CONCLUSIONI DELL'AVVOCATO GENERALE ANTONIO LA PERGOLA

presentate il 14 marzo 1996 *

I — Introduzione

1. La presente controversia concerne, in sostanza, l'opponibilità dell'eccezione *inadimplenti non est adimplendum* da parte delle società assicuratrici convenute di fronte alla domanda di adempimento che la Commissione ha proposto con riguardo al contratto da essa concluso con dette società.

II — I fatti della causa

2. Le Comunità europee hanno concluso il 28 gennaio 1977 con le otto compagnie di assicurazioni convenute nel presente giudizio una Convenzione di assicurazione (in prosieguo: la «Convenzione») destinata a coprire le conseguenze pecuniarie derivanti per le Comunità dall'applicazione dell'art. 73 dello Statuto dei funzionari delle Comunità europee (in prosieguo: lo «Statuto») e delle norme adottate in esecuzione di tale articolo.

L'art. 3.1 della Convenzione prevede che la Comunità e gli assicuratori stabiliscano le norme di applicazione riguardanti le informazioni relative agli incidenti ed alle malattie professionali, nonché alla loro gestione amministrativa, per permettere agli assicuratori di seguire lo sviluppo dei singoli casi e facilitare l'eventuale esercizio del diritto di rivalsa contro terzi responsabili e la costituzione delle riserve prudenziali previste per legge.

L'art. 3.3 della Convenzione aggiunge che «i progetti di decisione che possono dar luogo alla concessione di una prestazione garantita (spese mediche — invalidità — decesso) sono comunicati agli assicuratori per parere, secondo le modalità di applicazione previste all'art. 31, preliminarmente alla loro notifica agli interessati da parte dell'autorità competente delle Comunità» [1].

L'art. 5 della Convenzione stabilisce che le eventuali controversie in relazione all'esecuzione della Convenzione stessa sono, in assenza di composizione amichevole, deferite alla Corte di giustizia delle Comunità europee. Lo stesso art. 5 prevede, inoltre, che gli assicuratori rinunciano ad esperire le vie legali relativamente alle controversie di natura medica, sempre che la decisione dell'autorità che ha il potere di nomina (in prosieguo: l'«APN»), con cui sono liquidati i diritti pecuniari dell'interessato, sia conforme al parere prodotto dagli esperti degli assicuratori, o al parere reso dalla Commissione

* Lingua originale: l'italiano.

1 — La traduzione libera del testo originale in lingua francese è mia.

medica prevista all'art. 23 della normativa di applicazione prima richiamata, e sempre che il perito designato dagli stessi assicuratori abbia fatto parte del collegio medico di cui si compone detta Commissione. Se tali condizioni risultano soddisfatte, gli assicuratori rimborsano alle Comunità l'intero ammontare delle somme da queste versate, in conseguenza dell'anzidetta decisione dell'APN, alla vittima o ai suoi aventi causa.

L'art. 10.2 della Convenzione designa come intermediario tra le Comunità e gli assicuratori la società J. Van Breda & Co. International (in prosieguo: «Van Breda»).

3. Con lettera di Van Breda del 27 gennaio 1989 indirizzata alle Comunità europee è stato confermato l'accordo intercorso tra gli assicuratori e le Comunità sulle modalità di applicazione della Convenzione a partire dal 1° febbraio 1989.

La lettera in discorso prevede al punto II che il progetto di decisione, comunicato preventivamente, ai sensi dell'art. 3.3 della Convenzione, per il prescritto parere agli assicuratori, deve essere accolto o respinto da questi nel più breve termine possibile. La stessa lettera stabilisce che gli assicuratori si adopereranno per confermare il loro accordo o disaccordo sul progetto di decisione entro un mese dalla trasmissione di detto progetto all'intermediario.

Il punto II della lettera aggiunge che se, allo scadere del termine di un mese, gli assicuratori non hanno ancora preso posizione in merito al progetto, comunicano la ragione del loro contegno all'APN. Il termine viene allora prorogato di un mese. Se gli assicuratori non sono in grado di comunicare la loro presa di posizione neanche entro tale ulteriore termine, essi propongono all'APN ed all'intermediario l'apertura di una procedura di concertazione per determinare le modalità da seguire e la fissazione di un nuovo termine, che deve scadere non oltre il compimento del quarto mese.

4. Il sig. L., funzionario della Commissione, ha richiesto il 26 novembre 1990 che le due affezioni da lui contratte durante l'attività lavorativa presso la Comunità fossero riconosciute come malattie professionali a norma dello Statuto. Le due affezioni, sostiene detto funzionario, derivavano dal fatto che egli è stato esposto all'amianto nei locali dell'edificio della Commissione, detto Berlaymont, a Bruxelles.

5. Il Dr. Dalem, medico designato il 21 giugno 1991 dalla Commissione d'intesa con gli assicuratori ed incaricato di rendere parere medico per l'eventuale dichiarazione dell'origine professionale della malattia, ha richiesto al Prof. Bartsch, specialista in pneumologia, una perizia.

Il Prof. Bartsch ha reso la perizia il 3 febbraio 1992, nel senso di escludere l'origine professionale dell'affezione. Il Dr. Dalem ha

quindi formulato il proprio rapporto, in conformità di tale parere, il 14 febbraio 1992.

