Raccolta della giurisprudenza

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

16 maggio 2013 *

«Funzione pubblica — Previdenza sociale — Malattia grave — Nozione — Ricovero ospedaliero — Presa a carico — Pagamento diretto da parte dell'ufficio di liquidazione — Assenza nelle DGE di massimali per le spese di degenza — Obbligo di informare preventivamente l'affiliato in caso di fatturazione eccessiva»

Nella causa F-104/10,

avente ad oggetto un ricorso proposto ai sensi dell'articolo 270 TFUE, applicabile al Trattato CEEA in forza dell'articolo 106 bis di quest'ultimo Trattato,

Mario Alberto de Pretis Cagnodo, ex funzionario della Commissione europea,

Serena Trampuz de Pretis Cagnodo, coniuge del predetto,

insieme residenti in Trieste, rappresentati da C. Falagiani, avvocato,

ricorrenti,

contro

Commissione europea, rappresentata da J. Currall e D. Martin, in qualità di agenti, assistiti da A. Dal Ferro, avvocato,

convenuta,

IL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA (Seconda Sezione),

composto da M.I. Rofes i Pujol (relatore), presidente, I. Boruta e K. Bradley, giudici,

cancelliere: J. Tomac, amministratore

vista la fase scritta del procedimento e in seguito all'udienza del 21 giugno 2012,

ha pronunciato la seguente

* Lingua processuale: l'italiano.

Sentenza

1 Con atto introduttivo pervenuto presso la cancelleria del Tribunale il 21 ottobre 2010, il sig. de Pretis Cagnodo e la moglie, sig.ra Trampuz de Pretis Cagnodo, hanno proposto il presente ricorso diretto all'annullamento delle decisioni dell'ufficio di liquidazione di Ispra (in prosieguo: l'«ufficio di liquidazione») del regime comune di assicurazione malattia (in prosieguo: l'«RCAM»), quali risultanti dalla distinta di pagamento n. 10, del 1º ottobre 2009, che rifiutano il rimborso al 100% delle spese di ricovero della ricorrente sostenute tra il 13 febbraio 2009 e il 25 marzo 2009, e che lasciano a carico del ricorrente la somma di EUR 28 800 a titolo delle spese di degenza durante il ricovero ospedaliero considerate eccessive.

Contesto normativo

2 L'articolo 72 dello Statuto dei funzionari dell'Unione europea, nella versione applicabile alla controversia (in prosieguo: lo «Statuto»), così dispone:

«1. Nei limiti dell'80% delle spese sostenute e in base ad una regolamentazione stabilita di comune accordo dalle istituzioni [dell'Unione], previo parere del comitato dello Statuto, il funzionario, il coniuge – se questo non può beneficiare di prestazioni della stessa natura e dello stesso livello a titolo di qualsiasi altra disposizione di legge o regolamentare –, i figli e le altre persone a carico ai sensi dell'articolo 2 dell'allegato VII sono coperti contro i rischi di malattia. Tale quota è portata all'85% per le seguenti prestazioni: visite, interventi chirurgici, ricovero, prodotti farmaceutici, radiologia, analisi, esami di laboratorio e protesi su prescrizione medica, escluse le protesi dentarie. La quota è portata al 100% in caso di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattia mentale ed altre malattie riconosciute di analoga gravità dall'autorità che ha il potere di nomina, nonché per gli esami di diagnosi precoce e in caso di parto. I rimborsi al 100% non si applicano tuttavia in caso di malattia professionale o di infortunio che abbiano comportato l'applicazione dell'articolo 73.

(…)

2. Il funzionario rimasto al servizio del[l'Unione] sino all'età di 63 anni o titolare di un'indennità di invalidità beneficia, dopo la cessazione dal servizio, delle disposizioni previste dal paragrafo 1. Il contributo è calcolato sulla base della pensione [o dell'indennità].

(…)

2 bis. Beneficiano altresì delle disposizioni previste al paragrafo 1, purché non esercitino un'attività lucrativa a titolo professionale:

i) l'ex funzionario titolare di una pensione di anzianità che abbia lasciato il servizio presso [l'Unione] prima del sessantatreesimo anno di età;

(…)».

3 L'articolo 27 del regolamento (CE, Euratom) n. 1605/2002 del Consiglio, del 25 giugno 2002, che stabilisce il regolamento finanziario applicabile al bilancio generale delle Comunità europee (GU L 248, pag. 1), recita:

«1. Gli stanziamenti del bilancio sono utilizzati secondo il principio di una sana gestione finanziaria, vale a dire secondo i principi di economia, efficienza ed efficacia.

2. Secondo il principio dell'economia, i mezzi impiegati dall'istituzione per la realizzazione delle proprie attività sono resi disponibili in tempo utile, nella quantità e qualità appropriate ed al prezzo migliore.

Secondo il principio dell'efficienza, deve essere ricercato il miglior rapporto tra i mezzi impiegati ed i risultati conseguiti.

Secondo il principio dell'efficacia, gli obiettivi specifici fissati devono essere raggiunti e devono essere conseguiti i risultati attesi.

(…)».

4 L'articolo 36 del regolamento di procedura stabilisce quanto segue:

«Se il ricorso non è conforme a quanto stabilito all'articolo 35, paragrafo 1, lettere a), b) e c), paragrafo 2 o paragrafo 5, il cancelliere impartisce al ricorrente un adeguato termine per regolarizzare il ricorso. In difetto della regolarizzazione del ricorso alla scadenza del termine suddetto, il Tribunale decide se l'inosservanza delle summenzionate prescrizioni comporti l'irricevibilità del ricorso per vizio di forma».

5 L'articolo 1 della regolamentazione comune relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari dell'Unione europea prevista dall'articolo 72 dello Statuto (in prosieguo: la «regolamentazione comune») è redatto come segue:

«A norma dell'articolo 72 dello [S]tatuto, è istituito un [RCAM]. Tale regime garantisce ai beneficiari, nei limiti ed alle condizioni previste dalla presente regolamentazione e dalle disposizioni generali di esecuzione adottate ai sensi dell'articolo 52, il rimborso delle spese causate da malattia, infortunio o maternità, nonché il versamento di un'indennità per le spese di funerale.

I beneficiari sono gli affiliati e le persone assicurate loro tramite.

(…)».

6 L'articolo 2 della regolamentazione comune così dispone:

«(…)

3. Sono affiliati al[l'RCAM]:

— gli ex funzionari ed agenti temporanei beneficiari di una pensione di anzianità,

— (…)».

7 L'articolo 12 della regolamentazione comune prevede quanto segue:

«Sono assicurati tramite l'affiliato, alle condizioni di cui agli articoli 13 e 14:

— il coniuge dell'affiliato, a condizione che non sia egli stesso affiliato al[l'RCAM];

— (…)».

8 L'articolo 20 della regolamentazione comune, che stabilisce le norme generali di rimborso, recita:

«1. Allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del[l'RCAM] e conformemente al principio di copertura previdenziale di cui all'articolo 72 dello Statuto, nelle disposizioni generali di esecuzione possono essere fissati massimali di rimborso di talune prestazioni.

Se le spese sostenute dall'affiliato sono inferiori al massimale, il rimborso viene calcolato in base alla spesa sostenuta.

2. In caso di prestazioni prive di massimale di rimborso, la parte di spese considerata eccessiva rispetto ai costi normali del paese ove le spese sono state sostenute non dà luogo a rimborso. La parte di spese considerata eccessiva è stabilita caso per caso dall'ufficio di liquidazione [dell'RCAM], previo parere del medico di fiducia.

(…)

6. Conformemente all'articolo 72, paragrafo 1, dello Statuto, le spese sono rimborsate al 100% in caso di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattie mentali ed altre riconosciute di gravità comparabile dall'autorità che ha il potere di nomina, previo parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione [dell'RCAM].

Tale parere viene formulato sulla base dei criteri generali fissati nelle disposizioni generali di esecuzione, previa consultazione del consiglio medico [dell'RCAM].

(…)».

9 L'articolo 30 della regolamentazione comune prevede quanto segue:

«1. Possono essere concessi anticipi agli affiliati per consentire loro di far fronte a spese consistenti. Essi sono assegnati principalmente sotto forma di presa a carico in caso di ricovero ospedaliero.

2. Gli anticipi sulle spese mediche sono recuperati su qualsiasi somma dovuta all'affiliato a titolo del [l'RCAM], ovvero sulla retribuzione o sulla pensione, ovvero su qualsiasi somma dovuta all'affiliato dall'istituzione o sulla pensione di reversibilità in seguito al decesso dell'affiliato. (…)».

10 Ai sensi dell'articolo 35 della regolamentazione comune:

«(…)

2. Prima di decidere in merito ad un reclamo presentato sulla base dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto, l'autorità che ha il potere di nomina, o a seconda dei casi il [c]onsiglio d'amministrazione [dell'RCAM], deve chiedere il parere del [c]omitato di gestione [dell'RCAM].

(…)».

11 L'articolo 36 della regolamentazione comune dispone quanto segue:

«Il funzionamento del presente regime è assicurato da un [c]omitato di gestione, da un ufficio centrale, dagli uffici di liquidazione e da un consiglio medico».

12 Ai sensi dell'articolo 41 della regolamentazione comune:

«Il [c]omitato di gestione è assistito da un consiglio medico composto da un medico di fiducia per ciascuna istituzione e dai medici di fiducia di ciascun ufficio di liquidazione.

Il consiglio medico può essere consultato dal [c]omitato di gestione o dall'ufficio centrale su tutti i problemi di natura medica sollevati nel quadro del[l'RCAM]. Esso si riunisce a richiesta del [c]omitato di gestione o dell'ufficio centrale o a richiesta dei medici di fiducia degli uffici di liquidazione e formula il proprio parere entro il termine impartitogli».

