

SENTENZA DELLA CORTE (Sesta Sezione)
24 ottobre 1996 *

Nella causa C-76/95,

Commissione delle Comunità europee, rappresentata dal signor Julian Currall, membro del servizio giuridico, in qualità di agente, assistito dall'avv. Jean-Luc Fagnart, del foro di Bruxelles, con domicilio eletto in Lussemburgo presso il signor Carlos Gómez de la Cruz, membro del servizio giuridico, Centre Wagner, Kirchberg,

ricorrente,

contro

Royale belge SA, che sta in giudizio per conto proprio nonché come mandataria e delegata delle Assurances Générales de France SA, della Caisse nationale de Prévoyance, delle Mutuelles du Mans, dell'Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, della Hannover SA, della Securitas AG e della Condor, rappresentata dall'avv. François van der Mensbrughe, del foro di Bruxelles, con domicilio eletto in Lussemburgo nello studio legale Albert Wildgen, 6, rue Zithe,

convenuta,

avente ad oggetto il pagamento, da parte delle compagnie assicuratrici, del capitale di cui la Commissione sarebbe debitrice, a norma dell'art. 73 dello Statuto del personale delle Comunità europee, nei confronti di un dipendente, a titolo di indennizzo per malattia professionale,

* Lingua processuale: il francese.

LA CORTE (Sesta Sezione),

composta dai signori G.F. Mancini, presidente di sezione, C.N. Kakouris e P.J.G. Kapteyn, giudici,

avvocato generale: A. La Pergola
cancelliere: H. von Holstein, vicecancelliere

vista la relazione del giudice relatore,

sentite le conclusioni dell'avvocato generale, presentate all'udienza del 14 marzo 1996,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

- 1 Con atto depositato nella cancelleria della Corte il 13 marzo 1995, la Commissione delle Comunità europee ha presentato, in virtù di una clausola compromissoria ai sensi dell'art. 181 del Trattato CE, un ricorso per ottenere il pagamento, da parte della Royale belge SA, convenuta tanto in nome proprio quanto come mandataria di sette altri enti assicurativi, cioè le Assurances Générales de France SA, la Caisse nationale de Prévoyance, le Mutuelles du Mans, l'Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, la Hannover SA, la Securitas AG e la Condor, tutti firmatari di un contratto di assicurazione collettivo con le istituzioni delle Comunità europee (in prosieguo: gli «assicuratori»), di un capitale che la Commissione dovrebbe versare, in virtù dell'art. 73 dello Statuto del personale delle Comunità europee (in prosieguo: lo «Statuto») ad un dipendente a titolo di indennizzo per una malattia professionale. La Commissione rivendica altresì gli interessi moratori a decorrere dal 6 maggio 1994, data di messa in mora degli assicuratori.

Sfondo normativo

- 2 In virtù dell'art. 73, n. 1, dello Statuto, il funzionario è coperto contro i rischi di malattia professionale e i rischi di infortunio alle condizioni stabilite da una regolamentazione elaborata di conserva tra le istituzioni della Comunità. Ai sensi del n. 2, sub b), dello stesso articolo, le prestazioni garantite consistono, in caso di invalidità permanente totale, nel versamento all'interessato di un capitale pari a otto volte il suo stipendio base annuo calcolato secondo gli stipendi mensili percepiti nei dodici mesi precedenti l'infortunio.
- 3 La regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee (in prosieguo: la «regolamentazione»), contemplata all'art. 73 dello Statuto, stabilisce, all'art. 12, n. 1, che, in caso di invalidità permanente totale del dipendente conseguente ad infortunio o a malattia professionale, gli viene corrisposto il capitale di cui all'art. 73, n. 2, sub b), dello Statuto.
- 4 L'art. 14 della regolamentazione prevede un'indennità per il dipendente per qualsiasi lesione o sfregio permanente che, pur non diminuendo la sua capacità lavorativa, ne menomano tuttavia l'integrità fisica e recano un effettivo pregiudizio alle sue relazioni sociali. L'indennità è fissata per analogia con i valori contemplati nelle tabelle di invalidità di cui all'art. 12.
- 5 Dette tabelle d'invalidità sono allegate alla regolamentazione sotto il titolo «tabella delle percentuali d'invalidità permanente parziale contemplata dall'art. 12, paragrafo 2 della regolamentazione». Detto allegato, all'ultimo comma, recita: «L'indennità totale spettante per più invalidità originate dallo stesso infortunio si calcola addizionando le singole indennità, senza che tuttavia si possa superare 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».