Su tale base l'APN ha notificato il 17 febbraio 1992 al sig. L. il progetto di decisione con la quale si rigettava la domanda volta a riconoscere l'origine professionale dell'affezione. Il sig. L. ha quindi, il 23 febbraio 1992, richiesto il parere della Commissione medica ed ha, il 16 settembre 1992, designato il Dr. Cognigni come membro di detta Commissione. L'8 dicembre 1992 l'APN ha a sua volta designato, su proposta degli assicuratori, il Prof. Brochard come membro della stessa Commissione. I due membri così nominati hanno designato, il 29 gennaio 1993, il Prof. Maltoni come terzo componente del collegio medico.

6. Il rapporto della Commissione medica, adottato a maggioranza dei suoi componenti il 25 febbraio ed inviato all'APN il 1° marzo 1994, riconosce all'affezione contratta dal sig. L. il carattere di malattia professionale. Lo stesso rapporto accerta inoltre l'invalidità permanente totale (100%) e stabilisce un'indennità del 30% a causa delle cicatrici permanenti e dei gravi disturbi psicologici connessi con l'affezione. Il Prof. Brochard ha però formulato un parere dissenziente con rapporto inviato il 3 marzo 1994. L'APN ha trasmesso i due rapporti a Van Breda rispettivamente il 10 ed il 18 marzo 1994.

7. Van Breda ha comunicato il 23 marzo 1994 all'APN che i documenti trasmessi erano allo studio degli assicuratori. Con la successiva lettera del 29 marzo Van Breda ha informato l'APN del fatto che gli assicuratori intendevano porre altre domande ai membri della Commissione medica. Nella stessa lettera Van Breda segnalava di aver insistito presso gli assicuratori perché essi facessero conoscere il contenuto di tali domande al più presto. La lettera avvertiva gli assicuratori che a partire da quel momento iniziava a decorrere l'ulteriore termine di un mese previsto dalla Convenzione.

Una successiva lettera, inviata da Van Breda l'8 aprile 1994 alla ricorrente, indicava su quali punti gli assicuratori desideravano interrogare nuovamente la Commissione medica. La lettera comunicava inoltre l'intenzione degli assicuratori di nominare un medico, collega del Dr. Dalem, per provvedere alla formulazione di tali domande. Van Breda concludeva la lettera affermando di aver richiesto agli assicuratori di trasmettere il loro questionario, nel rispetto dei termini previsti dalla Convenzione, entro il 29 aprile 1994, affinché l'istituzione ricorrente potesse formulare i quesiti di conseguenza.

Il 15 aprile 1994 l'APN ha informato il sig. L. che la Commissione medica aveva accertato l'eziologia professionale dell'affezione riconoscendogli, in via definitiva, un tasso di invalidità permanente totale pari al 130%. La Commissione ha quindi versato al sig. L. la somma di 25 794 194 BFR a lui dovuta in applicazione della decisione che gli aveva riconosciuto l'invalidità professionale.

8. Il 6 maggio 1994 la Commissione ha quindi scritto a Van Breda informandola di aver versato l'indennità in questione al sig. L., conformemente alle conclusioni della Commissione medica.

9. A partire da tale data, si è avuto uno scambio di corrispondenza tra la Commissione e Van Breda, in seguito al quale gli assicuratori hanno, con lettera del 13 ottobre 1994, rifiutato di corrispondere alla Commissione la somma da questa versata al sig. L. . La posizione degli assicuratori era confortata da un parere legale, allegato alla lettera di Van Breda e datato 6 settembre 1994, reso da un consulente giuridico degli assicuratori.

10. È in questa situazione che la Commissione, con ricorso depositato il 13 marzo 1995, ha convenuto gli assicuratori dinanzi la Corte sulla base della clausola compromissoria prevista dalla Convenzione ed ha chiesto la condanna dei convenuti al pagamento delle somme già liquidate al sig. L., nonché al pagamento degli interessi di mora su tali somme a far tempo dal 6 maggio 1994 ed alle spese di giudizio.

11. I convenuti, rappresentati ai fini della presente lite dalla SA Royale Belge, si sono costituiti il 22 maggio 1995 richiedendo alla Corte di rigettare il ricorso della Commissione in quanto irricevibile o, se non altro, non fondato e di condannare la ricorrente alle spese di giudizio. I convenuti domandano inoltre alla Corte di dichiarare in via subordinata la domanda della Commissione irricevibile o, quanto meno, non fondata per la parte che concerne il pagamento dell'indennità superiore al 100%.

III — Le norme in questione

12. L'art. 73, nn. 1 e 2, lett. b), dello Statuto dispone che:

«1. Alle condizioni fissate da una regolamentazione adottata di comune accordo dalle istituzioni delle Comunità, previo parere del comitato dello statuto, il funzionario è coperto sin dal giorno della sua entrata in servizio contro i rischi di malattia professionale e i rischi di infortunio [...].

2. [...]

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».

13. La regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di infortunio e malattia professionale dei funzionari delle Comunità europee, adottata in esecuzione dell'art. 73, n. 1 dello Statuto, detta le seguenti regole:

«Articolo 12

1. In caso di invalidità permanente totale del funzionario risultante da un infortunio o da una malattia professionale, gli viene corrisposto il capitale contemplato dall'articolo 73, paragrafo 2, lettera b), dello statuto.

2. In caso di invalidità permanente parziale del funzionario risultante da un infortunio o da una malattia professionale, gli viene versato un capitale il cui ammontare è fissato in base alle percentuali di invalidità elencate nella tabella che figura in allegato».

