Raccolta della giurisprudenza

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

13 giugno 2012 *

«Funzione pubblica — Ex funzionario — Previdenza sociale — Infortunio — Chiusura del procedimento di applicazione dell'articolo 73 dello Statuto — Applicazione nel tempo della tabella allegata alla nuova versione della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di infortunio e di malattia professionale — Durata del procedimento»

Nella causa F-31/10,

avente ad oggetto un ricorso proposto ai sensi dell'articolo 270 TFUE, applicabile al Trattato CEEA ai sensi del suo articolo 106 bis,

Christian Guittet, ex funzionario della Commissione europea, residente in Cannes (Francia), rappresentato da L. Levi, avocat,

ricorrente,

contro

Commissione europea, rappresentata da J. Currall e D. Martin, in qualità di agenti, assistiti da J.-L. Fagnart, avocat,

convenuta,

IL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA (Terza Sezione),

composto dai sigg. S. Van Raepenbusch (relatore), presidente, R. Barents e K. Bradley, giudici,

cancelliere: sig. J. Tomac, amministratore

vista la fase scritta del procedimento e in seguito all'udienza del 7 marzo 2012,

ha pronunciato la seguente

Sentenza

1 Con atto introduttivo pervenuto presso la cancelleria del Tribunale il 14 maggio 2010, il sig. Guittet, ex funzionario della Commissione europea, chiede, in particolare, l'annullamento della decisione del 27 luglio 2009 con cui l'Autorità che ha il potere di nomina (in prosieguo: l'«APN») ha concluso il

* Lingua processuale: il francese.

procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto dei funzionari dell'Unione europea (in prosieguo: lo «Statuto») e ha fissato la lesione alla sua integrità psicofisica (in prosieguo: «LIPF») al 64,5%.

Contesto normativo

Statuto

2 Ai sensi dell'articolo 73, paragrafi 1 e 2, dello Statuto:

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

2. Le prestazioni garantite sono le seguenti:

(…)

b) in caso di invalidità permanente totale:

versamento all'interessato di un capitale pari [a] otto volte il suo stipendio base annuo calcolato in base agli stipendi mensili attribuitigli nei dodici mesi precedenti l'infortunio;

c) in caso di invalidità permanente parziale:

versamento all'interessato di una parte dell'indennità prevista dalla lettera b), calcolata in base alla tabella stabilita dalla regolamentazione di cui al paragrafo 1.

(…)

Le prestazioni sopra enumerate sono cumulabili con quelle previste nel capitolo 3».

Regolamentazione di copertura adottata in applicazione dell'articolo 73 dello Statuto

Ambito di applicazione e disposizioni transitorie

3 Il 1° gennaio 2006 è entrata in vigore la regolamentazione comune alle istituzioni dell'Unione europea relativa alla copertura dei rischi di infortunio e di malattia professionale (in prosieguo: la «regolamentazione di copertura» o la «nuova regolamentazione di copertura»), prevista dall'articolo 73, paragrafo 1, dello Statuto, che ha sostituito la precedente regolamentazione comune di copertura modificata, da ultimo, il 18 luglio 1997 (in prosieguo: la «regolamentazione di copertura previgente»).

4 L'articolo 1 della regolamentazione di copertura così recita:

«La presente regolamentazione fissa, in applicazione dell'articolo 73 dello Statuto, le condizioni della copertura garantita ovunque nel mondo all'assicurato contro i rischi di infortunio e di malattia professionale.

Sono assicurati a norma della presente regolamentazione:

— il funzionario;

— l'agente temporaneo;

— l'agente contrattuale».

5 L'articolo 30 della regolamentazione di copertura prevede le seguenti disposizioni transitorie:

«[La regolamentazione di copertura previgente] è abrogata.

Essa continua tuttavia ad essere applicabile a qualsiasi progetto di decisione adottato ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, prima del 1º gennaio 2006 (…)».

6 L'articolo 31 della regolamentazione di copertura così recita:

«La [nuova regolamentazione di copertura] entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello in cui il presidente della Corte di giustizia [dell'Unione europea] constata il comune accordo delle istituzioni, previsto dall'articolo 73, paragrafo 1, dello Statuto.

Essa è applicabile a decorrere dalla stessa data».

Nozione di invalidità permanente

7 L'articolo 11 della regolamentazione di copertura, intitolato «Invalidità permanente», è così redatto:

«1. La misurazione dell'invalidità permanente totale o parziale è data dalla [LIPF] stabilita dalla tabella europea di valutazione delle lesioni all'integrità psicofisica, di cui all'allegato A della presente regolamentazione.

Si applicano le modalità pratiche di uso della tabella di cui all'allegato B.

(…)

2. In caso di invalidità permanente totale dell'assicurato risultante da un infortunio o da una malattia professionale, la [LIPF] è del 100% e gli viene corrisposto il capitale contemplato dall'articolo 73, paragrafo 2, lettera b), dello Statuto.

3. In caso di invalidità permanente parziale dell'assicurato risultante da un infortunio o da una malattia professionale, gli viene versato il capitale contemplato dall'articolo 73, paragrafo 2, lettera c), dello Statuto, il cui importo è fissato in base alle percentuali previste dalla tabella (…).

4. La lesione di membra od organi già infermi è indennizzata soltanto in misura pari alla differenza tra lo stato precedente e quello successivo all'infortunio.

5. (...)

6. L'indennità totale spettante per più invalidità originate dallo stesso infortunio si calcola addizionando le singole indennità, senza che tuttavia si possa superare né il capitale integrale dovuto per l'invalidità permanente totale, né la somma parziale garantita per la perdita totale o la perdita completa della funzionalità dell'arto o dell'organo leso».

8 L'articolo 12 della regolamentazione di copertura previgente prevedeva quanto segue:

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

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

Indennità complementare

9 L'articolo 13 della regolamentazione di copertura prevede che, su parere dei medici designati dalle istituzioni o della commissione medica di cui all'articolo 22, viene concessa all'assicurato un'indennità complementare all'invalidità permanente parziale per il danno estetico, il danno sessuale (esclusa la riproduzione), i dolori eccezionali senza connotati oggettivi ma medicalmente plausibili, il danno alle attività di svago specifiche dell'assicurato. Tale indennità è stabilita in base alla tabella di valutazione dei danni particolari specifici che figura all'allegato C della regolamentazione di copertura.

Norme di procedura

10 L'articolo 18 della regolamentazione di copertura dispone che le decisioni relative al riconoscimento dell'origine infortunistica di un avvenimento, oppure al riconoscimento dell'origine professionale della malattia, nonché alla determinazione del grado di invalidità permanente, sono adottate dall'APN con la procedura prevista dall'articolo 20 della stessa regolamentazione, in base alle conclusioni formulate dal medico o dai medici designati dalle istituzioni e, se l'assicurato lo richiede, previa consultazione della commissione medica di cui all'articolo 22 della detta regolamentazione.

11 Ai sensi dell'articolo 19, paragrafo 3, della regolamentazione di copertura, intitolato «Consolidamento delle lesioni»:

«La decisione che fissa il grado di invalidità è adottata dopo che le lesioni subite dall'assicurato si sono consolidate. I postumi dell'infortunio o della malattia professionale sono consolidati quando si sono stabilizzati o si attenueranno solo molto lentamente e in modo molto limitato. A tale scopo l'assicurato è tenuto a trasmettere un referto medico attestante il consolidamento delle sue condizioni e indicante la natura delle lesioni. Tuttavia, il medico o i medici designati dall'istituzione o la commissione medica di cui all'articolo 22 possono pronunciarsi sul consolidamento anche in assenza di tale referto medico.

