a proprio vantaggio il fatto di aver omesso di provvedere in esito ad un reclamo entro il termine stabilito dallo Statuto.

2. I rimedi giuridici contemplati dallo Statuto del personale non possono in linea di principio essere usati, in contrasto col provvedimento di una commissione medica che ha stabilito la percentuale d'invalidità parziale permanente in forza della normativa relativa alla copertura dei rischi d'infortunio e di malattia professionale, al solo scopo di ottenere, da parte della Corte, un controllo limitato alle questioni relative alla regolarità della costituzione e del funzionamento di detta commissione. L'esame della Corte non si può estendere alle valutazioni mediche propriamente dette, che devono essere considerate definitive qualora siano state effettuate nel modo dovuto.

3. In forza dell'assicurazione contemplata dallo Statuto del personale, l'indennità spettante in caso d'invalidità ha il carattere di un'attribuzione patrimoniale forfettaria, determinata in relazione ai postumi permanenti dell'infortunio. Pertanto, possono essere chiesti interessi solo nell'ipotesi in cui l'interessato sia in grado di provare che il versamento dell'indennità è stato indebitamente ritardato dall'amministrazione.

Nella causa 156/80,

GIORGIO MORBELLI, dipendente della Commissione delle Comunità europee, residente in Lussemburgo, con l'avvocato domiciliatario Edmond Wirion, del foro di Lussemburgo, 1, place du Théâtre, Lussemburgo,

ricorrente,

contro

COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE, rappresentata dal suo consigliere giuridico Joseph Griesmar, in qualità d'agente, assistito dall'avvocato Daniel Jacob, del foro di Bruxelles e con domicilio eletto in Lussemburgo presso il suo consigliere giuridico Mario Cervino, edificio Jean Monnet, Kirchberg,

convenuta,

causa avente ad oggetto la determinazione — in base alla normativa concernente l'assicurazione dei dipendenti delle Comunità contro gli infortuni — del grado d'invalidità permanente parziale da cui il ricorrente è stato colpito a seguito di un infortunio, nonché dell'indennità per questo spettantegli,

LA CORTE (Seconda Sezione),

composta dai signori: P. Pescatore, presidente di Sezione; A. Touffait e O. Due, giudici;

avvocato generale: Sir Gordon Slynn;
cancelliere: A. Van Houtte,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

In fatto

Gli antefatti, il procedimento, le conclusioni e i mezzi e gli argomenti delle parti possono essere riassunti come segue:

I — Gli antefatti

Il 21 febbraio 1976 il sig. Giorgio Morbelli, dipendente della Commissione occupato presso l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità, residente in Lussemburgo, veniva colpito al capo, nell'entrare nell'ufficio postale di Luxembourg-Gare, dal battente di una porta scorrevole automatica il cui meccanismo era difettoso. Egli riportava contusioni ad entrambe le regioni temporali, una piccola ferita dietro l'orecchio sinistro, nonché un lieve stordimento.

Il Morbelli veniva trasportato in una clinica dove gli veniva suturata la ferita e gli veniva praticato un esame radiologico del cranio, che non rivelava fratture. Alcune ore dopo l'infortunio egli veniva colto, in casa, da un'intensa cefalgia, accompagnata da vertigini, nausee e vomito e seguita da uno stato di profondo torpore.

In un certificato medico redatto il 24 febbraio 1976 si dichiarava che il Morbelli era affetto da incapacità temporanea totale della durata probabile di 10 giorni.

Il 27 febbraio 1976 l'interessato, conformemente all'art. 16, n. 1, della «Regolamentazione relativa alla copertura dei rischi d'infortunio e di malattia professionale dei funzionari delle Comunità europee» (in prosieguo: «Regolamentazione»), presentava una dichiarazione d'infortunio, nell'ambito del regime di assicurazione individuale-collettiva delle Comunità, ad una compagnia di assicurazione con sede in Belgio.

Nuovamente ricoverato, il Morbelli veniva sottoposto ad esame elettroencefalografico che rivelava una disritmia asimmetrica dovuta ad una leggera commozione.

Aggravatesi le sue condizioni, egli si sottoponeva, nelle settimane successive, a varie visite mediche sia a Lussemburgo che in Italia, e in particolare a Camogli (Genova) e a Milano.

In un certificato rilasciato il 1° ottobre 1976, il dott. Franco Luckenbach, di Milano, dichiarava che il Morbelli era affetto da incapacità lavorativa permanente nella misura del 10 %.

In un referto medico redatto il 26 aprile 1977, a Lussemburgo, dal dott. Roger Glaesener, in collaborazione con il dott. Jean Hein e il dott. Aloyse Stumper, si concludeva che i postumi del trauma subito dal Morbelli a causa dell'infortunio del 21 febbraio 1976 consistevano in una sindrome postcommozionale soggettiva media, con sofferenza delle strutture vestibolari centrali a livello del tronco encefalico, e che era opportuno stabilire una tabella d'indennizzo basata, dal 1° ottobre 1976, su di un'invalidità permanente parziale del 10 %.

Il Morbelli, che era stato autorizzato a lavorare ad orario ridotto dal 1° febbraio al 30 aprile 1978, si sottoponeva il 12 maggio 1978, su invito della Commissione, ad una visita medica presso il medico di fiducia, dott. De Meersman. In seguito a tale visita, la compagnia di assicurazione competente comunicava alla Commissione, con lettera 4 luglio 1978, che «il medico di fiducia degli assicuratori ha concluso che la vittima rimane affetta da un'invalidità permanente del 3 %» e che la relativa indennità era di 95 064 BFR.

Il Morbelli ne veniva informato, il 6 luglio 1978, dalla Divisione del personale della Commissione, che gli chiedeva di far sapere se egli accettava o no tale proposta.

Il 12 luglio 1978 il Morbelli rispondeva che non accettava la proposta della compagnia di assicurazione. Di conseguenza, il suo fascicolo veniva trasmesso dalla Divisione del personale al dott. H. A. Semiller, capo del Servizio medico della Commissione a Bruxelles.