«Articolo 14

Su parere dei consulenti medici di cui all'articolo 19 o della Commissione medica di cui all'articolo 23, al funzionario viene concessa un'indennità per tutte le lesioni o sfregi permanenti 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 valori contemplati nelle tabelle d'invalidità di cui all'articolo 12. Se il pregiudizio estetico è collegato ad una lesione anatomico-funzionale, si aumenta in misura appropriata la percentuale d'invalidità prevista per quest'ultima».

L'ultimo comma della tabella dei tassi d'invalidità allegata alla regolamentazione dispone:

«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».

«Articolo 19

Le decisioni relative al riconoscimento dell'origine infortunistica di un avvenimento, ivi compresa la sua qualifica come infortunio

sul lavoro o infortunio nell'ambito della vita privata, oppure 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 con la procedura prevista dall'articolo 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'articolo 23».

«Articolo 21

Prima di adottare una decisione ai sensi dell'articolo 19, l'autorità che ha il potere di nomina notifica al funzionario o ai suoi aventi diritto il progetto di decisione, unitamente alle conclusioni del medico o dei medici designati dall'istituzione [...]».

«Articolo 23

1. La Commissione medica è composta da tre medici designati:

— il primo, dall'autorità che ha il potere di nomina;

— il secondo, dal funzionario o dai suoi aventi diritto;

— il terzo, d'intesa, tra i due medici suddetti.

[...].

Al termine dei lavori la Commissione medica raccoglie le proprie conclusioni in una relazione indirizzata all'autorità che ha il potere di nomina e al funzionario o ai suoi aventi diritto.

[...]».

«Articolo 25

L'accertamento di una invalidità permanente, totale o parziale, ai sensi dell'articolo 73 dello statuto e della presente regolamentazione, non pregiudica in alcun modo l'applicazione dell'articolo 78 dello statuto e viceversa».

IV — Esame della controversia

14. I problemi deferiti all'esame della Corte sono due. In primo luogo si tratta di stabilire se la ricorrente sia incorsa, come ritengono le società assicuratrici, nell'illecito comportamento consistente nella violazione delle clausole contrattuali che le imponevano di consultare gli assicuratori prima di adottare il provvedimento contestato. Il secondo profilo della controversia concerne la dedotta irregolarità di questo provvedimento, eccepita dai convenuti per difetto di motivazione.

Prima di entrare nel merito del giudizio rimesso alla Corte va osservato che secondo i convenuti le domande della ricorrente sono irricevibili. Tale istanza di irricevibilità va rigettata: essa non è infatti motivata, né risulta dagli atti di causa alcun elemento di giudizio che possa giustificarla.

La pretesa violazione della procedura prevista dalla Convenzione

15. Nel merito, i convenuti eccepiscono, quanto al primo profilo della questione, che la Commissione ha mancato di osservare le regole poste dalla Convenzione e previste nella lettera del 27 gennaio 1989. La Commissione, essi dicono, ha notificato all'interessato la decisione che riconosce il carattere professionale dell'invalidità il 15 aprile del 1994, e dunque prima di aver ricevuto le osservazioni degli assicuratori, che dovevano essere presentate entro il 29 aprile 1994. I convenuti affermano di avere, per il tramite di Van Breda, informato la ricorrente del loro intento di porre ulteriori domande al collegio medico. Notificata la decisione sopra ricordata il 15 aprile 1994, e versata di conseguenza l'indennità spettante all'interessato, la ricorrente avrebbe dunque, col proprio contegno, impedito il proseguimento della procedura stabilita in Convenzione, precludendo ai convenuti la possibilità di investire il collegio medico dei quesiti supplementari da loro proposti. Gli assicuratori sollevano pertanto nei confronti della ricorrente la *exceptio inadimpleti contractus*.

16. La ricorrente replica che l'art. 5 della Convenzione contiene una disposizione specifica in deroga alla procedura prevista in via generale all'art. 3 di detto strumento negoziale. Dal sistema della Convenzione, essa allega, risulta che l'APN non può rimettere in questione le conclusioni della Commissione medica, le quali andrebbero dunque considerate come definitive. Del resto, secondo la giurisprudenza del Tribunale di primo grado sul punto, il riesame delle

risultanze della perizia medica può essere giustificato solo se in presenza di un fatto nuovo, che qui difetterebbe.

La ricorrente deduce inoltre di aver debitamente trasmesso agli assicuratori tutte le necessarie informazioni, precisando, in punto di diritto, che il regime dei rapporti tra l'APN e gli assicuratori è diverso da quello che regge i rapporti fra la stessa APN ed i funzionari. Nella specie, la Commissione era tenuta a versare all'interessato l'indennità d'invalidità professionale che gli spettava come funzionario. L'adempimento di tale obbligo della ricorrente non pregiudicava, tuttavia, l'ulteriore espletamento della procedura, stabilita nella distinta sfera del regime convenzionale dei rapporti con gli assicuratori. Ad ogni modo, anche se la ricorrente fosse stata tenuta a rispettare le regole della Convenzione — e precisamente, per quel che importa, l'art. 3 — l'eventuale sanzione alla quale essa andrebbe incontro per l'inosservanza di tali disposizioni è, secondo la legge nazionale belga, che governa il nostro caso, quella del risarcimento del danno subito dall'assicuratore. I convenuti non avrebbero però dimostrato di aver subito alcun danno per il contegno della ricorrente e non potrebbero quindi rifiutarsi di adempiere ai propri obblighi contrattuali.

Queste le contrapposte tesi delle parti.