(…)».

12 L'articolo 20 della regolamentazione di copertura così recita:

«1. Prima di adottare una decisione ai sensi dell'articolo 18, l'[APN] notifica all'assicurato o ai suoi aventi diritto il progetto di decisione, unitamente alle conclusioni del medico o dei medici designati dall'istituzione. L'assicurato o i suoi aventi diritto possono chiedere che la relazione medica completa sia trasmessa al loro medico di fiducia o che sia loro comunicata.

2. L'assicurato o i suoi aventi diritto possono chiedere, entro un termine di [60] giorni, che venga chiesto il parere della commissione medica di cui all'articolo 22. La richiesta di deferimento alla commissione medica deve comunicare sia il nome del medico rappresentante l'assicurato o i suoi aventi diritto, che la sua relazione che precisa le questioni mediche contestate al medico o ai medici designati dall'istituzione ai fini dell'applicazione delle disposizioni della presente regolamentazione.

3. Se alla scadenza del predetto termine non è stata presentata alcuna domanda di consultazione della commissione medica, l'[APN] adotta una decisione identica al progetto notificato».

13 L'articolo 20, primo comma, della regolamentazione di copertura previgente prevedeva quanto segue:

«La decisione che fissa il grado di invalidità è adottata dopo che le lesioni subite dal funzionario hanno assunto carattere definitivo. A tale scopo il funzionario è tenuto a trasmettere un referto medico attestante la guarigione o il consolidamento delle sue condizioni e indicante la natura delle lesioni».

14 Ai sensi dell'articolo 22 della regolamentazione di copertura, intitolato «Commissione medica»:

«1. La commissione medica è composta di tre medici designati:

— il primo, dall'assicurato o dai suoi aventi diritto;

— il secondo, dall'[APN];

— 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, su iniziativa di una delle parti.

Indipendentemente dal modo di designazione, il terzo medico deve possedere una competenza comprovata in materia di valutazione e di risarcimento del danno fisico.

2. L'istituzione conferisce alla commissione medica il mandato, che concerne le questioni di tipo medico sollevate dalla relazione del medico rappresentante l'assicurato o i suoi aventi diritto e da altre pertinenti relazioni mediche comunicate ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 2.

Gli onorari e le spese accessorie dei medici che compongono la commissione medica sono fissati conformemente ad una tabella stabilita dai capi di amministrazione delle istituzioni (…), secondo la complessità della pratica sottoposta alla commissione medica.

Prima di confermare alla commissione medica il mandato, l'istituzione comunica all'assicurato o ai suoi aventi diritto gli onorari e le spese che possono eventualmente restare a loro carico ai sensi del paragrafo 4. L'assicurato o i suoi aventi diritto non possono in alcun caso ricusare il terzo medico a causa dell'importo degli onorari e delle spese che richiede. Possono comunque rinunciare in qualsiasi momento al deferimento alla commissione medica. In tal caso gli onorari e le spese accessorie del medico designato dall'assicurato o dai suoi aventi diritto, nonché la metà degli onorari e delle spese accessorie del terzo medico, restano a carico dell'assicurato o dei suoi aventi diritto per la parte di lavori svolta.

L'assicurato o i suoi aventi diritto restano debitori al loro medico delle somme con lui concordate, indipendentemente da ciò che accetta di pagare l'istituzione.

3. La commissione medica esamina in modo collegiale tutti i documenti disponibili che possono esserle utili per le sue valutazioni e decide a maggioranza. Spetta alla commissione medica definire la propria procedura e le proprie modalità di funzionamento. Il terzo medico è incaricato delle funzioni di segreteria e della redazione della relazione. La commissione medica ha facoltà di chiedere esami complementari e di consultare esperti al fine di completare la pratica o di ottenere pareri utili a portare a termine il proprio compito.

La commissione medica può fornire pareri di natura medica unicamente in merito ai fatti che è chiamata ad esaminare o che le sono stati comunicati.

Se la commissione medica, il cui compito si limita all'aspetto puramente medico della pratica, ritiene di trovarsi in presenza di un contenzioso di tipo giuridico, si dichiara incompetente al riguardo.

Al termine dei lavori la commissione medica raccoglie le proprie conclusioni in una relazione indirizzata all'[APN].

In base a tale relazione l'[APN] notifica all'assicurato o ai suoi aventi diritto la propria decisione unitamente alle conclusioni della commissione medica. L'assicurato o i suoi aventi diritto possono chiedere che la relazione completa della commissione sia trasmessa al loro medico di fiducia o che sia loro comunicata.

4. Le spese di funzionamento della commissione medica sono a carico dell'istituzione di appartenenza dell'assicurato.

Tuttavia, se il parere della commissione medica risulta conforme al progetto di decisione dell'[APN], l'assicurato o i suoi aventi diritto sono tenuti a sostenere gli onorari e le spese accessorie del medico da essi designato, nonché la metà degli onorari e delle spese accessorie del terzo medico, con la parte restante a carico dell'istituzione.

(…)».

15 L'articolo 23 della regolamentazione di copertura previgente, relativo alla commissione medica, disponeva quanto segue:

«1. La commissione medica è composta di tre medici designati:

— il primo, dall'[APN],

— 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 (…), su iniziativa di una delle parti.

Al termine dei lavori la commissione medica raccoglie le proprie conclusioni in una relazione indirizzata all'[APN] e al funzionario od ai suoi aventi diritto.

2. Le spese relative ai lavori della commissione medica sono a carico dell'istituzione di appartenenza del funzionario.

Qualora il medico designato dall'interessato risieda fuori della sede di servizio di quest'ultimo, il supplemento d'onorari conseguente a tale designazione è a carico del funzionario, ad eccezione delle spese di viaggio in prima classe ferroviaria o in classe economica aerea che sono rimborsate dall'istituzione. La presente disposizione non è applicabile quando si tratti di un infortunio occorso nell'esercizio o in occasione dell'esercizio delle funzioni, o sul tragitto verso il posto di lavoro, o di una malattia professionale.

Se il parere della commissione medica risulta conforme al progetto di decisione dell'[APN] notificato al funzionario o ai suoi aventi diritto ai sensi dell'articolo 21, gli stessi sono tenuti a sostenere gli onorari e le spese accessorie del medico da essi designato, nonché la metà degli onorari e delle spese accessorie del terzo medico, con la parte restante a carico dell'istituzione, salvo che si tratti di un infortunio occorso nell'esercizio o in occasione dell'esercizio delle funzioni, o sul tragitto verso il posto di lavoro.

Tuttavia, in casi eccezionali e con decisione dell'[APN] adottata dopo avere sentito il parere del medico da essa designato, tutte le spese menzionate ai paragrafi precedenti possono essere a carico dell'istituzione».

Fatti

16 L'8 dicembre 2003 il ricorrente subiva un grave incidente, che ne comportava il collocamento in stato di invalidità, ai sensi dell'articolo 78 dello Statuto, a decorrere dal 1º luglio 2005.

17 In seguito alla denuncia di infortunio presentata dalla moglie del ricorrente, la Commissione avviava un procedimento ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto.

18 Il 10 aprile 2005, il medico designato dall'istituzione redigeva una relazione intermedia ai fini della fissazione di un'indennità provvisoria. In detta relazione egli sosteneva che, al momento del consolidamento delle lesioni, il tasso di invalidità permanente sarebbe stato pari quantomeno al 20%.