Con nota 10 novembre 1978, il dott. Semiller comunicava alla Divisione del personale quanto segue: «tenuto conto dei risultati di visite mediche di cui disponiamo, in base al vigente elenco dei tassi d'invalidità e a seguito delle visite effettuate da medici specialisti, sono dell'avviso che l'invalidità permanente parziale che risulta dopo l'esame, in sede di revisione, dell'infortunio del 21 febbraio 1976 vada valutata nel 3 %. La stabilizzazione, per quanto concerne questo caso, si è avuta dal settembre 1978». Tali conclusioni venivano rese note al Morbelli il 16 novembre 1978.

Dopo esseri nuovamente rifiutato, in particolare con lettera 26 novembre 1978, di accettare il progetto di decisione della Commissione, il Morbelli, in risposta ad una nota in data 12 gennaio 1979 della Divisione del personale, chiedeva il 16 gennaio che il suo caso venisse sottoposto all'esame della commissione medica contemplata dall'art. 23 della «Regolamentazione» e designava come membro di tale commissione il dott. Roger Glaesener.

La commissione medica, composta dal dott. Jean-François Elens, nominato dall'autorità che ha il potere di nomina, dal dott. Roger Glaesener e dal dott. Van Bever, dopo aver studiato il fascicolo ed esaminato il Morbelli, dichiarava, in una relazione stilata il 27 giugno 1979, che il caso era consolidabile e che all'interessato doveva essere riconosciuta un'invalidità permanente parziale del 3 % dal 25 febbraio 1978.

Le conclusioni della commissione medica venivano notificate al Morbelli dal direttore generale del personale e dell'amministrazione della Commissione con lettera 11 settembre 1979. In questa lettera il direttore generale constatava, in particolare, che il ristabilimento più completo possibile dell'integrità fisica del Morbelli era stato raggiunto e chiedeva le informazioni necessarie per il versamento del capitale di 95 064 BFR, corrispondente al grado d'invalidità stabilito.

Con nota 21 settembre 1979, il Morbelli confermava al suddetto direttore generale il suo rifiuto di accettare la liquidazione dell'infortunio del 21 febbraio 1976 in base al tasso proposto.

Successivamente, con nota 11 dicembre 1979, registrata il 12 dicembre nella Segreteria generale della Commissione, il Morbelli — che nel frattempo era stato ricoverato in una clinica tedesca ed era ancora in cura presso vari medici — presentava reclamo, in base all'art. 90 dello Statuto, contro la decisione 11 settembre 1979. Egli chiedeva la sospensione dell' esecuzione dei provvedimenti contemplati da tale decisione, la nomina di una nuova commissione peritale, il versamento degli interessi legali calcolati dal giorno dell'infortunio e di una percentuale a compenso degli effetti della svalutazione, nonché la liquidazione del capitale in base alla retribuzione spettantegli al momento della liquidazione stessa.

Il reclamo dell'11 dicembre 1979 veniva integrato con una nota del Morbelli in data 4 marzo 1980, alla quale era allegato un parere medico-legale emesso nel febbraio 1980, a Torino, dal prof. Anselmo Zanalda e nel quale si concludeva che, in seguito alle lesioni riportate nell'infortunio del 21 febbraio 1976, il Morbelli era affetto da invalidità permanente parziale, onnicomprensiva, del 15 %.

Il reclamo del Morbelli era espressamente respinto dalla Commissione con lettera 30 maggio 1980.

II — La fase scritta del procedimento

Il 2 luglio 1980 il Morbelli ha proposto il presente ricorso.

La fase scritta si è svolta ritualmente.

Su relazione del giudice relatore, sentito l'avvocato generale, la Corte (Seconda Sezione) ha deciso di passare alla fase orale senza procedere ad istruttoria. Essa ha tuttavia invitato le parti a rispondere per iscritto a taluni quesiti; le risposte sono pervenute entro il termine prescritto.

III — Le conclusioni delle parti

Il *ricorrente* conclude che la Corte voglia:

a) in via principale:

— dichiarare il ricorso ricevibile e accoglierlo;

— fissare la sua invalidità permanente parziale nel 15 %;

— attribuirgli gli interessi sulla somma spettantegli come indennità a partire dal giorno dell'infortunio, o da una data successiva ch'essa vorrà stabilire;

— adeguare tale somma alla svalutazione monetaria;

— dichiarare che l'indennità spettantegli va rivalutata in base al suo grado e alle sue mansioni nei dodici mesi precedenti l'infortunio ed al trattamento economico attualmente inerente alle suddette mansioni;

b) in subordine:

ordinare una nuova perizia per stabilire il grado della sua invalidità;

c) condannare la Commissione alle spese del giudizio.

La *Commissione* conclude che la Corte voglia:

— dichiarare il ricorso irricevibile e, comunque, respingerlo;

— condannare il ricorrente alle spese.

IV — I mezzi e gli argomenti dedotti dalle parti nel corso della fase scritta

A — Sulla ricevibilità

La *Commissione* sostiene che il ricorso è irricevibile.

a) L'atto impugnato col ricorso è la decisione 30 maggio 1980 con cui la Commissione ha respinto il reclamo proposto dal ricorrente l'11 dicembre 1979.

Orbene, una decisione che respinge un reclamo non può essere contestata in sede giudiziaria: in base all'art. 91, n. 1, dello Statuto, impugnabili con ricorso giurisdizionale sono solo gli atti che recano pregiudizio e, secondo la giurisprudenza della Corte, gli atti confermativi, in quanto non influiscono direttamente su una determinata situazione e non possono recare pregiudizio. I ricorsi proposti contro tali atti vanno pertanto dichiarati irricevibili.

L'atto confermativo per eccellenza è quello con cui l'autorità che ha il potere di nomina, dopo aver ricevuto un reclamo ai sensi dell'art. 90, n. 2, dello Statuto, conferma la decisione impugnata col reclamo. Ciò vale a maggior ragione nel caso in cui, come nella fattispecie, l'atto impugnato è una decisione espressa di rigetto di un reclamo al quale sia già stato opposto, alla scadenza del termine di 4 mesi stabilito dall'art. 90, n. 2, ultimo comma, dello Statuto, un silenzio-rifiuto che vale già come primo atto confermativo.