17. Il primo mezzo opposto dai convenuti alla domanda di pagamento avanzata dalla Commissione concerne, precisamente, il presunto *error in procedendo* che minerebbe alla base la pretesa della ricorrente.

18. Chiediamoci, per chiarire il punto ed impostarne correttamente l'esame, come le norme da applicare si inquadrano nell'ordinamento comunitario, e a quali contegni la ricorrente ed i convenuti fossero in base ad esse rispettivamente tenuti.

Le disposizioni che rilevano ai fini del presente giudizio sono dettate dall'art. 73 e seguenti dello Statuto. Tali norme figurano nel capitolo 2, Sicurezza sociale, titolo V, e si riannodano con l'art. 15 del Protocollo sui privilegi e le immunità delle Comunità europee (in prosieguo: il «PPI»). Tale articolo dispone che «il Consiglio, deliberando all'unanimità su proposta della Commissione, stabilisce il regime di previdenza sociale applicabile ai funzionari e agli altri agenti delle Comunità». Questa previsione risponde dunque alla specifica esigenza di tutelare i funzionari nella sfera previdenziale ed ha così diversa valenza ed applicazione rispetto al regime disposto dallo Statuto con riguardo al rapporto di impiego fra le Comunità ed i funzionari, in base all'art. 24, n. 1, del Trattato che istituisce un Consiglio unico ed una Commissione unica delle Comunità europee (di seguito: il «Trattato di fusione»). L'art. 24, n. 1, secondo capoverso, stabilisce infatti che «il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata su proposta della

Commissione e previa consultazione delle altre istituzioni interessate, stabilisce lo Statuto dei funzionari delle Comunità europee e il regime applicabile agli altri agenti di tali Comunità». L'art. 15 del PPI, nell'ambito in cui esso è destinato ad operare, configura una speciale riserva di disciplina con riguardo al trattamento dei funzionari. Potremmo definirla come una vera e propria riserva di legge aggravata, per così dire, perché comporta il voto unanime del Consiglio, a differenza del criterio della maggioranza qualificata, previsto per i rimanenti aspetti dello Statuto dei funzionari. Una tale riserva procedurale si spiega in ragione del particolare rilievo rivestito dagli interessi oggetto di tutela. La materia coperta dall'art. 15 è sottratta, a livello nazionale, alla libera disponibilità delle parti nel campo dei rapporti di lavoro, ed è per sua natura riservata alla sfera della legge e delle norme, diciamo, di ordine pubblico. Il PPI sancisce infatti, per quel che qui importa rilevare, inalienabili e fondamentali diritti sociali del funzionario: diritti presidiati anche nell'ordinamento comunitario da norme cogenti, che spiegano peraltro i propri effetti in più settori del sistema. Basta ricordare l'art. 13 del Protocollo in parola, che assoggetta la retribuzione del funzionario ad un'imposta comunitaria, ma in compenso esonera quest'ultimo dai tributi di natura equivalente normalmente percetti su base nazionale.

Se si guarda alla natura dei diritti soggettivi in considerazione, e delle norme che li tutelano, risulta subito chiaro come e perché l'art. 15 PPI abbia altra sfera di applicazione, diversa e più ampia di quella attribuita all'art. 24 del Trattato di fusione. L'art. 15 si applica, parallelamente a quanto dispone l'art. 13 del PPI in materia di imposte comunitarie, oltre che alle istituzioni vere e proprie delle Comunità, ad una cerchia di organismi, quali l'Istituto monetario europeo, la futura Banca centrale europea, la Banca europea per gli investimenti ed il Fondo europeo per gli investimenti [2], che della Comunità fanno parte a pieno titolo, ma che non sono soggetti alla disciplina lavoristica stabilita dallo Statuto sulla base dell'art. 24 del Trattato di fusione. Le disposizioni ricomprese nel capitolo 2, titolo V, dello Statuto costituiscono, in definitiva, norme che, dettate dal Consiglio nella veste di legislatore della Comunità, non considerano le singole istituzioni nella loro qualità di datori di lavoro, di controparti del funzionario nell'ambito del rapporto di pubblico impiego. Tali norme ravvisano invece nelle istituzioni i caratteri di un'amministrazione pubblica collocata, ai sensi della disciplina in esame, nella posizione di imparzialità e terzietà propria dell'organo che deve applicare norme cogenti e curare gli interessi da esse tutelati.

19. Vediamo le conseguenze che discendono dalle cose ora dette quanto alla posizione delle parti nel presente procedimento. Le norme prima citate delineano l'iter procedurale che conduce al provvedimento di accertamento dell'invalidità professionale. In tale procedimento amministrativo sono coinvolti il funzionario, l'APN ed il medico, od il

2 — Il PPI si applica a tali organismi sulla base di apposite norme di rinvio: per l'IME l'art. 21 del suo Statuto, per la BCE l'art. 40 del suo Statuto, per la BEI l'art. 22 del PPI, nonché l'art. 28 del Trattato di fusione, e per il FEI l'art. 30, n. 5, dello Statuto della BEI.

collegio medico, che funge da perito. Si tratta di disposizioni che configurano per il soggetto interessato diritti sociali sulla base dell'anzidetta riserva della materia alla fonte normativa, e che sono poste in essere mediante regolamento del Consiglio o nei modi da esso autorizzati. La disciplina così dettata non tollera intromissioni di terzi, che possano, senza essere a ciò abilitati dalla stessa normativa, influire sull'iter procedimentale, riservato dal regolamento ai soggetti di cui si è detto e a nessun altro. Né si può ammettere che stipulazioni contrattuali interferiscano nell'osservanza ed applicazione del regolamento e delle connesse norme attuative, allungando i tempi o snaturando le modalità di perfezionamento dell'atto amministrativo od ancora imponendo al potenziale beneficiario ulteriori oneri e prestazioni non espressamente previsti *ex lege*.

