



Repertoriul jurisprudenței

HOTĂRÂREA TRIBUNALULUI (Camera a patra)

16 iunie 2021 *

„Funcție publică – Funcționari – Securitate socială – Articolul 73 din statut – Reglementare comună privind asigurarea împotriva riscurilor de accident și de boală profesională – Boală profesională – Articolul 9 – Cerere de rambursare a cheltuielilor medicale – Articolul 23 – Consultarea unui alt medic – Refuz de a sesiza comisia medicală în temeiul articolului 22 – Neaplicarea prin analogie a articolului 22 alineatul (1) al doilea paragraf – Regula concordanței dintre cererea introductivă și reclamație – Aplicarea legii în timp”

În cauza T-316/19,

Arnaldo Lucaccioni, cu domiciliul în San Benedetto del Tronto (Italia), reprezentat de E. Bonanni, avocat,

reclamant,

împotriva

Comisiei Europene, reprezentată de T. Bohr și L. Vernier, în calitate de agenți, asistați de A. Dal Ferro, avocat,

pârâtă,

având ca obiect o cerere întemeiată pe articolul 270 TFUE prin care se solicită, pe de o parte, anularea deciziei Comisiei din 2 august 2018 de respingere a cererilor reclamantului din 23 martie și din 8 iunie 2018 de sesizare a comisiei medicale în conformitate cu articolul 22 din Reglementarea comună privind asigurarea împotriva riscurilor de accident și de boală profesională ale funcționarilor Comunităților Europene și, pe de altă parte, repararea prejudiciilor pe care reclamantul pretinde că le-ar fi suferit ca urmare a acestei decizii,

TRIBUNALUL (Camera a patra),

compus din domnul S. Gervasoni, președinte, doamna R. Frenco și domnul J. Martín y Pérez de Nanclares (raportor), judecători,

grefier: domnul E. Coulon,

pronunță prezenta

* Limba de procedură: italiana.

Hotărâre¹

Cadrul juridic și istoricul cauzei

Cadrul juridic

[omissis]

- 3 Articolul 18 din Reglementarea privind asigurarea, intitulat „Decizii”, prevede:

„Deciziile privind recunoașterea evenimentului ca reprezentând un accident, indiferent dacă acesta este atribuit riscurilor de la locul de muncă sau din viața privată, și deciziile aferente privind recunoașterea originii profesionale a bolii, precum și privind stabilirea gradului invalidității permanente sunt adoptate de către autoritatea împuternicită să facă numiri în conformitate cu procedura prevăzută la articolul 20:

- pe baza concluziilor emise de medicul sau medicii desemnați de instituții și
- în cazul în care asiguratul solicită acest lucru, după consultarea comisiei medicale prevăzută la articolul 22.”

- 4 În ceea ce privește compunerea și lucrările comisiei medicale, articolul 22 alineatul (1) primul și al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea, intitulat „Comisia medicală”, prevede următoarele:

„(1) Comisia medicală este compusă din trei medici desemnați:

- primul, de către asigurat sau succesorii în drepturi ai acestuia,
- al doilea, de către autoritatea împuternicită să facă numiri,
- al treilea, de comun acord de către cei doi medici desemnați astfel cum se prevede mai sus.

În lipsa unui acord asupra desemnării celui de-al treilea medic, în termen de două luni de la data desemnării celui de-al doilea medic, al treilea medic este numit din oficiu de președintele Curții de Justiție [a Uniunii Europene], la inițiativa uneia dintre părți.”

- 5 Articolul 23 alineatul (1) primul paragraf din Reglementarea privind asigurarea, intitulat „Consultarea unui alt medic”, prevede:

„(1) În celelalte cazuri decât cele menționate la articolul 18, atunci când trebuie luată o decizie în urma avizului medicului desemnat de autoritatea împuternicită să facă numiri, aceasta notifică asiguratului sau succesorilor în drepturi ai acestuia înainte de a lua decizia respectivă proiectul de decizie, însoțit de concluziile medicului. Asiguratul sau succesorii în drepturi ai acestuia pot cere, în termen de treizeci de zile, consultarea altui medic, care urmează să fie ales de comun acord de către medicul desemnat de autoritate și de cel desemnat de asigurat sau succesorii în drepturi ai acestuia. În cazul în care, la expirarea termenului menționat anterior, nu a fost înaintată nicio cerere de consultare, autoritatea menționată anterior adoptă decizia conform proiectului notificat.”