Nel caso di specie l'atto lesivo è la decisione 11 settembre 1979 con cui la Commissione ha comunicato al ricorrente le conclusioni della commissione medica. Il reclamo presentato l'11 dicembre 1979 dal ricorrente è stato respinto implicitamente il 12 aprile 1980 ed espressamente il 30 maggio 1980: queste due decisioni di rigetto costituiscono atti puramente confermativi.

b) A tale constatazione non si può opporre che il ricorso concerne implicitamente l'atto che effettivamente reca pregiudizio. Il ricorrente avrebbe dovuto indicare espressamente, nell'istanza introduttiva, l'atto lesivo del quale chiede l'annullamento.

c) Né può accogliersi l'argomento che la decisione impugnata ha carattere autonomo in quanto contiene una motiva-

zione che non figurava nell'atto lesivo. La decisione con cui viene respinto un reclamo, anche qualora contenga una propria motivazione, non può, secondo la giurisprudenza della Corte, influire direttamente sulla situazione giuridica dell'interessato; pertanto, essa non costituisce atto lesivo.

d) Il ricorrente non può sfuggire alla declaratoria dell'irricevibilità del ricorso argomentando che quest'ultimo mira anche ad ottenere un risarcimento, cioè persegue uno scopo che rientra nella competenza anche di merito della Corte. Risulta infatti dalla giurisprudenza della Corte che il contenzioso di legittimità e di merito non può instaurarsi qualora non sia stato instaurato il contenzioso di legittimità, e che una parte non può, mediante un'azione di risarcimento, tentare di ottenere un risultato analogo a quello dell'annullamento dell'atto, ove il ricorso per annullamento nei confronti del medesimo atto sia irricevibile.

Il *ricorrente* contesta la pertinenza dell'eccezione di irricevibilità sollevata dalla Commissione.

a) Il riferimento alla decisione 30 maggio 1980 è stato fatto innanzitutto per sottolineare che il ricorso è stato proposto entro il termine stabilito dallo Statuto. Tuttavia, in sostanza, il ricorso non si limita alla decisione confermativa, ma concerne implicitamente tutte le decisioni precedenti aventi il medesimo oggetto, cioè il rigetto del reclamo del ricorrente.

b) Occorre fare una distinzione tra le decisioni puramente confermative, prive di autonoma motivazione, e le decisioni confermative che hanno una propria motivazione. Una decisione confermativa che tratti nuovamente la materia del contendere, analizzando le varie censure formulate dal reclamante, costituisce una decisione autonoma, impugnabile isolatamente. È questo il caso della decisione 30 maggio 1980.

c) Il ricorso possiede i requisiti formali e sostanziali stabiliti dall'art. 38 del regolamento di procedura della Corte; pertanto, esso è ricevibile.

d) Dinanzi ad un organo giurisdizionale come la Corte, le cui sentenze sono inoppugnabili, l'irricevibilità del ricorso può essere opposta al ricorrente soltanto nei casi in cui essa s'impone.

B — Nel merito

1. Sulla relazione della commissione medica

Il *ricorrente*, pur riconoscendo la regolarità formale del procedimento seguito nella fattispecie, contesta le conclusioni esposte dalla commissione medica, in base a criteri discutibili, nella relazione 27 giugno 1979 e avallate dalla Commissione.

a) La commissione medica non può essere giudice supremo del caso e la Corte non è tenuta a ratificare il suo giudizio.

La Corte dispone di numerosi elementi che le consentono di constatare che la perizia della commissione medica non offre le necessarie garanzie di obiettività, ch'essa è contraddetta da fatti anteriori e posteriori e che pertanto è necessario disporre una nuova perizia.

Spetta alla Corte controllare la regolarità della costituzione di una commissione medica e in particolare accertare se sia effettivamento stato designato un terzo medico neutrale, in grado di svolgere il ruolo di arbitro; essa ha del pari il diritto di stabilire se le conclusioni esposte nella relazione di detto organo corrispondano alle opinioni di tutti i suoi membri.

b) Le cefalee ribelli come quelle di cui soffre il ricorrente sfuggono molto spesso all'indagine puramente medica e obiettiva e possono essere individuate solo attraverso il confronto dei risultati di più osservazioni. Tali osservazioni non hanno potuto essere effettuate dalla commissione medica in poche ore.

La commissione medica ha proceduto solo ad una breve visita del ricorrente, che è durata meno di 30 minuti.

Gli esami preliminari sono stati effettuati da personale paramedico, per lo più in assenza del perito medico.

La commissione medica s'è limitata ad applicare un metodo di esami troppo sommari.

c) A quanto pare, nessuno dei tre membri della commissione medica conosce la lingua italiana abbastanza per capire, nei suoi dettagli, la relazione clinica redatta a Pavia, il 15 giugno 1979, dal prof. P. Pinelli. Orbene, taluni esami ai quali questo sanitario ha sottoposto il ricorrente non sono stati mai più ripetuti; questo è il caso, in particolare, della tomografia assiale computerizzata (TAC).

d) Il risultato dell'esame effettuato dalla commissione medica è in flagrante contraddizione con le conclusioni del referto del 28 aprile 1977 del dott. Glaesener.

e) Tra i postumi di un trauma cranico vi sono sia quelli oggettivamente individuabili, sia quelli soggettivi. Per quanto concerne questi ultimi — la cui esistenza non può essere messa in dubbio — la determinazione del grado d'invalidità dipende in gran parte dall'esperienza del medico; orbene, la qualificazione professionale del dott. Elens non era tale da consentirgli di possedere l'esperienza specifica necessaria.

f) L'infortunio del ricorrente ha avuto conseguenze oggettive, e in particolare una lesione del sistema nervoso centrale, come ha ammesso la commissione medica. Orbene, in assenza di postumi oggettivi, i periti riconoscono in generale, a seconda della gravità iniziale dell'infortunio, un'invalidità permanente parziale dal 5 al 10 %. Siccome le cefalee del Morbelli sono oggettivamente determinabili, le conclusioni della commissione medica sono inaccettabili.