Ora, la procedura stabilita tra le parti mediante la Convenzione e la lettera del 27 gennaio 1989 comporterebbe una notevole dilatazione dei tempi di adozione della decisione definitiva da parte dell'APN, con il conseguente sacrificio, da parte del funzionario, dei diritti che gli sono stati conferiti dallo Statuto [3].

Quale conclusione va tratta da tale rilievo? Le clausole della Convenzione e della lettera del 27 gennaio 1989 che impongono alle Comunità comportamenti non conformi all a procedura fissata dallo Statuto interferiscono indebitamente nell'applicazione di quest'ultimo corpo di regole. Le predette clausole contrattuali, in quanto incompatibili con le norme procedimentali stabilite dallo Statuto poste a tutela dei diritti del funzionario che qui vengono in rilievo, devono essere considerate come inapplicabili al caso di specie. Tali pattuizioni non sono quindi suscettibili di essere invocate dalle parti per vantare pretese o sollevare eccezioni in questa sede.

Il criterio che ritengo di dover adottare non sacrifica, d'altra parte, la posizione dei terzi assicuratori, i quali godono infatti di adeguata tutela, sia perché il membro della Commissione medica, designato a norma dello Statuto dall'APN, è ai sensi della Convenzione indicato d'intesa tra l'APN e gli assicuratori [4], sia per la facoltà, riconosciuta agli assicuratori in via generale, e così anche nel presente caso, di sollevare eccezioni nell'ambito dei rapporti contrattuali con l'APN quanto alla validità dell'atto amministrativo di concessione dell'indennità garantita e di rifiutare, su tale base, l'adempimento della prestazione contrattuale da loro dovuta.

20. Accolto il punto di vista che ho avanzato, occorre rigettare il primo mezzo dedotto dai convenuti. Mi sia comunque consentito di aggiungere che le ragioni invocate a sostegno della loro tesi non sono

3 — Come precisato dalla Corte nelle sentenze 2 ottobre 1979, causa 152/77, B./Commissione (Racc. pag. 2819), 21 maggio 1981, causa 156/80, Morbelli/Commissione (Racc. pag. 1357), e 14 luglio 1981, causa 186/80, Suss/Commissione (Racc. pag. 2041), il ritardo indebito nel pagamento dell'indennità dovuta al funzionario ai termini dello Statuto fa nascere il diritto al pagamento degli interessi moratori.

4 — Si veda al riguardo la sentenza della Corte 19 gennaio 1988, causa 2/87, Biedermann/Corte dei conti (Racc. pag. 143).

giustificate nemmeno in punto di fatto. Soccorre a tal fine un semplice rilievo. Le parti convengono sul termine entro cui gli assicuratori avrebbero dovuto precisare le domande dirette a ottenere nuovi lumi dalla Commissione medica sulla controversa eziologia professionale della invalidità. La data in questione si situa al 29 aprile 1994. In tale momento la ricorrente non era però a conoscenza delle domande che gli assicuratori intendevano formulare, dopo aver interpellato il loro consulente medico. La lettera di Van Breda dell'8 aprile faceva esplicito riferimento ad un questionario che gli stessi assicuratori avrebbero dovuto far pervenire appunto entro il 29 aprile. Date le circostanze, la ricorrente non era quindi in grado di rivolgersi nuovamente alla Commissione medica; e questo per il comportamento negligente tenuto dai convenuti.

Peraltro, il contegno omissivo dei convenuti non è certo dovuto al fatto che essi fossero a conoscenza dell'avvenuta concessione dell'indennità di invalidità professionale. Gli atti di causa mostrano invero che essi lo hanno appreso solo il 19 maggio 1994, tramite la lettera della ricorrente a Van Breda datata 6 maggio. Siffatte domande non sono, del resto, mai pervenute alla ricorrente.

21. Del pari inattendibile è la tesi degli assicuratori secondo cui l'intervenuta notifica della decisione dell'APN al sig. L. avrebbe spogliato i convenuti della possibilità di rivolgere alla Commissione medica le domande che essi intendevano formulare. La procedura statutaria sta, come ho detto, su un piano differente da quello della disciplina che ha invece riguardo alle relazioni tra Comunità e assicuratori, quest'ultime essendo regolate in sede contrattuale. Lasciamo da parte il fatto che alla data limite del 29 aprile 1994 le domande che gli assicuratori volevano rivolgere alla Commissione medica non erano ancora pervenute, né sono state trasmesse in seguito. I quesiti potevano essere proposti e sortire l'eventuale risultato di rendere palesi le asserite contraddizioni o illogicità nella motivazione del rapporto stilato dalla Commissione medica, anche successivamente alla notifica della decisione al sig. L. Gli assicuratori avrebbero potuto, infatti, beneficiare comunque di tali chiarimenti nell'ambito delle loro relazioni contrattuali con la Comunità. Se ciò non è accaduto, è, quindi, sempre a causa del loro comportamento omissivo. Anche per tale ragione, le eccezioni proposte dai convenuti sono prive di fondamento.