13 L'articolo 43 della regolamentazione comune stabilisce, per quanto riguarda l'ordinazione e il controllo, quanto segue:

«1. L'esecuzione delle entrate e delle spese del[l'RCAM] si effettua per analogia conformemente alle disposizioni di cui al regolamento [n. 1605/2002], in particolare all'articolo 60.

2. (…)

3. L'ufficio centrale esegue o fa eseguire controlli ex post per

— accertarsi della legalità e della regolarità delle operazioni effettuate dagli uffici di liquidazione nonché del rispetto dei principi di sana gestione finanziaria;

(…)».

14 L'articolo 52 della regolamentazione comune recita:

«1. Ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 1, terzo comma, dello Statuto, le istituzioni delegano alla Commissione [europea] la competenza a definire mediante disposizioni generali di esecuzione le norme che regolano il rimborso delle spese, allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del [l'RCAM] e conformemente al principio di copertura previdenziale di cui all'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto.

(…)».

15 Il titolo II, capitolo 2, punto 1.3, delle disposizioni generali di esecuzione adottate dalla Commissione europea in applicazione dell'articolo 52 della regolamentazione comune (in prosieguo: le «DGE»), concernente le modalità di rimborso in caso di ricovero ospedaliero, stabilisce, in merito al tasso di rimborso, quanto segue:

«Qualunque soggiorno considerato come ricovero ospedaliero è rimborsato all'85% in caso di intervento chirurgico o [di cure mediche ospedaliere].

Il tasso di rimborso è portato al 100%:

— in caso di malattia grave;

— (…)

— in caso di ricovero prolungato, previo parere del medico di fiducia, per le spese di soggiorno oltre [i trenta] giorni consecutivi».

16 Per quanto concerne le condizioni di rimborso, il summenzionato punto 1.3 delle DGE stabilisce quanto segue:

«Per essere rimborsato, il ricovero ospedaliero deve formare oggetto di una relazione medica comunicata al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

— Spese di degenza:

Le spese relative alla retta di soggiorno, al servizio e alle tasse sono rimborsate in base alle spese realmente sostenute e in funzione delle norme di fatturazione vigenti in materia nel paese in cui avviene il ricovero. Se tali spese sono comprese nella retta forfettaria giornaliera per il ricovero, il rimborso è calcolato sull'importo globale.

Il rimborso delle spese derivanti dalla scelta della camera si limita al prezzo della camera singola meno costosa del centro ospedaliero.

Il rimborso delle spese si limita alla durata del ricovero clinicamente necessaria per procedere agli interventi o per prodigare il trattamento terapeutico nel paese in cui il ricovero avviene.

(…)».

17 Il titolo III, capitolo 4, delle DGE, che disciplina la presa a carico e gli anticipi, così precisa:

«A norma dell'articolo 30 della regolamentazione comune, possono essere concessi anticipi agli affiliati per consentire loro di far fronte a spese cospicue. Di massima tali anticipi sono concessi sotto forma di [prese a carico] e solo in via eccezionale sotto forma di denaro.

(…)

1. [Prese a carico]

Tranne casi di urgenza o di forza maggiore, [la presa a carico] deve essere chiesta preventivamente dall'affiliato.

[La presa a carico] viene concessa nei casi seguenti:

— In caso di ricovero ospedaliero, [la presa a carico] copre le fatture principali e quelle del chirurgo.

(…)

Nel quadro di [una presa a carico], la parte delle spese che rimane a carico dell'affiliato dopo il computo finale, di massima viene trattenuta sui successivi rimborsi, eventualmente sulla sua retribuzione, pensione o qualsiasi spettanza dovutagli dall'istituzione di appartenenza. L'ufficio di liquidazione può chiedere il rimborso del saldo tramite bonifico sul conto bancario del[l']RCAM».

(…)».

18 Il titolo III, capitolo 5, delle DGE, relativo al riconoscimento di gravità della malattia, dispone quanto segue:

«1. Definizione

Sono riconosciute segnatamente come malattie gravi i casi di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattia mentale e altre malattie ritenute di gravità comparabile dall'autorità che ha il potere di nomina.

Si tratta di patologie che coniugano, in misura diversa, i quattro criteri seguenti:

— prognosi infausta;

— evoluzione cronica;

— necessità di provvedimenti diagnostici o terapeutici pesanti;

— presenza o rischio di menomazione grave.

(…)».

Fatti

19 Il ricorrente, ex funzionario della Commissione e beneficiario di una pensione d'anzianità, è come tale affiliato all'RCAM. La moglie, anch'essa ricorrente nel presente procedimento, beneficia a titolo principale dell'RCAM nella sua qualità di coniuge di affiliato e di assicurata tramite quest'ultimo.

20 Il 22 gennaio 2009 la ricorrente ha presentato dinanzi all'ufficio di liquidazione, in quanto coniuge dell'affiliato e persona che lo rappresenta, una domanda di presa a carico, ai sensi del titolo III, capitolo 4, punto 1, delle DGE, in previsione del proprio ricovero ospedaliero, programmato per il 12 febbraio 2009, nella clinica Anthea di Bari. Il 5 febbraio 2009 l'ufficio di liquidazione ha accolto la domanda e ha inviato una lettera alla clinica, informandola che si sarebbe fatto carico delle spese di ricovero della ricorrente e facendo presente che agli assicurati non doveva essere inviata alcuna fattura provvisoria o richiesta di acconto.

21 Il ricovero è avvenuto il 13 febbraio 2009. La ricorrente ha subìto un intervento il 14 febbraio 2009, seguito da una complicazione che ha richiesto un secondo intervento chirurgico, il 25 febbraio 2009. Il soggiorno della ricorrente presso la clinica Anthea è durato fino al 25 marzo 2009, ossia 40 giorni in totale.

22 Il 13 aprile 2009 l'ufficio di liquidazione, dando seguito alla decisione di presa a carico, ha contattato la clinica Anthea chiedendole di trasmettere direttamente ad esso, e non alla paziente, la fattura principale per il pagamento. La clinica Anthea ha inviato all'ufficio di liquidazione la fattura n. 4080, del 16 aprile 2009, per un importo totale di EUR 83 893,20, compresa l'imposta sul valore aggiunto (in prosieguo: l'«IVA»), di cui EUR 57 600 per le spese di degenza pari a EUR 1 440 al giorno, IVA compresa, ed EUR 26 293,20 per le spese mediche e ospedaliere. La fattura, che riguardo a queste ultime spese era dettagliata, ma che non specificava il tipo di camera occupata dalla ricorrente, è stata interamente pagata dall'ufficio di liquidazione senza informare preventivamente i ricorrenti dell'importo fatturato.

23 L'ufficio di liquidazione ha trasmesso al ricorrente la distinta di pagamento n. 10, datata 1º ottobre 2009, da cui risulta: i) che l'importo totale pagato per il ricovero è stato di EUR 83 893,20; ii) che l'ufficio di liquidazione ha ritenuto eccessive le spese di degenza fatturate per un totale di EUR 57 600; iii) che il rimborso per queste ultime spese è stato limitato a EUR 28 800, ossia EUR 720 al giorno, IVA compresa, mentre i rimanenti EUR 28 800 sono stati lasciati a carico dell'affiliato, e, iv) che le spese di ricovero rimborsabili, pari a EUR 55 093,20, di cui EUR 26 293,20 a titolo delle spese mediche ed EUR 28 800 corrispondenti alla degenza, sono state rimborsate al ricorrente al tasso dell'85%, ossia EUR 46 829,22 a carico dell'ufficio di liquidazione e i rimanenti EUR 8 263,98 a carico del ricorrente. Da tali calcoli risulta che l'ufficio di liquidazione, per 40 giorni di ricovero, spese mediche e di degenza congiuntamente considerate, ha ritenuto rimborsabile un importo pari a EUR 1 377,30 per ogni giorno di ricovero.

24 La ricorrente ha presentato osservazioni in merito alla distinta di pagamento n. 10 e ha sottolineato la possibilità di contattare la clinica Anthea al fine di ottenere maggiori informazioni relative alla degenza. Come risulta anche dalla decisione della Commissione del 23 luglio 2010, adottata in risposta al reclamo proposto successivamente dalla ricorrente sul fondamento dell'articolo 90, paragrafo 2, dello

Statuto (in prosieguo: la «decisione di rigetto del reclamo»), il 13 novembre 2009 è stato reso noto a quest'ultima che il suo fascicolo era stato trasmesso al consiglio medico dell'RCAM (in prosieguo: il «consiglio medico») per ottenere un parere. Dalla decisione di rigetto del reclamo emerge altresì che la ricorrente, con un messaggio di posta elettronica del 26 novembre 2009, aveva sollecitato la cassa malattia affinché prendesse contatto con la clinica Anthea per un eventuale riesame della fattura del 16 aprile 2009.

25 Risulta altresì dalla decisione di rigetto del reclamo che l'ufficio di liquidazione, con un messaggio di posta elettronica del 27 novembre 2009, ha comunicato alla ricorrente il contenuto della conversazione telefonica che il suo responsabile aveva avuto con un dipendente della clinica Anthea. In occasione di tale colloquio, quest'ultimo avrebbe indicato che la ricorrente era stata ricoverata in una suite assai lussuosa, con un letto in ottone, e con servizio di menù alla carta. La richiesta scritta inoltrata dall'ufficio di liquidazione affinché gli venisse comunicato il prezzo della camera singola meno costosa della clinica non ha ottenuto risposta da parte della clinica Anthea.

26 Dal resoconto della riunione del consiglio medico tenutasi a Bruxelles (Belgio) il 10 dicembre 2009, comunicato al ricorrente con una lettera dell'ufficio di liquidazione del 26 gennaio 2010, risulta che il consiglio medico ha confermato il carattere eccessivo delle spese di degenza fatturate, per un totale di EUR 57 600, sul fondamento delle informazioni fornite dai medici italiani, secondo i quali il costo osservato in Italia per questo tipo di spese oscilla tra EUR 400 e EUR 600 al giorno, IVA esclusa (in prosieguo: la «decisione del 26 gennaio 2010»).