19 Il 30 maggio 2005 il ricorrente si rivolgeva all'Ufficio di «gestione e liquidazione dei diritti individuali» (in prosieguo: il «PMO»), chiedendogli di riesaminare la pratica, al fine di fissare la frazione non controversa del tasso di invalidità permanente «ad un livello più rispondente alla realtà».

20 Il PMO accoglieva tale domanda del ricorrente e chiedeva al medico designato dall'istituzione di fissare con precisione la frazione non controversa del tasso di invalidità permanente tenendo conto, se del caso, degli argomenti addotti dal ricorrente a favore di un tasso più elevato.

21 In una seconda relazione intermedia, datata 1º luglio 2005, il medico designato dall'istituzione dichiarava che la frazione non controversa del tasso di invalidità permanente poteva essere fissata al 40%.

22 Sulla base di tale relazione, con decisione dell'8 agosto 2005 il PMO concedeva al ricorrente un'indennità provvisoria di EUR 381 812,22. Il ricorrente riceveva il pagamento di tale indennità nel novembre 2005.

23 Nel frattempo, per quanto attiene al consolidamento delle lesioni, il ricorrente aveva trasmesso al PMO una relazione, redatta il 28 giugno 2005 dal suo medico di fiducia, dalla quale risultava che le sue lesioni avevano assunto carattere definitivo. La Commissione afferma, senza essere contraddetta in proposito, che detta relazione è stata trasmessa al PMO il 30 giugno 2005.

24 In una relazione in data 21 settembre 2006 redatta ai sensi dell'articolo 20, paragrafo 1, della regolamentazione di copertura, il medico designato dall'istituzione constatava che i postumi dell'infortunio del ricorrente si erano consolidati a partire dal 28 giugno 2005; egli dichiarava, facendo applicazione della nuova regolamentazione di copertura, che il ricorrente presentava una percentuale di LIPF del 62%, così suddiviso: 37% per i postumi ORL (12% per la perdita auditiva, 3% per gli acufeni, 20% per le turbe dell'equilibrio e 2% per l'olfatto), 15% per i postumi reumatologici e 10% per i postumi psicoaffettivi. Affermava, inoltre, che il ricorrente soffriva di un danno estetico permanente di 3/7, che giustificava un'indennità complementare dell'1,5%.

25 Con un progetto di decisione del 7 novembre 2006, l'APN riconosceva al ricorrente, sul fondamento della relazione del medico designato dall'istituzione del 21 settembre 2006, la somma capitale di EUR 606 126,90, corrispondente ad una LIPF del 63,5%, dalla quale doveva essere dedotta l'indennità provvisoria già concessagli, ossia EUR 381 812,22. Alla fine del 2006, il ricorrente percepiva, quindi, un versamento di EUR 224 314,68, a saldo dell'indennità provvisoria già corrisposta.

26 Non condividendo il progetto di decisione del 7 novembre 2006, con lettera del 18 gennaio 2007 il ricorrente chiedeva che fosse adita la commissione medica.

27 Poiché il medico designato dal ricorrente e quello designato dall'istituzione non avevano trovato un accordo sul nome del terzo medico che doveva concorrere a formare la commissione medica, con lettera del 5 maggio 2007 il ricorrente chiedeva al presidente della Corte di giustizia di designare d'ufficio detto medico. Il 25 luglio 2007, preso atto della designazione e dell'accettazione del proprio incarico da parte del terzo medico, il PMO gli conferiva mandato ad agire in nome della commissione medica.

28 La commissione medica si riuniva in due occasioni, il 3 gennaio e il 13 ottobre 2008; successivamente, il terzo medico redigeva una relazione in data 12 novembre 2008 (in prosieguo: la «relazione della commissione medica»).

29 La relazione della commissione medica conferma che il ricorrente presenta una percentuale di LIPF del 62% e che il danno estetico permanente di 3/7 giustifica un'indennità complementare dell'1,5%. Inoltre, vi si constata che il ricorrente soffre di un peggioramento della qualità della vita di 2/7, che giustifica un'indennità complementare dell'1%.

30 La relazione della commissione medica conferma, inoltre, la data del consolidamento delle lesioni del ricorrente, ossia il 28 giugno 2005.

31 La relazione della commissione medica era firmata dal medico designato dall'istituzione.

32 Con lettere del 2 dicembre 2008, del 21 gennaio 2009 e del 28 marzo 2009, il medico designato dal ricorrente esprimeva il proprio disaccordo con la relazione della commissione medica, che infine controfirmava e rinviava al terzo medico il 28 marzo 2009. Quanto alle conclusioni formulate in detta relazione, il medico designato dal ricorrente sosteneva che la commissione medica avrebbe dovuto utilizzare la vecchia tabella di valutazione delle LIPF, il che avrebbe condotto ad un tasso di invalidità permanente più elevato.

33 La relazione della commissione medica perveniva al PMO il 9 giugno 2009. Alla luce di tale relazione, con decisione del 27 luglio 2009 l'APN riconosceva al ricorrente una percentuale di LIPF pari in totale al 64,5% e comunicava che gli sarebbe stato corrisposto il saldo del capitale dovutogli, pari a EUR 9 543,31 e corrispondente ad una percentuale di LIPF dell'1%. La somma in questione veniva versata al ricorrente il 9 novembre 2009.

34 Avverso la decisione dell'APN del 27 luglio 2009, in data 23 ottobre 2009, il ricorrente proponeva reclamo ex articolo 90, paragrafo 2, dello Statuto. Il reclamo veniva integrato con argomentazioni dettagliate in data 8 dicembre 2009. Esso veniva respinto con decisione dell'APN del 15 febbraio 2010.

Conclusioni delle parti

35 Il ricorrente chiede che il Tribunale voglia:

— annullare la decisione dell'APN del 27 luglio 2009, con cui è stato concluso il procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto a seguito dell'incidente dell'8 dicembre 2003 riconoscendo al ricorrente una percentuale di LIPF del 64,5%;

— se necessario, annullare la decisione del 15 febbraio 2010 recante rigetto del reclamo del ricorrente;

— di conseguenza, dichiarare che la sua percentuale di LIPF deve essere fissata in base alla regolamentazione e alla tabella di valutazione in vigore il giorno dell'infortunio e sino al 1º gennaio 2006, e disporre che la domanda proposta dal ricorrente ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto venga riesaminata da una commissione medica composta in maniera imparziale, indipendente e neutra, che possa lavorare rapidamente, in condizioni di totale indipendenza e assenza di pregiudizi;

— condannare la Commissione al pagamento di interessi di mora sul capitale dovuto ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto al tasso del 12% su un periodo decorrente quantomeno dall' 8 dicembre 2004 fino al saldo completo del capitale;

— condannare la Commissione al risarcimento del danno morale subito a causa della decisione impugnata, valutato, in via di equità, in EUR 50 000;

— fissare in EUR 15 000 il risarcimento del danno materiale subito;

— condannare la Commissione all'integralità delle spese.

36 La Commissione chiede che Tribunale voglia:

— dichiarare il ricorso irricevibile o quanto meno infondato;

— statuire sulle spese secondo giustizia.

In diritto

Sull'oggetto della controversia

37 Oltre all'annullamento della decisione del 27 luglio 2009, con cui l'APN ha deciso di riconoscergli una percentuale di LIPF del 64,5% (in prosieguo: la «decisione del 27 luglio 2009»), il ricorrente chiede l'annullamento della decisione del 15 febbraio 2010 che ne ha respinto il reclamo. A tal riguardo, occorre rammentare che la domanda di annullamento formalmente diretta contro il provvedimento di rigetto di un reclamo comporta come effetto che il Tribunale sia chiamato a conoscere dell'atto contestato con il reclamo, laddove essa sia, come tale, priva di contenuto autonomo (v., in tal senso, sentenza della Corte del 17 gennaio 1989, Vainker/Parlamento, 293/87, punto 8; sentenza del Tribunale di primo grado del 6 aprile 2006, Camós Grau/Commissione, T-309/03, punto 43).