[omissis]

1 Sunt redată numai punctele din prezenta hotărâre a căror publicare este considerată utilă de către Tribunal.

Procedura și concluziile părților

- 28 Prin cererea depusă la grefa Tribunalului la 23 mai 2019, reclamantul a introdus prezenta acțiune.
- 29 La 6 august 2019, Comisia a depus memoriul în apărare.
- 30 La 3 octombrie 2019, reclamantul a depus o replică.
- 31 Prin Decizia adoptată la 25 octombrie 2019, în temeiul articolului 27 alineatul (3) din Regulamentul de procedură al Tribunalului, președintele Tribunalului a reatribuit cauza unui nou judecător raportor, repartizat la Camera a patra.
- 32 La 18 noiembrie 2019, Comisia a depus duplica.
- 33 Prin scrisoarea din 19 noiembrie 2019, părțile au fost informate cu privire la închiderea fazei scrise a procedurii și cu privire la posibilitatea lor de a solicita organizarea unei ședințe în condițiile prevăzute la articolul 106 din Regulamentul de procedură. Prin scrisoarea din 13 decembrie 2019, reclamantul a solicitat organizarea unei ședințe în termenul prevăzut.
- 34 În cadrul măsurilor de organizare a procedurii prevăzute la articolul 89 alineatul (3) literele (a) și (d) din Regulamentul de procedură, la 15 iunie 2020, Tribunalul a solicitat părților să răspundă la o serie de întrebări și să prezinte o versiune lizibilă a anumitor documente. Părțile au răspuns la întrebări, iar reclamantul a dat curs solicitării de prezentare de documente în termenul stabilit.
- 35 La propunerea judecătorului raportor, Tribunalul (Camera a patra) a decis deschiderea fazei orale a procedurii. Cu toate acestea, întrucât reclamantul, în urma unei cereri a Tribunalului, a indicat în esență, prin scrisoarea din 16 iulie 2020, că nu va asista în cele din urmă la ședința de audiere a pledoariilor, Tribunalul (Camera a patra) a decis, în temeiul articolului 108 alineatul (2) din Regulamentul de procedură, să închidă faza orală a procedurii.
- 36 Prin act separat depus la grefa Tribunalului la 16 iulie 2020, reclamantul a adaptat cererea introductivă, în temeiul articolului 86 din Regulamentul de procedură, astfel încât acțiunea vizează în esență luarea în considerare, după ce reclamantul a avut cunoștință de acesta, „a unui act ce constituie un element nou, având ca efect reducerea în mod automat a pretențiilor inițiale ale acțiunii, pentru «a ține seama de acest element nou», în vederea anulării deciziei din 2 august 2018 a Comisiei”. Prin actul depus la grefa Tribunalului la 18 septembrie 2020, Comisia a solicitat respingerea memoriului în adaptare al reclamantului ca fiind inadmisibil.
- 37 La 14 septembrie 2020, reclamantul a depus un memoriu conținând un motiv nou. Comisia a prezentat observațiile sale privind respectivul memoriu la 30 septembrie 2020.
- 38 În cererea introductivă, reclamantul solicită în esență Tribunalului:
- „[anularea] deciziei Comisiei care figurează în e-mailul din 2 august 2018, la a doua pagină, primul alineat, prin care «pentru a înainta dosarul, [AIPN] a decis să se inspire din regula expres prevăzută la articolul 22 [alineatul (1) al doilea paragraf] din Reglementarea privind asigurarea în cazurile în care nu s-a ajuns la niciun acord, în ceea ce privește numirea celui de al treilea medic, între medicul care reprezintă asiguratul și cel care reprezintă instituția și să o aplice, prin analogie, pentru a desemna un alt medic în [prezenta] cauză»;
 - obligarea, în cazul în care competențele Tribunalului permit acest lucru, Comisiei [la plata către reclamant] a sumei de 21 440 de euro, care corespunde rambursării cheltuielilor [...] pentru «tratamentele impuse ca urmare a leziunilor suferite și a manifestărilor lor, precum și, dacă este cazul, a cheltuielilor suportate pentru reabilitarea funcțională» și necesare pentru «o recuperare în

regim de urgență, deoarece rana deschisă era de natură să agraveze o situație clinică deja compromisă de boală, cu episoade continue și repetate de infecții ale căilor respiratorii superioare»;