Peraltro, tale organo non ha preso in considerazione né la grave menomazione psichica del ricorrente né il complesso dei postumi soggettivi dell'infortunio.

Con il ricorso si intende essenzialmente contestare il metodo arbitrario e lesivo di valutazione adottato dalla commissione medica.

g) Sebbene il ricorrente abbia segnalato alla Commissione l'aggravamento della sue condizioni di salute, documentandolo con referti medici, il procedimento di cui all'art. 22 della «Regolamentazione» non è mai stato iniziato.

h) Dai documenti allegati alla risposta del ricorrente ai quesiti posti dalla Corte risulta che il dott. Glaesener nega di aver designato il dott. Van Bever come terzo membro della commissione: egli non lo conosceva ed ha dato il suo consenso alla sua nomina a perito nel caso presente dietro suggerimento del dott. Elens. Di conseguenza, la costituzione della commissione medica va considerata irregolare.

D'altra parte, per quel che concerne il merito della causa, il dott. Glaesener ha ribadito, alla presenza degli altri due membri della commissione medica, che il grado reale d'inabilità del ricorrente era del 10 % e che tale inabilità era addirittura aumentata dopo la visita da lui effettuata a seguito dell'aggravarsi — in conseguenza dell'infortunio — delle condizioni di salute del ricorrente. Il dott. Glaesener ha firmato la relazione perché i suoi colleghi gli avevano detto che non era possibile prendere in considerazione la tabella sulla quale egli stesso si era basato, che occorreva basarsi sui tassi applicati dall'assicuratore della Commissione e che la menomazioni psichiche non erano indennizzabili.

La *Commissione,* considerando il ricorso irricevibile, ne esamina il merito solo in via del tutto subordinata.

a) Il ricorrente non deduce alcun mezzo, cioè nessun argomento relativo alla violazione di una disposizione dello Statuto o di un principio giuridico generale. In realtà, il ricorso costituisce una domanda di revisione nel merito della relazione della commissione medica.

Il ricorrente non formula alcuna censura seria riguardo al procedimento seguito nella fattispecie, peraltro conforme al combinato disposto dell'art. 73 della Statuto e di alcune norme della «Regolamentazione», in particolare gli artt. 19, 20, 21 e 23; egli non denuncia nemmeno alcun errore di fatto o di diritto che infici i lavori dei periti medici o la decisione dell'autorità che ha il potere di nomina. Di conseguenza, il ricorso non può essere fondato. Risulta infatti dalla giurisprudenza della Corte che, nel caso in cui una commissione medica si sia validamente pronunziata su di una questione sottopostale, la sua decisione è definitiva, a meno che non emergano nuovi elementi; non può però costituire un nuovo elemento la produzione di certificati medici che mettano in forse le conclusioni del suddetto organo, ma non indichino alcun motivo che consenta di ritenere che questo non abbia conoscenza dei principali elementi del fascicolo dell'interessato. Nella fattispecie, il problema del grado dell'invalidità permanente parziale da cui è affetto il ricorrente è stato definitivamente risolto dalla commissione medica, le cui conclusioni sono state seguite dall'autorità che ha il potere di nomina.

La Corte potrebbe essere indotta ad annullare la decisione basata sulle conclusioni di una commissione medica solo qualora risultasse che detta decisione è stata adottata violando forme sostanziali — ad esempio da un'autorità incompetente — o che dette conclusioni sono state formulate violando i diritti della difesa — ad esempio in assenza del medico che rappresenta il dipendente — oppure

che le stesse conclusioni contengono un errore manifesto, come la determinazione di un grado d'invalidità manifestamente inadeguato, tenuto conto della tabella vigente, o la mancata presa in considerazione del risultato di visite specialistiche.

In assenza di qualsiasi mezzo relativo alla violazione di disposizioni dello Statuto o di un principio giuridico generale, la commissione medica è l'unica competente a valutare gli aspetti sanitari del caso in esame.

b) Agli argomenti del ricorrente va opposto che il suo caso è stato sottoposto, a parte varie visite specialistiche, al medico di fiducia della compagnia d'assicurazione, al capo del servizio medico per il personale periferico della Commissione ed alla commissione medica, e che queste autorità sono unanimemente pervenute alla conclusione che il ricorrente è affetto da un'invalidità permanente del 3 %.

c) Il fatto che la relazione della commissione medica sia stata firmata da tutti e tre i membri dimostra che costoro sono pervenuti ad un accordo circa il grado dell'invalidità permanente del ricorrente. Se uno dei medici non fosse stato d'accordo, avrebbe potuto formulare le sue riserve nella relazione della commissione, ma ciò non è avvenuto.

d) La commissione medica ha emesso il suo parere dopo aver preso in considerazione tutti i documenti sanitari disponibili, compresi quelli prodotti dal ricorrente, e dopo aver esaminato quest'ultimo.

La qualità di una visita medica non è funzione della sua durata; è normale che gli esami di indole tecnica vengano effettuati da personale paramedico.

e) Il dott. Elens ha in realtà una conoscenza dell'italiano tale de consentirgli di comprendere referti redatti in questa lingua e di riferirne il contenuto ai suoi colleghi.

La commissione medica non aveva alcun motivo di ripetere gli esami effettuati a Pavia meno di 15 giorni prima della sua riunione.

f) Il referto del dott. Glaesener è anteriore al consolidamento ed è manifestamente redatto in base a criteri vigenti nel Granducato del Lussemburgo ed estranei al diritto statutario. Comunque, il suddetto sanitario era membro della commissione medica ed ha fissato, d'accordo coi suoi due colleghi, il tasso dell'invalidità permanente nel 3 %.

g) I membri della commissione medica erano indiscutibilmente qualificati a svolgere il loro compito.

h) L'assunto che la commissione medica non ha tenuto conto dell'asserita menomazione psichica del ricorrente è privo di fondamento ed è smentito dalla stessa relazione dell'organo suddetto.