38 Poiché, nella fattispecie, la domanda di annullamento diretta contro la decisione di rigetto del reclamo proposto contro la decisione del 27 luglio 2009 è priva di contenuto autonomo, il ricorso deve essere considerato formalmente diretto contro quest'ultima decisione.

Sulla domanda di annullamento

39 A sostegno della domanda di annullamento, il ricorrente deduce otto motivi, concernenti:

— il primo, l'illegittimità della tabella di valutazione delle LIPF che gli è stata applicata;

— il secondo, la violazione della convenzione conclusa tra la Comunità europea ed una società di assicurazioni, nonché la violazione dell'articolo 73 dello Statuto, in quanto la Commissione avrebbe fatto prevalere gli interessi «degli assicuratori»;

— il terzo, la violazione del termine ragionevole, del principio di buona amministrazione e del dovere di sollecitudine;

— il quarto, la violazione dei principi di certezza del diritto e di irretroattività, nonché la violazione dei diritti quesiti;

— il quinto, l'inopponibilità della nuova regolamentazione di copertura;

— il sesto, l'irregolarità della designazione del terzo medico della commissione medica e la violazione del principio di buona fede;

— il settimo, la violazione dei principi di collegialità, indipendenza, imparzialità e neutralità ai quali deve informarsi l'attività della commissione medica;

— l'ottavo, la violazione da parte della commissione medica del proprio mandato, un errore manifesto che inficerebbe la relazione della commissione medica e l'irregolare motivazione della stessa.

40 Appare opportuno esaminare anzitutto il quarto motivo, concernente la violazione dei principi della certezza del diritto e di irretroattività, nonché la violazione dei diritti quesiti.

Sul motivo concernente la violazione dei diritti quesiti e la violazione dei principi della certezza del diritto e di irretroattività

– Sulla ricevibilità del motivo

41 La Commissione sostiene l'irricevibilità di tale motivo. Infatti, esso sarebbe già stato dedotto dal ricorrente nel reclamo da questi precedentemente proposto nell'ambito del primo procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto. Orbene, tale reclamo, secondo la Commissione, sarebbe stato oggetto di una decisione di rigetto del 31 luglio 2006 che, non essendo stata impugnata, sarebbe divenuta definitiva.

42 Tuttavia, è indubbio né è peraltro contestato dalla Commissione che la decisione del 27 luglio 2009 sia un atto che arreca pregiudizio e che il rigetto del reclamo invocato dalla Commissione è anteriore a detta decisione.

43 Orbene, il ricorrente può dedurre qualsiasi motivo, argomento o fatto idoneo a rimettere in discussione la legittimità di un atto recante pregiudizio, anche qualora abbia già invocato il medesimo motivo, argomento o fatto a sostegno di un precedente reclamo riguardante un atto diverso (v., in tal senso, sentenza del Tribunale del 14 settembre 2011, A/Commissione, F-12/09, punto 136, oggetto di impugnazione pendente dinanzi al Tribunale dell'Unione europea, causa T-595/11 P).

– Sul merito del motivo

44 Ai sensi degli articoli 30 e 31 della nuova regolamentazione di copertura, la regolamentazione di copertura previgente è abrogata e la nuova regolamentazione entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello in cui il presidente della Corte di giustizia constati il comune accordo delle istituzioni, previsto dall'articolo 73, paragrafo 1, dello Statuto, ed è applicabile a decorrere da tale data. Nella specie, poiché il comune accordo delle istituzioni previsto dall'articolo 73, paragrafo 1, dello Statuto è stato constatato dal presidente della Corte di giustizia il 13 dicembre 2005, la nuova regolamentazione di copertura è entrata in vigore il 1º gennaio 2006. L'articolo 30, secondo comma, della nuova regolamentazione di copertura precisa, tuttavia, che la regolamentazione di copertura previgente, la quale deve essere intesa come comprensiva della tabella di valutazione delle LIPF ad essa allegata, «continua ad essere applicabile a qualsiasi progetto di decisione [adottato dall'APN] prima del 1º gennaio 2006», vale a dire a qualsiasi progetto di decisione adottato prima di tale data e relativo al riconoscimento dell'origine infortunistica di un avvenimento o dell'origine professionale di una malattia, alla fissazione del grado di LIPF e all'importo del capitale corrispondente.

45 Il ricorrente sostiene che l'applicazione nei suoi confronti della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla nuova regolamentazione di copertura lede i suoi diritti maturati sotto la vigenza della regolamentazione di copertura previgente. Egli sostiene che l'infortunio, la denuncia di infortunio nonché il consolidamento delle lesioni fanno sorgere diritti quesiti in capo all'assicurato alle rispettive date. Pertanto, dal momento che l'APN non aveva ancora adottato alcun progetto di decisione nell'ambito del procedimento avviato in seguito all'incidente dell'8 dicembre 2003, avrebbe dovuto essergli applicata la tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente.

46 Il ricorrente contesta quindi la legittimità dell'articolo 30 della regolamentazione di copertura, in quanto esso prevedrebbe il mantenimento della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente per i procedimenti avviati entro il 1º gennaio 2006, data di entrata in vigore della nuova regolamentazione di copertura, solo nel caso in cui il procedimento fosse giunto, a tale data, nella fase del progetto di decisione adottato dall'APN, mentre, nel caso in cui l'infortunio, la dichiarazione di infortunio o il consolidamento delle lesioni fossero intervenuti prima del 1º gennaio 2006, si dovrebbe continuare ad applicare la regolamentazione di copertura previgente fino al termine del procedimento avviato in forza dell'articolo 73 dello Statuto.

47 A tale proposito si deve ricordare, in limine, che, secondo un principio generalmente riconosciuto, una nuova norma si applica, salvo deroghe, immediatamente alle situazioni che non si sono ancora verificate, nonché agli effetti futuri delle situazioni che si sono già verificate, ma senza essersi interamente costituite, sotto la vigenza della vecchia norma (v., in tal senso, sentenze della Corte del 15 febbraio 1978, Bauche e Delquignies, 96/77, punto 48; del 16 maggio 1979, Tomadini, 84/78, punto 21; del 5 febbraio 1981, P./Commissione, 40/79, punto 12; del 10 luglio 1986, Licata/CES, 270/84, punto 31, e del 29 gennaio 2002, Pokrzeptowicz-Meyer, C-162/00, punto 50; ordinanza della Corte del 13 giugno 2006, Echouikh, C-336/05, punto 54; sentenza della Corte del 22 dicembre 2008, Centeno Mediavilla e a./Commissione, C-443/07 P, punti 61-63; sentenze del Tribunale del 30 novembre 2006, Balabanis e Le Dour/Commissione, F-77/05, punto 39, e del 4 settembre 2008, Lafili/Commissione, F-22/07, punto 84).