- 6 A norma dell'art. 17, n. 1 della regolamentazione, il funzionario che chiede l'applicazione della presente regolamentazione per causa di malattia professionale deve presentare all'amministrazione dell'istituzione di appartenenza un'apposita denuncia. Ai sensi del n. 2 dello stesso articolo, l'amministrazione procede ad un'indagine al fine di raccogliere tutti gli elementi che consentono di determinare la natura delle malattia, la sua origine professionale e le circostanze in cui essa si è manifestata. Vista la relazione sull'indagine, il medico o i medici designati dalle istituzioni formulano le conclusioni previste dall'art. 19.
- 7 L'art. 19 della regolamentazione prevede che le decisioni relative al riconoscimento dell'origine professionale della malattia, nonché alla determinazione del grado di invalidità permanente, sono adottate dall'autorità che ha il potere di nomina (in prosieguo: l'«APN») con la procedura prevista dall'art. 21, in base alle conclusioni formulate dal medico o dai medici designati dalle istituzioni e, se il funzionario lo richiede, previa consultazione della commissione medica di cui all'art. 23.
- 8 L'art. 21 della regolamentazione obbliga l'APN, prima che quest'ultima adotti una decisione a norma dell'art. 19, a notificare al dipendente il progetto di decisione, unitamente alle decisioni del membro o dei membri designati dall'istituzione. Entro il termine di 60 giorni il dipendente può chiedere che si solleciti il parere della commissione medica di cui all'art. 23. Se alla scadenza del predetto termine non è stata presentata alcuna domanda di consultazione della commissione medica, l'autorità che ha il potere di nomina adotta una decisione identica al progetto notificato.

La convenzione di assicurazione collettiva

- 9 Stipulando con le Comunità europee la «convenzione di assicurazione collettiva contro gli infortuni e le malattie professionali» del 28 gennaio 1977 (in prosieguo: la «convenzione»), gli assicuratori si sono impegnati a far fronte, secondo le modalità definite nella convenzione, alle conseguenze pecuniarie degli obblighi che si

assumono le Comunità in virtù dello Statuto in caso di infortunio e di malattia professionale che colpisca i soggetti disciplinati dall'art. 73 dello Statuto, nonché dalle norme adottate in applicazione di detto articolo. Detta copertura va a favore delle Comunità, uniche destinatarie della convenzione, alle quali gli assicuratori devono versare, tanto in capitale quanto in interessi moratori, le indennità dovute in applicazione di dette disposizioni regolamentari (art. 1 della convenzione).

- 10 A norma dell'art. 3, n. 1, della convenzione, le autorità amministrative comunitarie competenti concordano con gli assicuratori norme pratiche circa l'informazione sul verificarsi degli infortuni e delle malattie professionali nonché sulla gestione delle pratiche onde consentire agli assicuratori di seguirne l'andamento e facilitare loro l'esercizio di eventuali azioni di regresso nei confronti di terzi responsabili e l'accantonamento di riserve da costituirsi in base alla normativa sul controllo delle assicurazioni. Ai sensi dell'art. 3, n. 3, della convenzione, i progetti di decisione che possono implicare la corresponsione di ingenti prestazioni (spese sanitarie-invalidità-decesso) secondo le disposizioni pratiche di cui all'art. 3, n. 1, sono comunicati in precedenza agli assicuratori per consultazione prima che la competente autorità comunitaria li trasmetta agli interessati.

- 11 L'art. 5 della convenzione recita:

«Qualsiasi controversia relativa all'esecuzione del presente accordo, nonché dei suoi allegati, se non sarà risolta extragiudizialmente, potrà essere sottoposta alla Corte di giustizia delle Comunità europee.

Tuttavia, gli assicuratori rinunciano ad avvalersi delle vie legali di cui sopra per controversie di carattere clinico, se la decisione dell'APN vertente sulla liquidazione delle spettanze pecuniarie della vittima o dei suoi aventi causa è conforme al parere espresso in precedenza dal perito degli assicuratori o al parere emesso dalla commissione medica contemplata all'art. 23 della regolamentazione di cui all'art. 1, n. 1, se il perito degli assicuratori ha fatto parte di detta commissione come

membro; in questi casi, gli assicuratori rimborsano alle Comunità l'intero importo che questa ha versato alle vittime e ai loro aventi causa, in esecuzione della summenzionata decisione dell'APN (...)»

- 12 Ai sensi dell'art. 10, n. 2, della convenzione, la société anonyme J. Van Breda & Co. International (in prosiegua: la «Van Breda») è stata designata come intermediario.
- 13 Una lettera del 27 gennaio 1989 indirizzata dalla Van Breda alle Comunità europee (in prosiegua: la «lettera del 27 gennaio 1989») conferma un accordo stipulato tra gli assicuratori e le Comunità europee, in esecuzione della convenzione, sulla procedura da seguire per gli infortuni e le malattie professionali sopraggiunti dal 1° febbraio 1989.
- 14 Secondo il punto I di detta lettera, intitolato «Designazione dei medici», si conviene che il medico designato dall'APN ed accettato dagli assicuratori opera come perito ai sensi dell'art. 5 della convenzione attualmente in vigore e che detto medico non può essere il medico consulente dell'istituzione. Detto punto I aggiunge che le decisioni dell'APN, essendo adottate conformemente al parere emesso dal medico designato dalla stessa APN ed accettato dagli assicuratori, non sono impugnabili giurisdizionalmente da parte degli assicuratori, in applicazione dell'art. 5 della convenzione, sempreché dette decisioni abbiano ottenuto l'accordo degli assicuratori conformemente alle norme di procedura fissate al punto II della lettera.
- 15 Secondo il punto II della lettera del 27 gennaio 1989, intitolato «Progetti di decisione — Comunicazione preventiva agli assicuratori — Termine per la risposta», il progetto di decisione, che è preventivamente comunicato agli assicuratori per consultazione, conformemente all'art. 3, n. 3, della convenzione, deve venir approvato o — eventualmente — bocciato da parte degli assicuratori entro il più breve termine possibile a decorrere dalla data di trasmissione.