27 La ricorrente ha proposto, a norma dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto, un reclamo, datato 16 aprile 2010 e registrato dalla Commissione il 22 aprile successivo. In tale reclamo la ricorrente ritiene, da un lato, che l'ufficio di liquidazione, destinatario della fattura della clinica Anthea, avrebbe dovuto eccepire in tempo utile il carattere eccessivo della somma richiesta a titolo delle spese di degenza anziché procedere al suo pagamento. Dall'altro lato, la ricorrente afferma che le spese inerenti al suo ricovero avrebbero dovuto essere rimborsate al 100%, essendo «grave» ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto la malattia che ha comportato il ricovero stesso. Infine, la ricorrente fa valere che, poiché la durata del ricovero oltre i 30 giorni era giustificata, le spese ospedaliere degli ultimi dieci giorni avrebbero dovuto essere rimborsate al 100%. Per quanto concerne il carattere eccessivo delle spese di degenza, la ricorrente lamenta il fatto che la clinica Anthea, invece di fatturare queste ultime per un importo di EUR 300 al giorno per una camera singola – importo che le era stato comunicato verbalmente per due volte prima del suo ricovero –, avrebbe gonfiato il costo della degenza fino a EUR 1 440 al giorno con il pretesto di averla ospitata in una suite lussuosa, il che sarebbe falso dato che detta clinica non dispone di suites per i pazienti.

28 Visto il reclamo, l'autorità che ha il potere di nomina (in prosieguo: l'«APN») ha chiesto il parere del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione (in prosieguo: il «medico di fiducia») in ordine alle questioni se, da un lato, le spese di ricovero oltre i 30 giorni consecutivi fossero giustificate e se, dall'altro, la patologia che aveva comportato l'intervento chirurgico subìto dalla ricorrente potesse essere riconosciuta come malattia grave ai sensi del titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE. Nel parere emesso il 18 maggio 2010, il medico di fiducia ha concluso, riguardo alla prima questione, che l'uscita della paziente dalla clinica Anthea era possibile già dall'8 marzo 2009, dato che le terapie e gli esami effettuati in seguito erano eseguibili a domicilio o in via di consultazione medica esterna. Quanto alla seconda questione, egli non ha ritenuto soddisfatti almeno due dei criteri fondamentali per il riconoscimento di gravità della malattia, vale a dire la prognosi infausta e la presenza o il rischio di infermità o di menomazione grave.

29 Conformemente all'articolo 35, paragrafo 2, della regolamentazione comune, l'APN ha chiesto altresì il parere del comitato di gestione dell'RCAM (in prosieguo: il «comitato di gestione»). In occasione della sua riunione del 9 e del 10 giugno 2010, quest'ultimo ha discusso le questioni sollevate nel reclamo e ha interpellato il consiglio medico sulla questione se la durata del ricovero fosse indispensabile da un punto di vista medico. Il 24 giugno 2010 il consiglio medico ha risposto che nel fascicolo non

sussistevano sufficienti elementi relativi al ricovero oltre i 30 giorni e ha affermato che la disposizione del titolo II, capitolo 2, punto 1.3, delle DGE, relativa al rimborso al 100% per le spese di soggiorno oltre i 30 giorni consecutivi, avrebbe potuto applicarsi alla ricorrente. Alla luce della risposta del consiglio medico, il comitato di gestione si è mostrato favorevole alla conferma della decisione dell'ufficio di liquidazione di non applicare alla ricorrente il tasso di rimborso del 100% per malattia grave.

30 La decisione di rigetto del reclamo ha rifiutato di accogliere quest'ultimo per quanto concerne sia il carattere eccessivo delle spese di degenza eccedenti EUR 720 al giorno, IVA compresa, sia l'assenza di malattia grave ai sensi del titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE. Riguardo alla questione se il ricovero della ricorrente oltre i 30 giorni fosse indispensabile, l'APN ha ritenuto necessario rinviare il fascicolo all'ufficio di liquidazione affinché quest'ultimo chiedesse una perizia medica esterna.

31 Risulta altresì dalla decisione di rigetto del reclamo che il comitato di gestione, nel parere adottato a seguito della sua riunione del 9 e del 10 giugno 2010, ha chiesto che l'ufficio centrale e/o l'ufficio di liquidazione prestasse assistenza alla ricorrente per recuperare presso la clinica Anthea gli importi fatturati in eccesso per la degenza. Dal fascicolo non risulta che detti uffici di liquidazione abbiano dato seguito a tale richiesta del comitato di gestione.

Conclusioni delle parti

32 Nell'atto introduttivo del giudizio, i ricorrenti chiedono che il Tribunale voglia:

— sospendere o vietare provvisoriamente l'esecuzione della procedura di recupero coatto delle somme per cui è causa, e vietare temporaneamente il prelievo d'ufficio delle stesse dalla pensione del ricorrente (primo capo delle conclusioni);

— accertare e dichiarare che alla ricorrente nulla può essere contestato o addebitato circa la quantificazione e il pagamento della retta di degenza così come richiesto dalla clinica in cui essa ha subìto l'intervento (secondo capo delle conclusioni);

— qualificare come «gravi» la malattia che ha provocato il ricovero della ricorrente e gli interventi cui questa è stata sottoposta (terzo capo delle conclusioni);

— considerare inevitabile e terapeuticamente corretta la durata del ricovero (quarto capo delle conclusioni);

— dichiarare i ricorrenti esonerati da qualsiasi rimborso delle prestazioni effettuate dall'ufficio di liquidazione (quinto capo delle conclusioni);

— ordinare alla Commissione di revocare la richiesta di restituzione della somma di EUR 41 833 o di quella diversa che dovesse risultare (sesto capo delle conclusioni);

— ordinare alla Commissione di astenersi da qualsiasi prelievo d'ufficio dell'importo di EUR 41 833, o di quello diverso che dovesse risultare, dalla pensione del ricorrente (settimo capo delle conclusioni);

— adottare vari mezzi istruttori (ottavo capo delle conclusioni);

— condannare la Commissione alle spese (nono capo delle conclusioni).

33 I ricorrenti hanno precisato e ampliato le proprie conclusioni in occasione della regolarizzazione dell'atto introduttivo, il 16 novembre 2010, nel senso che, con il loro ricorso, essi chiedono al Tribunale:

— di annullare la decisione della Commissione, quale risulta dalla distinta di pagamento n. 10 del 1° ottobre 2009;

— di annullare la decisione del 26 gennaio 2010;

— di annullare la decisione di rigetto del reclamo.

34 La Commissione conclude che il Tribunale voglia:

— respingere il ricorso in quanto irricevibile e/o infondato;

— condannare i ricorrenti alle spese.

Procedimento

35 Il 5 novembre 2010 la cancelleria del Tribunale si è rivolta al rappresentante dei ricorrenti, conformemente all'articolo 36 del regolamento di procedura, ai fini della regolarizzazione dell'atto introduttivo, al quale non erano allegati né l'atto di cui si chiedeva l'annullamento né il documento di legittimazione del rappresentante dei ricorrenti, e nemmeno una sintesi della controversia, e gli ha concesso, a tale scopo, un termine che scadeva il 15 novembre 2010. Poiché il ricorso è stato regolarizzato solo il 16 novembre 2010, la Seconda Sezione del Tribunale, cui è stata attribuita la causa, ha deciso, in occasione della sua riunione del 24 ottobre 2011, in forza del potere discrezionale riconosciutogli dall'articolo 36 del regolamento di procedura, che nel caso di specie l'inosservanza del termine di regolarizzazione non doveva comportare l'irricevibilità del ricorso.

36 Con atto separato, depositato presso la cancelleria del Tribunale il 15 novembre 2010, i ricorrenti hanno proposto un ricorso con il quale hanno chiesto al giudice dell'urgenza di ordinare la sospensione dell'esecuzione della procedura di recupero coatto, mediante prelievo d'ufficio dalla pensione di anzianità del ricorrente, degli importi non rimborsati relativi al ricovero della ricorrente. Tale ricorso è stato registrato con il numero di ruolo F-104/10 R.

37 Con ordinanza del 15 febbraio 2011, de Pretis Cagnodo e Trampuz de Pretis Cagnodo/Commissione (F-104/10 R), il presidente del Tribunale ha respinto la domanda di sospensione dell'esecuzione, in quanto i ricorrenti non avevano dimostrato che il presupposto relativo all'urgenza fosse soddisfatto nel caso di specie.

38 L'11 aprile 2011 i ricorrenti hanno trasmesso al Tribunale la perizia medica esterna, che l'ufficio di liquidazione aveva richiesto per dar seguito alla decisione di rigetto del reclamo e che aveva poi inviato loro il 30 marzo 2011. In tale documento, il medico specialista consultato ha concluso che gli elementi del fascicolo consentivano di giustificare il ricovero della ricorrente oltre i 30 giorni. L'ufficio di liquidazione ha fatto proprio detto parere e, nella distinta di pagamento n. 11, del 18 marzo 2011, ha contabilizzato a favore del ricorrente la somma di EUR 2 066, la quale è stata sottratta dall'importo totale lasciato a suo carico. Successivamente a tale operazione, oltre a EUR 28 800 per le spese di degenza ritenute eccessive dall'ufficio di liquidazione, è rimasto a carico del ricorrente un importo di EUR 6 197,98.

39 Il 26 ottobre 2011 la cancelleria del Tribunale ha comunicato alle parti le misure di organizzazione del procedimento decise dal Tribunale, conformemente all'articolo 56 del regolamento di procedura, volte a chiarire taluni punti e a sentire i ricorrenti sull'irricevibilità del ricorso dedotta dalla Commissione nel proprio controricorso.