- cu titlu subsidiar, impunerea[,] autorizarea sau adoptarea oricărei alte măsuri pentru ca Comisia să recunoască faptul că împrejurările speței, în cazul specific al reclamantului și ținând seama de antecedentele sale legate de boala profesională, intră în mod vădit sub incidența cazului descris la articolul 10 din [fosta Reglementare privind asigurarea] și să efectueze rambursarea sumei solicitate cu titlu principal;
- cu titlu mai subsidiar, obligarea Comisiei, în conformitate cu abordarea indicată în decizia [în litigiu], care constă în «a se inspira din regula expres prevăzută la articolul 22 din [Reglementarea privind asigurarea]» în cazul specific al reclamantului și în «aplicarea prin analogie a acesteia», de a solicita comisiei medicale să își dea avizul, în conformitate cu articolul 20 din [Reglementarea privind asigurarea];
- obligarea Comisiei la plata dobânzilor de întârziere începând de la 23 ianuarie 2017, data refuzului rambursării cheltuielilor pentru tratamentele efectuate, până la efectuarea plății, în conformitate cu calculul nr. 238 (anexa A.04);
- obligarea Comisiei la despăgubirea [reclamantului] pentru prejudiciul suferit în cuantum de 500 000 de euro sau pentru orice altă sumă [...] stabilită *ex aequo et bono*, ca urmare a caracterului voluntar sau vexatoriu al actelor și omisiunilor nelegale ale Comisiei, în special pentru comportamentul anormal al celor trei medici consultați, care au negat printre altele funcțiile cele mai elementare ale nasului, pretinzând în practică că, în cazul specific al reclamantului, a respira pe gură este la fel de sănătos precum a respira pe nas;
- în orice caz, obligarea Comisiei la plata cheltuielilor de judecată.”

39 În apărare, Comisia solicită Tribunalului:

- respingerea acțiunii;
- obligarea reclamantului la plata cheltuielilor de judecată.

40 În replică, reclamantul solicită Tribunalului, în plus, să „declare că [el] are dreptul, cu titlu provizoriu, inclusiv prin ordonanță separată, la suma de 7 754 de euro, reprezentând rambursarea prevăzută de [biroul lichidatorului] și care a fost autorizată la acel moment, pe baza documentelor prezentate de două ori, care sunt în posesia Comisiei”.

41 În duplică, Comisia solicită Tribunalului respingerea și a cererii formulate de reclamant în replică.

În drept

[*omissis*]