48 Nella specie si deve quindi verificare se, alla data in cui è divenuta applicabile la nuova regolamentazione di copertura, ossia il 1º gennaio 2006, il ricorrente si trovasse, come da lui sostenuto, in una situazione costituitasi interamente sotto la vigenza della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente. Solo in tal caso si potrebbe effettivamente riconoscere che la tabella della nuova regolamentazione di copertura – tabella che, peraltro, non può essere considerata quale norma di procedura [v., a contrario, sentenza della Corte del 6 luglio 1993, CT Control (Rotterdam) e JCT Benelux/Commissione, C-121/91 e C-122/91, punti 22 e 23] – è stata applicata al ricorrente in modo retroattivo. In tal caso, occorrerebbe esaminare l'eccezione di

illegittimità sollevata dal ricorrente e, più in particolare, la legittimità dell'applicazione retroattiva della tabella della nuova regolamentazione di copertura, alla luce dei principi della certezza del diritto e del rispetto del legittimo affidamento.

49 Prima di esaminare tale questione, occorre sottolineare che, secondo l'articolo 12, paragrafo 2, della regolamentazione di copertura previgente, come peraltro secondo l'articolo 11, paragrafo 3, della nuova regolamentazione di copertura, il capitale di cui all'articolo 73, paragrafo 2, lettera c), dello Statuto, in caso di invalidità permanente parziale, è fissato in base alle percentuali previste dalla tabella di valutazione delle LIPF allegata a ciascuna di tali regolamentazioni.

50 Pertanto, affinché la situazione di un assicurato si sia interamente costituita sotto la vigenza della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente, deve essere dimostrato che, al più tardi il giorno precedente alla data di entrata in vigore della nuova regolamentazione di copertura, ossia il 31 dicembre 2005, la sua situazione era tale da consentire di far sorgere un diritto alla fissazione della sua LIPF in base alle percentuali previste dalla tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente.

51 A tal riguardo, va rilevato che il mero verificarsi dell'infortunio o della malattia professionale non è sufficiente a far sorgere in capo all'assicurato il diritto alla determinazione della sua LIPF.

52 È ben vero che l'articolo 73 dello Statuto prevede che il funzionario è «coperto sin dal giorno della sua entrata in servizio» contro i rischi di malattia professionale e i rischi d'infortunio. Tale disposizione prevede inoltre che le prestazioni a copertura di tali rischi sono «garantite» al funzionario.

53 Tuttavia, se pure il legislatore dell'Unione ha istituito un regime di assicurazione contro i rischi di infortunio e di malattia professionale, le istituzioni, sulla base dell'articolo 73, paragrafo 1, dello Statuto, hanno subordinato la concessione del diritto alle prestazioni assicurative in questione, e quindi il loro versamento, al rispetto di talune condizioni.

54 Infatti, ai sensi dell'articolo 20, primo comma, della regolamentazione di copertura previgente, così come peraltro ai sensi dell'articolo 19, paragrafo 3, della nuova regolamentazione di copertura, la decisione recante fissazione del grado di LIPF può essere adottata solo dopo il consolidamento delle lesioni dell'assicurato, e il consolidamento è lo stato di una vittima di infortunio le cui lesioni si siano stabilizzate in modo tale da non sembrare più suscettibili di guarigione o di miglioramento e da rendere inutile, in linea di principio, qualsiasi cura, se non per evitare un aggravamento (sentenza del Tribunale di primo grado del 21 maggio 1996, W/Commissione, T-148/95, punto 36).

55 Ciò significa che, come la Corte ha avuto modo di dichiarare nella sentenza del 14 luglio 1981, Suss/Commissione (C-186/80, punto 15; v. anche sentenza del Tribunale del 17 febbraio 2011, Strack/Commissione, F-119/07, punto 88), il diritto all'indennità di cui all'articolo 73, paragrafo 2, lettera c), dello Statuto in caso di invalidità permanente parziale, come nel caso di specie, sorge solo nel momento in cui tutte le lesioni hanno assunto carattere definitivo. Pertanto, l'assicurato dispone del diritto alla determinazione della sua LIPF solo a partire da tale momento.

56 Poiché la situazione dell'assicurato, con riguardo al diritto alla fissazione della sua percentuale di LIPF, è interamente costituita nel momento in cui le lesioni hanno assunto carattere definitivo, in linea di principio deve essergli applicata la tabella di valutazione delle LIPF vigente alla data di tale consolidamento.

57 Si deve sottolineare d'altronde che, contrariamente a quanto sostenuto dalla Commissione, la situazione dell'assicurato in materia di copertura contro i rischi di infortunio o di malattia professionale si distingue nettamente da quella del vincitore di un concorso in materia di diritto all'inquadramento nel grado, oggetto della sentenza Centeno Mediavilla e a./Commissione, citata supra (punti 63-68). Infatti, l'inquadramento nel grado del vincitore di un concorso è subordinato alla

nomina dell'interessato. Orbene, l'amministrazione dispone di un ampio potere discrezionale quanto alla nomina dei vincitori di un concorso, potere derivante dal fatto che la normativa non prevede che i vincitori di un concorso godano, in quanto tali, del diritto di essere nominati. Al contrario, il risarcimento dell'assicurato a seguito di infortunio o di malattia professionale non dipende da una scelta operata dall'amministrazione nell'esercizio di un proprio ampio potere discrezionale, bensì dalla constatazione di un'invalidità permanente in seguito al consolidamento delle lesioni.

58 È certamente vero che, come rilevato dalla Commissione, alla data in cui le lesioni hanno assunto carattere definitivo, l'assicurato è ancora creditore solo di un «debito di valore», e non di un «debito di valuta», dato che la somma dovuta viene fissata solo nel momento in cui l'APN adotta la decisione che stabilisce, sulla base delle valutazioni mediche, la percentuale di LIPF e l'importo del capitale corrispondente.

59 Tuttavia, se il credito dell'assicurato diviene liquido solo al momento della decisione dell'APN, adottata sulla base del parere del medico dell'istituzione o della commissione medica, che fissa l'importo del capitale dovuto, tale decisione, che di regola conclude il procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto, presuppone che sia stata precedentemente fissata la percentuale di LIPF dell'assicurato. Orbene, la questione che si pone nella specie è proprio quella di stabilire quale sia la tabella di valutazione delle LIPF in base alla quale il medico designato dall'istituzione e, se necessario, la commissione medica debbano valutare la LIPF di un assicurato le cui lesioni psicofisiche abbiano assunto carattere definitivo prima dell'entrata in vigore della nuova regolamentazione di copertura.

60 Infine, se la data di adozione del progetto di decisione dell'APN che fissa la percentuale di LIPF dell'assicurato e l'importo del capitale corrispondente dovesse essere considerata la data pertinente per determinare la tabella di valutazione delle LIPF applicabile, come risulta dall'articolo 30 della nuova regolamentazione di copertura, ciò potrebbe comportare l'applicazione di regole diverse a soggetti le cui lesioni hanno tuttavia assunto carattere definitivo nello stesso momento, secondo il grado di celerità di cui abbia dato prova l'amministrazione nell'esaminare le loro rispettive pratiche, e ciò non senza rischio di arbitrio (v., con riguardo alla determinazione del diritto applicabile in materia di liquidazione di diritti a pensione complementare, sentenza del Tribunale dell'Unione europea del 18 ottobre 2011, Purvis/Parlamento, T-439/09, punti 39 e 40).

61 Nella specie, dagli atti e, in particolare, dal referto del medico designato dall'istituzione del 21 settembre 2006 risulta che la data in cui le lesioni del ricorrente hanno assunto carattere definitivo è stata fissata al 28 giugno 2005. Pertanto, a decorrere da tale data il ricorrente aveva diritto a che la sua percentuale di LIPF fosse calcolata in base alla tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura dei rischi di infortunio e di malattia professionale all'epoca vigente, vale a dire secondo la tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente.