16 D'altro canto, al punto II di detta lettera si conviene inoltre che:

«a) — Gli assicuratori faranno il possibile per esprimere il loro accordo o, eventualmente, il loro disaccordo sul progetto di decisione al massimo entro un mese dal giorno di trasmissione del progetto di decisione all'intermediario per consultazione.

— Se, scaduto il termine di un mese, gli assicuratori non hanno espresso il loro accordo o, eventualmente, il loro disaccordo sul progetto, devono comunicarne la ragione all'APN (ad esempio: richiesta di ulteriori chiarimenti al medico da parte loro, attesa di verbali d'indagini penali richiesti dagli assicuratori ecc.) e il termine è prorogato di un mese.

— Se gli assicuratori ritengono di non essere in grado di dare il loro accordo o, eventualmente, di bocciare il progetto entro la scadenza del nuovo termine, propongono all'APN e all'intermediario l'instaurazione di una procedura di concertazione per stabilire le modalità per l'ulteriore trattazione della pratica e il nuovo termine di scadenza, che non può esser superiore a quattro mesi.

b) Il medico designato dall'APN e accettato dagli assicuratori comunica il suo parere contemporaneamente all'istituzione e agli assicuratori».

I fatti

17 Il 26 novembre 1990 il signor X, dipendente della Commissione delle Comunità europee, ha presentato domanda per il riconoscimento come malattie professionali di due infermità contratte nel corso del suo servizio presso le Comunità europee. Si trattava di un cancro ai polmoni e di una bronchite cronica asmatiforme.

Secondo l'interessato, dette malattie erano state causate dall'esposizione all'amianto nell'edificio Berlaymont a Bruxelles.

- 18 Avviati i necessari accertamenti, il 21 maggio 1991 l'amministrazione ha trasmesso la domanda, unitamente ad altri documenti del fascicolo, alla Van Breda. Il 6 giugno 1991, l'istituzione chiedeva alla Van Breda di rendere noto il nome del medico al quale gli assicuratori intendevano affidare l'esame del signor X. Il 3 luglio 1991 la Van Breda comunicava il nominativo del dott. Dalem. Su richiesta di detto medico, sanitario designato dall'istituzione, questa incaricava il professor Bartsch di procedere alla perizia medica.
- 19 Nel rapporto del 3 febbraio 1992, il perito ha concluso che il signor X non era colpito da malattia professionale. Vista detta perizia, il dott. Dalem il 14 febbraio 1992 presentava una relazione secondo la quale la malattia del dipendente non aveva origine professionale.
- 20 In base alle conclusioni formulate dal medico designato, l'APN, il 17 febbraio 1992, comunicava al signor X un progetto di decisione che respingeva la sua domanda di riconoscimento della malattia professionale. Il 23 febbraio 1992 il signor X chiedeva che fosse consultata una commissione medica, nell'ambito della quale sarebbe stato rappresentato dal dott. Cognigni. Dal canto suo l'APN, su proposta degli assicuratori, designava il professor Brochard. I due membri designati si accordavano sulla scelta del professor Maltoni come terzo membro.
- 21 Il 25 febbraio 1994 la commissione medica ha redatto ed approvato il suo rapporto a maggioranza (dott. Cognigni e professor Maltoni favorevoli). Il rapporto dichiarava malattia professionale il cancro bronco-polmonare da cui era affetto il signor X. Inoltre, l'invalidità permanente era riconosciuta al 100% e, in considerazione dell'art. 14 della regolamentazione, al signor X veniva concessa un'indennità del 30% per tracce permanenti e gravi disturbi psicologici. Il professor Brochard ha espresso il suo dissenso in una relazione di minoranza di pari data. A suo giudizio, pur se la diagnosi di cancro da amianto non era da escludersi, la fibrosi constatata

non era asbestosi. Per di più, secondo il rapporto di minoranza, l'attività professionale del signor X non poteva costituire la causa essenziale o preponderante della sua malattia.

- 22 Il 1° marzo 1994 il professor Maltoni trasmetteva all'istituzione il rapporto della commissione medica. Nella lettera di accompagnamento, precisava che la valutazione era stata fondata unicamente su dati clinici e scientifici. Pregava l'istituzione di porsi in contatto con lui se le servivano ulteriori chiarimenti sul rapporto. Il professor Brochard ha trasmesso il suo rapporto di minoranza all'istituzione il 3 marzo 1994. L'istituzione ha inoltrato entrambi i rapporti alla Van Breda il 10 e il 18 marzo, rispettivamente; la Van Breda li ha poi inviati agli assicuratori.
- 23 Con lettera del 23 marzo 1994, la Van Breda informava l'istituzione che gli assicuratori studiavano i documenti particolarmente dal punto di vista clinico. Con lettera del 29 marzo 1994, essa ha reso noto il desiderio degli assicuratori di interrogare ulteriormente i membri della commissione medica. In una lettera dell'8 aprile 1994, essa ha poi specificato i punti da chiarire con i membri della commissione medica. Secondo detta lettera, gli assicuratori volevano chiedere il parere di un collega del dott. Dalem, per giungere ad una precisa formulazione delle questioni da riproporre alla commissione medica. In queste due ultime lettere, la Van Breda indicava pure che il nuovo termine di un mese di cui alla lettera del 27 gennaio 1989 aveva preso a decorrere dal 29 marzo 1994 e sarebbe scaduto il 29 aprile 1994.
- 24 Con lettera del 15 aprile 1994, l'APN ha informato il signor X sulle conclusioni della commissione medica. In questa lettera si dichiarava che l'APN era disposta a «riconoscergli un grado di invalidità permanente totale pari al 130% e che non rimaneva ora che risolvere definitivamente le questioni di carattere clinico relative al riconoscimento della sua malattia professionale». Il 22 aprile 1994 al signor X veniva versata la somma di 25 794 194 BFR.