In ogni caso, gli aspetti medici rientrano esclusivamente, secondo la giurisprudenza della Corte, nella competenza delle autorità mediche contemplate dalla «Regolamentazione».

i) Per quanto concerne l'asserito aggravamento delle condizioni di salute del ricorrente, posteriore alla decisione impugnata, va constatato che l'interessato non

lo ha dichiarato formalmente all'amministrazione in conformità all'art. 22 della «Regolamentazione». Comunque, tale aggravamento — anche ammesso che fosse provato — non costituisce oggetto della presente controversia.

2. Sugli interessi e sulla rivalutazione dell'indennità

Il *ricorrente* sostiene di aver diritto agli interessi legali sulla somma spettantegli come indennità a decorrere dal giorno dell'infortunio, all'adeguamento di detta somma alla svalutazione monetaria e al calcolo del capitale in base alla retribuzione percepita alla data della liquidazione.

a) L'indennità è dovuta al momento dell'infortunio e non molti anni dopo. L'istruzione della pratica è stata peraltro ritardata colposamente, al pari del pagamento dell'indennità.

L'infortunio risale al 21 febbraio 1976, la prima iniziativa della Commissione al 10 maggio 1978; successivamente fu offerta all'interessato un'indennità manifestamente insufficiente, che gli venne tolta non appena egli si rifiutò di accettare la fissazione di un grado d'invalidità inadeguato. Nel frattempo la moneta si è deprezzata e sul mercato del denaro vengono ormai praticati tassi che si aggirano sul 15 %.

Pertanto, la Commissione dev'essere condannata al pagamento d'interessi annui almeno del 10 %.

b) Anche l'indennità dev'essere aumentata: la Commissione deve, quanto meno, basarsi sulla retribuzione attualmente inerente al posto occupato dal ricorrente al momento dell'infortunio.

L'art. 73 dello Statuto va interpretato in base ai principi generali ed all'equità. Questa disposizione ha uno scopo risarcitorio: essa mira ad indennizzare adeguatamente il dipendente che abbia riportato lesioni corporali. Sarebbe contrario all'equità, tenuto conto della svalutazione galoppante delle monete, risarcire nel 1980 un dipendente in base allo stipendio del 1960. L'art. 73 è inteso ad evitare che l'indennità sia calcolata in base allo stipendio attuale del dipendente, che può essere stato promosso a un grado superiore; esso non vieta — e l'equità lo esige imperiosamente — di adeguare lo stipendio mensile al suo importo numerico attuale, in relazione ai vari posti che l'interessato può avere occupato nei 12 mesi precedenti l'infortunio. Questo principio è unanimemente ammesso dalla giurisprudenza dei vari Stati membri.

c) La rivalutazione dell'indennità non costituisce un doppione del versamento degli interessi: l'importo rivalutato rappresenta solo il controvalore attuale di un capitale iniziale in moneta più forte e gli interessi sono il compenso per il mancato godimento di questo capitale.

La *Commissione* considera infondati i capi della domanda concernenti la liquidazione dell'indennità.

a) Per quanto riguarda il versamento di interessi sul capitale attribuito in forza dell'art. 73 dello Statuto, il ricorrente fa una confusione evidente tra i principi vigenti in materia di risarcimento del danno, nell'ambito di un'azione di responsabilità civile, e quelli da applicarsi nell'ambito di un regime d'assicurazione

contro gli infortuni, che esclude qualsiasi nozione di responsabilità e la cui portata è definita dalla legge o dal contratto.

La pratica è stata evasa dalla Commissione entro i termini abituali, considerato che dalle conclusioni della commissione medica risulta che le condizioni di salute del ricorrente si sono stabilizzate solo il 25 febbraio 1978; la descrizione dei fatti è sufficiente per dimostrare che la Commissione non ha affatto ritardato colposamente l'istruzione della pratica. In assenza di qualsiasi colpa dell'amministrazione, la censura non può che essere respinta.

b) L'art. 73, n. 2, dello Statuto contempla, in caso d'invalidità, il pagamento di un'indennità in funzione dello stipendio base annuo calcolato in base agli stipendi mensili versati nei 12 mesi precedenti l'infortunio. Il ricorrente confonde i principi vigenti in materia di responsabilità civile con quelli attuati dall'art. 73 dello Statuto; quest'ultimo contempla l'attribuzione, a qualsiasi dipendente affetto da postumi permanenti di un infortunio, prescindendo da qualsiasi questione di responsabilità, di un capitale fissato forfettariamente.

Le nozioni di «equità» o di «risarcimento adeguato» sono fuori luogo nell'ambito di un sistema di assicurazione-infortuni in base al quale l'amministrazione indennizza i suoi dipendenti per le conseguenze di qualsiasi infortunio, che sia o no in relazione con lo svolgimento delle mansioni lavorative.

La tesi del ricorrente non corrisponde affatto ad un principio ammesso dalla giurisprudenza dei vari paesi della Comunità.

V — La fase orale del procedimento

Il ricorrente, rappresentato dall'avv. Wirion, e la Commissione, rappresentata dall'avv. Jacob, hanno svolto osservazioni orali ed hanno risposto a taluni quesiti posti dalla Corte all'udienza del 19 marzo 1981.

Il *ricorrente* ha sostenuto nuovamente che la commissione medica non è stata costituita regolarmente: il nome del dott. Van Bever è stato «suggerito» al dott. Glaesener, il quale non era autorizzato a lasciare la scelta del terzo membro della commissione alla discrezione del medico designato dalla controparte. D'altra parte, i postumi soggettivi di un infortunio, in particolare disturbi fisici o psichici, che hanno ripercussioni sull'attività lavorativa vanno presi in considerazione; su questo punto, si è abusato della buona fede del dott. Glaesener, il quale ha firmato la relazione contro il suo intimo convincimento.

La *Commissione* sottolinea che il terzo membro della commissione medica è stato debitamente designato, di comune accordo, dagli altri due e che la relazione è stata adottata all'unanimità dai tre medici. Dai documenti del fascicolo risulta che la relazione della commissione medica è stata compilata tenendo conto dello stato di salute complessivo del ricorrente, compresi i postumi soggettivi del trauma cranico.

L'avvocato generale ha presentato le sue conclusioni all'udienza del 7 maggio 1981.

