

TI_GERICHTE 12.2024.133 vom 20. Februar 2025

TI Tribunale d'appello, 2025-02-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_12.2024.133

FR: TI_GERICHTE 12.2024.133 du 20 février 2025

IT: TI_GERICHTE 12.2024.133 del 20 febbraio 2025

Regeste

Assicurazione contro le epidemie, chiusura forzata di un bar in periodo Covid; esclusione delle pandemie dalla copertura; validità, accettazione e interpretazione delle Condizioni generali d'assicurazione

Erwägungen

E. 1

La decisione impugnata è una decisione finale in una controversia patrimoniale dal valore superiore a fr. 10'000.- (più precisamente: fr. 41'267.80) per cui la sua appellabilità è pacifica (v. art. 308 CPC). Introdotto l'ultimo giorno utile (lunedì 30 settembre 2024; v. timbro sulla busta d'invio), entro il termine di 30 giorni (art. 311 cpv. 1 in relazione con l'art. 142 cpv. 3 CPC) dalla notificazione del giudizio – avvenuta il 29 agosto 2024 – l'appello in esame è tempestivo. Come sono tempestive la risposta all'appello, presentata il 12 novembre 2024 entro il termine di 30 giorni assegnato da questa Camera (v. art. 312 CPC), nonché la replica e la duplica.

E. 2.1

Nella decisione impugnata il Pretore ha anzitutto rilevato che, seppure la STF 4A_330/2021 del 5 gennaio 2022 (parzialmente pubblicata in DTF 148 III 57) vertesse sull'interpretazione di una clausola pressoché identica, la giurisprudenza ivi elaborata non poteva essere ripresa " ciecamente " bensì andava valutata alla luce delle circostanze del caso concreto. Riepilogati i principi che regolano la validità e l'interpretazione – in generale – delle clausole assicurative, egli ha accertato che l'attrice, i cui soci non avevano letto le condizioni e si erano fidati di quanto spiegato dal collaboratore della convenuta G_____, aveva accettato globalmente le condizioni contrattuali al momento della revisione della polizza. Al riguardo era indifferente se tali condizioni siano state effettivamente consegnate al momento della stipulazione, allegate alla polizza o rese accessibili mediante l'indicazione del link al momento dell'invio della proposta assicurativa poiché per la giurisprudenza in materia tutte queste modalità erano suscettibili di ritenere le condizioni accettate nel loro insieme (loc. cit., pag. 3-5 e pag. 7 seg.).

E. 2.2

Ciò posto, il Pretore si è poi chiesto se la clausola in rassegna doveva considerarsi inusuale. Al proposito egli ha ricordato che il rischio derivante dalle pandemie era solo uno fra i molti – e più comuni (quali il furto, la rottura dei vetri, i danni d'acqua, la contaminazione delle merci, i danni a merci refrigerate e surgelate) – compresi nella copertura assicurativa. E mentre l'art. 1.1 delle CCA definiva il rischio assicurato (nel senso che prevedeva la copertura in caso di chiusura dell'azienda dovuta a un provvedimento adottato dalle autorità svizzere al fine di evitare il propagarsi di malattie contagiose), l'art. 1.8.1 delimitava la

copertura assicurativa in modo tale che il lettore medio, come dovevano considerarsi i coniugi A e B i quali non erano adusi alla terminologia biochimica o medica, doveva comprendere che le epidemie su vasta scala – che integravano un evento del tutto raro se non eccezionale – come quelle indicate alla lett. b della detta clausola erano escluse dai rischi assicurati senza che occorresse comprenderne i motivi e le specifiche biochimiche. Come nella fattispecie esaminata dal Tribunale federale nel ricordato precedente, la clausola non poteva dunque dirsi inusuale. Non lo era dal profilo soggettivo ma nemmeno da quello oggettivo giacché non deviava in maniera massiccia dal contesto di riferimento né riduceva in maniera importante la copertura, dato che in caso di epidemie di minor impatto (usuali ancorché rare) come quelle elencate all'art. 1.1, la copertura sarebbe rimasta operante. Le aspettative di copertura non erano così state deluse e il distinguo operato appariva del tutto lecito e comprensibile, sicché le clausole di cui al doc. F risultavano coperte dal consenso (loc. cit., pag. 8 a 11).

E. 2.3

Passando all'interpretazione delle clausole in questione e più in particolare all'interpretazione normativa delle stesse (visto che l'attrice le aveva accettate globalmente), il Pretore ha sottolineato che l'accettante non poteva in buona fede ignorare che la copertura fosse delimitata e che tale restrizione potesse includere eventi di ampia portata, indipendentemente dalla conoscenza dei gradi pandemici citati nella norma. Una controparte onesta doveva ragionevolmente e in buona fede recepire questa delimitazione nel senso che essa intendeva appropriatamente escludere eventi su scala mondiale e dagli effetti imprevedibili. Questo risultato – interpretativo – appariva del tutto ragionevole. Proprio perché la polizza copriva eventi da considerarsi perlopiù impensabili per la Svizzera (quali un'interruzione di esercizio in esito a un'epidemia di colera o rabbia), una delimitazione andava tracciata per eventi ancora più rari e invasivi di una rara epidemia come poteva essere una pandemia, posto che un assicurato medio – come lo erano i coniugi A e B – doveva poter presumere che i gradi 5 o 6 della scala OMS fossero quelli più gravi, a prescindere dalla conoscenza specifica della terminologia effettivamente utilizzata dall'OMS e in analogia a quanto stabilito dal Tribunale federale nella ricordata sentenza. Non occorre pertanto fare capo alla regola dell'ambiguità (Unklarheitsrege l). A ragione la convenuta aveva così negato l'indennizzo richiesto per un'interruzione di esercizio decretata a seguito dell'espansione del COVID-19 che aveva raggiunto i livelli di una pandemia, eventualità validamente esclusa dalla copertura (loc. cit., pag. 12 seg.).