- 25 Con lettera 6 maggio 1994 la Commissione informava la Van Breda che, conformemente alla decisione di maggioranza della commissione medica, aveva versato al signor X la somma di cui sopra. A suo giudizio, il rifiuto degli assicuratori di accettare il parere della commissione medica e la loro insistenza per ottenere chiarimenti apparivano come un tentativo degli assicuratori di sottrarsi all'obbligo di rimborso loro incombente ai sensi della convenzione. Nella sua lettera, la Commissione rilevava inoltre che gli assicuratori erano debitori degli interessi, a decorrere dal 6 maggio 1994, sul capitale versato al signor X.
- 26 In una lettera del 28 luglio 1994 alla Van Breda, la Commissione, pur sottolineando di non essersi mai opposta espressamente alla richiesta degli assicuratori di domandare ulteriori chiarimenti alla commissione medica, osservava che costoro, non avendo formulato ulteriori questioni, avevano mostrato acquiescenza alle conclusioni della commissione medica.
- 27 Con lettera del 12 agosto 1994, la Van Breda rispondeva che, fin dall'inizio del giugno 1994, gli assicuratori disponevano di vari quesiti tecnici che ritenevano indispensabile sottoporre alla commissione medica. Il fatto che la Commissione avesse riconosciuto al signor X un grado di invalidità del 130% e gli avesse versato il capitale corrispondente aveva reso inutile chiarire le questioni pendenti.
- 28 Con lettera del 16 settembre 1994, la Commissione ha risposto che la decisione dell'APN del 15 aprile 1994 nonché il versamento del capitale al signor X non impedivano affatto agli assicuratori di procedere a tutti gli accertamenti che ritenessero necessari prima di decidere sul rimborso del capitale.

- 29 Con lettera del 13 ottobre 1994 la Van Breda dichiarava che gli assicuratori non potevano accogliere la domanda di rimborso. La Commissione decideva perciò di instaurare il presente procedimento.

Conclusioni delle parti

- 30 La Commissione chiede la condanna degli assicuratori

- al pagamento del capitale di cui la Commissione è o sarebbe debitrice, in virtù dell'art. 73 dello Statuto, al signor X.,
- al pagamento degli interessi di mora a decorrere dal 6 maggio 1994, data alla quale la Commissione ha diffidato gli amministratori,
- alle spese processuali.

- 31 Gli assicuratori chiedono che la Corte voglia:

in via principale,

- dichiarare irricevibile la domanda della Commissione, o quantomeno dichiararla infondata,
- porre tutte le spese a carico della Commissione,

in subordine,

- dichiarare irricevibile la domanda della Commissione, o quantomeno dichiararla infondata nel punto in cui mira a far condannare gli assicuratori a rimborsarle un capitale superiore al capitale massimo pari al 100% dell'importo spettante in caso di incapacità totale permanente;
- pronunciarsi sulle spese in base alle norme vigenti.

Sulla ricevibilità

- 32 L'eccezione di irricevibilità sollevata dagli assicuratori va disattesa per difetto di motivazione e di elementi risultanti dal fascicolo atti a giustificarla.

Nel merito

- 33 La Commissione fonda la sua domanda di rimborso sull'art. 5, secondo comma, della convenzione, in forza del quale, se la decisione dell'APN relativa alla liquidazione delle spettanze pecuniarie della vittima o dei suoi aventi causa è conforme al parere emesso dalla commissione medica, di cui ha fatto parte il perito dell'assicurazione, gli assicuratori dovrebbero rimborsare alle Comunità tutte le somme che esse hanno versato alla vittima o ai suoi aventi causa in esecuzione della decisione dell'APN.
- 34 Secondo la Commissione, emerge dal chiaro tenore di detta clausola che gli assicuratori non possono appellarsi ad alcun principio che giustifichi il loro rifiuto di rimborsare la somma versata al signor X, se sussistono le condizioni prescritte

per il versamento di detta indennità. Ciò si verifica nella fattispecie: il capitale sarebbe stato versato in esecuzione di una decisione dell'APN conforme al parere della commissione medica, della quale faceva parte anche il perito degli assicuratori. Poiché gli assicuratori non hanno adito la Corte, non possono appellarsi alla distinzione tra «controversie di carattere clinico» e «controversie di carattere giuridico» fatta in detta clausola e ricorrere dunque ai mezzi giuridici per opporsi alla richiesta di rimborso.