In diritto

1 Con atto introduttivo pervenuto in cancelleria il 2 luglio 1980, il sig. Morbelli, dipendente della Commissione delle Comunità europee, in servizio presso l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità a Lussemburgo, ha proposto un ricorso mirante alla modifica del grado d'invalidità permanente parziale fissato in base alla «Regolamentazione relativa alla copertura dei rischi d'infortunio dei funzionari delle Comunità», emanata per l'attuazione dell'art. 73 dello Statuto del personale (in prosieguo: «Regolamentazione»).

2 Il 21 febbraio 1976 il ricorrente subiva, nell'ufficio postale di Luxembourg-Gare, un infortunio causato da una porta automatica difettosa che lo feriva al capo. Il 27 febbraio 1976, conformemente all'art. 16, n. 1, della «Regolamentazione», egli denunciava l'infortunio nell'ambito dell'assicurazione stipulata dalla Comunità in base all'art. 73 dello Statuto.

3 Il 12 maggio 1978, quando le lesioni sembravano stabilizzate, il ricorrente veniva visitato dal medico di fiducia designato di comune accordo dalla Commissione e dall'assicuratore. Il sanitario perveniva alla conclusione che l'interessato era affetto da un'invalidità permanente del 3 %. Pertanto, l'assicuratore fissava la relativa indennità, conformemente alle condizioni della polizza, in 95 064 BFR. Questa proposta veniva comunicata dalla Commissione al ricorrente il 6 luglio 1978.

4 Poiché il ricorrente respingeva la proposta, la Commissione sottoponeva il caso al capo del suo Servizio medico il quale, dopo una nuova visita, dichiarava che il tasso d'invalidità era stato fissato correttamente dal suddetto medico di fiducia. Di conseguenza, l'amministrazione, con lettera 16 novembre 1978, confermava la prima proposta ed offriva nuovamente all'interessato la somma di 95 064 BFR.

5 Il ricorrente respingeva ancora la proposta e chiedeva che il caso fosse sottoposto all'esame della commissione medica contemplata dall'art. 23 della «Regolamentazione». Conformemente a questa disposizione, egli designava uno dei membri di detto collegio, scegliendo un medico che si era già occupato del suo caso nell'ambito di un'azione di risarcimento intentata contro lo Stato lussemburghese.

6 Dopo che la Commissione aveva, a sua volta, nominato un membro della commissione medica, i due medici designavano, d'intesa tra loro, il terzo membro, in conformità all'art. 23 della «Regolamentazione».

7 La commissione, così costituita, dopo aver studiato il fascicolo e visitato il ricorrente, emetteva il suo parere, il 27 giugno 1979, dichiarando quanto segue:

«Noi sottoscritti ... dopo aver esaminato e sentito il sig. Morbelli Giorgio, vittima di un infortunio del 21. 2. 1976, dipendente della CCE, matricola 3744, nello svolgimento del compito affidatoci, consideriamo che il caso è consolidabile.

Alla vittima, sig. Morbelli Giorgio, va riconosciuta una IPP del 3 % (tre) alla data del 25. 2. 1978. Abbiamo tenuto conto dello stato di salute globale del sig. Morbelli Giorgio.

Giuriamo di aver svolto il nostro compito in buona fede con esattezza ed onestà.

Bruxelles, 27. 6. 1979» (Seguono i nomi e le firme dei medici).

8 L'11 settembre 1979 l'amministrazione comunicava al ricorrente la decisione della commissione medica offrendogli nuovamente l'indennità liquidata in precedenza. L'11 dicembre 1979 il ricorrente presentava, in forza dell'art. 90 dello Statuto del personale, un reclamo nel quale contestava le conclusioni della commissione medica, sollecitava la costituzione di un nuovo collegio peritale e chiedeva all'istituzione, oltre all'indennità da stabilirsi, il versamento di interessi a decorrere dal giorno dell'infortunio nonché di una somma che compensasse gli effetti della svalutazione monetaria. Al reclamo erano allegati vari documenti e referti medici. Il fascicolo veniva successivamente integrato con deposito di un parere medico emesso dal prof. Zanalda, di Torino, su richiesta del ricorrente.

9 La Commissione non si pronunziava sul reclamo entro il termine fissato dall'art. 90, n. 2, 2° comma, dello Statuto. Tuttavia, con lettera 30 maggio 1980, essa respingeva espressamente il reclamo indicando le ragioni del suo atteggiamento Il ricorso, proposto il 2 luglio 1980, è diretto contro quest'ultima comunicazione.

10 In base al raffronto tra il reclamo amministrativo e l'atto introduttivo, il petitum può essere identificato come segue:

— annullamento della decisione della Commissione, quale risulta dalla lettera 30 maggio 1980;

— fissazione del tasso d'invalidità, direttamente da parte della Corte, nel 15 %, conformemente al parere medico-legale del prof. Zanalda, oppure mediante una nuova perizia disposta dalla Corte, oppure ancora mediante il rivio del caso dinanzi ad una commissione di periti medici di nuova costituzione;

— attribuzione d'interessi a decorrere dal giorno dell'infortunio e adeguamento dell'indennità alla svalutazione monetaria verificatasi nelle more del procedimento.

Sulla ricevibilità

11 La Commissione contesta la ricevibilità del ricorso in quanto esso sarebbe diretto contro una decisione puramente confermativa di una decisione precedente non impugnata. Essa deduce che il ricorso è diretto contro una decisione con cui la Commissione ha respinto il reclamo e che è stata emessa oltre il termine di 4 mesi contemplato dall'art. 90, n. 2, ultimo comma, dello Statuto, non già contro la decisione implicita di rigetto che si presume emessa allo scadere del suddetto termine.