E. 2.4

Da ultimo il Pretore ha ugualmente respinto l'erogazione della somma assicurata (fr. 10'000.-) quale " primo rischio " – richiesta per altro formulata solo con la petizione – ritenuto che l'attrice non aveva dimostrato la sua tesi, che non era sorretta né dal testo né dalla logica del contratto, secondo cui l'assicurazione avrebbe pagato un simile risarcimento a prescindere dal verificarsi del rischio assicurato (loc. cit., pag. 13).

E. 3

L'appellante contesta l'impostazione data dal Pretore e fa valere che la vexata quaestio consiste nel sapere se l'assicuratore abbia osservato gli obblighi di informazione nei suoi confronti. Ciò che essa nega. Ricordato che le clausole contrattuali non hanno valenza fintanto che non siano state accettate – anche solo per atti concludenti – dai partner contrattuali, l'attrice rileva che non basta sostenere che una parte (quella più debole) abbia

avuto una ragionevole possibilità di prendere conoscenza del loro contenuto, ovvero allorché la controparte le abbia offerto la possibilità, ancorché teorica, di consultarle e glielne abbia rese in qualche modo accessibili. Intanto – essa precisa – le CGA non prevedevano in alcun punto l'obbligo per l'assicurato di consultarle né vi era alcuna istruzione su come ciò fosse possibile " tramite diavolerie informatiche " senza per altro tenere conto delle abilità tecnologiche (in base all'età e al livello di istruzione) di costui. Spettava all'assicuratore vigilare affinché l'assicurato comprendesse bene l'estensione della copertura. Non si trattava quindi di definire – come ha fatto il Pretore – la clausola usuale o inusuale ma solo di stabilire se l'assicuratore avesse messo in atto quanto in suo potere e dovere per istruire l'assicurato alla sottoscrizione dell'offerta in punto all'estensione della copertura. Sostenere – come avrebbe fatto il Pretore – che grazie alle spiegazioni fornite da G_____ C_____ circa l'estensione delle coperture con l'utilizzo di esempi poco pertinenti (come quello della salmonellosi) o con il riferimento ad altri eventi catastrofici che non si sarebbero mai verificati in Svizzera un cliente poteva dirsi completamente informato è a suo dire " pura fantasia ". E in ogni caso il citato collaboratore avrebbe spiegato cosa era coperto (le coperture, stando alla deposizione di A, " erano le stesse " e comprendevano " epidemie, guerre, terremoti, cose che non sarebbero mai successe in Svizzera "), ma non cosa non lo era. Contrariamente a quanto indicato nella decisione impugnata, nessuno dei due titolari della ditta era stato correttamente informato sul contenuto della clausola di esclusione in caso di epidemia di una certa estensione. La conclusione pretorile secondo cui vi sarebbe stata una accettazione globale delle condizioni contrattuali nell'ambito della revisione della polizza sarebbe quindi palesemente errata. Semmai a loro poteva essere rimproverato di essere rimasti alla conoscenza del contenuto delle CGA vigenti nel 2011. Mai infine le CGA e le CCA sarebbero state lette e men che meno risultano essere state controfirmate da loro (memoriale, pag. 4 a 9).

E. 3.1

Preliminarmente si osserva che il memoriale di appello in esame manca di rigore strutturale. L'appellante argomenta per ampi tratti – come se si trovasse ancora davanti al giudice di prima sede – a ruota libera e si confronta solo in parte e in ordine sparso con la motivazione del Pretore, mischiando oltretutto tra loro i vari argomenti di rilievo ai fini del giudizio (segnatamente gli obblighi di informazione precontrattuali dell'assicuratore [art. 3 LCA], la ripresa anche solo globale delle condizioni contrattuali e la loro interpretazione) e rendendo così difficoltosa la trattazione dell'appello. L'attrice trascura che trattare un appello non significa rifare il processo ma verificare se la decisione impugnata resiste alla critica. La parte appellante deve spiegare non perché le sue argomentazioni siano fondate, ma perché sarebbero erronee o censurabili le motivazioni del Pretore. Può farlo solo ripresentando l'impostazione del primo giudice e sottolineando le lacune del suo ragionamento con critiche puntuali, esplicite e circostanziate, indicando precisamente i passaggi della decisione che contesta e le prove su cui si fonda, poiché l'autorità di appello deve essere messa nella misura di comprendere agevolmente le censure ricorsuali, pena l'irricevibilità delle medesime (STF 4A_297/2021 del 3 febbraio 2022 consid. 4.3, 4A_213/2023 del 9 ottobre 2023 consid. 4.3).