22. Giunti a tale conclusione, si può prescindere dall'esaminare la questione dibattuta tra la ricorrente ed i convenuti se nel nostro caso debba applicarsi la regola procedurale posta all'art. 3 della Convenzione ovvero quella, che ad essa derogherebbe, dettata all'art. 5 della stessa Convenzione. Ora, ammettiamo pure che il caso in esame cada sotto la previsione della più restrittiva delle due norme, quella contenuta nell'art. 3. Poniamo altresì, in via di ipotesi, che l'applicare una tale ultima regola non risulti in contrasto con alcuno degli obblighi stabiliti nello Statuto quanto alla formazione del provvedimento

amministrativo richiesto dal funzionario. Il comportamento tenuto dalla Commissione che qui viene in considerazione risulterebbe, per le ragioni spiegate, comunque conforme alle prescrizioni procedurali convenute tra le parti. Quale delle due norme regoli la specie non rileva quindi nell'indagine rimessa alla Corte.

23. Non occorre nemmeno vedere quali effetti discenderebbero dall'inadempimento contrattuale della ricorrente, se cioè l'eccezione dedotta sia diretta a paralizzare la domanda di pagamento (*exceptio inadimpleti contractus*) o invece solo a richiedere il risarcimento dei danni (*exceptio non rite adimpleti contractus*). L'inadempimento della ricorrente non sussiste ed i convenuti non possono, quindi, eccepirlo sotto alcun riguardo.

L'asserito difetto di motivazione

24. Il secondo mezzo utilizzato dai convenuti in risposta alle richieste della ricorrente concerne la regolarità del rapporto adottato dalla Commissione medica e la stessa natura della controversia. La ricorrente richiede il pagamento di quanto da essa già corrisposto al sig. L. e degli oneri accessori adducendo che i convenuti non sono legittimati a sollevare eccezioni relativamente alla presunta irregolarità sostanziale del rapporto della Commissione medica. L'art. 5, n. 2, della Convenzione escluderebbe infatti la possibilità per gli assicuratori di sollevare in giudizio questioni di ordine medico quando, come accade nella specie, la decisione dell'APN è conforme al parere emesso dalla Commissione medica, purché di tale collegio faccia parte un membro nominato dall'APN su designazione degli stessi assicuratori.

Dal canto loro i convenuti ritengono che la questione da loro proposta non è medica ma di schietto diritto, e concerne l'infrazione alle regole che la ricorrente sarebbe stata tenuta ad osservare (le procedure stabilite con la Convenzione e con la lettera del 27 gennaio 1989, nonché la irregolarità del rapporto adottato dalla Commissione medica). I convenuti censurano tale rapporto per difetto di motivazione in quanto esso non adduce sufficienti argomenti a sostegno delle conclusioni ivi adottate, contraddice le precedenti relazioni mediche sul caso in esame e non contiene alcun riferimento agli indici dei quali la Commissione medica si è giovata per fissare un tasso di invalidità permanente al 100%.

25. Il secondo mezzo sollevato in via di eccezione dai convenuti afferisce dunque alla legittimità del rapporto espresso dalla Commissione medica. Il rapporto è adottato con un atto amministrativo comunitario. Si pone allora la questione se la Corte abbia competenza a conoscere in via incidentale della legittimità di un tale atto nel corso di un giudizio introdotto sulla base dell'art. 181 del Trattato, che verte su questioni di diritto privato. Se la risposta è affermativa, si tratta, poi, di appurare quali siano gli effetti della

pronunzia che risulta dall'esercizio di tale competenza, quanto alla validità dell'atto amministrativo contestato e se la pronuncia giudiziale così emessa sia vincolante *erga omnes* o *inter partes*.

Ora, a mio avviso, compete certamente alla Corte di conoscere in via incidentale di un provvedimento amministrativo comunitario nel corso di un giudizio ex art. 181 del Trattato. Depone in tal senso la regola fondamentale stabilita all'art. 177, che contempla il rinvio pregiudiziale alla stessa Corte per risolvere una questione sorta in merito alla «validità e [al]l'interpretazione degli atti compiuti dalle istituzioni della Comunità», e sollevata dinanzi ad essa dalla giurisdizione nazionale competente. L'art. 181 e la clausola compromissoria su di esso fondata derogano alla regola generale sulla giurisdizione fissata dall'art. 183, spostando la sede naturale della lite, che è così rimessa al giudice comunitario. Sarebbe allora illogico che questi fosse investito della causa disponendo di minori poteri interpretativi di quanto ne avrebbe avuto se a conoscere della questione fosse stato il giudice nazionale.

In secondo luogo occorre tener presente come, ai fini qui considerati, l'ordinamento comunitario distribuisce le competenze tra Corte di giustizia e Tribunale di primo grado. La competenza di cui la Corte dispone *incidenter tantum* in questi casi, è diversa, s'intende, da quella che spetterebbe al Tribunale di primo grado. Altro è il procedimento che si instaura *ex* art. 181 dinanzi la Corte, altro l'eventuale ricorso di annullamento che fosse prodotto nei confronti dello stesso atto avanti il Tribunale.