12 Nel caso presente, l'atto che arreca pregiudizio al ricorrente è costituito dalla comunicazione 11 settembre 1979, con la quale la Commissione ha ratificato la relazione della commissione medica e notificato al ricorrente la sua decisione. A seguito della proposizione, da parte del ricorrente, di un reclamo, pervenuto alla Segreteria generale della Commissione il 12 dicembre 1979, la Commissione disponeva, per rispondere, di un termine di quattro mesi a decorrere dal deposito del reclamo, termine scaduto, in via di principio, il 12 aprile 1980. È quindi in questa data che si presume intervenuta una decisione implicita di rigetto che, a sua volta, ha fatto decorrere, a favore del

ricorrente, un termine di impugnazione di tre mesi, in conformità all'art. 91, n. 3, dello Statuto.

13 Da quanto precede risulta che l'interessato ha proposto il ricorso entro il termine d'impugnazione che ha iniziato a decorrere dal silenzio-rifiuto. L'eccezione d'irricevibilità della Commissione è pertanto basata esclusivamente sul fatto che il ricorso concerne la decisione esplicita di rigetto emessa tardivamente piuttosto che quella implicita.

14 L'argomento della Commissione va respinto perché contrastante con la buona fede cui devono ispirarsi i rapporti, anche contenziosi, tra la Commissione e i suoi dipendenti. La Commissione non può richiamarsi, per sostenere il suo punto di vista, al fatto di avere omesso di rispondere ad un reclamo entro il termine fissato dallo Statuto. Poiché la decisione 30 maggio 1980 non ha altro contenuto che la decisione implicita di rigetto precedente, è indifferente che il ricorso concerna formalmente l'una o l'altra di tali decisioni, tenuto conto del fatto che sia l'atto confermativo sia il ricorso sono anteriori alla scadenza del termine che ha iniziato a decorrere dalla decisione implicita di rigetto.

Nel merito

15 Allo scopo di pronunziarsi sulle domande formulate dal ricorrente, è opportuno precisare, innanzitutto, l'ampiezza del sindacato della Corte su una decisione come quella su cui verte la lite. La portata ed i limiti di tale controllo vanno desunti dalle disposizioni in materia del Trattato, dello Statuto del personale e della normativa specifica di cui trattasi.

16 A termini dell'art. 179 del Trattato CEE, la Corte è competente a pronunziarsi su qualsiasi controversia tra la Comunità e i suoi dipendenti «nei limiti e alle condizioni determinati dallo statuto».

17 La «Regolamentazione» adottata in base all'art. 73 dello Statuto stabilisce come segue le modalità della definizione delle controversie che possono sorgere nell'ambito dell'applicazione del regime di assicurazione contro i rischi d'infortunio e di malattia professionale:

Art. 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 d'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».

Art. 23

«1. La Commissione medica è composta di 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.

Ove, entro due mesi dalla designazione del secondo medico, non si raggiunga un accordo sulla designazione del terzo medico, quest'ultimo è scelto d'ufficio dal presidente della Corte di giustizia delle Comunità europee, su iniziativa di una delle parti.

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 od ai suoi aventi diritto».

18 Tali disposizioni hanno lo scopo di affidare a periti medici l'esame di tutte le questioni d'indole sanitaria rilevanti nel funzionamento del regime di assicurazione disciplinato dalla «Regolamentazione». Esse garantiscono a tutti i dipendenti un duplice esame da parte, innanzitutto, del medico o dei medici di fiducia dell'istituzione e successivamente, in caso di disaccordo, di una com-

missione medica composta in guisa che ciascuna delle due parti abbia il diritto di designare un medico di sua fiducia, mentre la neutralità del terzo medico è garantita dal requisito dell'accordo dei primi due sanitari nominati o, in mancanza d'accordo, dalla sua designazione da parte del presidente della Corte.

19 Il modo in cui è organizzato tale procedimento di reclamo e la cura che gli autori delle citate disposizioni hanno avuto di garantire l'equilibrio e l'obiettività delle commissioni mediche traducono l'intenzione di pervenire, in caso di controversia, alla soluzione definitiva di tutte le questioni di carattere medico in questa fase.

20 Di conseguenza, ci si può, in via di principio, avvalere dei rimedi contemplati dallo Statuto solo allo scopo di ottenere, da parte della Corte, un controllo limitato alle questioni relative alla regolarità della costituzione e del funzionamento delle commissioni di cui agli artt. 19 e 23 della «Regolamentazione». Per contro, l'esame della Corte non si può estendere alle valutazioni d'indole squisitamente medica, che devono essere considerate definitive qualora siano state effettuate in condizioni regolari.

21 È alla luce di tali considerazioni che vanno esaminate le censure formulate dal ricorrente.

22 Questi contesta, in primo luogo, la regolarità della costituzione della commissione medica, la qualificazione dei suoi membri e il fatto che questi siano realmente pervenuti ad un accordo tra loro. Il terzo membro del collegio non sarebbe stato scelto in condizioni regolari perché il suo nome sarebbe stato suggerito dal medico di fiducia della Commissione al medico designato dal ricorrente; quest'ultimo non avrebbe né autorizzato né approvato tale scelta. Secondo il ricorrente, poi, né il medico designato dalla Commissione né il terzo membro del collegio erano qualificati a svolgere il compito loro affidato, mentre i vari specialisti da lui consultati privatamente sono «autorità in materia di lesioni cerebrali». Infine, si sarebbe abusato della buona fede del medico da lui designato, il quale avrebbe firmato la relazione «contro il suo intimo convincimento».

13 Queste asserzioni vanno respinte perché infondate in fatto e in diritto.

14 Non è contestato che il ricorrente ha regolarmente designato il medico ch'egli aveva il diritto di nominare in base all'art. 23 della «Regolamentazione». Egli non doveva intervenire nella scelta del medico designato dalla Commissione e pertanto sono del tutto infondate le critiche da lui formulate quanto alla qualificazione di questo sanitario. Per quel che concerne la designazione del terzo medico, basta richiamarsi all'art. 23 della «Regolamentazione», a norma del quale il terzo medico è nominato «d'intesa tra i due medici suddetti». Ne deriva che il medico scelto dal ricorrente non doveva ricevere né istruzioni né approvazione da parte di quest'ultimo. Il fatto che il nome del terzo medico sia stato proposto dal medico di fiducia della Commissione è conforme alla prassi corrente in materia, poiché ciascuno dei primi due medici nominati è libero di formulare proposte quanto alla scelta del terzo; l'unico requisito stabilito in proposito dalla «Regolamentazione» è che la designazione di questo terzo medico avvenga «d'intesa» tra i primi due, e ciò si è incontestabilmente verificato nella fattispecie.