62 In base alle suesposte considerazioni, risulta che l'articolo 30 della regolamentazione di copertura, nella parte in cui prevede l'applicazione della tabella allegata a detta regolamentazione, in mancanza di un progetto di decisione dell'APN che fissi la percentuale di LIPF, agli assicurati, vittime di infortunio o di malattia professionale, le cui lesioni abbiano assunto carattere definitivo prima della data della sua entrata in vigore, ossia il 1º gennaio 2006, riguarda, per quanto concerne tali assicurati, situazioni costituitesi interamente sotto la vigenza della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente. Pertanto, a tal riguardo, l'articolo 30 della regolamentazione di copertura attribuisce una portata retroattiva alla tabella ad essa allegata.

63 Orbene, il principio della certezza del diritto vieta, in generale, di fissare l'inizio della validità di un atto giuridico dell'Unione ad una data precedente alla sua entrata in vigore (v., in tal senso, sentenza della Corte del 22 novembre 2001, Paesi Bassi/Consiglio, C-110/97, punto 151 e giurisprudenza ivi citata).

64 Tuttavia, a tale principio può derogarsi eccezionalmente nel caso in cui lo richieda l'obiettivo perseguito e venga tenuto debito conto del legittimo affidamento degli interessati (sentenze della Corte del 25 gennaio 1979, Racke, 98/78, punto 20; del 13 novembre 1990, Fedesa e a., C-331/88, punto 45, e Paesi Bassi/Consiglio, cit., punto 151).

65 Nella specie non sembrano sussistere i presupposti menzionati al punto precedente. Anzitutto, la Commissione non ha dimostrato l'esistenza di uno scopo tale da richiedere l'applicazione retroattiva della nuova regolamentazione di copertura. A tale proposito, l'argomento relativo alle carenze della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente, la quale, per riprendere i termini delle *Informations administratives* n. 91-2005 del 19 dicembre 2005, che annunciavano ai dipendenti della Commissione l'entrata in vigore della nuova regolamentazione di copertura, sarebbe «antiquata, difficile da utilizzare e priva di dimensione europea» [la vecchia tabella era la «Tabella ufficiale belga delle invalidità» (BOBI)], non spiega in maniera convincente i motivi per i quali, al fine di conseguire l'obiettivo di modernizzazione di detta tabella, fosse necessario attribuirle una portata retroattiva.

66 Inoltre, l'applicazione della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla nuova regolamentazione di copertura ad assicurati, vittime, prima dell'entrata in vigore, in data 1º gennaio 2006, di tale nuova regolamentazione di copertura, di un infortunio o di una malattia professionale e le cui lesioni abbiano assunto carattere definitivo prima della medesima data, ha necessariamente violato il legittimo affidamento di detti assicurati.

67 Anche ammesso che, come ha osservato la Commissione all'udienza, l'applicazione della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla nuova regolamentazione di copertura possa condurre, secondo la natura delle lesioni considerate, sia ad un aumento della copertura del rischio di infortunio o di malattia professionale che ad una sua riduzione, a differenza della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente, l'unità e l'applicazione uniforme di una regolamentazione di copertura dei rischi di infortunio e di malattia professionale adottata di comune accordo dalle istituzioni implicano, in linea di principio, che tale regolamentazione debba entrare in vigore alla stessa data per tutte le istituzioni e per tutti i loro dipendenti, salvo diversa disposizione intesa, appunto, a tutelare i diritti maturati sotto la vigenza della vecchia regolamentazione (v., per analogia, sentenza Racke, cit., punto 16). È pur vero che, qualora la nuova regolamentazione di copertura sia più favorevole agli assicurati, non si può vietare alle istituzioni di estenderne il beneficio a situazioni sorte e costituitesi definitivamente sotto la vigenza della vecchia regolamentazione di copertura. Tuttavia, nella nuova regolamentazione di copertura non figura alcuna disposizione transitoria in tal senso.

68 Da tutto quanto precede risulta che la nuova regolamentazione di copertura deve essere dichiarata illegittima nella parte in cui prevede l'applicazione della tabella ad essa allegata agli assicurati vittime di infortunio o di malattia professionale le cui lesioni abbiano assunto carattere definitivo prima della sua entrata in vigore.

69 La tabella di valutazione delle LIPF allegata alla nuova regolamentazione di copertura è stata quindi applicata erroneamente dalla commissione medica, allorché essa ha redatto la relazione del 9 giugno 2009, e successivamente dall'APN, allorché ha adottato la decisione del 27 luglio 2009. Pertanto, occorre annullare per tale motivo la decisione del 27 luglio 2009, senza necessità di statuire, nell'ambito della presente domanda di annullamento, sugli altri motivi dedotti dal ricorrente.

Sulla domanda risarcitoria

70 Il ricorrente invoca l'esistenza di tre danni distinti: un danno che giustificherebbe il pagamento di interessi di mora, un danno materiale e un danno morale.

Sul pagamento degli interessi di mora

71 Il ricorrente chiede al Tribunale di condannare la Commissione al pagamento degli interessi di mora sul capitale ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto.

72 Il ricorrente non precisa, nella parte delle sue memorie relative a detta domanda risarcitoria, su quali carenze sia basata la sua richiesta. Tuttavia, egli afferma, più in generale, che la responsabilità della Commissione andrebbe dichiarata sulla base degli illeciti invocati a sostegno della domanda di annullamento.

73 Tenuto conto dei motivi e delle censure dedotti dal ricorrente a tale riguardo, è evidente che questi intende fondare la sua domanda di pagamento degli interessi di mora sulla censura relativa al fatto che l'amministrazione non avrebbe adottato una decisione entro un termine ragionevole.

74 Si deve quindi esaminare se il termine di adozione della decisione del 27 luglio 2009 sia stato irragionevole.

75 Anzitutto, occorre rammentare che l'articolo 20 della regolamentazione di copertura previgente prevede che l'assicurato deve trasmettere una relazione medica attestante il consolidamento del suo stato, affinché l'APN possa adottare una decisione che fissa la percentuale di LIPF.

76 Orbene, nella specie, è solo con la relazione del 28 giugno 2005 redatta da un medico scelto dal ricorrente e trasmessa al PMO il 30 giugno 2005 che quest'ultimo è stato informato del consolidamento delle lesioni del ricorrente, intervenuto il 28 giugno 2005.

77 Pertanto, per quanto riguarda il periodo compreso tra l'8 dicembre 2003, data dell'incidente, e il 30 giugno 2005, data in cui il PMO ha ricevuto il referto del medico designato dal ricorrente relativo al consolidamento delle lesioni, il tempo così trascorso è imputabile, almeno per la maggior parte, al ricorrente.

78 Inoltre, il termine di circa quindici mesi al termine del quale il medico designato dall'istituzione ha redatto la sua relazione, in data 21 settembre 2006, destinata all'APN, non appare irragionevole. Infatti, detto medico ha basato la sua valutazione su sei esami complementari effettuati in tale periodo e rientranti in almeno quattro diverse specialità mediche (psichiatria, oftalmologia, reumatologia, otorinolaringoiatria).

79 Inoltre, il progetto di decisione dell'APN del 7 novembre 2006 che fissa la percentuale di LIPF e l'importo del capitale conseguentemente concesso è stato comunicato al ricorrente il 21 novembre dello stesso anno, vale a dire entro il termine di tre mesi a decorrere dalla data della relazione del medico designato dall'istituzione, il che non appare irragionevole.