Cu privire la fond

- 98 Primul capăt de cerere urmărește să solicite anularea deciziei în litigiu, prin care, potrivit reclamantului, AIPN se inspiră în mod greșit din regula expres prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea, aplicabilă în cazurile în care „nu s-a ajuns la niciun acord între medicul care reprezintă asiguratul și cel care reprezintă instituția pentru numirea celui de al treilea medic”, în scopul de a o aplica prin analogie pentru a desemna un „alt medic”.
- 99 Al patrulea capăt de cerere, invocat cu titlu mai subsidiar, urmărește în esență să impună Comisiei să se inspire din regula expres prevăzută la articolul 22 din Reglementarea privind asigurarea, astfel cum este indicată în decizia în litigiu, în cazul specific al reclamantului și să o aplice prin analogie, solicitând comisiei medicale să emită un aviz, în conformitate cu articolul 20 din Reglementarea privind asigurarea.
- 100 Astfel, prin formulările primului și ale celui de al patrulea capăt de cerere, reclamantul urmărește, pe de o parte, să conteste poziția Comisiei care privilegiază o aplicare selectivă, recurgând în cazul din speță doar la alineatul (1) al doilea paragraf al articolului 22 din Reglementarea privind asigurarea, și, pe de altă parte, să conteste decizia Comisiei de a nu recurge la întreaga procedură prevăzută la articolul menționat. Prin urmare, aceste două capete de cerere trebuie analizate împreună.
- [omissis]
- 106 În primul rând, trebuie arătat că, contrar celor susținute de reclamant în cadrul celui de al patrulea capăt de cerere, care constă în esență în a se inspira din norma de procedură prin care se urmărește sesizarea comisiei medicale pentru a reexamina cererea sa de rambursare a cheltuielilor, Reglementarea privind asigurarea distinge în mod clar două situații ce privesc reexaminarea unui proiect de decizie.
- 107 În primul caz, dacă persoana asigurată solicită acest lucru, decizia se adoptă după consultarea comisiei medicale în conformitate cu articolul 18 a doua liniuță din Reglementarea privind asigurarea. În cea de a doua situație, asiguratul poate solicita consultarea pentru aviz a unui „alt medic” în alte cazuri decât cele prevăzute la articolul 18 din reglementarea menționată. În urma notificării acestor proiecte de decizie, cele două proceduri instituie un termen de 60 de zile și, respectiv, de 30 de zile în care asiguratul poate solicita reexaminarea proiectelor menționate. În cazul în care, la expirarea termenului, nu a fost depusă nicio cerere de consultare, AIPN adoptă decizia astfel cum a fost notificată prin proiect.
- 108 Din aceste dispoziții rezultă că deciziile adoptate, precum în speță, în cadrul unei cereri de rambursare a cheltuielilor, în conformitate cu articolul 9 alineatul (1) din Reglementarea privind asigurarea, nu intră, astfel cum subliniază în mod corect Comisia, în domeniul de aplicare material al articolului 18 din Reglementarea privind asigurarea. Astfel, acest articol privește „deciziile privind recunoașterea evenimentului ca reprezentând un accident, indiferent dacă acesta este atribuit riscurilor de la locul de muncă sau din viața privată, și deciziile aferente privind recunoașterea originii profesionale a bolii, precum și privind stabilirea gradului invalidității permanente”. Întrucât acești termeni sunt clari, ei nu pot fi interpretați astfel încât să includă deciziile referitoare la cereri de rambursare a cheltuielilor în sensul articolului 9 alineatul (1) din Reglementarea privind asigurarea.
- 109 În plus, contrar celor sugerate de reclamant, nu este vorba despre stabilirea vreunui drept de a recurge la ansamblul procedurii aplicabile unei cereri de rambursare, ci despre determinarea procedurii de desemnare a „altui medic”, aplicabilă în caz de dezacord între părți cu privire la desemnarea menționată. Astfel, cu privire la acest aspect, articolul 23 din Reglementarea privind asigurarea nu cuprinde nicio lacună care ar justifica aplicarea întregii proceduri prevăzute la articolul 22 din reglementarea menționată.