40 Nella medesima comunicazione, la cancelleria del Tribunale ha informato le parti che il Tribunale, in applicazione dell'articolo 77 del regolamento di procedura, intendeva sollevare d'ufficio un motivo di irricevibilità relativo ad un'eventuale mancanza d'interesse ad agire della ricorrente, in ragione del fatto, in particolare, che la distinta di pagamento n. 10 arrecava pregiudizio al ricorrente, mentre la ricorrente era stata la sola ad aver proposto un reclamo e non sembrava a prima vista poter ottenere un diretto beneficio dal possibile annullamento di tale distinta, non essendo lei né destinataria né beneficiaria di quest'ultima.

41 Le parti hanno avuto tre settimane a disposizione per dar seguito alle misure di organizzazione del procedimento nonché per presentare le proprie osservazioni sul motivo di irricevibilità sollevato d'ufficio, e hanno ottemperato all'invito entro il termine impartito.

42 Il giudice relatore, incaricato a tal fine dal Tribunale, ha esaminato, in applicazione dell'articolo 68 del regolamento di procedura, le possibilità di una composizione amichevole della controversia tra i ricorrenti e la Commissione, e nel marzo del 2012 ha proposto una soluzione che avrebbe potuto mettere fine alla lite, ma che non ha trovato l'accordo delle parti. Il collegio giudicante, in occasione della riunione di sezione del 26 aprile 2012, ha constatato il fallimento del tentativo di composizione amichevole e ha deciso l'avvio della fase orale del procedimento.

43 Durante l'udienza del 21 giugno 2012, il rappresentante dei ricorrenti ha informato il Tribunale che egli rinunciava al quarto capo delle conclusioni, diretto all'annullamento della distinta di pagamento n. 10 nella parte in cui questa non aveva riconosciuto la necessità di un ricovero prolungato, poiché, alla luce delle conclusioni dello specialista consultato nell'ambito della perizia medica esterna richiesta dall'ufficio di liquidazione, quest'ultimo aveva deciso di rimborsare al 100% le spese di ricovero in ospedale della ricorrente eccedenti i 30 giorni.

Sulla ricevibilità

Argomenti delle parti

44 In primo luogo, la Commissione, nel controricorso, senza chiedere espressamente la dichiarazione di irricevibilità del ricorso, ha espresso dubbi circa la ricevibilità per il fatto che il procedimento precontenzioso era stato condotto esclusivamente dalla ricorrente, la quale non ha la qualità di affiliata all'RCAM, mentre solo l'affiliato, vale a dire il ricorrente, sarebbe stato legittimato, in forza degli articoli 90 e seguenti dello Statuto, ad avviare il procedimento amministrativo. Al riguardo, la Commissione si è rimessa al prudente apprezzamento del Tribunale.

45 Successivamente, nella sua risposta alle misure di organizzazione del procedimento, la Commissione ha fatto proprio il motivo di irricevibilità, sollevato d'ufficio dal Tribunale, relativo alla mancanza di interesse ad agire della ricorrente e ha chiesto formalmente a quest'ultimo di dichiarare l'irricevibilità del ricorso, poiché il ricorrente non aveva fatto precedere il suo ricorso da un reclamo ai sensi dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto, sebbene egli fosse l'unico destinatario della distinta di pagamento contestata emessa dall'ufficio di liquidazione, dato che la moglie non era formalmente intestataria della fattura della clinica Anthea.

46 In secondo luogo, nel controricorso la Commissione ha dedotto l'irricevibilità dell'atto introduttivo per mancanza di conformità all'articolo 35 del regolamento di procedura, in quanto l'atto suddetto non enuncerebbe né i motivi di ricorso né gli argomenti di diritto formulati a sostegno delle conclusioni dei ricorrenti.

47 In terzo luogo, a parere della Commissione, il ricorso sarebbe irricevibile per il fatto che i ricorrenti, chiedendo al Tribunale, in particolare, di qualificare come «grave» la malattia della ricorrente, cercherebbero di ottenere dal Tribunale medesimo una pronuncia su questioni di natura medica, che, in quanto tali, sono sottratte alla competenza di quest'ultimo.

48 In quarto luogo, la Commissione domanda che il ricorso sia dichiarato irricevibile in ragione del fatto che i ricorrenti chiedono, mediante alcuni capi delle conclusioni formulate, che il Tribunale emetta ingiunzioni nei suoi confronti.

49 I ricorrenti, da parte loro, affermano che l'eccezione di irricevibilità per mancanza di interesse ad agire della ricorrente è infondata. Infatti, l'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto riguarda tutti coloro che hanno un interesse alla sua applicazione. Nella fattispecie, il reclamo è stato proposto dalla ricorrente, la quale non dispone di alcun reddito proprio, dato che il suo sostentamento dipende esclusivamente dalla pensione di anzianità del marito. Pertanto, qualsiasi evento che possa gravare sull'importo di tale fonte di reddito, come l'eventuale trattenuta sulla pensione del coniuge degli importi dovuti a titolo di spese mediche, la riguarda direttamente e individualmente. La proposizione del reclamo da parte della sola ricorrente trova giustificazione nel fatto che era lei la persona direttamente e personalmente coinvolta nelle vicende ospedaliere e che essa ne conosceva i dettagli meglio del ricorrente. I ricorrenti aggiungono che, dato che la ricorrente ha proposto il reclamo in quanto coniuge del ricorrente, essa lo ha fatto non solo a nome proprio, ma anche a nome e per conto di quest'ultimo, e concludono che, in ogni caso, il ricorso è stato proposto da entrambi i coniugi, il che dovrebbe dissipare ogni dubbio sia sull'esistenza di un interesse ad agire in capo ad entrambi, sia sulla regolarità del procedimento precontenzioso. I ricorrenti non hanno preso posizione sugli altri motivi di irricevibilità sollevati dalla Commissione.

Giudizio del Tribunale

50 In limine, occorre precisare che a torto la Commissione sostiene che il procedimento precontenzioso non sarebbe stato correttamente esperito.

51 Infatti, in forza dell'articolo 90, paragrafi 1 e 2, dello Statuto, qualsiasi persona cui si applica lo Statuto può presentare all'APN una domanda che inviti tale autorità a prendere una decisione nei suoi confronti oppure un reclamo avverso un atto che le arreca pregiudizio. Inoltre, dall'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto risulta che la ricorrente, in quanto coniuge di un ex funzionario, è coperta contro i rischi di malattia. Ne consegue che la ricorrente è una «persona cui si applica lo Statuto» ai sensi dell'articolo 90 di quest'ultimo.

52 Tale valutazione è confermata dalle disposizioni della regolamentazione comune, segnatamente dagli articoli da 12 a 14 della stessa, in forza dei quali il coniuge dell'affiliato è assicurato tramite quest'ultimo, a titolo principale o complementare, a seconda – rispettivamente – che detto coniuge disponga o no di redditi di origine professionale.

53 È vero che gli articoli 27, 28 e 30 della regolamentazione comune riservano agli affiliati la possibilità di presentare domande di autorizzazione preventiva, domande di rimborso nonché richieste di anticipi per far fronte a spese consistenti.

54 Resta però il fatto che l'articolo 1 della regolamentazione comune include nella nozione di beneficiari dell'RCAM sia gli affiliati sia le persone assicurate loro tramite e che, in forza dell'articolo 26 della regolamentazione comune, gli assicurati tramite un affiliato sono iscritti, al pari dell'affiliato stesso, presso l'ufficio centrale e presso un ufficio di liquidazione dell'RCAM. Per quanto riguarda la circostanza che la distinta di pagamento n. 10 è stata inviata unicamente al ricorrente, essa è solo la conseguenza del fatto che, a norma dell'articolo 30 della regolamentazione comune e del titolo III, capitolo 4, punto 1, delle DGE, l'affiliato è l'interlocutore dell'ufficio di liquidazione dell'RCAM all'atto della presentazione di una domanda di presa a carico. Anche se, nella fattispecie, la domanda di presa a carico è stata presentata dalla ricorrente, quest'ultima ha fatto ciò a nome del coniuge, possibilità questa prevista nello stesso formulario.

55 Nel caso di specie, le fatture inviate dalla clinica Anthea all'ufficio di liquidazione e pagate da quest'ultimo recano il nome della ricorrente e, a partire dal momento dell'invio al ricorrente della distinta di pagamento n. 10, è proprio la ricorrente – che, rispetto al marito, si trovava in una posizione migliore per conoscere la realtà concreta delle prestazioni fornite dalla clinica Anthea – colei che si è attivata presso l'ufficio di liquidazione, il quale l'ha riconosciuta come interlocutrice e ha adito il consiglio medico. La stessa cosa è avvenuta quando la ricorrente ha presentato un reclamo, sul fondamento dell'articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto, contro la decisione dell'ufficio di liquidazione. Infatti, a seguito di tale reclamo, l'APN ha chiesto il parere del medico di fiducia e quello del comitato di gestione – e anche il consiglio medico è stato consultato – e, in risposta, ha successivamente adottato la decisione di rigetto del reclamo, decisione che è stata comunicata alla ricorrente con una lettera indirizzata a suo nome, mediante la quale costei è stata informata che detta decisione poteva essere oggetto da parte sua di un ricorso dinanzi al Tribunale entro un termine di tre mesi dalla data di ricevimento.

56 Ciò premesso, stante che la stessa Commissione ha considerato la ricorrente come valida interlocutrice nell'ambito del procedimento precontenzioso, e in forza del principio nemo potest venire contra factum proprium, secondo cui l'amministrazione è tenuta a conformarsi ai propri atti, il Tribunale ritiene che la Commissione non possa validamente affermare, allo stadio attuale, che la ricorrente non avesse interesse ad agire per presentare essa sola, con cognizione di causa, osservazioni sul conteggio riportato nella distinta di pagamento n. 10, o addirittura per presentare un reclamo riguardante tale conteggio. Va aggiunto che, poiché il ricorso dinanzi al Tribunale è stato proposto dai coniugi ricorrenti, si deve sottintendere che questi ultimi abbiano agito di comune accordo sia al momento della presentazione della domanda di presa a carico sia nel corso del procedimento precontenzioso, anche se le azioni sono state condotte dalla sola ricorrente e a proprio nome. Ne consegue che il ricorso non è irricevibile a causa della presunta irregolarità del procedimento precontenzioso.