E. 3.2

Siccome l'appellante menziona (e almeno in parte confonde) gli obblighi d'informazione precontrattuali dell'assicuratore e il tema della ripresa delle condizioni contrattuali di assicurazione come pure della loro interpretazione, giova premettere quanto segue. Per quel

che è dell'obbligo d'informare dell'assicuratore, l'art. 3 LCA (nella versione applicabile in concreto, in vigore fino al 31 dicembre 2021, il contratto in rassegna essendo stato stipulato nel luglio del 2018 [doc. 2 e doc. E]) stabilisce che prima della conclusione del contratto d'assicurazione l'assicuratore deve informare lo stipulante, in maniera comprensibile, sulla propria identità e sul contenuto essenziale del contratto d'assicurazione, segnatamente sui rischi assicurati (cpv. 1 lett. a) e sulla portata della protezione assicurativa (cpv. 1 lett. b). In virtù del suo cpv. 2, tali informazioni sono fornite allo stipulante in modo tale ch'egli possa esserne a conoscenza quando propone o accetta il contratto d'assicurazione. In ogni caso, a quel momento deve essere in possesso delle condizioni generali d'assicurazione e dell'informazione di cui al capoverso 1 lettera g (trattamento dei dati personali). La violazione dell'obbligo d'informare è invece regolata all'art. 3a (sempre nella versione applicabile fino al 31 dicembre 2021), stando al quale se l'assicuratore ha violato l'obbligo d'informare di cui all'articolo 3, lo stipulante ha il diritto di recedere dal contratto, in forma scritta (cpv. 1), fermo restando che il diritto di recesso si estingue quattro settimane dopo che lo stipulante è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo e delle informazioni di cui all'articolo 3, ma al più tardi un anno dopo la violazione dell'obbligo (cpv. 2). Per quanto attiene invece alla ripresa (consenso) e all'interpretazione delle condizioni di assicurazione, giova ricordare che le condizioni generali di contratto, quali sono le CGA, non hanno di per sé alcuna validità tra le parti e si applicano solo e nella misura in cui esse le abbiano espressamente o implicitamente accettate, e solamente se non vi sono accordi individuali che vi si discostino (DTF 148 III 57 consid. 2.1 e 2.1.1). Esse possono essere considerate accettate, e dunque coperte dal consenso, solo se la persona consenziente ha perlomeno avuto la possibilità di prendere conoscenza del loro contenuto in una maniera ragionevole al momento della conclusione del contratto. Inoltre, l'art. 3 cpv. 2 LCA prevede che le CGA debbano essere in possesso della parte assicurata quando questa propone o accetta il contratto. Se quest'ultima acconsente globalmente alle CGA (ovvero senza leggerle, prenderne conoscenza o comprenderne la portata, cosiddetta "Globalübernahme"), la validità delle CGA è limitata dalla regola dell'inusualità ("Ungewöhnlichkeitsregel"), secondo la quale una parte non può aver accettato clausole insolite, a meno che non vi sia stata resa attenta in modo specifico. L'inusualità viene valutata dal punto di vista della parte consenziente al momento della stipulazione del contratto, tenendo conto di tutte le circostanze del caso concreto. Affinché si applichi la regola dell'inusualità, occorre innanzitutto che la clausola sia soggettivamente insolita per la parte che vi acconsente, tenuto conto della sua posizione ed esperienza. Occorre però anche (cumulativamente) che una clausola sia insolita dal punto di vista oggettivo, ovvero che abbia un contenuto estraneo al settore di riferimento, rispettivamente porti a un cambiamento sostanziale del carattere del contratto o esuli in misura considerevole dai suoi contorni. Quanto più essa incide sulla posizione giuridica della parte contraente, tanto più è probabile che sia qualificata come inusuale. Nell'ambito dei contratti assicurativi, occorre altresì tener conto delle legittime aspettative di copertura. Conseguentemente, una clausola contenuta nelle CGA che riduca in maniera importante la copertura descritta o pubblicizzata dall'assicurazione, in modo tale da escluderne i rischi più comuni, può essere considerata insolita (DTF 148 III 57 consid. 2.1.2 e 2.1.3, 138 III 411 consid. 3.1). Qualora le CGA debbano essere considerate parte del contratto, ovvero coperte dal consenso delle parti, occorre interpretarne il contenuto. Le CGA devono di principio essere interpretate secondo i medesimi principi che vigono per altre disposizioni contrattuali. Pertanto, in primo luogo è determinante la concorde e reale volontà delle parti contraenti. Solo quando questa non può