- 110 Prin urmare, deciziile adoptate în temeiul articolului 9 alineatul (1) din Reglementarea privind asigurarea privesc ipoteze diferite de cele prevăzute la articolul 18 din aceasta și sunt reglementate de procedura descrisă la articolul 23.
- 111 Din concluzia formulată la punctul 110 de mai sus rezultă că reclamantul nu se poate prevala de faptul că AIPN a decis în speță să recurgă în parte și prin analogie, în ceea ce privește desemnarea „altui medic”, prevăzută la articolul 23 din Reglementarea privind asigurarea, la procedura prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea pentru a deduce că, *a fortiori*, întreaga procedură prevăzută la articolul 22 ar trebui să se aplice cererii sale de rambursare. De asemenea, acesta nu poate deduce din refuzul de rambursare a cheltuielilor al medicului desemnat de AIPN niciun drept de sesizare a comisiei medicale. În consecință, primul motiv al deciziei în litigiu este întemeiat întrucât articolul 22 din Reglementarea privind asigurarea nu vizează deciziile referitoare la rambursarea cheltuielilor medicale.
- 112 În al doilea rând, ținând seama de concluzia reținută la punctul 110 de mai sus, trebuie apreciată legalitatea recurgerii, prin analogie, la procedura prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea, astfel cum este contestată de reclamant și susținută de Comisie, pentru a desemna „alt medic” în sensul articolului 23 din reglementarea menționată.
- 113 Din termenii articolului 9 alineatul (1) din Reglementarea privind asigurarea, intitulat „Rambursarea cheltuielilor”, reiese că acest articol instituie un drept la rambursarea „tuturor cheltuielilor necesare [...] pentru toate îngrijirile și tratamentele necesare ca urmare a leziunilor suferite și a manifestărilor acestora și, dacă este cazul, a cheltuielilor necesare pentru reabilitarea funcțională și profesională a victimei”. În schimb, acesta nu cuprinde nicio precizare privind procedura aplicabilă cererilor de rambursare a cheltuielilor medicale.
- 114 În această privință, trebuie să se facă trimitere la articolul 23 alineatul (1) din Reglementarea privind asigurarea, care, în conformitate cu domeniul său de aplicare material rezidual, definește procedura aplicabilă deciziilor referitoare la cazurile neprevăzute la articolul 18 din Reglementarea privind asigurarea, situație în care intră decizia în litigiu.
- 115 Este adevărat că, astfel cum arată părțile, articolul 23 alineatul (1) din Reglementarea privind asigurarea, intitulat „Consultarea unui alt medic”, nu precizează în mod explicit procedura care trebuie urmată pentru a desemna „alt medic” în scopul de a remedia, dacă este cazul, un dezacord între medicul desemnat de AIPN și medicul desemnat de asigurat.
- 116 Cu toate acestea, principiul securității juridice justifică o interpretare axată pe dispozițiile dreptului Uniunii pentru a garanta un mare grad de previzibilitate (a se vedea în acest sens și prin analogie Hotărârea din 22 mai 2008, *Glaxosmithkline și Laboratoires Glaxosmithkline*, C-462/06, EU:C:2008:299, punctele 32 și 33). Pentru a asigura o astfel de previzibilitate, este important să se urmeze întocmai, pe cât posibil, litera dispozițiilor interpretate.
- 117 A admite că, în lipsa unui acord între medicul desemnat de AIPN și medicul desemnat de asigurat pentru numirea „altui medic”, trebuie să se recurgă la procedura prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea ar risca să modifice domeniul de aplicare al procedurii de consultare astfel cum a fost avută în vedere inițial de autorii săi. În plus, astfel cum rezultă din preambulul Reglementării privind asigurarea, revine instituțiilor, iar nu Tribunalului, sarcina de a adopta, de comun acord, reglementarea privind asigurarea și, în consecință, de a prevedea, dacă este cazul, o astfel de procedură sau de a face o trimitere explicită la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea.
- 118 În plus, potrivit unei jurisprudențe consacrate, deși o interpretare a unei dispoziții de drept al Uniunii „în lumina” contextului juridic în care se înscrie sau a finalității acesteia este în principiu posibilă pentru a soluționa o ambiguitate de redactare, o astfel de interpretare nu poate avea ca rezultat să

lipsească de orice efect util textul clar și precis al acestei dispoziții, cu riscul de a fi incompatibilă cu cerințele principiului securității juridice (a se vedea în acest sens Hotărârea din 8 decembrie 2005, BCE/Germania, C-220/03, EU:C:2005:748, punctul 31, Hotărârea din 15 iulie 2010, Comisia/Regatul Unit, C-582/08, EU:C:2010:429, punctele 46, 49 și 51 și jurisprudența citată, și Hotărârea din 22 septembrie 2016, Parlamentul/Consiliul, C-14/15 și C-116/15, EU:C:2016:715, punctul 70).