Si tratta di due distinte forme di controllo sulla legalità del provvedimento censurato. Il che spiega quali sono i limiti dell'efficacia della decisione pronunziata dalla Corte ex art. 181 sulla validità dell'atto amministrativo. La cognizione incidentale dell'atto controverso, volta a permettere alla Corte di risolvere una lite in materia civile, ha forza di *res iudicata* solo tra le parti al giudizio ex art. 181. Altrimenti, sarebbe offeso il principio secondo il quale a conoscere di tali questioni con effetti *erga omnes* è il Tribunale e la stessa Corte, in sede di impugnazione della pronuncia resa dal giudice comunitario di primo grado [5], con il risultato di vulnerare il diritto alla doppia istanza di rimedi giurisdizionali. A ciò va aggiunto che, adottando una differente soluzione, verrebbe leso anche il precetto dell'art. 173, che preclude l'esperibilità del ricorso quando sia scaduto il termine perentorio di due mesi [6]. Quanto ora detto trova ulteriore riscontro sul piano normativo anche nella previsione dell'art. 184 del Trattato che, come è intesa dalla giurisprudenza della Corte, non sarebbe tuttavia applicabile nella presente specie. Tale disposizione permette, infatti, di eccepire l'illegalità di un atto di portata generale nel corso di una lite pendente dinanzi la giurisdizione comunitaria.

5 — Fatti salvi, naturalmente, i casi di devoluzione della competenza dal Tribunale alla Corte ex art. 47 dello Statuto della Corte di giustizia.

6 — Ovvero del termine fissato dagli articoli 90 e 91 dello Statuto nel caso di atti rientranti nell'ambito di applicazione dell'art. 179 del Trattato.

L'atto amministrativo comunitario, eventualmente censurato dal giudicato incidentale, va quindi considerato illegittimo soltanto nei rapporti che le parti hanno dedotto in giudizio dinanzi la Corte. Il provvedimento mantiene inalterata la sua validità ed efficacia per quanto invece riguarda la cerchia degli altri soggetti destinatari.

26. Ciò premesso, cade il primo argomento dedotto dagli assicuratori col presente mezzo. La distinzione tra controversie mediche e giuridiche, qual è prevista dall'art. 5 della Convenzione, che tiene in conto la giurisprudenza sul punto di questa Corte e del Tribunale [7], non trova pratica applicazione relativamente al comportamento che si addebita nella specie alla Commissione per non avere essa osservato le disposizioni dettate dalla Convenzione e dalla lettera del 27 gennaio 1989. Si è sopra visto, infatti, come l'inosservanza di tali pattuizioni non sia imputabile, in via di fatto e di diritto, alla Commissione.

27. Va del pari dichiarata non fondata l'altra istanza dei convenuti i quali, trascurando la distinzione tra i due tipi di controversie tracciata all'art. 5 della Convenzione e ripresa dalla giurisprudenza, chiedono in sostanza alla Corte di rivedere il parere emesso dalla Commissione medica, che si assume non adeguatamente motivato. Come la già citata giurisprudenza della Corte e del Tribunale ha al riguardo precisato, il difetto o la illogicità della motivazione possono essere censurate solo nel caso in cui il provvedimento risulta contraddittorio o inadeguato al fine di stabilire il nesso eziologico tra affezione e invalidità professionale. Nel presente caso, il rapporto reso dalla Commissione medica non integra certamente gli estremi della mancata motivazione o della illogicità e non può essere considerato come irregolare. Esso infatti è compiutamente motivato e giustifica, con sei differenti punti esplicativi, le conclusioni alle quali la Commissione medica è pervenuta.

28. Vi è poi il rilievo mosso dai convenuti per dedurre che la Commissione medica non ha tenuto conto del parere precedentemente reso dal Dr. Dalem e dal Prof. Bartsch, nonché delle conclusioni presentate dal Prof. Brochard in dissenso dal parere successivamente adottato dal collegio medico. Tale censura consiste in definitiva nel riproporre in altri termini la questione del difetto di motivazione. Spetta alla Commissione medica, secondo quanto ha precisato la giurisprudenza della Corte e del Tribunale [8], decidere, se essa lo ritiene opportuno, di fare riferimento ai precedenti pareri medici. Per quanto qui rileva, il rapporto adottato dalla Commissione medica risulta sufficientemente motivato e la stessa presenza del Prof. Brochard nel collegio dei periti vale a confortare la tesi secondo cui il parere, adottato come si diceva a maggioranza, teneva indubbiamente conto delle differenti opinioni avanzate con

7 — Sentenza della Corte 21 maggio 1981, Morbelli già citata, 14 luglio 1981, Suss già citata, 19 gennaio 1988, Biedermann già citata e sentenze del Tribunale 27 febbraio 1992, causa T-165/89, Plug/Commissione (Racc. pag. II-367), e 23 marzo 1993, causa T-43/89 RV, Gill/Commissione (Racc. pag. II-303).

8 — Cfr. le citate sentenze della Corte 19 gennaio 1988, Biedermann, e del Tribunale 23 marzo 1993, Gill.

riguardo al presente caso dal Prof. Brochard e precedentemente dal Dr. Dalem e dal Prof. Bartsch.

29. I convenuti sollevano, per ultimo, il problema della determinazione del tasso di invalidità, fissato dalla Commissione medica al 100%. Essi sostengono che la Commissione medica non ha giustificato legalmente tale misura del tasso di invalidità. La ricorrente fa notare, dal canto suo, che l'invalidità totale era già stata accertata: il ricorso alla procedura disposta dall'art. 73 dello Statuto aveva il solo scopo di determinare l'eziologia professionale dell'affezione.