essere stabilita, si procederà a un'interpretazione oggettiva secondo il principio dell'affidamento, partendo dal testo e dal tenore della clausola ma valutando nel seguito come la stessa poteva e doveva essere intesa in base al contesto e all'insieme delle circostanze. Il giudice dovrà anche considerare lo scopo regolatorio voluto dal dichiarante (nel caso specifico: dall'assicurazione) come lo poteva e doveva ragionevolmente intendere il destinatario quale partner commerciale in buona fede. Eventuali termini ambigui sono, in caso di dubbio, da interpretare a sfavore della parte che li ha redatti (cosiddetta regola dell'ambiguità o "in dubio contra stipulatorem"). L'art. 33 LCA concretizza tale regola in ambito assicurativo stabilendo che l'assicuratore risponde per tutti gli eventi che presentano le caratteristiche del rischio assicurato, a meno che il contratto non escluda dall'assicurazione singoli eventi in modo preciso e non univoco. Spetta dunque all'assicuratore limitare con precisione la portata dell'obbligo che vuole assumere. Ciononostante, la regola dell'ambiguità si applica solo in via sussidiaria, se tutti gli altri mezzi di interpretazione falliscono. Non è quindi sufficiente che le parti non siano concordi sul significato di una dichiarazione, bensì occorre che la dichiarazione possa essere intesa in buona fede in modi diversi e che non sia possibile eliminare tale dubbio con gli altri mezzi di interpretazione (DTF 148 III 57 consid. 2.2.1 e 2.2.2; IICCA del 21 agosto 2023, inc. 12.2023.58, consid. 5 con rinvii).

E. 3.3

Nella misura in cui fa valere che non basta sostenere che una parte (quella più debole) abbia avuto una ragionevole possibilità di prendere conoscenza del contenuto delle condizioni contrattuali, l'appellante sembra accennare alla cosiddetta regola dell'accessibilità (Zugänglichkeitsregel) che il Pretore ha correttamente citato per illustrare quando – in generale, al di fuori del contratto di assicurazione – le condizioni generali preformulate possono diventare parte integrante del contratto. L'appellante trascura tuttavia che – come ha precisato del resto lo stesso Pretore (decisione impugnata, pag. 3) – in relazione ai contratti di assicurazione l'art. 3 cpv. 2 LCA impone una regola più stringente prescrivendo che nel momento in cui propone o accetta il contratto, lo stipulante deve essere in possesso delle condizioni generali d'assicurazione. Ora, l'appellante non pretende di non essere stata in possesso delle CGA e delle CCA al momento della proposta di assicurazione. L'avvenuta consegna delle condizioni di assicurazione – che, contrariamente all'opinione del primo giudice (decisione impugnata, pag. 7 in fondo), non poteva invece dirsi indifferente – si evince d'altronde chiaramente dal doc. 2 (firmato da A), ultimo foglio, laddove emerge che " Il proponente ha ricevuto le Condizioni Generali di Assicurazione [che, stando al primo foglio includono le CGA Assicurazione di cose per imprese edizione 06.2016 e le CC Assicurazione Epidemie edizione 10.2017, ndr] e i mezzi d'informazione necessari conformemente all'obbligo d'informazione precontrattuale di cui all'art. 3 della Legge sul contratto di assicurazione (...)". Circostanza che ha per altro confermato in sostanza anche il collaboratore della convenuta G_____ C_____ il quale – come ha accertato il Pretore (decisione impugnata, pag. 7) senza essere sconfessato al riguardo – ha dichiarato che le condizioni generali (doc. E- F [le CC in esame]) venivano di solito consegnate in forma cartacea al cliente e poi, al momento dell'invio della polizza, AO1 le allegava nuovamente (verbale 13 settembre 2023, pag. 2). Che dunque anche le CC Assicurazione Epidemie (edizione 10.2017, doc. F) siano state accettate almeno in forma globale e siano diventate parte integrante del contratto non fa dubbio. Poco importa invece se – come obietta l'appellante – nell'incarto non figurano CGA e CC controfirmate dai coniugi A e B, tale formalità non essendo richiesta per ammetterne la ripresa ed essendo in ogni caso senza

rilievo dopo quanto esposto in relazione al doc. 2. Al proposito non giova dunque attardarsi.

E. 3.4

Ma anche nella misura in cui l'appellante si duole di una lesione dell'obbligo d'informare dell'assicuratore (censura che, come fa notare l'appellata [risposta all'appello, pag. 3], l'attrice aveva oltretutto sollevato in questi termini soltanto con il memoriale conclusivo), la dichiarazione doc. 2 testé illustrata e firmata da A (che per quanto ammesso dall'appellante [memoriale, pag. 7] si occupava delle questioni assicurative) lascia ben poco spazio alla tesi ricorsuale. A parte che con la firma della dichiarazione in questione la stipulante – cui incombeva l'onere della prova al riguardo – ben difficilmente avrebbe potuto dimostrare un difetto d'informazione (cfr. Neuhaus-Descuves/Bovet in: Commentaire romand, LCA, Basilea 2022, n. 1 ad art. 3 a LCA; Kuhn/Körner in: Basler Kommentar, VVG, 2 a edizione, n. 6 ad art. 3 a LCA), è alquanto dubbio che l'obbligo – stante il suo scopo di descrivere in maniera semplice e rapida il prodotto in vista di un'eventuale stipulazione concentrando così l'informazione sugli aspetti tipici ed essenziali per permettere all'interessato un raffronto tra le varie offerte (Hasenböhler , Schwerpunkte des teilrevidierten Versicherungsvertragsgesetzes, VVG, in: AJP 2006 pag. 834; Kuhn/Körner , op. cit., n. 9 ad art. 3 LCA) – si estendesse anche al chiarimento della clausola di esclusione n. 1.8.1.b per un rischio che a quell'epoca appariva in Svizzera remoto e ipotetico. A ciò si aggiunge che la modifica della polizza nel luglio del 2018 concerneva unicamente, per quanto ammesso dall'attrice (v. petizione, pag. 3), la somma assicurata (passata da fr. 83'000.- a fr. 100'000.-) per le perdite di fatturato, per le spese supplementari e per i danni alle merci, sicché a ben vedere l'obbligo d'informazione poteva limitarsi in quel momento a quel solo aspetto (Kuhn/Körner , op. cit., n. 3 ad art. 3 LCA). Senza contare infine che anche un'eventuale violazione dell'obbligo d'informare dell'art. 3 LCA avrebbe tutt'al più permesso all'attrice – trattandosi del corollario dell'obbligo di dichiarazione dell'assicurato [art.