- 119 Din moment ce instituțiile nu au prevăzut în mod explicit recurgerea la o desemnare din oficiu de către președintele Curții a „altui medic” și nici nu și-au exprimat acordul cu privire la această aplicare prin analogie, nu este de competența Tribunalului să o impună în mod pretorian. În această privință, Tribunalul nu poate ignora textul clar și precis al unei dispoziții care prevede numai posibilitatea de a desemna un „alt medic” ales de comun acord de medicul desemnat de AIPN și de cel desemnat de asigurat. În consecință, Comisia nu putea aplica, prin analogie cu situația din speță, articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea.
- 120 În al treilea rând, concluzia reținută la punctul precedent nu poate fi repusă în discuție de argumentele Comisiei. Aceasta din urmă justifică aplicarea prin analogie a regulii desemnării „celui de al treilea medic” prevăzute la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea ca urmare a necesității de a găsi o soluție la situația de impas cauzată de imposibilitatea de a numi un „alt medic” în sensul articolului 23 din Reglementarea privind asigurarea și ca urmare a lipsei, în articolul în discuție, a unei reglementări exprese aplicabile într-un astfel de caz. În plus, alegerea acestei acțiuni ar fi, potrivit Comisiei, echilibrată și ar permite concilierea echitabilă a intereselor fostului funcționar și ale administrației. Această alegere ar fi întemeiată pe obligația de solitudine și principiul bunei administrări care revin instituției.
- 121 În această privință, mai întâi, argumentul Comisiei potrivit căruia, din cauza necesității de a găsi o soluție la situația de impas ce caracterizează prezenta speță, dispoziția de la articolul 23 din Reglementarea privind asigurarea ar trebui, în prezența unui dezacord cu privire la desemnarea unui „alt medic”, să fie interpretată în sensul că prevede recurgerea prin analogie la procedura prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea este incompatibil cu textul clar al dispoziției menționate și, în plus, nu își găsește niciun sprijin în alte elemente ale Reglementării privind asigurarea.
- 122 De altfel, trebuie arătat că afirmația Comisiei potrivit căreia alegerea de a recurge la regula de desemnare a unui al treilea medic prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea ar fi echilibrată și ar permite concilierea echitabilă a intereselor fostului funcționar și ale administrației este contestată de reclamant. În special, argumentele prezentate referitoare la conținutul incert al mandatului acestui „alt medic” desemnat de președintele Curții, la documentația care ar fi trimisă acestuia din urmă fără drept de control al reclamantului și la caracterul definitiv al deciziei acestei proceduri de reexaminare ad-hoc dovedesc, cel puțin, că reclamantul contestă că această alegere ar fi echilibrată și că ar concilia interesele părților în cauză. Astfel, în prezența unei proceduri ad-hoc precum cea în cauză, argumentele reclamantului pot fi interpretate în sensul că susțin că principiul securității juridice nu ar fi respectat din cauza lipsei de previzibilitate a acestei proceduri.
- 123 Pe de altă parte, împrejurarea că alte dispoziții din Reglementarea privind asigurarea prevăd o procedură asemănătoare sau că aceasta este justificată de obligația de solitudine și de principiul bunei administrări care incumbă instituției nu poate justifica reținerea interpretării articolului 23 alineatul (1) primul paragraf din Reglementarea privind asigurarea care figurează în decizia în litigiu.
- 124 Potrivit unei jurisprudențe constante, obligația de solitudine reflectă echilibrul dintre drepturile și obligațiile reciproce pe care condițiile de angajare și normele aplicabile personalului le-au creat în raporturile dintre autoritatea publică și agenții serviciului public, ceea ce implică în special faptul că, atunci când se pronunță cu privire la situația unui funcționar, autoritatea ia în considerare ansamblul elementelor care pot determina decizia sa și că, procedând astfel, ține cont nu numai de interesul

serviciului, ci și de cel al funcționarului vizat. Această din urmă obligație este impusă administrației de principiul bunei administrări consacrat la articolul 41 din Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene [a se vedea Hotărârea din 5 decembrie 2006, Angelidis/Parlamentul, T-416/03, EU:T:2006:375, punctul 117 și jurisprudența citată, și Hotărârea din 13 decembrie 2017, Arango Jaramillo și alții/BEI, T-482/16 RENV, EU:T:2017:901, punctul 131 (nepublicată) și jurisprudența citată].