57 Per quanto concerne l'eventuale contrasto dell'atto introduttivo del giudizio con l'articolo 35, paragrafo 1, lettera e), del regolamento di procedura, occorre ricordare che, in base a tale disposizione, l'atto suddetto deve indicare l'oggetto della controversia nonché i motivi e gli argomenti di fatto e di diritto dedotti. Per giurisprudenza costante, tali elementi devono essere sufficientemente chiari e precisi per permettere alla parte convenuta di preparare la propria difesa e al Tribunale di statuire sul ricorso, se del caso senza ulteriori informazioni (sentenza del Tribunale del 1° dicembre 2010, Gagalis/Consiglio, F-89/09, punti 36 e 37).

58 Il Tribunale constata che, nella fattispecie, i motivi e gli argomenti di fatto e di diritto dedotti non vengono enumerati come tali. Resta però il fatto che una lettura attenta dell'atto introduttivo consente di individuarli nel testo di quest'ultimo.

59 Poiché l'utilizzo del modello di ricorso che compare su Curia, il sito Internet della Corte di giustizia dell'Unione europea, nella parte riservata al Tribunale, sotto la voce «(…) informazioni utili», non è obbligatorio per le parti, il Tribunale, quando esamina se siano soddisfatte le condizioni fissate all'articolo 35, paragrafo 1, lettera e), del regolamento di procedura, e sempre che i motivi e gli argomenti di fatto e di diritto dedotti possano essere identificati, deve dare a detta disposizione

un'interpretazione sufficientemente elastica al fine di rispettare il diritto – conferito ai ricorrenti dall'articolo 19, quarto comma, dello Statuto della Corte di giustizia dell'Unione europea, applicabile al procedimento dinanzi al Tribunale ai sensi dell'articolo 7, paragrafo 1, dell'allegato I dello stesso Statuto – di scegliere liberamente il proprio avvocato, indipendentemente dallo Stato in cui tale avvocato è abilitato ad esercitare la sua professione.

60 Ciò considerato, e alla luce del fatto che il contenuto, a dire della Commissione incompleto, -dell'atto introduttivo non ha nella specie impedito a quest'ultima di difendersi, dato che essa ha potuto presentare un controricorso che esamina sia la ricevibilità sia il merito della causa, non vi è luogo per dichiarare il ricorso irricevibile per violazione dell'articolo 35, paragrafo 1, lettera e), del regolamento di procedura.

61 Riguardo al motivo di irricevibilità sollevato dalla Commissione nei confronti del terzo capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, diretto a che il Tribunale qualifichi come «gravi» la malattia che ha richiesto il ricovero della ricorrente e gli interventi cui essa è stata sottoposta, si deve ricordare che, per giurisprudenza costante, se è pur vero che i mezzi di ricorso previsti dallo Statuto non possono, in via di principio, essere utilizzati per mettere in discussione valutazioni mediche propriamente dette, le quali devono considerarsi definitive qualora siano intervenute in circostanze regolari, resta però il fatto che spetta al Tribunale – senza rimettere in discussione le valutazioni mediche che avvalorano la decisione contestata, nella specie quella di rifiuto di riconoscimento del carattere grave della malattia della ricorrente – esaminare se l'APN, nell'adottare la decisione contestata, abbia correttamente valutato i fatti e abbia applicato con esattezza le disposizioni giuridiche pertinenti (sentenza del Tribunale del 18 settembre 2007, Botos/Commissione, F-10/07, punti 39 e 40). Ne consegue che il terzo capo delle conclusioni dell'atto introduttivo non deve essere dichiarato irricevibile sulla scorta degli argomenti addotti dalla Commissione.

62 La Commissione solleva un quarto motivo di irricevibilità nei confronti di due capi delle conclusioni dell'atto introduttivo, vale a dire il sesto, diretto a che il Tribunale ordini alla Commissione di revocare la richiesta di restituzione della somma di EUR 41 833 o della diversa somma che dovesse risultare, non costituente l'oggetto di alcun rimborso da parte dell'RCAM, e il settimo, volto a che il Tribunale ordini alla Commissione di astenersi da qualunque prelievo d'ufficio dalla pensione del ricorrente di detta somma o di quella che dovesse altrimenti risultare. Inoltre, il Tribunale rileva che i ricorrenti, con il secondo capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, chiedono ad esso di accertare e dichiarare che alla ricorrente nulla può essere contestato o addebitato circa la quantificazione ed il pagamento delle spese di degenza fatturate dalla clinica Anthea.

63 Risulta da una giurisprudenza costante che non spetta al giudice dell'Unione rivolgere ingiunzioni all'amministrazione o pronunciare dichiarazioni in punto di diritto nell'ambito del controllo di legittimità fondato sull'articolo 91 dello Statuto (sentenza del Tribunale del 12 dicembre 2012, BS/Commissione, F-90/11, punto 100 e la giurisprudenza ivi citata, oggetto di un'impugnazione pendente dinanzi al Tribunale dell'Unione europea, causa T-83/13 P). Ne consegue che i tre capi delle conclusioni summenzionati devono essere dichiarati irricevibili.

64 Infine, con il primo capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, i ricorrenti chiedono al Tribunale di sospendere provvisoriamente l'esecuzione della procedura di recupero coatto delle somme che non sono oggetto di rimborso da parte dell'RCAM e di vietare temporaneamente alla Commissione di effettuare prelievi d'ufficio dalla pensione del ricorrente.

65 Orbene, queste conclusioni sono state oggetto dell'atto separato presentato dai ricorrenti il 15 novembre 2010, che ha dato luogo alla citata ordinanza de Pretis Cagnodo e Trampuz de Pretis Cagnodo/Commissione, la quale ha respinto tali conclusioni.

66 Di conseguenza, essendo già state respinte, dette conclusioni non possono essere presentate al Tribunale né essere da quest'ultimo esaminate nell'ambito del presente procedimento.

67 In occasione della regolarizzazione dell'atto introduttivo, i ricorrenti hanno cercato di precisare le loro conclusioni aggiungendo, in una memoria integrativa, tre nuovi capi di conclusioni.

68 Orbene, se la ricevibilità del primo capo delle conclusioni della memoria integrativa – attinente all'annullamento della distinta di pagamento n. 10 – non desta perplessità, in quanto esso si confonde con il terzo, con il quarto e con il quinto capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, lo stesso non vale per il secondo e per il terzo capo delle conclusioni della memoria integrativa, con i quali i ricorrenti chiedono l'annullamento, rispettivamente, della decisione del 26 gennaio 2010 e della decisione di rigetto del reclamo, dal momento che questi due capi di conclusioni non comparivano nel testo dell'atto introduttivo del giudizio.

69 Infatti, poiché la regolarizzazione dell'atto introduttivo può riguardare, a norma dell'articolo 36 del regolamento di procedura, soltanto gli elementi elencati all'articolo 35, paragrafi 1, lettere a), b) e c), 2 e 5, del regolamento di procedura, è escluso che, a questo stadio, sia consentito ampliare l'oggetto del ricorso formulando ulteriori capi di conclusioni.

70 Ne consegue che il secondo e il terzo capo delle conclusioni contenuti nella memoria integrativa sono irricevibili.

Nel merito

71 Poiché il primo, il secondo, il sesto e il settimo capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, nonché il secondo e il terzo capo delle conclusioni della memoria integrativa dei ricorrenti sono stati dichiarati irricevibili e questi ultimi hanno rinunciato in udienza al quarto capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, rimangono da esaminare solo il terzo e il quinto capo delle conclusioni formulate nell'atto introduttivo, come precisati attraverso il primo capo delle conclusioni della memoria integrativa. Il Tribunale esaminerà anzitutto il terzo capo delle conclusioni e, successivamente, il quinto, entrambi riguardanti l'annullamento della distinta di pagamento n. 10, del 1º ottobre 2009, come modificata dalla distinta di pagamento n. 11, del 18 marzo 2011 (in prosieguo: la «distinta di pagamento controversa»).

Sul terzo capo delle conclusioni, come precisato attraverso il primo capo delle conclusioni della memoria integrativa, diretto contro la decisione dell'ufficio di liquidazione, quale risultante dalla distinta di pagamento controversa, di limitare il rimborso delle spese di ricovero all'85% non essendo considerata «grave» la malattia della ricorrente

72 A sostegno di tali conclusioni di annullamento, i ricorrenti sollevano un motivo unico, relativo ad un manifesto errore di valutazione.

Argomenti delle parti

73 I ricorrenti fanno valere che l'amministrazione, rifiutando di riconoscere che la malattia che ha provocato il ricovero della ricorrente è una malattia grave, ha commesso un manifesto errore di valutazione. Infatti, tenuto conto del tipo di intervento chirurgico praticato quando la ricorrente è stata ricoverata, del fatto che essa ha dovuto subire un secondo intervento d'urgenza, del periodo durante il quale è stata sottoposta ad una terapia di riabilitazione in un'altra clinica, nonché del fatto che essa è obbligata permanentemente a camminare con l'aiuto di una stampella, la sua malattia soddisfarebbe i requisiti di cui al titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE per essere considerata come «malattia grave» ai sensi di questa disposizione. La conseguenza di tale qualifica sarebbe stata quella di portare al 100% il tasso di rimborso del ricovero della ricorrente. A sostegno di tale tesi, i ricorrenti producono i pareri di due medici specialisti e un certificato emesso da un medico specialista di un organismo locale di sanità pubblica.