E. 3.5

Che poi – a prescindere da quanto testé esposto in relazione alla dichiarazione di ricevuta in calce al doc. 2 – le CGA fossero consultabili soltanto " tramite diavolerie informatiche " è un'opinione personale ed erronea dell'appellante il quale sembra non avvedersi che bastava inserire l'indirizzo indicato sulla proposta (www.AO1.ch) accedere agevolmente alle CC in questione. Né l'attrice spiega perché fosse obbligo della convenuta assicurarsi che essa avesse ben compreso l'estensione della copertura, tale obiezione mal conciliandosi con la possibilità – pacificamente riconosciuta dalla dottrina e dalla giurisprudenza (v. sopra, consid. 3.2) nonché manifestamente verificatasi in concreto (per quanto accertato dal Pretore sulla scorta delle dichiarazioni dei coniugi A e B: v. ad esempio verbale di A 28 settembre 2023 pag. 3: " Non abbiamo letto le condizioni generali e si è andati sulla fiducia ") – di un'accettazione globale delle condizioni assicurative. Anche sotto questo aspetto l'appello manca così di consistenza.

E. 4

L'appellante deplora dipoi che il Pretore non abbia tenuto conto del fatto che la convenuta non ha osservato i dettami della legislazione europea – segnatamente della direttiva (UE) 2016/97 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 gennaio 2016 sulla distribuzione assicurativa e del relativo regolamento di esecuzione 2017/1469 della Commissione dell'11 agosto 2017 che stabilisce un formato standardizzato del documento informativo relativo –

recepita dall'ordinamento giuridico svizzero e in particolare non le ha mai sottoposto un riassunto delle clausole principali delle CGA/CC, segnatamente di quelle relative alla copertura epidemie. Il quadro normativo europeo – essa assevera – impone al venditore del prodotto assicurativo di allestire un documento informativo (che non corrisponde al testo completo delle CGA o delle CC) che deve evidenziare fra l'altro in modo chiaro e sufficientemente comprensibile quali siano le esclusioni (art. 6 lett. f, 7 lett. c, d del detto regolamento). Documento che però non le sarebbe stato consegnato (memoriale, pag. 9 e pag. 14 seg.). Nella misura in cui si richiama alla normativa europea che sarebbe stata recepita dall'ordinamento giuridico svizzero, l'appellante perde di vista che né la direttiva UE di riferimento né tanto meno il relativo regolamento di esecuzione erano applicabili al momento della modifica della polizza in questione, nel luglio del 2018. La menzionata direttiva UE 2016/97 del 20 gennaio 2016 sulla distribuzione assicurativa è diventata infatti vincolante per gli Stati membri dell'UE soltanto il 1° ottobre 2018, ovvero dopo che il Consiglio UE aveva concordato con il Parlamento europeo di prorogare la scadenza per la sua applicazione a quella data per concedere più tempo alle imprese di assicurazione e ai distributori di prodotti assicurativi per prepararsi meglio all'attuazione corretta ed efficace della medesima e per attuare le necessarie modifiche tecniche e organizzative (direttiva UE 2018/411 del 14 marzo 2018 in: Gazzetta ufficiale dell'UE L 76/28 del 19 marzo 2018). Non si vede pertanto come essa potesse già vincolare la convenuta nel luglio del 2018. Anche perché l'adattamento all'ordinamento europeo in rassegna è entrato in vigore in Svizzera solo il 1° gennaio 2022 con la relativa estensione degli obblighi d'informazione dell'assicuratore (v. Kuhn/Körner, op. cit., n. 1 ad art. 3 LCA; Neuhaus-Descuves/Bovet, op. cit., n. 1 ad art. 3 LCA). Senza contare che anche la proposta del 18 luglio 2018 conteneva ad ogni modo un riassunto delle principali prestazioni, comprese quelle dell'assicurazione epidemie (doc. 2, pag. 4). La doglianza cade dunque manifestamente nel vuoto.

