

GR_GERICHTE S 2021 47 vom 8. Februar 2022

GR Gerichte, 2022-02-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_47

FR: GR_GERICHTE S 2021 47 du 8 février 2022

IT: GR_GERICHTE S 2021 47 del 8 febbraio 2022

Regeste

assicurazione complementare LCA | Krankenversicherung VVG

Erwägungen

E. 1

Oggetto di litigio sono delle prestazioni di indennità giornaliera per malattia. Questa controversia deriva da un'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie retta dalla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1; applicata nel caso di specie è la versione in vigore fino al 31 dicembre 2021) ed è di natura giuridica privata. Essa ricade nella competenza (per materia) di questo Tribunale amministrativo in qualità di Tribunale delle assicurazioni in applicazione della procedura d'azione (o petizione) giudiziaria (cfr. art. 7 del Codice di procedura civile [CPC; RS 272] in combinato disposto con l'art. 63 cpv. 2 lett. b della Legge sulla giustizia amministrativa [LGA; CSC 370.100] con riferimento al (vecchio) art. 47 [nuovo art. 85 cpv. 1] della Legge sulla sorveglianza degli assicuratori [LSA; RS 961.01]; STF 4A_20/2018 consid. 1). La competenza territoriale di questo Tribunale, adito dall'attore domiciliato a E._____, è indiscussa (cfr. art. B7 delle Condizioni generali d'assicurazione, edizione 01.06.2015 [CGA {doc. C1 convenuta}]; art. 32 cpv. 1 lett. a CPC; STF 4A_695/2011 consid. 3.1). Gli ulteriori presupposti processuali sono pure dati, per cui si entra nel merito dell'azione (cfr. art. 59 CPC). 2.1. Senza riguardo al valore litigioso si applicano le disposizioni sulla procedura semplificata (cfr. art. 243 cpv. 2 lett. f CPC). Una procedura di conciliazione non ha luogo (applicazione per analogia dell'eccezione giusta l'art. 198 lett. f CPC anche alle controversie di cui all'art. 7 CPC [DTF 138 III 558 consid. 4]). Le parti hanno rinunciato a un dibattimento conformemente all'art. 233 CPC.

- 6 - 2.2. Il giudice fonda il proprio convincimento apprezzando liberamente le prove (art. 157 CPC). In virtù dell'art. 8 CPC, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita, deve fornirne la prova. Di principio, compete dunque all'attore l'onere di provare i fatti generatori, al convenuto quelli impeditivi ed estintivi. Nei litigi derivanti da contratto d'assicurazione l'assicurato deve quindi provare i fatti a fondamento della sua pretesa assicurativa, mentre l'assicuratore deve (contro) provare gli elementi legittimanti il rifiuto o la riduzione della copertura assicurativa. Il grado della prova in relazione all'insorgere del rischio assicurato è quello della verosimiglianza preponderante, mentre per la controprova l'assicuratore deve essere in grado di sollevare dei notevoli dubbi riguardo alla presentazione dei fatti da parte dell'assicurato (cfr. DTF 130 III 321 consid. 3.1 e 3.5; TREZZINI, Commentario CPC, 2010, art. 154 pag. 699). 2.3. In questo caso vale il principio inquisitorio sociale (art. 247 cpv. 2 lett. a CPC in unione con l'art. 243 cpv. 2 lett. f CPC), che obbliga il giudice ad accertare d'ufficio i fatti. Questo principio non libera però le parti dalla responsabilità

primaria di proporre le allegazioni rilevanti e i relativi mezzi di prova, cosicché in definitiva sono loro responsabili per la proposizione in giudizio della fattispecie litigiosa, soprattutto se patrocinate da un legale – come nel caso di specie (cfr. TREZZINI, op. cit., art. 247 pag. 1096; STF 4A_439/2018 consid. 3.3 con rinvio a DTF 141 III 569 consid. 2.3.1). Secondo la massima dispositiva, inoltre, il giudice non può aggiudicare a una parte né più di quanto essa abbia domandato, né altra cosa, né meno di quanto sia stato riconosciuto dalla controparte (art. 58 CPC).

E. 3

Indipendentemente dal quesito se il caso di malattia psichica annunciato dall'attore il 2 giugno 2020 costituisca una ricaduta del primo caso annunciato il 1° febbraio 2019 o un nuovo caso, va innanzitutto chiarito se la convenuta è tenuta a pagare le indennità giornaliere anche oltre il 31 dicembre 2020 (data della fine del contratto).