80 Essendo in disaccordo con il progetto di decisione dell'APN del 7 novembre 2006 che fissa la percentuale di LIPF e l'importo del risarcimento, il ricorrente, con lettera del 18 gennaio 2007, ha chiesto che fosse adita la commissione medica.

81 Poiché il medico designato dal ricorrente e quello designato dall'istituzione non avevano trovato un accordo sul nome del terzo medico che doveva concorrere a formare la commissione medica, con lettera del 5 maggio 2007 il ricorrente ha chiesto al presidente della Corte di giustizia di designarlo d'ufficio.

82 Il 25 luglio 2007, preso atto della designazione e dell'accettazione dell'incarico da parte del terzo medico, il PMO gli ha conferito mandato ad agire in nome della commissione medica.

83 Pertanto, il termine trascorso tra la data del progetto di decisione del 7 novembre 2006 e il 25 luglio 2007, data in cui la commissione medica ha potuto iniziare i lavori, risulta dagli sviluppi stessi del procedimento e non è imputabile all'inerzia della Commissione.

84 Inoltre, la relazione della commissione medica è stata redatta il 12 novembre 2008, vale a dire circa quindici mesi dopo che la commissione medica ha potuto iniziare i lavori. Tenuto conto delle circostanze del caso di specie, un termine siffatto non appare irragionevole.

85 Infatti, una prima relazione della commissione medica, certamente non completa, è stata redatta dal terzo medico il 10 gennaio 2008, in seguito alla prima riunione della commissione medica, tenutasi il 3 gennaio precedente. Tuttavia, tale relazione ha dato luogo a vari scambi di lettere, tra le quali una del medico designato dal ricorrente, due del ricorrente stesso e una del medico designato dall'istituzione.

86 Nella relazione del 12 novembre 2008 redatta a nome della commissione medica, il terzo medico ha dichiarato, in particolare, che una delle lettere del ricorrente era accompagnata da «numerosi e voluminosi allegati» relativi alle attività extraprofessionali del ricorrente. Inoltre, in riferimento al fatto che in una lettera del 28 febbraio 2008 il ricorrente aveva presentato nuove osservazioni riguardo all'assistenza di una terza persona, il terzo medico ha precisato quanto segue:

«[P]ersonalmente, sono rimasto sorpreso dalla voluminosità della sua domanda, considerate le doglianze espresse durante la prima [riunione], e tenuto conto anche delle domande precise che gli abbiamo rivolto in occasione di questa prima [riunione] (…)».

87 Sebbene non si possa contestare ad un assicurato, nell'ambito di un procedimento ex articolo 73 dello Statuto, di avere fatto pervenire alla commissione medica tutta la documentazione o tutte le osservazioni che questi ritenga necessarie per consentirle di pronunciarsi, è evidente che la produzione di documenti voluminosi, nonché la comunicazione, nel corso del procedimento, di nuove osservazioni relative a questioni già esaminate concorrono ad allungare il termine di adozione della decisione conclusiva del procedimento.

88 Peraltro, sempre nella relazione medica del 12 novembre 2008, il terzo medico ha dichiarato che era stato difficile concordare, in particolare con il medico designato dal ricorrente, una data per una seconda riunione della commissione medica, e che tale riunione aveva potuto tenersi solo il 13 ottobre 2008.

89 È vero che, in una lettera del 2 dicembre 2008, il medico designato dal ricorrente ha affermato che aveva proposto le date del 26 e 29 settembre 2008 per la riunione della commissione medica e che tali date non si confacevano agli altri membri della stessa. Tuttavia, queste iniziative del medico designato dal ricorrente non possono esentarlo dalla sua parte di responsabilità per l'allungamento del termine necessario alla fissazione della data della seconda riunione della commissione medica.

90 Pertanto, alla luce delle considerazioni che precedono, il termine di circa quindici mesi trascorso tra il 25 luglio 2005, data in cui la commissione medica ha potuto iniziare i lavori, e il 12 novembre 2008, data della relazione della commissione medica, non appare irragionevole.

91 Inoltre, la relazione medica è stata comunicata al PMO solo il 9 giugno 2009, vale a dire circa sette mesi dopo che il terzo medico ha redatto tale relazione. Tuttavia, detto termine si spiega, almeno in parte, con il fatto che il medico designato dal ricorrente ha chiesto anzitutto al terzo medico incaricato di redigere la relazione della commissione medica, con lettere del 2 dicembre 2008 e del 21 gennaio 2009, la modifica della relazione – con il contenuto sul quale gli altri due membri della commissione concordavano – e, non avendola ottenuta, ha restituito la relazione corredata della sua firma solo il 28 marzo 2009.

92 Infine, sulla base della relazione della commissione medica pervenutale il 9 giugno 2009, l'APN ha adottato la decisione del 27 luglio 2009 e l'ha comunicata al ricorrente, il quale ne ha preso conoscenza il 9 agosto 2009. Il termine di due mesi trascorso tra il 9 giugno 2009, data in cui l'APN ha ricevuto la relazione della commissione medica, e il 9 agosto 2009, data in cui essa ha trasmesso al ricorrente la decisione del 27 luglio 2009, non appare irragionevole.

93 Pertanto, nessuno dei termini trascorsi tra le varie fasi del procedimento conclusosi con la decisione del 27 luglio 2009 appare irragionevole.

94 Inoltre, tenuto conto dell'effetto cumulativo di tutti i suddetti termini e della parte imputabile a ritardi dell'amministrazione, dagli elementi menzionati ai punti precedenti emerge che la decisione del 27 luglio 2009 non è stata adottata entro un termine irragionevole (v., in tal senso, sentenza del Tribunale del 13 gennaio 2010, A e G/Commissione, F-124/05 e F-96/06, punto 394).

95 Da quanto precede risulta che occorre respingere le conclusioni del ricorrente dirette ad ottenere la condanna della Commissione al pagamento di interessi di mora sul capitale già versato.

96 Tuttavia, il ricorrente sembra includere nel capitale sulla cui base devono essere calcolati gli interessi non solo il capitale già versato, ma anche il capitale supplementare che, a suo parere, gli verrà corrisposto sulla base della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente.

97 Per quanto riguarda le conclusioni dirette ad ottenere il pagamento di interessi di mora sugli importi supplementari che sarebbero dovuti al ricorrente per effetto dell'applicazione della tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente, tale pagamento presuppone non solo che sia stato dimostrato con sufficiente certezza che il ricorrente può beneficiare di una percentuale di LIPF superiore a quella che gli è stata riconosciuta con la decisione del 27 luglio 2009, ma altresì che la percentuale di LIPF di cui egli beneficerà in base a detta tabella sia già stata fissata. Tuttavia, così non è. Pertanto, quand'anche si potesse ritenere che il ricorrente abbia presentato una domanda in tal senso, essa sarebbe prematura e andrebbe quindi respinta.

Sul danno materiale

98 Il ricorrente include nel danno materiale che avrebbe subito le spese connesse al funzionamento della commissione medica, quelle connesse alla ripresa dei lavori di detta commissione a seguito dell'annullamento della decisione del 27 luglio 2009, nonché le spese e gli onorari del suo consulente per la fase precedente al ricorso.

99 Per quanto riguarda le spese connesse al funzionamento della commissione medica, esse includono gli onorari del medico designato dal ricorrente, spese di viaggio e spese diverse. Il ricorrente valuta il totale di tali spese in EUR 5 500.

100 Tuttavia, il ricorrente non rinvia nelle sue memorie ad alcun documento del fascicolo atto a giustificare tale importo.