E. 5

Passando più nel dettaglio alla contestazione della clausola n. 1.8.1 lett. b CCA e al riferimento ai gradi pandemici, per l'appellante non è chiaro in base a quali parametri si passi dalla fase di allerta a quella di pandemia, che è comunque generalmente considerata un'epidemia. Sarebbe dunque insostenibile l'affermazione del Tribunale federale di non considerare la clausola in parola né insolita né poco chiara ma anzi accessibile a una interpretazione inequivocabile. Oltre a ciò, la clausola di esclusione sarebbe illegale siccome si basa su una mera valutazione dell'OMS, le cui decisioni non hanno alcuna valenza nel nostro Paese (memoriale, pag. 10 seg.).

E. 5.1

Premesso che l'appellante non discute il fatto che la clausola in rassegna fosse pressoché identica a quella esaminata dal Tribunale federale nella ricordata sentenza 4A_330/2021, parzialmente pubblicata in DTF 148 III 57, invano essa cerca di mettere in dubbio la conclusione cui è giunta l'Alta Corte in quella occasione. A parte che l'attrice non spiega perché l'affermazione in questione sarebbe insostenibile, essa sorvola completamente sulla motivazione ivi esposta dal Tribunale federale. Dal consid. 4.2.5 della nota sentenza si evince infatti che la clausola non poteva dirsi insolita poiché l'eventualità di un'epidemia era – come in concreto – solo uno dei vari rischi assicurati, la possibilità di una pandemia costituiva un rischio raro e la clausola non riduceva la copertura a tal punto che i rischi più frequenti non sarebbero più stati inclusi, non modificava la natura del contratto in maniera

significativa né esulava particolarmente dai suoi contorni. Né bastava per ammetterne il carattere inusuale il fatto che la clausola limitasse il rischio assicurato, posto che anche un assicurato medio deve sapere che la sua assicurazione non copre tutti i rischi e ne può escludere alcuni. Il medesimo concetto è stato poi di recente ripreso da questa Camera nella sentenza inc. 12.2023.58 del 21 agosto 2023 per esaminare l'identica clausola della convenuta. E ha trovato – semmai ve ne fosse necessità – ulteriore conferma in una successiva sentenza dell' Handelsgericht del Canton Zurigo (sentenza HG200197 del 20 settembre 2023, consid. 3.3). Non v'è dunque alcun impellente motivo – che l'appellante neppure tenta per avventura di indicare – per discostarsi dalla (recente) giurisprudenza (cfr. DTF 141 II 297 consid. 5.5.1).

E. 5.2

Né la clausola in esame può considerarsi illegale per il fatto che si fondasse sulla valutazione di un organismo internazionale (l'OMS) le cui decisioni non vincolavano le autorità svizzere. Al riguardo l'appellante disconosce che le parti erano libere – nell'ambito della loro autonomia contrattuale – di riferirsi a tali parametri per determinare l'estensione e le eccezioni alla copertura assicurativa. Senza contare che un assicurato, anche se inesperto del settore, doveva capire il significato di pandemia come pure che una clausola di esclusione riferita ai gradi 5 e 6 OMS estrometteva dalla copertura i casi più gravi di pandemia (corrispondenti al livello pandemico raggiunto dal Covid-19 quando il Consiglio federale aveva ordinato le misure restrittive del marzo 2020). Il Tribunale federale ha del resto già avuto modo di precisare come tale risultato interpretativo sia coerente con lo scopo regolatorio dell'assicurazione, nel senso che un assicurato in buona fede deve anche comprendere che una simile clausola mira a escludere le manifestazioni più gravi di una epidemia, ovvero quelle di maggiore portata (analogamente per la clausola in rassegna: II CCA del 21 agosto 2023, inc. 12.2023.58, consid. 8 con rinvii; Handelsgericht del Canton Zurigo, sentenza HG200197 del 20 settembre 2023, consid. 3.3). Poco importa – come eccipe invece l'appellante (memoriale, pag. 12 seg., n. 14) – che la classificazione OMS da 1 a 6 fosse già stata abbandonata al momento della stipulazione della polizza e che le condizioni contrattuali non spiegassero tali sigle (II CCA del 21 agosto 2023, inc. 12.2023.58, consid. 8 con rinvii; Handelsgericht del Canton Zurigo, sentenza HG200197 del 20 settembre 2023, consid. 4.3).

E. 5.3

Perché poi i coniugi A e B non potessero essere qualificati alla stregua di un " lettore medio ", come ha invece ritenuto il Pretore, l'attrice non spiega (memoriale, pag. 11). Ad ogni buon conto l'appellante non può ravvisare una contraddizione nella qualifica data dal primo giudice per avere costui dato atto che essi non erano avvezzi alla terminologia biochimica e medica. Se un assicurato, anche se inesperto del settore, deve capire – per quanto d'anzì esposto in relazione alla sentenza di riferimento del Tribunale federale – il significato di pandemia come pure che una clausola di esclusione riferita ai gradi 5 e 6 OMS estromette dalla copertura i casi più gravi di pandemia, ciò vale a prescindere dalle conoscenze più o meno approfondite che egli possa vantare in questi settori e in particolare in quello dell'epidemiologia (esplicito in questo senso: Handelsgericht del Canton Zurigo, sentenza HG200197 del 20 settembre 2023, consid. 3.3.2 e consid. 4.3).