- 35 Gli assicuratori ritengono invece che l'art. 5, secondo comma, della convenzione sia del tutto estraneo alla presente controversia, che sarebbe invece di carattere prettamente giuridico. Essi invocano tre motivi di diritto per giustificare il loro rifiuto di rimborso. In primo luogo, decidendo il 15 aprile 1994 di indennizzare il signor X, la Commissione avrebbe contravvenuto ai suoi obblighi contrattuali, in quanto non avrebbe rispettato la procedura prevista dalla convenzione e nella lettera del 27 gennaio 1989. In secondo luogo, il rapporto della commissione medica sarebbe irregolare, il che vizierebbe pure la decisione della Commissione, fondata su detto rapporto, di versare l'indennità al signor X. In terzo luogo, e in subordine, l'indennità totale riconosciuta al signor X non avrebbe comunque potuto superare il massimo del 100%.
- 36 Si deve constatare anzitutto che la decisione contenuta nella lettera dell'APN del 15 aprile 1994 è conforme al parere emesso dalla commissione medica e che il perito degli assicuratori è stato uno dei medici membri di detta commissione.
- 37 Tuttavia, contrariamente a quanto sostiene la Commissione, gli assicuratori sono sempre legittimati ad invocare mezzi giuridici per rifiutare il rimborso della somma di 25 794 194 BFR che la Commissione ha versato al signor X in applicazione della decisione del 15 aprile 1994 che riconosceva l'invalidità professionale dell'interessato.
- 38 Infatti l'art. 5, secondo comma, della convenzione, relativo alle controversie di carattere clinico, costituisce una deroga al principio generale, sancito al primo comma, secondo il quale qualsiasi controversia relativa all'esecuzione della convenzione e dei suoi allegati può essere deferita alla Corte di giustizia, qualora non si giunga a composizione extragiudiziale.

- 39 Ne consegue che gli assicuratori, avendo rinunciato ad adire le vie legali solo per le controversie di ordine clinico, possono sempre contestare l'esistenza di un obbligo di rimborso invocando motivi di indole non clinica, anche se, come nella fattispecie, sussistono le condizioni indicate al punto 36.
- 40 Contrariamente a quanto assume la Commissione, la distinzione tra «controversie di carattere clinico» e «controversie di carattere giuridico» è dunque pertinente nella fattispecie, e ciò indipendentemente dalla parte contraente che promuove la causa dinanzi alla Corte. È infatti inconcepibile che le parti contraenti abbiano avuto l'intenzione di consentire agli assicuratori di far valere, nell'ambito di una causa dinanzi alla Corte, motivi di carattere clinico in quanto convenuti, mentre ciò sarebbe loro precluso come ricorrenti.
- 41 Si devono dunque esaminare i tre motivi dedotti dagli assicuratori per giustificare il loro rifiuto di rimborso.
- 42 Si deve ricordare anzitutto che, secondo il suo art. 1, la convenzione ha come oggetto la copertura, alle condizioni ivi stabilite, delle conseguenze pecuniarie degli obblighi assunti dalle Comunità nei confronti dei loro dipendenti in materia di infortuni e di malattie professionali, come stabilito dall'art. 73 dallo Statuto e della regolamentazione (in prosieguo: gli «obblighi statutari»).
- 43 A questo proposito si deve constatare anzitutto che le clausole della convenzione non possono in alcun modo incidere sugli obblighi statutari di un'istituzione nei confronti dei dipendenti.
- 44 Vero è che gli assicuratori si sono impegnati a coprire le conseguenze pecuniarie degli obblighi statutari solo alle condizioni stabilite dalla convenzione e che non è escluso quindi che tali condizioni limitino la possibilità per un'istituzione di farsi rimborsare dagli assicuratori le somme da essa dovute in forza degli obblighi statutari.

- 45 Emerge tuttavia dalla giurisprudenza della Corte che non si può ammettere che agli obblighi statutari si facciano subentrare quelli degli assicuratori, privando così i dipendenti delle garanzie tipiche loro offerte dallo Statuto (v. in questo senso, sentenze 16 giugno 1971, causa 18/70, *Duraffour/Consiglio*, Racc. pag. 515, punto 15; e 16 marzo 1978, causa 115/76, *Leonardini/Commissione*, Racc. pag. 735, punto 11).
- 46 Si deve osservare poi che la convenzione che, per quel che riguarda i rischi finanziari che gli assicuratori devono coprire, fa rinvio agli obblighi statutari delle Comunità, va interpretata alla luce dell'art. 73 dello Statuto e della regolamentazione, che definiscono detti obblighi, sempreché ai sensi della convenzione una siffatta interpretazione non sia esclusa.
- 47 Bisogna vagliare gli argomenti degli assicuratori tenendo presenti dette considerazioni.

Sulla presunta inosservanza della procedura convenzionalmente convenuta

- 48 Gli assicuratori fanno carico alla Commissione anzitutto di aver adottato, come APN, la decisione 15 aprile 1994 senza essersi attenuta né alle clausole pattizie incluse nella convenzione, specie all'art. 3, nn. 1 e 3, né alle procedure e alle disposizioni pratiche contenute nella lettera del 27 gennaio 1989.
- 49 Trascurando tali clausole e tali procedure la Commissione non avrebbe trasmesso preventivamente agli assicuratori il progetto di decisione in questione. Inoltre, avrebbe comunicato la decisione al signor X già il 15 aprile 1994 e l'avrebbe messa in atto senza prima informarne gli assicuratori.