- 7 -

E. 3.1

Preliminarmente si osserva che l'attore, quale beneficiario della relativa polizza d'assicurazione malattia collettiva contro la perdita di salario, ha un diritto proprio verso l'assicuratore (cfr. art. 87 vLCA) e può quindi far valere in giudizio, in proprio nome, la pretesa di indennità giornaliere (le- gittimazione attiva).

E. 3.2

La convenuta sostiene che, in base alle CGA, oltre il termine di contratto del 31 dicembre 2020 non vi sarebbe diritto a prestazioni. Secondo l'attore, invece, un'interruzione delle prestazioni prima della liquidazione del sini- stro sarebbe abusiva. Inoltre, stando ad egli le CGA non sarebbero state debitamente spiegate all'attore risp. alla datrice di lavoro, la quale in buona fede avrebbe potuto attendersi la piena copertura assicurativa per i suoi dipendenti.

E. 3.3

Indiscusso è che la qui determinante polizza n. H. _____ entrata in vigore il 1° febbraio 2020 è stata regolarmente disdetta dalla convenuta (con tre mesi di preavviso giusta l'art. B1 n. 4 primo punto CGA) per il 31 dicembre 2020.

E. 3.4

Giusta l'art. C5 n. 7 terzo punto CGA con riserva di un esaurimento precedente le prestazioni per la malattia in corso finiscono in tutti i casi il giorno in cui l'assicurazione cessa in virtù del contratto o della legge. Questa regola nelle CGA è chiara e non necessita interpretazione.

E. 3.5

La validità delle condizioni generali prestampate è limitata dalla regola dell'insolito, in virtù della quale sono sottratte dall'adesione, ritenuta essere data globalmente a delle condizioni generali, tutte le clausole di carattere inabituale sulla cui esistenza non è stata attirata in modo particolare l'attenzione del contraente più debole o inesperto in affari. La parte che incorpora delle condizioni generali nel contratto deve attendersi, secondo il principio dell'affidamento che il suo partner contrattuale inesperto non aderisca a certe clausole insolite. Più una clausola pregiudica gli interessi

- 8 - dello stipulante, più si giustifica di considerarla insolita (cfr. STFA B 33/05 consid. 4.2.1). Una clausola che permette all'assicuratore, dopo che il caso assicurato si è verificato, d'influenzare la durata massima delle sue prestazioni mediante una dichiarazione di volontà unilaterale [quale una disdetta] va ritenuta inabituale (cfr. DTF 135 III 225). Per inciso, si noti che la questione lasciata aperta in DTF 135 III 225 sull'ammissibilità o meno di simili condizioni è stata chiarita con il nuovo testo di legge in vigore dal 1° gennaio 2022, che dichiara nulle simili condizioni (cfr. art. 35c cpv. 1 LCA).

E. 3.6

Il summenzionato art. C5 n. 7 terzo punto CGA, assunto globalmente dalla datrice di lavoro dell'attore, è dunque inabituale secondo la giurisprudenza e non trova applicazione, a meno che la convenuta le abbia segnalato esplicitamente questa clausola al momento della stipulazione del contratto. Dagli atti, in special modo dalla polizza, non emerge che la datrice di lavoro sia stata resa particolarmente attenta a questa clausola. Ciò non viene nemmeno asserito dalla convenuta. Pertanto, la convenuta è tenuta a corrispondere le indennità giornaliere all'attore anche oltre il 31 dicembre 2020 per la durata massima stabilita, per quanto l'attore sia inabile al lavoro secondo il grado determinante nella polizza assicurativa.

E. 4

Resta da giudicare se si è in presenza di una ricaduta oppure di un nuovo caso di malattia.

E. 4.1

Giusta l'art. C5 n. 1 CGA la convenuta versa, fatte salve le eventualità elencate all'art. C5 n. 2 e 4-8 CGA, l'indennità giornaliera assicurata per un periodo massimo di 730 giorni per caso di malattia. Il periodo d'attesa convenuto è imputato alla durata massima delle prestazioni. Per il calcolo della durata delle prestazioni, i giorni d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 25 % contano come giorni interi (cpv. 1). Per caso di malattia si intendono le cause e le conseguenze di un pregiudizio alla salute che hanno portato a un'incapacità lavorativa (cpv. 2). Se una nuova malattia si manifesta dopo lo scadere della durata delle prestazioni, la copertura

- 9 - assicurativa è accordata per questo caso alla sola condizione che la persona assicurata abbia in precedenza recuperato la sua capacità lavorativa totale o parziale e soltanto nella misura in cui l'incapacità lavorativa supplementare sia dovuta alla nuova malattia (cpv. 4). Giusta l'art. D6 CGA per il calcolo della durata delle prestazioni e del periodo d'attesa è considerata ricaduta di una malattia la riapparizione della stessa nei dodici mesi che seguono immediatamente l'ultimo giorno d'incapacità lavorativa causata dalla medesima malattia, a condizione che ci sia un'incapacità lavorativa attestata da un medico.