E. 6

Contrariamente a quanto obietta l'attrice (memoriale, pag. 12, n. 13), la convenuta non si è sottratta alla copertura soltanto perché, diversamente dalle proprie previsioni, un determinato evento si è verificato, bensì perché il rischio in questione era (espressamente) escluso dalla copertura. Che poi l'assicurato non si sia già reso conto alla sottoscrizione della polizza dell'eccezionalità dell'evento (escluso), ciò si deve semmai al fatto che egli – per quanto visto in precedenza – ha accettato globalmente le CGA e le CC. L'attrice va pertanto richiamata alle proprie responsabilità.

E. 7

Di carattere puramente accademico e quindi di nessuna utilità pratica ai fini del presente giudizio si rivela in seguito l'esempio tratto dalla perizia 23 aprile 2020 del prof. W_____ F_____ (doc. X) all'indirizzo dell'Ombudsmann dell'assicurazione privata per opporsi al rifiuto della copertura da parte della convenuta. Riprendendo l'esempio usato in quella perizia, l'appellante fa valere che escludere – come ha fatto il Pretore – la copertura "epidemia" poiché l'OMS ha dichiarato lo stato pandemico sarebbe come se – nell'ambito di una copertura contro gli incendi – l'assicuratore pagasse soltanto se brucia l'immobile assicurato, ma non se brucia – in maniera incontrollabile – tutto il villaggio (memoriale, pag. 13). A parte la dubbia ricevibilità della doglianza sottoposta a questa Camera che deve vagliare fattispecie concrete e non situazioni ipotetiche, l'appellante perde di vista che le risultanze di quella perizia appaiono ormai superate – almeno per quanto riguarda la clausola di esclusione in rassegna (cfr. doc X, III/B/1) – dalla successiva e già menzionata sentenza pilota del Tribunale federale 4A_330/2021. Che poi – come rileva l'appellante che al riguardo rinvia inammissibilmente agli allegati di causa (memoriale, pag. 13 seg. n. 16) – sempre prima di tale sentenza la convenuta si sia infine premurata di precisare la clausola di esclusione in rassegna con una proposta di aggiunta alla polizza che menzionasse espressamente il coronavirus e i danni causati da misure emanate in relazione a una situazione "particolare" o "straordinaria" ai sensi della Legge federale sulle epidemie (doc. N), non modifica l'esito del giudizio.

E. 8

L'appellante ribadisce che l'interpretazione della contestata clausola va fatta dal punto di vista dell'assicurato, ovvero tenendo conto della copertura che egli riteneva di avere concluso secondo le regole della buona fede. Ciò posto, essa fa valere che i coniugi A e B (come praticamente tutti gli assicurati di tutte le compagnie) potevano legittimamente e in buona fede contare su una totale copertura in caso di epidemia. Sostenere, secondo l'impostazione seguita dalla controparte e fatta propria dal Pretore, che i coniugi A e B – in quanto titolari di un'attività commerciale – andassero considerati come degli esperti in ambito assicurativo e perfettamente in grado di comprendere la portata di determinate clausole, risulta a suo avviso "disarmante" (memoriale, pag. 15 n. 18). Orbene, che A e B potessero, come praticamente tutti gli assicurati di tutte le compagnie, contare su una totale copertura in caso di epidemia è un'opinione che si scontra non solo con le considerazioni dianzi esposte della nota sentenza pilota del Tribunale federale ma anche con gli accertamenti compiuti nel caso specifico dal primo giudice. Il Pretore, dopo avere approfondito la questione da pag. 8 a 11 della sentenza impugnata e avere appurato che la clausola n. 1.8.1.b CCA non era inusuale né dal profilo soggettivo né da quello oggettivo – aspetto, quest'ultimo, sul quale l'appellante non spende parola se non per disquisire sul parallelismo tra epidemia/pandemia e incendio semplice/incendio incontrollabile, di cui già si è detto dianzi (sopra, consid. 7) – ha spiegato perché, in base a un'interpretazione secondo

il principio dell'affidamento, l'accettante non poteva in buona fede ignorare che la copertura fosse delimitata e che tale delimitazione potesse includere eventi di ampia portata, indipendentemente dalla conoscenza dei gradi pandemici citati nella norma. Una controparte onesta doveva così – sempre per il Pretore – ragionevolmente e in buona fede recepire questa delimitazione nel senso che quest'ultima si proponeva ragionevolmente di escludere eventi su scala mondiale e dagli effetti imprevedibili. E proprio perché la polizza copriva eventi da considerarsi perlopiù impensabili per la Svizzera (quali un'interruzione di esercizio in esito a un'epidemia di colera o rabbia), una delimitazione andava tracciata per eventi ancora più rari e invasivi di una rara epidemia come poteva essere una pandemia, posto che un assicurato medio – come lo erano i coniugi A e B – doveva poter presumere che i gradi 5 o 6 della scala OMS fossero quelli più gravi, a prescindere dalla conoscenza specifica della terminologia effettivamente utilizzata dall'OMS e in analogia a quanto stabilito dal Tribunale federale nella ricordata sentenza (decisione impugnata, pag. 12 seg.). Con tale articolata argomentazione l'appellante non si confronta nemmeno di scorcio ma si limita, come visto, a sostenere apoditticamente che i coniugi A e B – cui il Pretore, contrariamente a quanto essa assume, non ha attestato competenze specifiche in ambito assicurativo – potevano in buona fede contare su una totale copertura in caso di epidemia. Sulla questione non occorre pertanto dilungarsi.