- 50 Questo argomento fa sorgere il problema se e in qual misura l'art. 3, nn. 1 e 3, della convenzione nonché la procedura stabilita nella lettera del 27 gennaio 1989 si applichino nella fattispecie.
- 51 È pacifico che la Commissione ha assolto l'obbligo, contemplato all'art. 3, n. 1, di comunicare agli assicuratori le informazioni necessarie per poter seguire l'andamento della pratica in questione.
- 52 Gli assicuratori sostengono per contro che la Commissione è venuta meno ai suoi obblighi, sanciti dall'art. 3 n. 3 della convenzione, di comunicare un progetto di decisione basato sulla relazione della commissione medica del 25 febbraio 1994, conformemente alla procedura fissata nella lettera del 27 gennaio 1989.
- 53 La tesi degli assicuratori si fonda su un'erronea interpretazione delle clausole della convenzione e della lettera del 27 gennaio 1989.
- 54 Risulta infatti dal tenore tanto del punto I quanto del punto II, lett. a), secondo trattino, e del punto II, lett. b), della lettera in questione che il progetto di decisione ivi contemplato è quello redatto dall'APN in base alle conclusioni del membro da essa designato ed accettato dagli assicuratori.
- 55 Questa interpretazione è corroborata dalla struttura della procedura contemplata dagli artt. 19 e 21 della regolamentazione.
- 56 Si desume dall'art. 19 che le decisioni relative al riconoscimento dell'origine professionale della malattia sono adottate dall'APN o in base alle conclusioni tratte dal medico o dai medici designati dall'istituzione o, se il dipendente lo esige, previa consultazione di una commissione medica.

- 57 Solo nel primo caso si cita, all'art. 21, un progetto di decisione che l'APN, prima di prendere una decisione a norma dell'art. 19, deve comunicare al dipendente onde consentirgli di richiedere, se del caso, la consultazione di una commissione medica entro 60 giorni e che può esser comunicata agli assicuratori perché emettano un parere e può costituire, in caso di dissenso di questi ultimi, l'oggetto della concertazione contemplata al punto II della lettera del 27 gennaio 1989.
- 58 Se invece interviene la commissione medica, le cui valutazioni cliniche in senso stretto, emesse in condizioni normali, si devono peraltro considerare definitive e non possono venir contestate se non sopraggiungno elementi nuovi (v., in particolare, sentenze 12 giugno 1980, causa 107/79, Schuerer/Commissione, Racc. pag. 1845, punto 10; 19 gennaio 1988, causa 2/87, Biedermann/Corte dei conti, Racc. pag. 143, punto 8, e 18 febbraio 1993, causa T-1/92, Tallarico/Parlamento, Racc. pag. II-107, punto 67), la regolamentazione non contempla la notifica da parte dell'APN di un progetto della decisione da adottarsi in base alle conclusioni di detta commissione.
- 59 Emerge delle considerazioni che precedono che il progetto di decisione contemplato all'art. 3, n. 3, della convenzione e nella lettera del 27 gennaio 1989 è quello preparato dall'APN in base alle conclusioni emesse dal medico o dai medici designati dalla stessa e che, quindi, la procedura contemplata negli accordi non si applica nella fattispecie, nella quale la decisione del 15 aprile 1994 è stata adottata in base al parere della commissione medica.
- 60 Nemmeno si può far carico alla Commissione di aver comunicato, il 15 aprile 1994, la decisione all'interessato prima di aver preso conoscenza delle domande che gli assicuratori intendevano rivolgere alla commissione medica.
- 61 Infatti la Commissione, che aveva trasmesso la relazione finale della commissione medica agli assicuratori il 18 marzo 1994, il 15 aprile 1994 disponeva solo della lettera dell'8 aprile 1994, nella quale la Van Breda indicava i vari punti sui quali gli assicuratori volevano interrogare i membri della commissione medica ed annunciava la trasmissione di una serie di questioni in merito entro il 29 aprile 1994.

- 62 Così stando le cose, la Commissione, tenuto conto del tempo già trascorso nel disbrigo della pratica e dello stato di salute dell'interessato, sarebbe venuta meno agli obblighi statutari che le incombevano nei confronti dell'interessato se avesse rinviato la decisione in attesa dell'elenco delle questioni e delle eventuali risposte della commissione medica.
- 63 D'altro canto, l'adozione della decisione del 15 aprile 1994 e il versamento del capitale al signor X non impedivano affatto il proseguimento dell'esame della pratica nell'ambito del rapporto contrattuale tra gli assicuratori e le Comunità né, in particolare, la contestazione, da parte degli assicuratori, dell'esistenza di un loro obbligo di rimborso.
- 64 Considerato quanto precede, va disatteso il primo motivo invocato dagli assicuratori.

Sull'irregolarità della relazione della commissione medica

- 65 Gli assicuratori contestano in secondo luogo la regolarità delle conclusioni della commissione medica. La decisione del 15 aprile 1994, fondata su dette conclusioni irregolari, sarebbe del pari irregolare. Per questo motivo, la Commissione avrebbe agito estraniandosi dalla sfera d'applicazione della convenzione ed avrebbe perso ogni diritto a rimborso in virtù della stessa convenzione.
- 66 Si deve ricordare in primo luogo che gli assicuratori hanno rinunciato ad adire il giudice per controversie di carattere clinico, come emerge dall'art. 5, secondo comma, della convenzione. Dal momento che la convenzione si richiama agli obblighi statutari delle Comunità nei confronti dei dipendenti vittime di infortuni e malattie professionali, si deve interpretare la portata di detta rinuncia alla luce della giurisprudenza relativa al sindacato giurisdizionale della regolarità dei pareri emessi dalle commissioni mediche.