- 125 În plus, îndatoririle administrației care decurg din obligația de solitudine sunt sporite substanțial în cazul în care se pune problema situației unui funcționar a cărui sănătate, fizică sau mentală, se dovedește a fi afectată (a se vedea Hotărârea din 18 noiembrie 2014, McCoy/Comitetul Regiunilor, F-156/12, EU:F:2014:247, punctul 106 și jurisprudența citată; a se vedea de asemenea în acest sens și prin analogie Hotărârea din 7 noiembrie 2019, WN/Parlamentul, T-431/18, nepublicată, EU:T:2019:781, punctul 106).
- 126 Cu toate acestea, în cadrul obligației de solitudine, protecția drepturilor și a intereselor funcționarilor trebuie întotdeauna să fie limitată de respectarea normelor în vigoare (a se vedea Hotărârea din 5 decembrie 2006, Angelidis/Parlamentul, T-416/03, EU:T:2006:375, punctul 117 și jurisprudența citată). În special, aceasta din urmă nu poate determina administrația să confere unei dispoziții comunitare un efect care ar contraveni termenilor clari și preciși ai acestei dispoziții (Hotărârea din 27 iunie 2000, K/Comisia, T-67/99, EU:T:2000:169, punctul 68, și Hotărârea din 26 martie 2020, Teeäär/BCE, T-547/18, EU:T:2020:119, punctele 87-89).
- 127 În speță, deși este adevărat că decizia în litigiu se înscrie în cadrul mai general al unei cereri de rambursare a cheltuielilor medicale care ar fi legată de boala profesională a reclamantului, faptul că obligațiile administrației care decurg din obligația de solitudine sunt sporite substanțial nu înseamnă că Comisia poate nesocoti termenii clari și preciși ai articolului 23 alineatul (1) primul paragraf din Reglementarea privind asigurarea. Deși, în temeiul obligației de solitudine, Comisia este obligată efectiv să găsească o soluție la situația de blocaj existentă, această soluție trebuie să respecte cadrul normativ care i se impune.
- 128 În consecință, Comisia nu poate invoca obligația de solitudine pentru a justifica aplicarea prin analogie a regulii de desemnare a celui de al treilea medic prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea, din moment ce dispoziția articolului 23 alineatul (1) primul paragraf din reglementarea menționată se opune unei astfel de aplicări și, de altfel, nu este incompatibilă cu niciun principiu general de drept (a se vedea în acest sens Hotărârea din 15 februarie 2011, Marcuccio/Comisia, F-81/09, EU:F:2011:13, punctul 55).
- 129 În al patrulea rând, concluzia reținută la punctul 119 de mai sus nu poate fi repusă în discuție nici de argumentele reclamantului. Mai întâi, acesta din urmă susține în esență că ar avea dreptul să i se aplice procedura de consultare a comisiei medicale prevăzută la articolul 22 din Reglementarea privind asigurarea în măsura în care avizul unui organ colegial ar oferi mai multe garanții decât cel al unui singur medic în cadrul unui dosar și al unui mandat practic secrete. În această privință, el pare să facă referire în special la respectarea dreptului său la apărare, în cadrul articolului 23 din reglementarea menționată, atât în cursul procedurii de investigare care a condus la adoptarea proiectului de decizie din 30 iunie 2017, cât și în cursul procedurii de reexaminare pendinte. Mai precis, acesta menționează, pe de o parte, luarea în considerare a dosarului său medical personal și a antecedentelor sale legate de boala profesională și, pe de altă parte, punerea la dispoziția „altui medic” de către medicul asiguratului a unor documente adecvate în speță.
- 130 În această privință, reiese din jurisprudența că, în cadrul examinării lor concrete și detaliate a situației care le este prezentată, medicii desemnați de AIPN trebuie să se pronunțe pe baza literaturii științifice, însă nu pot face abstracție de starea de sănătate efectivă și completă a persoanei în cauză. În plus, această obligație de a ține seama de situația personală a asiguratului ar fi impusă de obligația de

solicitudine (a se vedea în acest sens Hotărârea din 9 decembrie 2009, Comisia/Birkhoff, T-377/08 P, EU:T:2009:485, punctul 88, și Hotărârea din 25 mai 2016, GW/Comisia, F-111/15, EU:F:2016:122, punctul 40).