E. 9

Da ultimo l'appellante lamenta il mancato riconoscimento dell'indennità " primo rischio ". Ricordato come l'assicurazione " primo rischio assoluto " è una copertura per la quale la compagnia assicurativa rimborsa l'assicurato in caso di sinistro o fatto dannoso non per l'intero valore del bene assicurato ma per la somma massima pattuita, l'attrice sostiene, rinviando a quanto proposto nei memoriali di causa, che la somma pattuita a tale titolo di fr. 10'000.- sarebbe dovuta per costi di qualsiasi genere sopportati durante la sospensione dell'attività a causa di germi di malattie contagiose (polizze doc. D, E), a prescindere dal fatto che si tratti di epidemia, pandemia o altro e dunque dal fatto che il caso sia coperto o meno. I costi fissi di un'attività commerciale – quali la pigione e le spese accessorie – vanno pagati anche nel caso di una sospensione dell'attività a causa di epidemie e differiscono pertanto dai danni causati dal mancato guadagno e da quelli per l'acquisto di merce deteriorata. La clausola di esclusione della copertura per " danni " dell'art. 1.8 CC non si applicherebbe pertanto ai costi. Del resto – epiloga l'appellante – se in caso di epidemia i costi fossero stati coperti in modo analogo alla perdita di guadagno non vi sarebbe stata necessità di stabilire un importo di fr. 10'000.- (e pagare un premio aggiuntivo) per la copertura " primo rischio " (memoriale, pag. 16 seg.). Nella misura in cui rinvia agli allegati di causa, l'appello non soddisfa i requisiti di motivazione e sfugge all'esame. Lo stesso vale laddove l'attrice si riferisce genericamente alle polizze doc. D, E (senza indicare con un minimo di precisione dove, benché entrambi i documenti constino di più pagine) per sostenere che la somma assicurata sarebbe dovuta per i costi di qualsiasi genere durante la sospensione dell'attività a causa di germi di malattie contagiose, a prescindere dal fatto che si tratti di epidemia e che il caso sia coperto o meno. A parte ciò, l'appellante ripropone la propria personale posizione senza spiegare perché l'argomentazione del primo giudice sarebbe erronea. In particolare essa perde di vista che il Pretore, per scartare la tesi da lei avanzata secondo cui l'assicurazione avrebbe pagato un indennizzo anche in assenza del verificarsi del rischio assicurato, ha accennato alla definizione di copertura " primo rischio " utilizzata dalla convenuta al punto n. 5 delle CGA (decisione impugnata, pag.

E. 13

in fondo con riferimento al doc. H) in cui esse presupponevano – come per la clausola n. 1.8.1 – un " danno ". Orbene, l'appellante non si confronta, neppure di scorcio, con questo accertamento. Senza contare che, sulla base di tale indiscusso accertamento, la distinzione tra costi e danni su cui l'appellante basa il proprio argomento non trova riscontro. Né tanto meno trova conferma l'allegazione, stando alla quale per la copertura " primo rischio " di fr. 10'000.- era dovuto un premio aggiuntivo, la polizza prescindendo in realtà al proposito da ogni supplemento (cfr. doc. E, pag. 4: " senza supplemento "). 10. Se ne conclude che l'appello vede la sua sorte segnata. Le spese giudiziarie, calcolate su un valore litigioso di fr. 41'267.80 (determinante anche ai fini di un eventuale ricorso al Tribunale federale) seguono la soccombenza (art. 106 cpv. 1 CPC). 11. Circa i rimedi giuridici esperibili contro la presente sentenza sul piano federale (art. 112 cpv. 1 lett. d LTF), il valore litigioso supera ampiamente la soglia di fr. 30'000.- ai fini di un ricorso al Tribunale federale (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF). Per questi motivi, richiamati l'art. 106 CPC, la LTG e il RTar, decide: 1. Nella misura in cui è ricevibile, l'appello 30 settembre 2024 della società AP1 di A e B è respinto. 2. Le spese processuali di fr. 4'000.- sono poste a carico dell'appellante, che rifonderà all'appellata fr. 3'000.- a titolo di ripetibili. 3. Notificazione: - ; - . Comunicazione alla Pretura del Distretto di Lugano, sezione 1. Per la seconda Camera civile del Tribunale d'appello Il presidente La cancelliera Rimedi giuridici

Nelle cause a carattere pecuniario con un valore litigioso superiore a CHF 30'000.- è dato ricorso in materia civile al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione del testo integrale della decisione (art. 74 cpv. 1 e 100 cpv. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.