- 67 Secondo detta giurisprudenza, l'esame della Corte non può estendersi alle valutazioni cliniche propriamente dette, che vanno considerate definitive se sono state emesse in condizioni regolari. Il sindacato giurisdizionale può esercitarsi solo sulla regolarità della costituzione e del funzionamento di detta commissione, nonché sulla regolarità dei pareri che essa emette. Sotto questo aspetto, la Corte è competente a vagliare se il parere contiene una motivazione che consente di valutare le considerazioni sulle quali si fondano le conclusioni ivi contenute (sentenza 12 gennaio 1983, causa 257/81, K./Consiglio, Racc. pag. 1, punto 17) e se è stato accertato un nesso logico tra le risultanze cliniche ivi esposte e le conclusioni alle quali giunge la commissione medica (sentenze 10 dicembre 1987, causa 277/84, Jänsch/Commissione, Racc. pag. 4923, punto 15, e 27 febbraio 1992, causa T-165/89, Plug/Commissione, Racc. pag. II-367, punto 75).
- 68 Ne consegue che le censure vertenti sulla regolarità del rapporto del 25 febbraio 1994 della commissione medica possono venir esaminate nell'ambito di una controversia di cui è investita la Corte in virtù dell'art. 5 della convenzione.
- 69 Tuttavia, nella fattispecie, emerge dal fascicolo che gli assicuratori hanno avuto la possibilità di far interrogare una seconda volta dalla Commissione i membri della commissione medica su taluni aspetti delle considerazioni e della motivazione del parere di detta commissione che giudicavano criticabili. Ma essi si sono limitati ad annunciare il loro proposito senza metterlo in atto, perdendo così l'occasione di ottenere precisazioni e chiarimenti sui punti del parere che consideravano dubbi o irregolari.
- 70 In queste condizioni, alla Commissione va riconosciuto il diritto di chiedere il rimborso del capitale versato al signor X in esito alla sua decisione fondata sul rapporto della commissione medica, ove detto rapporto non risulti viziato da patenti irregolarità.
- 71 Tenendo conto di dette considerazioni vanno esaminate le tre censure mosse dagli assicuratori al rapporto della commissione medica.

- 72 Con la prima censura, gli assicuratori osservano che, poiché le diagnosi precedenti del dott. Dalem e del professor Bartsch nonché il rapporto di minoranza del professor Brochard non sono contestati, il parere adottato dalla commissione medica non contiene alcuna spiegazione circa la patente contraddizione tra le conclusioni alla quali giunge e le conclusioni di detti rapporti, sebbene queste ultime si basino su considerazioni fondate e giustificate sotto il profilo scientifico. Le conclusioni della commissione medica sarebbero quindi viziate da un difetto di motivazione, che ne implicherebbe l'irregolarità.
- 73 A questo proposito si deve ricordare anzitutto che, secondo una giurisprudenza costante, la missione che incombe alla commissione medica, cioè valutare con assoluta obiettività e indipendenza problemi clinici, presuppone che la detta commissione goda di piena libertà d'apprezzamento. Spetta dunque a detta commissione decidere in qual misura si deve tener conto delle relazioni mediche stilate in precedenza (sentenza Biedermann/Corte dei conti, già ricordata, punto 19).
- 74 Nella fattispecie, non risulta dal parere della commissione medica che questa non abbia preso in considerazione il parere dei tre periti. Anzi, oltre ai richiami espressi al fascicolo della Commissione che contiene i pareri del dott. Dalem e del professor Bartsch, la presenza dello stesso professor Brochard tra i membri della commissione medica conferma, come ha sottolineato l'avvocato generale al n. 28 delle conclusioni, le affermazioni della Commissione, secondo cui la commissione medica ha tenuto conto del parere di detto medico, come pure dei precedenti rapporti dei due altri periti. Emerge d'altra parte dal fascicolo che la relazione di minoranza del professor Brochard è fondata in parte su considerazioni analoghe a quelle dei due altri periti.
- 75 Inoltre, dal momento che il rapporto medico dichiara, richiamandosi ad analisi di laboratorio, che il signor X è affetto da cancro bronco-polmonare e che l'esame del tessuto pleuro-polmonare ha rilevato la presenza di una certa dose di particelle d'amianto, non si può muovergli la critica di non contenere alcun chiarimento sulla divergenza tra le sue conclusioni e quelle degli altri periti che hanno studiato la situazione.