- 131 De asemenea, „[celălalt] medic” însărcinat să reexamineze relevanța rambursării prestației medicale în raport cu boala profesională a reclamantului trebuie să aibă cunoștința de întinderea și de consecințele induse de aceasta și să aibă acces la conținutul deciziilor.
- 132 În plus, reiese din jurisprudență că, pentru a emite în mod valabil un aviz medical, medicul trebuie să fie în măsură să ia cunoștința de totalitatea documentelor care pot fi utile pentru aprecierea sa (a se vedea prin analogie Hotărârea din 15 iulie 1997, R/Comisia, T-187/95, EU:T:1997:119, punctul 49, și Hotărârea din 29 februarie 2012, AM/Parlamentul, F-100/10, EU:F:2012:24, punctul 92). Astfel, după cum amintește în mod corect Comisia, medicul desemnat de asigurat are posibilitatea de a-și prezenta și de a-și apăra punctul de vedere prin prezentarea unor documente suplimentare.
- 133 În continuare, argumentul reclamantului prin care se urmărește să se demonstreze că medicii Comisiei nu ar fi imparțiali, în lumina Hotărârii din 24 octombrie 1996, Comisia/Royale belge (C-76/95, EU:C:1996:406), este lipsit de temei și nu repune în discuție concluzia reținută la punctul 119 de mai sus. Astfel, prin acest argument formulat în mod general și prin această referire jurisprudențială succintă, reclamantul nu dezvoltă în ce mod situația din speță și în privința cărei entități mai precis medicii desemnați de instituție ar fi fost lipsiți de imparțialitate în adoptarea unei decizii privind rambursarea cheltuielilor solicitate.
- 134 În consecință, procedura de examinare și cea de reexaminare, astfel cum sunt reglementate de articolul 23 din Reglementarea privind asigurarea, oferă garanții suficiente privind respectarea dreptului la apărare al reclamantului în cadrul examinării cererii sale de rambursare a cheltuielilor, astfel încât acesta nu poate solicita numirea unei comisii medicale pentru a asigura respectarea acestor drepturi.
- 135 În consecință, al doilea motiv al deciziei în litigiu, potrivit căruia administrația a decis să se inspire din regula prevăzută la articolul 22 alineatul (1) al doilea paragraf din Reglementarea privind asigurarea pentru a solicita președintelui Curții să desemneze din oficiu un „alt medic”, este eronat în drept.
- 136 Cu toate acestea, din jurisprudență reiese că, în măsura în care anumite motive ale unei decizii sunt, prin ele însele, de natură să o justifice în mod temeinic, viciile care ar putea afecta alte motive ale actului nu au niciun efect asupra părții dispozitive a acesteia. În plus, din moment ce partea dispozitivă a unei decizii a Comisiei se întemeiază pe mai mulți piloni de raționament, fiecare dintre aceștia fiind suficient în sine pentru a constitui temeiul părții dispozitive respective, acest act nu trebuie anulat, în principiu, decât dacă fiecare dintre aceste elemente este nelegal. În această ipoteză, o eroare sau o altă nelegalitate care ar afecta doar unul dintre elementele de raționament nu poate fi suficientă pentru a justifica anularea deciziei în litigiu, din moment ce această eroare nu a putut avea o influență decisivă în ceea ce privește partea dispozitivă reținută de instituția care a adoptat această decizie (a se vedea Hotărârea din 10 noiembrie 2017, Icap și alții/Comisia, T-180/15, EU:EU:T:2017:795, punctul 74 și jurisprudența citată).
- 137 În speță, eroarea de drept care afectează al doilea motiv al deciziei în litigiu nu este de natură să determine anularea acestei decizii, dat fiind că nu a putut avea efecte asupra rezultatului său. Astfel, în conformitate cu concluzia reținută de Tribunal la punctele 110 și 111 de mai sus, primul motiv al deciziei în litigiu, care arată că procedura prevăzută la articolul 22 din Reglementarea privind asigurarea nu vizează deciziile referitoare la rambursarea cheltuielilor medicale, este întemeiat și este suficient pentru a justifica, corespunzător cerințelor legale, refuzul sesizării comisiei medicale opus în decizia în litigiu.
- 138 Prin urmare, primul și al patrulea capăt de cerere trebuie respinse ca nefondate.

[*omissis*]

Pentru aceste motive,

TRIBUNALUL (Camera a patra)

declară și hotărăște:

- 1) **Respinge acțiunea.**
- 2) **Îl obligă pe domnul Arnaldo Lucaccioni la plata cheltuielilor de judecată.**

Gervasoni

Frendo

Martín y Pérez de Nanclares

Pronunțată astfel în ședință publică la Luxemburg, la 16 iunie 2021.

Grefier
E. Coulon

Președinte