E. 4.2

L'attore fa valere che il secondo episodio, scatenato dalla morte del padre e annunciato dopo un periodo di attività lavorativa di ben sette mesi, sarebbe distinto dal primo. L'attore rinvia alla spiegazione del Dr. med. F. _____ secondo cui il fatto che la diagnosi di entrambi gli episodi sia la stessa non significherebbe che si tratti dello stesso caso. La discordanza tra i pareri del Dr. med. F. _____ e del medico assicurativo Dr. med. I. _____ sarebbe poi superata dal momento che la convenuta il 15 febbraio 2021 ha comunicato che avrebbe potuto considerare il secondo caso come nuovo a tutti gli effetti. Quindi la convenuta avrebbe ritenuto possibile anche l'ipotesi del Dr. med. F. _____, posto anche che non ha

sottoposto nuovamente il caso al medico di fiducia per un confronto. Oltretutto, i due avvenimenti riguarderebbero due polizze distinte con entità diverse di indennità giornaliera. La convenuta fa per contro notare che, prima del rapporto del 27 aprile 2021 trasmesso con la petizione al Tribunale, lo psichiatra dell'attore non si sarebbe mai espresso chiaramente riguardo a un'eventuale ricaduta. Egli avrebbe solamente specificato che, sebbene si tratti della stessa diagnosi secondo l'ICD-10, i due eventi sono stati causati da fonti diverse.

E. 4.3

Nel rapporto del 1° aprile 2021 (doc. 93 convenuta) fondato sugli atti, il medico di fiducia della convenuta Dr. med. I. _____ ha affermato in sostanza che, per rispondere alla domanda se la malattia del secondo

- 10 - caso sia una ricaduta del primo, bisognerebbe guardare il quadro generale. L'attore si sarebbe ammalato nel 2019 senza vera ragione se non forse quella del cambiamento da lavoratore dipendente a indipendente. Di conseguenza, gli veniva diagnosticato un disturbo depressivo di adattamento con una perdita di fiducia nel futuro. Durante la seconda incapacità lavorativa l'attore avrebbe visto, da un lato, la sua ormai ex-socia abbandonarlo nel mezzo della pandemia di COVID-19, e dall'altro sua madre ammalarsi di ictus nel marzo 2020 e poi suo padre morire nel maggio 2020. Anche se le cause della comparsa della malattia sarebbero forse diverse, le diagnosi e le limitazioni funzionali sarebbero le stesse. Si tratterebbe della stessa persona che vivrebbe da sola e che avrebbe reagito negativamente a situazioni avverse nella sua vita. Sarebbe tornato al lavoro perché gli sarebbe stato chiesto da un esperto, ma sarebbe stato presto abbandonato dagli altri e poi avrebbe reagito negativamente agli aspetti della malattia dei suoi parenti, per non parlare del COVID-19. Nel rapporto del 27 aprile 2021 (doc. C attore) il medico curante dell'attore Dr. med. F. _____ ha affermato che il primo periodo di malessere iniziato il 1° marzo 2019 e conclusosi il 1° novembre 2019 sarebbe stato causato da un sovraccarico. In seguito alla completa risoluzione di questo episodio l'attore avrebbe riacquisito un equilibrio umorale stabile che gli avrebbe permesso di continuare una vita lavorativa relazionale pienamente soddisfacente. Il 2 giugno 2020, dopo sette mesi di completo benessere, l'attore avrebbe conosciuto un secondo episodio di malessere psichico scatenato dalla morte del padre avvenuta per COVID-19 l'8 maggio 2020. Il nuovo episodio di malessere perdurerebbe tutt'ora con un'intensità molto maggiore al primo episodio, compromettendone la capacità lavorativa al 100 %. Il fatto che la diagnosi di entrambi gli episodi sia "sindrome da disadattamento reazione mista ansioso-depressiva" non vorrebbe dire che si tratta dello stesso caso, ma semplicemente che la classificazione dei due episodi secondo l'ICD-10 rientra sotto la stessa "etichetta diagnostica" [ICD-10 F43.22]. Nel

