009, Commissione/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, punto 56

Tribunale della funzione pubblica: sentenza 26 marzo 2014, CP/Parlamento, F-8/13, EU:F:2014:44, punto 21 e giurisprudenza citata

2. Nel contesto dell'assicurazione malattia, anche se l'iscritto al regime comune di assicurazione malattia (RCAM) può legittimamente ritenere che le sue spese mediche saranno in linea di principio rimborsate entro il limite dei massimali previsti dall'articolo 72, paragrafo 1, dello Statuto, il rimborso di talune spese può tuttavia essere legittimamente negato dall'ufficio liquidatore interessato qualora, previo parere del medico di fiducia e, se del caso, previo parere del consiglio medico, detto ufficio ritenga che tali spese si riferiscano ad un trattamento o a prestazioni la cui validità scientifica non è provata. È infatti pienamente giustificato che il costo di trattamenti o di prestazioni la cui utilità terapeutica o affidabilità come mezzi diagnostici è scientificamente contestata non sia preso a carico dal RCAM, il cui finanziamento incombe agli iscritti e alle istituzioni. Proprio allo scopo di evitare interminabili o inestricabili discussioni di periti le valutazioni effettuate in tale ambito sono state affidate agli organi medici del RCAM, ossia i medici di fiducia delle istituzioni e il consiglio medico, che devono pronunciarsi sulla base della letteratura scientifica, se necessario previo parere di specialisti o di luminari medici nel settore interessato.

Tuttavia, anche se il sindacato del giudice non si estende alle valutazioni propriamente cliniche, quest'ultimo deve accertarsi che il medico di fiducia o il consiglio medico abbiano proceduto ad un esame concreto e circostanziato della situazione loro sottoposta, e ciò tanto più qualora il procedimento non presenti lo stesso livello di garanzia in termini di equilibrio tra le parti rispetto ai procedimenti previsti dagli articoli 73 e 78 dello Statuto. Inoltre, spetta all'amministrazione accertare che si sia proceduto a tale esame. Nell'ambito del loro esame concreto e circostanziato, i medici di fiducia, il consiglio medico e l'amministrazione devono pronunciarsi sulla base della letteratura scientifica e, se necessario previo parere di specialisti, dato che l'esame vertente sul carattere adeguato o meno di un trattamento o di un ricovero ospedaliero è una questione clinica, essi non possono prescindere dallo stato di salute effettivo e completo della persona interessata. Peraltro, tale obbligo di tener conto della situazione personale dell'iscritto al RCAM è imposto dal dovere di sollecitudine, il quale ricomprende ampiamente l'obbligo di procedere ad un esame completo e circostanziato. Al riguardo, il consiglio medico dispone solo di una competenza consultiva, come risulta dall'articolo 41 della regolamentazione comune relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari dell'Unione europea. Una raccomandazione del consiglio medico non costituisce in quanto tale una norma applicabile dall'amministrazione né, di conseguenza, una norma opponibile ai funzionari e agli agenti

dell'Unione. Di conseguenza, il parere del consiglio medico non può vincolare un medico di fiducia in maniera tale da impedire a quest'ultimo di verificare se un determinato trattamento fosse o meno «adeguato» nel caso in questione.

(v. punti 38-40, 49 e 50)

Riferimento:

Tribunale dell'Unione europea: sentenza 9 dicembre 2009, Commissione/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, punti 32, 61 e 88

Tribunale della funzione pubblica: sentenze 18 settembre 2007, Botos/Commissione, F-10/07, EU:F:2007:161, punti 63 e 64; 8 luglio 2008, Birkhoff/Commissione, F-76/07, EU:F:2008:95, punto 62, e 28 settembre 2011, Allen/Commissione, F-23/10, EU:F:2011:162, punto 76

3. L'articolo 49 della regolamentazione comune relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari dell'Unione europea (la regolamentazione di copertura), adottata sul fondamento dell'articolo 72 dello Statuto, dispone che «l'obiettivo finanziario del regime comune di assicurazione malattia (RCAM) consiste nel garantire un equilibrio (...) tra le spese e le entrate (...)». Per giunta, l'articolo 43 della regolamentazione di copertura ha reso applicabile per analogia il regolamento n. 966/2012, che stabilisce le regole finanziarie applicabili al bilancio generale dell'Unione, alla gestione del RCAM. Orbene, ai sensi dell'articolo 30 di tale regolamento, la Commissione, che gestisce il RCAM per delega delle altre istituzioni, deve garantire l'esecuzione delle entrate e delle spese secondo il principio di una sana gestione finanziaria, conformemente ai principi di economia, di efficienza e di efficacia. In tale contesto, l'articolo 52 della regolamentazione di copertura ha affidato alla Commissione la competenza a definire le norme che regolano il rimborso delle spese mediche allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del RCAM tra le spese e le entrate. In forza del principio di buona amministrazione, la Commissione, e, per estensione, gli uffici liquidatori debbono pertanto essere vigilanti al fine di non impegnare sconsideratamente i fondi del citato regime.

In tale ottica, i progressi della medicina e le tecniche moderne permettono ormai di proporre in trattamento ambulatoriale prestazioni mediche che richiedevano in passato un ricovero ospedaliero. Tenuto conto di tale realtà e del contesto normativo applicabile, spetta all'assicurato prestare attenzione a tale evoluzione e giustificare il carattere necessario di un ricovero ospedaliero, ove quest'ultimo sia contestato. Al riguardo, i pareri espressi in maniera unilaterale da medici di fiducia facenti parte delle istituzioni nel contesto dell'articolo 72 dello Statuto non presentano lo stesso livello di garanzia in materia di equilibrio tra le parti di quelli formulati dalla commissione medica o dalla commissione di invalidità sulla base dell'articolo 73 della stessa normativa. Di conseguenza, ritenere che referti prodotti a posteriori non siano probanti in quanto tali equivarrebbe a privare gli iscritti al RCAM di uno strumento elementare di difesa in grado di indurre l'amministrazione a rivedere al sua posizione.

(v. punti 53, 54 e 60)

Riferimento:

Tribunale della funzione pubblica: sentenze 28 settembre 2011, Allen/Commissione, F-23/10, EU:F:2011:162, punto 69, e 16 maggio 2013, de Pretis Cagnodo e Trampuz de Pretis Cagnodo/Commissione, F-104/10, EU:F:2013:64, punti 111 e 112