Le osservazioni della ricorrente sono fondate. Quando si ricorre alla procedura prevista dall'art. 73 dello Statuto, l'APN può, se così ritiene, utilizzare elementi di giudizio già stabiliti nell'ambito della procedura di accertamento dell'invalidità *ex* art. 78. La pretesa indipendenza delle due procedure fatta valere dai convenuti gioca, a mio avviso, in modo del tutto differente da come essi affermano. La Commissione medica non è obbligata, ma semplicemente autorizzata, a prendere in considerazione e a ritenere definitive le conclusioni cui è pervenuta l'altra procedura, utilizzando, secondo il suo discrezionale apprezzamento, dati e determinazioni che da quella procedura possano risultare. Così, a me pare, va infatti inteso il disposto dell'art. 25 della regolamentazione [9].

9 — In tal senso depongono anche le sentenze della Corte 15 gennaio 1981, causa 731/79, B./Commissione (Racc. pag. 107) e 12 gennaio 1983, causa 257/81, K./Consiglio (Racc. pag. 1).

Vorrei aggiungere un altro rilievo. Né l'art. 73, n. 2, lett. b, dello Statuto, né l'articolo 12, n. 1, della normativa di applicazione, si riferiscono, dove disciplinano il caso di invalidità totale, alle percentuali fissate nella tabella allegata alla suddetta normativa. Le percentuali di invalidità, secondo le norme statutarie, vanno invece utilizzate per determinare il tasso di invalidità parziale. Nel caso che concerne il sig. L. si trattava di invalidità totale e gli indici previsti nella tabella non andavano tenuti in conto.

30. In via sussidiaria i convenuti oppongono alla domanda della ricorrente che l'indennità è stata fissata oltre il limite del 100%, che è il massimo consentito, come risulterebbe dall'ultimo comma della tabella sopra ricordata. La ricorrente deduce per parte sua che l'indennità di invalidità *ex* art. 12 è indipendente da quella determinata *ex* art. 14 della normativa di applicazione. La fissazione dell'indennità totale in misura pari al 130% sarebbe così permessa dalla vigente normativa.

Il punto qui controverso va a mio avviso risolto determinando l'esatto significato dell'ultimo comma della tabella. Tale comma fa espresso riferimento al possibile cumulo di *invalidità,* ma tace per quanto riguarda le indennità dovute in applicazione dell'art. 14 [10]. Ne consegue che, secondo la

10 — La Corte si è peraltro già espressa in favore della possibilità di cumulo delle prestazioni ex art. 73 e di quelle ex art. 78 dello Statuto nella citata sentenza 15 gennaio 1981, B./Parlamento. Altrettanto ha fatto il Tribunale nella citata sentenza 27 febbraio 1992, Plug/Commissione.

volontà del legislatore, le due indennità mantengono la propria indipendenza e possono far oggetto di cumulo anche se il loro complessivo ammontare oltrepassa la soglia del 100%. Le due indennità possono cumularsi perché hanno funzioni diverse e non incompatibili, essendo dirette a compensare lesioni di differente natura.

Proprio per questa ragione l'ultimo comma della tabella prima citata menziona soltanto il caso di cumulo tra più percentuali di invalidità parziale. Il comma in questione va poi riferito al solo caso previsto dall'art. 73, n. 2, lett. c), dello Statuto e dalla corrispondente disposizione contenuta all'art. 12, n. 2, della relativa normativa di applicazione. Ora, il presente caso ricade invece nell'ambito di applicazione dell'art. 73, n. 2, lett. b), dello Statuto e dell'art. 12, n. 1, della regolamentazione.

Sono poi da considerare fondate le deduzioni della Commissione quanto alla palese violazione del principio di eguaglianza, che si verificherebbe qualora un funzionario, affetto da invalidità totale e da lesioni cui potrebbe corrispondere un'indennità aggiuntiva da calcolarsi secondo il disposto dell'art. 14 della regolamentazione, dovesse di fatto ricevere lo stesso trattamento di un funzionario colpito esclusivamente da invalidità totale.

31. Per i motivi sopra esposti, le eccezioni sollevate dai convenuti alla domanda di pagamento formulata dalla ricorrente e relativa alle somme da essa corrisposte al sig. L. vanno rigettate *in toto* e deve essere riconosciuto il diritto della Commissione a ricevere le somme pattuite in base alla Convenzione.

32. Occorre ora statuire sulla domanda accessoria relativa agli interessi. Essi vanno calcolati, ai sensi dell'art. 1153 del codice civile belga, sulla somma così dovuta, al tasso legale da determinarsi secondo tale legislazione, ed a partire dalla data in cui Van Breda ha ricevuto la lettera datata 6 maggio 1994 della Commissione. Tale lettera costituisce infatti, conformemente alla giurisprudenza della Corte [11], la messa in mora richiesta ai sensi dello stesso art. 1153.

V — Sulle spese

33. Ai termini dell'art. 69, n. 2, del regolamento di procedura, la condanna alle spese segue la soccombenza. Propongo pertanto di condannare i convenuti alle spese di giudizio.

11 — Si veda al riguardo la sentenza 1 giugno 1995, causa C-42/94, Heidemij/Parlamento (Racc. pag. I-1417).

VI — Conclusioni

34. Per le considerazioni sopra svolte propongo alla Corte di:

— condannare i convenuti al pagamento della somma di 25 794 194 BFR;

— condannare altresì i convenuti al pagamento degli interessi di mora, da calcolarsi al tasso legale belga, a partire dalla data in cui Van Breda ha ricevuto la lettera datata 6 maggio 1994 della Commissione;

— condannare i convenuti al pagamento delle spese del presente giudizio.