- 76 Questa censura non può perciò venir accolta.
- 77 Con la seconda censura, gli assicuratori sostengono che la commissione medica non ha motivato in modo soddisfacente la conclusione secondo la quale il signor X era affetto da una malattia provocata dall'amianto in quanto si è fondata sul solo fatto dell'esposizione alle fibre d'amianto e della presenza di dette fibre nei polmoni dell'interessato, mentre, allo stadio attuale della ricerca medica, queste constatazioni non autorizzano siffatte deduzioni.
- 78 Nemmeno questa censura può venir accolta.
- 79 Si deve infatti rilevare che, nel suo parere, la commissione medica ha ritenuto che il signor X era colpito da cancro bronco-polmonare, associato ad una fibrosi, anche nella regione settale, il quale, in base ai fatti dettagliati, doveva considerarsi malattia professionale.
- 80 Redigendo una diagnosi di cancro bronco-polmonare in base ai risultati di un esame effettuato in precedenza, nonché del proprio riesame delle lastre, e fondandosi, tra altre considerazioni relative a fatti circostanziati, sulla presenza di varie particelle d'amianto nel tessuto pleuro-polmonare nonché sull'esposizione all'amianto per concludere che la malattia dalla quale era affetto il signor X era di origine professionale, la commissione medica ha sufficientemente motivato le sue conclusioni.
- 81 Gli assicuratori sostengono che questa conclusione della commissione medica non può, all'attuale stadio della scienza medica, fondarsi sulle constatazioni che essa ha fatto.

- 82 Orbene, le questioni inerenti all'origine di una malattia sono, per definizione, di indole medica (sentenza 4 ottobre 1991, causa C-185/90 P, Commissione/Gill, Racc. pag. I-4779, punto 25).
- 83 Conseguie che non spetta alla Corte estendere il suo sindacato a queste valutazioni della commissione medica, che vanno considerate definitive dal momento che si sono svolte in condizioni regolari.
- 84 Nella terza censura, gli assicuratori criticano il parere della commissione medica in quanto fissa un'invalidità permanente del 100% senza indicare se era riferita alla tabella allegata alla regolamentazione né quali basi di calcolo l'avevano indotta ad assumere questa percentuale.
- 85 A questo proposito, si deve osservare che l'invalidità permanente e totale era già stata accertata dalla commissione di invalidità nell'ambito della procedura di cui all'art. 78 dello Statuto e che il ricorso alla procedura di cui all'art. 73 mirava a stabilire se il signor X fosse colpito da malattia professionale.
- 86 Orbene, se é vero che, ai sensi dell'art. 25 della regolamentazione, il riconoscimento di un'invalidità permanente totale o parziale in applicazione dell'art. 73 dello Statuto e della regolamentazione non pregiudica affatto l'applicazione dell'art. 78 dello Statuto e reciprocamente, l'indipendenza di queste due procedure non impedisce, come ha sottolineato l'avvocato generale al paragrafo 29 delle conclusioni, che la commissione medica, nell'ambito della procedura di cui all'art. 73, tenga conto delle conclusioni alle quali è giunta la procedura di cui all'art. 78.
- 87 Anche questa censura va dunque disattesa.

Sul riconoscimento di un'indennità del 130%

- 88 In terzo luogo ed in subordine, gli assicuratori sostengono, in base all'ultimo comma della tabella allegata alla regolamentazione, che l'indennità totale riconosciuta al signor X non potrebbe comunque esser superiore al 100% e che, quindi, la decisione della Commissione è illegittima in quanto concede un'indennità del 130%.
- 89 Questo mezzo si fonda su un'interpretazione erranea dell'ultimo comma di detta tabella.
- 90 Infatti questo comma si riferisce esplicitamente al cumulo di più invalidità conseguenti allo stesso infortunio, cioè le indennità contemplate dall'art. 12, n. 2, della regolamentazione, e non riguarda perciò l'indennità che, in virtù dell'art. 14 della regolamentazione, può venir riconosciuta a un dipendente per qualsiasi lesione o sfregio permanente che, pur non pregiudicando la sua capacità lavorativa, costituisce menomazione della sua integrità fisica e pregiudica gravemente i suoi rapporti sociali. È solo per analogia che l'art. 14, secondo comma, si richiama alle aliquote previste dalla tabella d'invalidità e contemplate all'art. 12, n. 2.
- 91 Visto il complesso delle considerazioni che precedono, si deve constatare che gli assicuratori non hanno diritto di rifiutare alla Commissione il rimborso dell'importo che quest'ultima ha versato al signor X ai sensi dell'art. 73 dello Statuto.
- 92 Di conseguenza gli assicuratori vanno condannati a versare alla Commissione l'importo di 25 794 194 BFR, maggiorato degli interessi dell'8% a decorrere dal 6 maggio 1994, data alla quale sono stati diffidati da detta istituzione.

Sulle spese

- ⁹³ Ai sensi dell'art. 69, n. 2, del regolamento di procedura, la parte soccombente è condannata alle spese, se ne viene fatta richiesta. Le convenute sono rimaste soccombenti e vanno condannate alle spese.

Per questi motivi,

LA CORTE (Sesta Sezione)

dichiara e statuisce:

- 1) La SA Royale belge, le Assurances Générales de France SA, la Caisse nationale de Prévoyance, le Mutuelles du Mans, l'Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, la Hannover SA, la Securitas AG e la Condor sono condannate a versare alla Commissione l'importo di 25 794 194 BFR, maggiorato degli interessi al tasso dell'8% a decorrere dal 6 maggio 1994.
- 2) La SA Royale belge, le Assurances Générales de France SA, la Caisse nationale de Prévoyance, le Mutuelles du Mans, l'Assurantie van de Belgische Boerenbond SA, la Hannover SA, la Securitas AG e la Condor sono condannate alle spese.

Mancini

Kakouris

Kapteyn

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 24 ottobre 1996.

Il cancelliere

R. Grass

Il presidente della Sesta Sezione

G.F. Mancini