74 La Commissione sostiene che la decisione relativa all'assenza di gravità della malattia della ricorrente è stata adottata nel rispetto della normativa applicabile. Essa fa riferimento al parere del 18 maggio 2010 del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, nel quale quest'ultimo conclude che due dei quattro criteri fondamentali fissati dalle DGE non sono soddisfatti nella fattispecie.

Giudizio del Tribunale

75 Ai sensi dell'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto, il tasso di rimborso delle spese mediche è portato al 100%, in particolare, in caso di tubercolosi, poliomelite, cancro, malattia mentale ed altre malattie riconosciute di analoga gravità dall'APN. Il titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE stabilisce i criteri che consentono di ritenere che una malattia sia grave. In forza di tale disposizione, sono riconosciute come malattie gravi le stesse malattie elencate nell'articolo 72, paragrafo 1, primo comma, dello Statuto, con la precisazione che le malattie «ritenute di gravità comparabile dall'[APN]» riguardano patologie che rispondono, in misura diversa, a quattro criteri, vale a dire una prognosi infausta, un'evoluzione cronica, la necessità di provvedimenti diagnostici o terapeutici pesanti, e la presenza o il rischio di menomazione grave.

76 Al riguardo occorre aggiungere che il Tribunale ha già dichiarato che i criteri menzionati nel punto precedente sono cumulativi (sentenza Botos/Commissione, cit., punti 42 e seguenti). Pertanto, la circostanza che uno solo di tali criteri non sia soddisfatto giustifica l'adozione di una decisione che rifiuti di riconoscere l'esistenza di una malattia grave. Il Tribunale ha altresì statuito, riguardo a questi stessi criteri, che essi non risultano manifestamente inappropriati o errati alla luce dell'obiettivo perseguito, consistente nell'individuare malattie di «analoga gravità» rispetto a quelle espressamente menzionate nell'articolo 72 dello Statuto (v. sentenza del Tribunale del 28 settembre 2011, Allen/Commissione, F-23/10, punto 49).

77 Infatti, le quattro malattie espressamente menzionate all'articolo 72 dello Statuto sono tali, in un certo numero di casi, da provocare conseguenze fisiche o psichiche di particolare gravità, presentano carattere duraturo o cronico ed esigono trattamenti terapeutici pesanti che rendono necessaria la chiara formulazione della diagnosi preventiva, il che presuppone analisi o indagini specifiche. Dette malattie possono anche esporre la persona interessata a un rischio di menomazione grave (v. sentenza Allen/Commissione, cit., punto 50).

78 Inoltre, dal testo stesso dell'articolo 72, paragrafo 1, dello Statuto emerge che, anche se essi rientrano in una delle quattro malattie espressamente menzionate in tale articolo, solo i casi che presentano una particolare gravità possono essere qualificati come malattia grave e consentire così alla persona interessata di beneficiare del regime più favorevole applicabile in caso di riconoscimento di una malattia siffatta (v. sentenza Allen/Commissione, cit., punto 51).

79 Per valutare l'erroneità o meno del rifiuto di riconoscere il carattere grave della malattia della ricorrente, si deve ricordare la giurisprudenza costante citata al punto 61 della presente sentenza, secondo la quale i mezzi di ricorso previsti dallo Statuto non possono, in via di principio, essere utilizzati per mettere in discussione valutazioni mediche propriamente dette, le quali devono considerarsi definitive qualora siano intervenute in circostanze regolari (v., in tal senso, sentenza della Corte del 19 gennaio 1988, Biedermann/Corte dei conti, 2/87, punto 8, e sentenza del Tribunale di primo grado del 16 marzo 1993, Blackman/Parlamento, T-33/89 e T-74/89, punto 44).

80 Senza rimettere in discussione le valutazioni mediche che avvalorano la decisione di limitare il rimborso delle spese di ricovero all'85%, spetta tuttavia al Tribunale esaminare se l'APN, allorché ha rifiutato di riconoscere come grave la malattia della ricorrente, abbia valutato correttamente i fatti e abbia applicato con esattezza le disposizioni giuridiche pertinenti (v., in tal senso, sentenze del Tribunale di primo grado del 7 novembre 2002, G/Commissione, T-199/01, punto 59, e del 12 maggio 2004, Hecq/Commissione, T-191/01, punto 63).

81 Incombe dunque al Tribunale, nell'ambito del limitato controllo giurisdizionale che è chiamato a svolgere in materia medica, esaminare se, per rifiutare di qualificare come grave la malattia che ha reso necessario il ricovero della ricorrente, l'APN non sia incorso in un errore manifesto, deducendo dagli accertamenti medici portati a sua conoscenza – sui quali il Tribunale non può pronunciarsi a meno che l'amministrazione non ne abbia snaturato la portata – che i criteri sopra citati non erano cumulativamente soddisfatti (v. sentenza Botos/Commissione, cit., punto 41).

82 Nella fattispecie, l'APN, nella decisione di rigetto del reclamo, si è fondata sul parere formulato il 18 maggio 2010 dal medico di fiducia, il quale aveva concluso che «almeno due dei criteri fondamentali [stabiliti al titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE] non sono rispettati, vale a dire la prognosi infausta e la presenza o il rischio, nel momento attuale, di un'infermità/menomazione grave», e ha confermato la decisione dell'ufficio di liquidazione di non applicare il tasso di rimborso al 100% per malattia grave, bensì il tasso normale dell'85%. L'APN non ha quindi commesso alcun errore manifesto deducendo dagli accertamenti medici portati a sua conoscenza che non erano soddisfatte le condizioni previste dalle DGE per la qualificazione come malattia grave e, di conseguenza, per l'applicazione del tasso di rimborso al 100%.

83 Rimane da esaminare se l'ufficio di liquidazione, seguendo il parere del medico di fiducia, si sia effettivamente basato sui criteri, elencati al punto 75 della presente sentenza, ai quali è subordinata la qualifica di una malattia come «grave».

84 In proposito, dalla giurisprudenza emerge che, rispetto alle valutazioni mediche propriamente dette formulate da una commissione medica o, addirittura, da una commissione di invalidità – commissioni le cui norme di funzionamento offrono garanzie di equilibrio tra le parti e di obiettività –, i pareri espressi in maniera unilaterale da medici di fiducia che dipendono dalle istituzioni non presentano lo stesso livello di garanzia in termini di equilibrio tra le parti (v. sentenza Allen/Commissione, cit., punti da 68 a 70).

85 Di conseguenza, spetta al Tribunale, quando statuisce su un rifiuto di riconoscimento dell'esistenza di una malattia grave, effettuare un controllo più approfondito di quello che esso svolge sulle decisioni adottate sul fondamento dell'articolo 73 o dell'articolo 78 dello Statuto, dopo l'intervento della commissione medica o della commissione di invalidità. Tuttavia, è evidente che il giudice non dispone delle competenze necessarie in materia di medicina per consentirgli di convalidare o invalidare una valutazione medica, o addirittura di arbitrare tra vari accertamenti medici contraddittori (v., in tal senso, sentenza Allen/Commissione, cit., punti 70 e 71).

86 In proposito si deve constatare che i criteri della malattia grave (riduzione della speranza di vita, evoluzione cronica, necessità di provvedimenti diagnostici o terapeutici pesanti, presenza o rischio di menomazione grave) rientrano nella categoria delle valutazioni mediche, poiché, per pronunciarsi sulla questione se l'uno o l'altro di tali criteri siano soddisfatti, il medico di fiducia o il consiglio medico dell'RCAM non si limitano ad accertare dei fatti, ma procedono a una vera e propria valutazione degli stessi, la quale richiede una competenza nel settore medico (sentenza Allen/Commissione, cit., punto 75).

87 Tuttavia, sebbene il suo controllo non si estenda alle valutazioni propriamente mediche come quelle riguardanti la gravità di una malattia, il giudice – qualora un ricorrente contesti, come nel caso di specie, la valutazione della sua situazione operata dall'amministrazione, criticando il parere medico sul quale essa si fonda – deve assicurarsi che il medico di fiducia abbia effettuato un esame concreto e dettagliato della situazione sottopostagli. Va precisato, al riguardo, che spetta all'amministrazione dimostrare che si è proceduto ad una valutazione di tal genere (sentenza Allen/Commissione, cit., punto 76).

88 Il parere del 18 maggio 2010 del medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, al quale l'APN aveva chiesto di dire se la patologia che aveva portato all'intervento chirurgico subìto dalla ricorrente potesse essere riconosciuta o no come malattia grave ai sensi del titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE, si esprime in questi termini:

«(...)

2) la patologia del[la ricorrente], che ha condotto all'intervento chirurgico, non può essere riconosciuta come malattia grave, secondo i criteri fissati dalle DGE ([t]itolo [III], [c]apitolo 5, [p]unto l).

Si tratta infatti di una patologia ortopedica (…)

Tale patologia, per sua stessa natura, non determina una prognosi infausta; la paziente, d'altronde, anche durante il ricovero, non si è mai trovata in pericolo di vita.

Attualmente, secondo quanto dichiara il [m]edico [s]pecialista [o]rtopedico che si occupa del[la ricorrente] (relazione del 22 [marzo] 2010), le condizioni della paziente sono pienamente soddisfacenti.

"Il risultato clinico e radiologico è eccellente" (…)

Almeno due dei criteri fondamentali previsti per il riconoscimento come malattia grave non sono rispettati, vale a dire la prognosi infausta e la presenza o il rischio, nel momento attuale, di un'infermità/menomazione grave».