15 L'assunto che il medico designato dal ricorrente ha firmato la relazione contro il suo intimo convincimento sembra spiegarsi col fatto che nell'ambito di una precedente perizia effettuata ai fini dell'azione di risarcimento contro lo Stato lussemburghese, detto sanitario aveva valutato l'invalidità ad un grado più elevato. Tale giudizio, espresso in un altro momento e in un diverso contesto, non poteva avere l'effetto di vincolare in alcun modo il medico di cui trattasi, il quale, dopo le dichiarazioni fatte nella fase iniziale dei lavori, ha in definitiva aderito all'opinione degli altri due membri della commissione medica. Anche se egli può eventualmente avere nutrito dei dubbi, l'adozione del parere della commissione, non importa se all'unanimità o a maggioranza, costituisce una presa di posizione definitiva che non può più essere rimessa in discussione.

16 In secondo luogo, il ricorrente sostiene che gli esami effettuati dalla commissione medica sono inadeguati. Questa lo avrebbe sottoposto ad una «visita sommaria» di 30 minuti, non paragonabile alle visite approfondite cui egli si

è sottoposto privatamente; taluni esami preliminari sarebbero stati effettuati da personale paramedico; infine egli dubita che tutti i membri del collegio fossero in grado di comprendere tutte le sfumature dei referti che egli ha versato agli atti e che erano redatti in italiano.

27 Queste asserzioni non sono tali da suscitare dubbi di sorta sulla regolarità dei lavori della commissione medica. Costituisce una prassi medica corrente il far effettuare taluni esami preliminari dal personale paramedico. D'altra parte, non è contestato che la commissione aveva a sua disposizione l'intero fascicolo medico nel quale figuravano, fra l'altro, i risultati delle visite approfondite effettuate, in una precedente fase del procedimento, dai medici di fiducia della Commissione. Per il resto, la commissione medica restava esclusivamente competente a decidere la natura e la durata dell'esame corporale del ricorrente. Le competeva inoltre stabilire in quale misura si dovessero prendere in considerazione i referti prodotti dallo stesso ricorrente e risolvere i problemi di traduzione che tali documenti potevano eventualmente presentare per questo o quello dei suoi membri.

28 Il ricorrente assume infine che la commissione medica ha tenuto conto unicamente degli elementi «oggettivi» dell'invalidità, trascurando completamente i postumi «soggettivi» dell'infortunio. Il tasso del 3 % sarebbe notoriamente insufficiente per tener conto del «profondo deterioramento della psiche» del ricorrente e di una «ipocondria in relazione causale con l'infortunio». Il tasso del 15 %, indicato dal prof. Zanalda, che tiene conto, per l'appunto, del fattore soggettivo, costituirebbe la base di un indennizzo più adeguato.

29 A questo proposito è sufficiente rilevare che la commissione medica, nel fissare il grado d'invalidità nel 3 %, ha espressamente dichiarato di aver «tenuto conto dello stato di salute globale» del ricorrente. È pertanto evidente ch'essa ha considerato tutti gli aspetti del caso d'invalidità di cui trattasi e non ha ritenuto che i postumi, fisici e psichici, dell'infortunio giustifichino la fissazione di un grado d'invalidità superiore al 3 %. Tenuto conto delle considerazioni che precedono, tale giudizio va considerato definitivo.

30 Quanto alle conclusioni intese a che la Corte disponga una nuova perizia, esse vanno respinte perché esulano dall'ambito del sindacato giurisdizionale attribuito alla Corte nel caso presente.

31 Da quanto precede risulta che tutte le conclusioni e tutti gli argomenti relativi all'operato della commissione medica vanno respinti.

Sulla domanda di rivalutazione dell'indennità attribuita

32 Il ricorrente chiede infine che l'indennità versata dalla Commissione venga maggiorata degli interessi calcolati dalla data dell'infortunio e venga, secondo un metodo qualsiasi, rivalutata per tener conto del deprezzamento della moneta.

33 Come giustamente sostiene la Commissione, questa domanda è basata sulla confusione fra il risarcimento del danno nell'ambito di un'azione di responsabilità civile ed i principi vigenti nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni.

34 In base all'assicurazione contemplata dallo Statuto, l'indennità spettante in caso d'invalidità ha il carattere di un'attribuzione patrimoniale forfettaria, determinata in funzione dei postumi permanenti di un infortunio. Pertanto, possono essere chiesti interessi solo nell'ipotesi in cui l'interessato sia in grado di dimostrare che il versamento della suddetta indennità è stato indebitamente ritardato dall'amministrazione.

35 Nella fattispecie risulta che la Commissione ha offerto al ricorrente l'indennità risultante dalle clausole della polizza di assicurazione non appena le sue condizioni di salute hanno potuto essere considerate stabilizzate e gli esami appropriati sono stati conclusi. Il ricorrente, contestando tale decisione, si è assunto spontaneamente il rischio dei ritardi che la soluzione della controversia avrebbe inevitabilmente comportato. Non se ne può far carico alla Commissione.

36 Si devono pertanto respingere sia la domanda di interessi sia quella intesa alla rivalutazione dell'indennità offerta dalla Commissione.

Sulle spese

37 A norma dell'art. 69, § 2, del regolamento di procedura, il soccombente è condannato alle spese. Tuttavia, ai termini dell'art. 70 dello stesso regolamento, nelle cause promosse da dipendenti delle Comunità le spese sostenute dalle istituzioni restano a carico di queste.

Per questi motivi,

LA CORTE (Seconda Sezione)

dichiara e statuisce:

1° Il ricorso è respinto.

2° Ciascuna delle parti sopporterà le spese da essa incontrate.

Pescatore Touffait Due

Così deciso e pronunziato a Lussemburgo, il 21 maggio 1981.

Il cancelliere

A. Van Houtte

Il presidente della Seconda Sezione

P. Pescatore