101 Orbene, secondo la giurisprudenza, il pregiudizio di cui si chiede il risarcimento deve essere reale e certo, il che spetta alla parte ricorrente dimostrare (v., ad esempio, sentenza della Corte del 9 novembre 2006, Agraz e a./Commissione, C-243/05 P, punto 27).

102 Inoltre, il ricorso non offre alcun mezzo di prova su questo punto. Orbene, ai sensi dell'articolo 39, paragrafo 1, lettera e), del regolamento di procedura del Tribunale, il ricorso contiene, se del caso, le offerte di prova.

103 In mancanza degli elementi di prova menzionati ai punti precedenti, si deve concludere che il ricorrente non ha dimostrato l'entità del danno asserito, mentre avrebbe potuto farlo, trattandosi di pagamenti che ha già effettuato. Occorre quindi respingere la domanda risarcitoria del ricorrente relativa alle spese di funzionamento della commissione medica.

104 Per quanto concerne le spese connesse alla ripresa dei lavori della commissione medica, spetterà all'APN, al termine del procedimento avviato ex novo a seguito della presente sentenza di annullamento, adottare una decisione in merito all'accollo delle spese relative ai lavori della commissione medica. Al momento è quindi prematuro pronunciarsi su tale parte del danno.

105 Quanto alle spese e agli onorari del consulente del ricorrente per la fase precedente al ricorso, si deve ricordare che lo svolgimento del procedimento precontenzioso, quale previsto dallo Statuto, non implica che il funzionario sia rappresentato in tale fase, e la contropartita di tale situazione consiste, secondo costante giurisprudenza, nel fatto che l'amministrazione non deve interpretare i reclami o le domande in modo restrittivo, ma al contrario deve esaminarli con spirito di apertura. Pertanto, si deve rilevare che nell'ambito di un ricorso per risarcimento danni, salvo circostanze eccezionali, un funzionario non può ottenere il rimborso delle spese e degli onorari dei suoi consulenti per la fase precontenziosa. Orbene, nulla nel fascicolo consente di dimostrare l'esistenza di circostanze eccezionali (sentenza del Tribunale di primo grado del 10 dicembre 2008, Nardone/Commissione, T-57/99, punti 139 e 140).

106 Da quanto precede risulta che occorre respingere le conclusioni dirette ad ottenere la condanna della Commissione al risarcimento del danno materiale.

Sul danno morale

107 Nella fattispecie, il ricorso non dimostra che il danno morale di cui il ricorrente chiede il risarcimento non possa essere integralmente indennizzato con l'annullamento della decisione del 27 luglio 2009 e con i provvedimenti che l'APN dovrà adottare a seguito di tale annullamento.

108 Anzitutto, l'illecito rilevato dal Tribunale e consistente nella violazione dei diritti quesiti non è di gravità tale da giustificare la concessione di un risarcimento del danno morale.

109 Inoltre, il ricorrente si limita a contestare alla Commissione il modo, a suo parere indegno, in cui sarebbe stato trattato durante il procedimento ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto e, successivamente, durante la fase precontenziosa.

110 Tuttavia, dagli atti non risulta che la decisione del 27 luglio 2009, né peraltro il rigetto del reclamo del 16 febbraio 2010, contengano esplicite valutazioni negative delle capacità del ricorrente tali da offenderlo. Lo stesso può dirsi per la relazione della commissione medica del 27 novembre 2008 sulla quale sono basate queste due decisioni.

111 Tuttavia, è giocoforza constatare che, per effetto della presente sentenza di annullamento, il ricorrente si trova nuovamente in attesa della chiusura definitiva del procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto a seguito dell'incidente dell'8 dicembre 2003. Tale prolungamento dell'attesa e della situazione di incertezza, provocato dall'illegittimità della decisione del 27 luglio 2009, costituisce un danno morale che dev'essere valutato ex aequo et bono in EUR 2 500.

112 A tale proposito, poiché il danno morale in questione deriva direttamente dalla decisione del 27 luglio 2009, la Commissione non può utilmente avvalersi dell'eccezione di irricevibilità fondata sul fatto che essa avrebbe già statuito, con decisione divenuta definitiva, su una domanda risarcitoria equivalente proposta dal ricorrente in forza dell'articolo 90, paragrafo 1, dello Statuto.

113 Pertanto, la Commissione dev'essere condannata a corrispondere al ricorrente la somma di EUR 2 500 a titolo di risarcimento del danno morale.

Sulle conclusioni dirette ad ottenere, sostanzialmente, una nuova valutazione della LIPF da parte di una commissione medica composta in maniera imparziale e sulla base della regolamentazione di copertura previgente

114 Secondo una giurisprudenza costante, non spetta al giudice dell'Unione rivolgere ingiunzioni all'amministrazione e fare dichiarazioni in diritto nel contesto del sindacato di legittimità fondato sull'articolo 91 dello Statuto (v., ad esempio, sentenza del Tribunale di primo grado del 12 giugno 2002, Mellone/Commissione, T-187/01, punto 16).

115 Il ricorrente chiede al Tribunale di disporre che la sua percentuale di LIPF sia valutata in base alla tabella di valutazione delle LIPF allegata alla regolamentazione di copertura previgente, e che «sia ripreso l'esame della domanda proposta dal ricorrente ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto da parte di una commissione medica composta in maniera imparziale, indipendente e neutra, che possa lavorare rapidamente, in condizioni di totale indipendenza e assenza di pregiudizi». Poiché il ricorrente mira, in tal modo, ad ottenere una dichiarazione in diritto o un'ingiunzione nei confronti dell'amministrazione, tale domanda deve essere respinta in quanto irricevibile.

116 In conclusione, la decisione del 27 luglio 2009 è annullata e la Commissione è condannata a versare al ricorrente la somma di EUR 2 500 a titolo di risarcimento del danno morale. Quanto al resto, la domanda del ricorrente deve essere respinta.

Sulle spese

117 Ai sensi dell'articolo 87, paragrafo 1, del regolamento di procedura, fatte salve le altre disposizioni del capo VIII del titolo II di tale regolamento, la parte soccombente è condannata alle spese se ne è stata fatta domanda. In forza del paragrafo 2 dello stesso articolo, per ragioni di equità, il Tribunale può decidere che una parte soccombente sia condannata solo parzialmente alle spese, o addirittura che non debba essere condannata a tale titolo.

118 Dalla suesposta motivazione risulta che la Commissione è rimasta sostanzialmente soccombente. Inoltre, il ricorrente, nelle sue conclusioni, ha espressamente chiesto che essa fosse condannata alle spese. Atteso che le circostanze del caso di specie non giustificano l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 87, paragrafo 2, del regolamento di procedura, la Commissione dovrà sopportare le proprie spese e quelle sostenute dal ricorrente.

Per questi motivi,

IL TRIBUNALE DELLA FUNZIONE PUBBLICA (Terza Sezione)

dichiara e statuisce:

1) La decisione del 27 luglio 2009 con cui si conclude il procedimento avviato ai sensi dell'articolo 73 dello Statuto dei funzionari dell'Unione europea a seguito dell'incidente occorso al sig. Guittet l'8 dicembre 2003 è annullata.

2) La Commissione europea è condannata a versare al sig. Guittet la somma di EUR 2 500.

3) Il ricorso è respinto quanto al resto.

4) La Commissione europea sopporterà le proprie spese e quelle sostenute dal sig. Guittet.

Van Raepenbusch Barents Bradley

Così deciso e pronunciato a Lussemburgo il 13 giugno 2012.

Il cancelliere
W. Hakenberg

Il presidente
S. Van Raepenbusch