89 Occorre precisare che, nella fattispecie, la ricorrente non ha seguito la procedura prevista dal titolo III, capitolo 5, punto 3, delle DGE per le domande di riconoscimento di malattia grave, riconoscimento che, quando viene ottenuto, concede la copertura al 100% delle spese causate dalla malattia grave a decorrere dalla data del certificato medico che accompagna la domanda di riconoscimento e per una durata che non eccede i cinque anni; detta ricorrente si è invece limitata, in occasione delle osservazioni che ha presentato riguardo alla distinta di pagamento n. 10 nonché nel suo reclamo, a chiedere che, ai fini del rimborso al 100% delle sole spese di ricovero, la malattia che le aveva causate fosse considerata grave. Ciò premesso, la valutazione dei quattro criteri enunciati al titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE andava effettuata rispetto alla situazione medica della ricorrente quale si presentava immediatamente prima del suo ricovero.

90 Orbene, dai termini stessi del parere del medico di fiducia del 18 maggio 2010 emerge che, per quanto concerne il criterio della presenza o del rischio di menomazione grave, da un lato, detto medico si è basato sui dati medici contenuti in una relazione del 23 marzo 2010 del medico specialista ortopedico che si occupava della ricorrente, ossia più di un anno dopo gli interventi chirurgici subiti dalla medesima, e che, dall'altro, la valutazione di detto criterio ha riguardato la situazione medica della ricorrente quale si presentava nel maggio del 2010 e non quella che si presentava immediatamente prima del ricovero nel febbraio del 2009.

91 Ne consegue che la possibilità di un rischio di menomazione grave prima del ricovero della ricorrente non è stata regolarmente esaminata.

92 Questo errore nell'applicazione delle norme pertinenti non può tuttavia comportare l'annullamento della decisione dell'ufficio di liquidazione che ha rifiutato la qualifica di malattia grave. Infatti, dal tenore del parere del medico di fiducia del 18 maggio 2010 emerge anche che quest'ultimo non si è limitato ad esaminare se fosse o meno soddisfatto uno solo dei quattro criteri di cui al titolo III, capitolo 5, punto 1, delle DGE, ma si è pronunciato anche su un secondo criterio, vale a dire su

quello della prognosi infausta. In proposito, nel citato parere egli ha sottolineato che la patologia ortopedica che aveva comportato il ricovero della ricorrente non determina di per sé una prognosi infausta e che la ricorrente, anche durante il ricovero, non si era mai trovata in pericolo di vita.

93 Ciò considerato, dato che i quattro criteri per il riconoscimento della malattia grave sono cumulativi e devono necessariamente essere tutti soddisfatti, foss'anche in misura diversa, la circostanza che nella fattispecie uno di essi facesse difetto era sufficiente per non riconoscere come grave la malattia che aveva provocato il ricovero della ricorrente. Pertanto, l'ufficio di liquidazione non ha commesso alcun errore manifesto di valutazione quando ha rifiutato di considerare grave la malattia della ricorrente sul fondamento del parere del medico di fiducia del 18 maggio 2010, che aveva concluso per l'assenza di prognosi infausta in capo alla ricorrente.

94 Poiché il motivo unico dedotto a sostegno del terzo capo delle conclusioni è infondato, non vi è luogo per annullare la decisione dell'ufficio di liquidazione, quale risultante dalla distinta di pagamento controversa, di limitare il rimborso delle spese di ricovero all'85% per il fatto che la malattia della ricorrente non è considerata «grave».

Sul quinto capo delle conclusioni, come precisato attraverso il primo capo delle conclusioni della memoria integrativa, diretto contro la decisione dell'ufficio di liquidazione, quale risultante dalla distinta di pagamento controversa, di lasciare a carico dei ricorrenti la somma di EUR 28 800 a titolo delle spese di degenza considerate eccessive

95 A sostegno di questo capo delle conclusioni, i ricorrenti deducono un motivo unico relativo alla violazione del principio di buona amministrazione e del dovere di sollecitudine.

Argomenti delle parti

96 I ricorrenti concordano con la valutazione effettuata dall'ufficio di liquidazione quanto al carattere eccessivo delle spese di degenza fatturate dalla clinica Anthea. Infatti, un importo di EUR 1 440 al giorno, IVA compresa, sarebbe una tariffa assolutamente esagerata rispetto alle prestazioni fornite, che consistono, da un lato, in una semplice camera di dimensioni normali con un arredamento standard composto da un letto di tipo ospedaliero e da una sedia – una camera identica a tutte le altre della clinica – e, dall'altro lato, in un servizio pasti che, a parere della ricorrente, era banale e del tutto mediocre.

97 Riguardo alla questione di chi sia obbligato al pagamento della somma di EUR 28 800 a titolo delle spese di degenza considerata eccessiva dall'ufficio di liquidazione, i ricorrenti fanno valere, in primo luogo, che, tenuto conto dell'elevato importo fatturato per la degenza, l'ufficio di liquidazione non avrebbe dovuto pagare tale somma alla clinica Anthea senza prima informarli. Tale informazione avrebbe permesso loro di opporsi al pagamento, in quanto la clinica Anthea, prima del ricovero, aveva informato la ricorrente che le spese di degenza ammontavano a EUR 300 al giorno. Il comportamento dell'ufficio di liquidazione avrebbe impedito ai ricorrenti di reagire in tempo utile e li avrebbe messi davanti al fatto compiuto della messa a loro carico della somma ritenuta eccessiva dall'ufficio di liquidazione.

98 In secondo luogo, i ricorrenti sottolineano che l'amministrazione non ha mai suggerito loro che sarebbe stato opportuno trasmettere all'ufficio di liquidazione un preventivo relativo alle spese di degenza.

99 In terzo luogo, essi ritengono che l'ufficio di liquidazione abbia tenuto un comportamento inammissibile e gravemente pregiudizievole non soltanto nei loro confronti, ma soprattutto nei confronti dell'RCAM, esposto ad un indebito pagamento. Ciò considerato, poiché la Commissione era l'unica legittimata ad agire nei confronti della clinica Anthea al fine di ottenere il rimborso dell'eccedenza, essa non avrebbe dovuto rivalersi sui ricorrenti per tale importo.

100 In quarto luogo, i ricorrenti sostengono che, in ogni caso, il pregiudizio causato dalla mancanza di attenzione, cautela e prudenza da parte dell'ufficio di liquidazione non può essere loro addebitato.

101 La Commissione ritiene che le affermazioni dei ricorrenti siano infondate.

102 In primo luogo, la Commissione fa valere che l'imputazione ai ricorrenti, da parte dell'ufficio di liquidazione, previo parere del consiglio medico, della parte delle spese di degenza ritenute eccessive rispetto ai costi normali nel paese in cui le spese sono state sostenute, è fondata sull'articolo 20, paragrafo 2, della regolamentazione comune. In proposito, la Commissione rammenta che il ricorrente ha ricevuto una copia della lettera del 5 febbraio 2009 con la quale l'ufficio di liquidazione annunciava alla clinica Anthea la presa a carico delle spese di ricovero della ricorrente, corredata di una scheda informativa proveniente dall'ufficio «Gestione e liquidazione dei diritti individuali» (PMO; in prosieguo: la «scheda informativa»), relativa ai massimali di rimborso e al recupero degli importi anticipati, che ricordava in particolare che gli importi pagati dall'RCAM non erano necessariamente rimborsabili in base all'articolo 72 dello Statuto, ma potevano essere recuperati successivamente nei confronti dell'affiliato.

103 In secondo luogo, successivamente alla contestazione da parte della ricorrente della distinta di pagamento n. 10, la Commissione avrebbe dato prova di diligenza verificando le modalità di degenza e fornendole spiegazioni soddisfacenti. Inoltre, il medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, conformemente all'articolo 41 della regolamentazione comune, ha sottoposto il caso al consiglio medico, il quale ha reso il suo parere nel corso della riunione del 10 dicembre 2009. Secondo la Commissione, emerge dal resoconto di tale riunione che il calcolo delle spese rimborsabili è stato effettuato sulla base della normativa applicabile prendendo come valore di riferimento i costi normali per lo stesso tipo di degenza nel paese in cui le spese sono state sostenute.

Giudizio del Tribunale

104 È pacifico che, in forza dell'articolo 20, paragrafo 2, della regolamentazione comune, per le prestazioni per le quali non è fissato alcun massimale di rimborso, come le spese di degenza nel corso di un ricovero, la parte delle spese ritenuta eccessiva rispetto ai costi normali nel paese in cui le spese sono state sostenute non dà luogo a rimborso. È altresì pacifico, ai sensi della medesima disposizione, che la parte delle spese considerata eccessiva è determinata caso per caso dall'ufficio di liquidazione dell'RCAM.

105 Nella fattispecie, le parti sono concordi nel ritenere che la tariffa di EUR 1 440 al giorno fatturata dalla clinica Anthea sia eccessiva rispetto alla media dei costi normali praticati in Italia per questo tipo di prestazione, ma soprattutto rispetto alla tariffa di EUR 300 al giorno, IVA compresa, che era stata indicata a voce alla ricorrente, prima del suo ricovero, da una dipendente della clinica Anthea. In proposito, la ricorrente ha versato agli atti la dichiarazione di un testimone che si trovava con lei, il 13 gennaio 2009, quando si è informata presso la clinica Anthea sulla retta di degenza. Dalla testimonianza prodotta dai ricorrenti risulta che, secondo le informazioni fornite oralmente da detta dipendente, le tariffe praticate all'epoca dalla clinica Anthea erano di EUR 216 al giorno se il paziente condivideva la camera e beneficiava del regime ordinario di assicurazione sanitaria e di EUR 300 al giorno se il paziente era solo nella camera ed era coperto da un'assicurazione privata.

106 Le parti tuttavia dissentono sulla questione se – come sostengono i ricorrenti – le spese di degenza ritenute eccessive dall'ufficio di liquidazione, ossia EUR 28 800, debbano essere poste a carico di tale ufficio, per il fatto di aver omesso di contattare i ricorrenti prima di pagare la fattura presentata dalla clinica Anthea, oppure se – come afferma la Commissione – dette spese debbano essere lasciate a carico del ricorrente e detratte dalla sua pensione di anzianità.