- 11 - formulario del 14 agosto 2020 all'attenzione del medico di fiducia (doc. 64 convenuta) il Dr. med. F. _____ aveva già segnalato suddette cause del secondo episodio e precisato che il disagio provocato dal disturbo non sarebbe compatibile con l'impiego lavorativo. Secondo questi giudici, per mezzo dell'apprezzamento del medico curante Dr. med. F. _____ l'attore ha reso altamente verosimile che si è in presenza di due malattie psichiche distinte malgrado la stessa diagnosi. Ciò a maggior ragione, considerando che la convenuta con scritto del 15 febbraio 2021 (doc. 87 convenuta) aveva comunicato, in conclusione al suo scritto, che avrebbe potuto considerare il secondo caso come nuovo a tutti gli effetti. Posto ciò, si può concordare con l'attore dove osserva che, una volta riscontrata la divergenza nei pareri dei due medici, ci si poteva perlomeno attendere che la convenuta riproponesse la fattispecie al medico di fiducia per un confronto. Ma visto che

non l'ha fatto e ha dato invece la risposta di cui appena sopra, ritenendo dunque possibile l'ipotesi del medico curante, l'attore ne deduce ragionevolmente che la diversità di vedute tra i medici appariva superata. La convenuta ha fatto questa concessione verosimilmente poiché, a differenza di una ricaduta, a un nuovo caso si applica un periodo di attesa di 30 giorni e poiché le indennità versate per un nuovo caso in base alla nuova polizza erano inferiori a quelle giusta la prima polizza applicata anche per la ricaduta. Tutto ciò confidando (erroneamente) sul fatto che le prestazioni sarebbero terminate – anche per un nuovo caso – il 31 dicembre 2020. Tuttavia, l'ammissione della convenuta nello scritto del 15 febbraio 2021 di poter gestire il secondo caso annunciato come nuovo (come richiesto dall'attore), non può essere ritenuta irrilevante solo perché apparentemente fatta per ragioni finanziarie. Visto quanto esposto, per questi giudici l'attore ha reso altamente verosimile l'insorgere di un nuovo caso di malattia, mentre la convenuta, attraverso il parere del suo medico di fiducia, tutt'al più suscita dei dubbi sulla versione dei fatti fornita dall'attore, che tuttavia non possono essere reputati notevoli e quindi tali da inficiare la versione dell'attore.

- 12 -

E. 5

In conclusione, in accoglimento dell'azione la convenuta è tenuta a corrispondere all'attore le indennità giornaliere per perdita di salario a causa di malattia secondo la polizza in vigore al momento dell'annuncio della malattia per il nuovo caso annunciato a partire dal 2 giugno 2020 (riservato il periodo d'attesa contrattuale).

E. 6

La procedura è gratuita (art. 114 lett. e CPC). La convenuta soccombente in causa deve indennizzare all'attore le spese ripetibili (art. 105 seg. CPC). La nota d'onorario inoltrata dal patrocinatore il 27 agosto 2021 non può essere riconosciuta interamente. Malgrado l'indicazione del giudice istruttore manca un accordo sull'onorario, per cui secondo prassi può essere concessa solamente una tariffa oraria di CHF 240.00 (invece di CHF 250.00 come da nota d'onorario). Inoltre, le spese rivendicate per le fotocopie pari a CHF 316.00 oltre alle spese postali pari a CHF 18.90 non sono dettagliatamente comprovate e le spese di CHF 50.00 per l'apertura dell'incartamento sono inammissibili secondo prassi di questo Tribunale (cfr. STA S 17 61 consid. 9c). Per le spese viene quindi riconosciuto l'importo forfettario secondo prassi pari al 3 % dell'onorario (cfr. STA V 21 4 consid. 8). Ne discende un diritto a indennizzo a titolo di ripetibili (IVA del 7.7 % inclusa) per l'importo totale di CHF 3'884.35 (14.59 h x CHF 240.00 x 1.03 x 1.077). III. Per questi motivi il Tribunale giudica: 1. L'azione è accolta ai sensi dei considerandi. Per l'incapacità lavorativa dovuta a malattia del 2 giugno 2020 B. _____ SA deve corrispondere a A. _____, in base alla polizza assicurativa n. 3643540 2 5630 e dopo la scadenza del periodo di attesa di 30 giorni, delle indennità giornaliere di CHF 131.60 anche oltre il 31 dicembre 2020, fino al termine dell'incapacità lavorativa dovuta a malattia secondo il grado determinante giusta la polizza assicurativa risp. per un massimo di 730 giorni.

- 13 - 2. Non si prelevano spese processuali. 3. La B. _____ SA versa a A. _____ CHF 3'884.35 (IVA inclusa) a titolo di ripetibili. 4. [Vie di diritto] 5. [Comunicazioni]