107 Va constatato, anzitutto, che la possibilità per gli affiliati di disporre, conformemente all'articolo 30 della regolamentazione comune, di anticipi destinati a consentire loro di far fronte a spese consistenti, sotto forma di prese a carico in caso di ricovero, costituisce per essi un vantaggio incontestabile. Mediante l'invio sistematico della scheda informativa ai beneficiari dell'RCAM all'atto della presentazione di una domanda di presa a carico, i beneficiari potrebbero essere indotti ad informarsi, segnatamente presso l'ente ospedaliero, sugli eventuali costi cui potrebbero andare incontro e a compararli con le DGE in vigore, al fine di evitare esborsi considerevoli che potrebbero risultare non rimborsabili dall'RCAM e rimanere così a loro carico. Occorre aggiungere al riguardo che, nel caso delle spese di degenza durante un ricovero, le DGE non prevedono alcun massimale.

108 Nel caso di specie la ricorrente, pur essendosi informata presso la clinica Anthea sulle spese di degenza che avrebbe dovuto sostenere, ha ricevuto soltanto informazioni orali e non un documento scritto avente valore probatorio. Si deve aggiungere tuttavia che, anche se era auspicabile per gli affiliati poter disporre di un documento siffatto, non esiste alcuna disposizione, né nella regolamentazione comune né nelle DGE, che li obbligasse a munirsi di un preventivo in debita forma e a trasmetterlo all'ufficio di liquidazione con la domanda di presa a carico.

109 Ciò considerato, ai ricorrenti non può contestarsi la violazione di un qualsivoglia obbligo o regola di diritto. Infatti, da un lato, in mancanza di un massimale stabilito nelle DGE per le spese di degenza in caso di ricovero, essi non potevano paragonare l'importo delle spese che la clinica Anthea aveva loro annunciato all'importo eventualmente rimborsabile. Dall'altro, anche supponendo che essi avessero contattato l'ufficio di liquidazione per chiedere se le spese di degenza di importo pari a EUR 300 al giorno sarebbero state rimborsate, la risposta sarebbe stata comunque affermativa, tenuto conto del fatto che, nella distinta di pagamento n. 10, detto ufficio ha rimborsato tali spese per un importo pari a EUR 720 al giorno.

110 Per quanto concerne la Commissione, essa riveste un doppio ruolo nella presa a carico delle spese di ricovero.

111 Da un lato, in base all'articolo 27 del regolamento n. 1605/2002, applicabile per analogia alla gestione dell'RCAM in forza dell'articolo 43 della regolamentazione comune, la Commissione deve garantire l'esecuzione delle entrate e delle spese secondo il principio di una sana gestione finanziaria, in conformità ai principi di economia, efficienza ed efficacia.

112 In proposito risulta dall'articolo 52 della regolamentazione comune che la Commissione gestisce l'RCAM in virtù di delega delle altre istituzioni e ha il dovere di fissare le norme che disciplinano il rimborso delle spese mediche allo scopo di preservare l'equilibrio finanziario del regime tra le spese e le entrate. Pertanto, in forza del principio di buona amministrazione, la Commissione e, per estensione, gli uffici di liquidazione dell'RCAM – la creazione dei quali figura tra i compiti di gestore di detta istituzione e il cui controllo, sotto il profilo del rispetto dei principi di una sana gestione finanziaria, è garantito dall'ufficio centrale – devono vigilare al fine di non impegnare i fondi dell'RCAM per pagare fatture di ricovero i cui importi siano, a prima vista, sproporzionati rispetto alla media del costo di prestazioni simili nel paese in cui le spese sono state sostenute. Nel caso di specie, l'ufficio di liquidazione, data la sua sede, era nella posizione idonea per conoscere i prezzi medi praticati dagli enti ospedalieri in Italia in materia di degenza e per reagire di fronte a quanto era stato fatturato dalla clinica Anthea, nella fattispecie EUR 57 600 per la degenza della ricorrente durante 40 giorni.

113 Nell'ambito della presa a carico delle spese di ricovero, la Commissione è, d'altra parte, tenuta a rispettare il dovere di sollecitudine nei confronti del personale delle istituzioni dell'Unione, beneficiario dell'RCAM.

114 In virtù di tale dovere di sollecitudine, la Commissione e, per estensione, gli uffici di liquidazione dell'RCAM – ove ricevano una fattura come quella trasmessa all'ufficio di liquidazione dalla clinica Anthea, vale a dire una fattura di importo assai elevato in cui, mentre le prestazioni mediche sono elencate e descritte, la degenza è semplicemente fatturata per 40 giorni a EUR 1 440 al giorno, senza alcun dettaglio relativo al tipo di camera o a prestazioni supplementari che possano giustificare un importo così elevato – hanno l'obbligo non già di pagare immediatamente una simile fattura, anche in presenza di una presa a carico, bensì di ottenere informazioni scritte dall'ente ospedaliero che ha emesso la fattura e di informare inoltre l'affiliato, al quale, in fin dei conti, l'ufficio di liquidazione imputerà, nella maggior parte dei casi, almeno una percentuale delle spese di ricovero fatturate e, eventualmente, come nella fattispecie, la totalità delle spese ritenute eccessive.

115 Nel presente procedimento, se l'ufficio di liquidazione avesse preso contatto con i ricorrenti prima del pagamento della fattura che la clinica Anthea aveva inviato a detto ufficio, costoro avrebbero potuto far valere in tempo utile che il prezzo di degenza loro indicato era di EUR 300 al giorno.

116 Per contro, a causa del comportamento dell'ufficio di liquidazione consistente nell'aver pagato la fattura senza sollevare alcuna questione, da un lato, le spese dell'RCAM sono aumentate in modo ingiustificato, in quanto, invece di un rimborso al tasso dell'85% delle spese di degenza corrispondenti a 30 giorni, per un importo di EUR 300 al giorno, l'ufficio di liquidazione ha concesso un rimborso di EUR 720 al giorno.

117 Dall'altro lato, i ricorrenti si sono trovati debitori non solo della somma di EUR 28 800 a titolo delle spese di degenza ritenute eccessive dall'ufficio di liquidazione, ma anche del 15% dell'importo corrispondente a 30 giorni di degenza, nella misura di EUR 720 al giorno, mentre, se la degenza fosse stata fatturata come era stato preannunciato alla ricorrente, l'importo posto a loro carico sarebbe stato notevolmente inferiore.

118 Si deve dunque constatare che, non avendo chiesto alla clinica Anthea, prima del pagamento della fattura, precisazioni sull'importo fatturato per la degenza e non avendo informato i ricorrenti in merito a tale importo, l'ufficio di liquidazione e, per estensione, la Commissione sono venuti meno sia al principio di buona amministrazione sia al dovere di sollecitudine nei confronti dei ricorrenti.

119 Poiché il motivo dedotto a sostegno del quinto capo delle conclusioni è fondato, occorre annullare la decisione dell'ufficio di liquidazione, quale risultante dalla distinta di pagamento controversa, di lasciare a carico dei ricorrenti la somma di EUR 28 800 a titolo delle spese di degenza ritenute eccessive.

120 Alla luce delle suesposte considerazioni, non occorre accogliere la domanda dei ricorrenti, oggetto dell'ottavo capo delle conclusioni dell'atto introduttivo, mirante alla concessione delle misure istruttorie che essi propongono.

Sulle spese

121 Ai sensi dell'articolo 87, paragrafo 1, del regolamento di procedura, fatte salve le altre disposizioni del capo VIII del titolo II del medesimo regolamento, la parte soccombente è condannata alle spese se ne è stata fatta domanda. Tuttavia, in forza dell'articolo 88 di detto regolamento, «[u]na parte, anche se non soccombente, può essere condannata parzialmente o addirittura totalmente alle spese, qualora ciò

appaia giustificato in ragione del suo comportamento, compreso quello precedente alla presentazione del ricorso, in particolare qualora essa abbia causato all'altra parte spese che siano riconosciute superflue o defatigatorie».

122 Nella fattispecie, sebbene emerga dalle motivazioni suesposte che i ricorrenti ottengono ragione solo parzialmente per quanto concerne le conclusioni dirette contro la distinta di pagamento controversa – il che significa che la Commissione soccombe solo parzialmente riguardo a dette conclusioni –, dalle motivazioni suddette risulta anche che il comportamento dell'ufficio di liquidazione, giudicato illegittimo, ha comportato per i ricorrenti spese supplementari nella misura in cui il costo della degenza che ha formato oggetto di rimborso al tasso dell'85% è stato notevolmente superiore a quello che i ricorrenti potevano aspettarsi.

123 Tenuto conto delle circostanze particolari della fattispecie, ed essendo precisato che l'applicazione dell'articolo 88 del regolamento di procedura non è limitata alle sole ipotesi in cui l'amministrazione abbia causato a parti ricorrenti spese superflue o defatigatorie, la Commissione deve sopportare le proprie spese, comprese quelle che essa ha sostenuto nel procedimento cautelare, ed è condannata a sopportare le spese sostenute dai ricorrenti, comprese quelle che essi hanno sostenuto in detto procedimento cautelare.

Per questi motivi,

IL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA (Seconda Sezione)

dichiara e statuisce:

1) La decisione dell'ufficio di liquidazione di Ispra, quale risultante dalla distinta di pagamento n. 10, del 1º ottobre 2009, di porre a carico del sig. de Pretis Cagnodo la somma di EUR 28 800 a titolo delle spese di degenza della sig.ra Trampuz de Pretis Cagnodo ritenute eccessive è annullata.

2) Per il resto, il ricorso è respinto.

3) La Commissione europea sopporta la totalità delle proprie spese ed è condannata a sopportare la totalità delle spese sostenute dal sig. de Pretis Cagnodo e dalla sig.ra Trampuz de Pretis Cagnodo.

Rofes i Pujol Boruta Bradley

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 16 maggio 2013.

Il cancelliere
W. Hakenberg

Il presidente
M.I. Rofes i Pujol