

TI_GERICHTE 36.2004.50 vom 6. April 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-04-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2004.50

FR: TI_GERICHTE 36.2004.50 du 6 avril 2005

IT: TI_GERICHTE 36.2004.50 del 6 aprile 2005

Regeste

indennità perdita di guadagno in caso di malattia (LCA)

Erwägungen

E. 5

Valutazione e prognosi Dal punto di vista reumatologico la paziente presenta 3 patologie. Da una parte una fibromialgia primaria che causa i dolori diffusi, con la presenza dei 18 punti tipici per una fibromialgia, della stanchezza diurna e della difficoltà a dormire. D'altro canto una sindrome lombospondilogenica su delle alterazioni degenerative bisegmentali a livello L4/L5 e L5/S1 senza però ernie discali confermate ed in particolare senza sindrome radicolare o segni per una malattia reumatologica infiammatoria. Da notare che all'esame radiologico le alterazioni degenerative sono ben più marcate sul lato dx. che sin. ma che la paziente, nonostante abbia interrogato ripetutamente riferisce di dolori maggiori sulla gamba sin. e non dx. (al contrario di quanto riferito dal dott. _____ nelle sue lettere di circa un anno fa). Come terzo la paziente presenta una sindrome cervicospondilogenica cronica dovuta soprattutto a delle turbe statiche con raddrizzamento della colonna cervicale ed un'importante disbalance muscolare. Questa disbalance muscolare e decondizionamento è presente in tutta la muscolatura della paziente ed è probabilmente anche la causa per la quale la paziente mi riferisce che da quando ha arrestato la sua attività vada ben peggio di quando lavorava. Oltre al decondizionamento non gioca favorevole l'importante adiposità ormai costante nel corso degli anni. La prognosi è difficile, da una parte non appare così cattiva alla luce della stabilità delle alterazioni degenerative e dalla quasi formazione di un ponte osseo tra L5/S1 che porterà ad una naturale stabilizzazione del segmento e quindi ad una certa diminuzione dei dolori. D'altro canto va fatto notare come un periodo d'osservazione di 2 anni per le lastre sia breve e non permetta una chiara prognosi per i prossimi anni. B Conseguenze sulla capacità di lavoro 1 Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati La paziente presenta a causa delle alterazioni degenerative bisegmentari a livello della colonna lombare una ridotta capacità di carico, la fibromialgia con dolori costanti al corpo senza alterazioni anatomiche porta ad una minore efficienza e la sindrome cervicospondilogenica cronica è più dovuta ai disturbi statici e muscolari vista l'assenza d'alterazioni degenerative, e presenta unicamente delle limitazioni per il lavoro sopra l'orizzontale. 2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale 2.1 Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? A causa delle alterazioni della colonna lombare la paziente presenta delle importanti limitazioni per quanto riguarda sollevare pesi superiori ai 15 kg, lavorare a lungo in posture monotone o in anteflessione. Tutte queste attività sono presenti nel suo attuale lavoro quale ausiliaria. 2.2 Esatta descrizione delle funzioni intatte e della capacità di carico La paziente è in grado di effettuare lavori dove possa cambiare regolarmente postura circa ogni 1-2 ore, dove non

debba sollevare in modo ripetuto pesi superiori ai 10-15 kg, dove non debba lavorare a lungo oltre l'orizzontale o in anteflessione per più di mezz'ora. a. L'attività attuale è ancora praticabile ? No. 2.4 Se sì, in quale misura (ore al giorno) ? 2.5 E presente inoltre una diminuzione della capacità di lavoro ? 2.6 Se sì, in che misura ? 2.7 Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro dal lato medico di almeno il 20% ? Dal 07.01.03 a. Qual'è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro ? Al 100% dal 07.01.03. C- Conseguenze sulla capacità d'integrazione 1- È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Ve ne sono in corso ? Ne sono Previsti ? No. 1.1 Se sì, la preghiamo di descrivere il piano di riabilitazione 1.2 Se no preghiamo di motivare Non esistono provvedimenti d'ordine medico che permettano la migliorare la capacità lavorativa. 2- È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. 2.1 se sì con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti medici, mezzi ausiliari, adattamento del posto di lavoro) ? a. Secondo lei che effetti hanno questi provvedimenti sulla capacità di lavoro ? 3- L'assicurato è in grado di svolgere altre attività Sì. 3.1 Se sì, a quali esigenze deve rispondere il posto di lavoro dal punto di vista medico e di che cosa bisogna tenere soprattutto conto nel caso di un'altra attività ? In un'attività leggera, dove possa cambiare regolarmente postura, circa ogni 2 ore, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg, dove non debba lavorare per più di mezz'ora di fila in anteflessione. 3.2 In che misura si possono svolgere attività consone alle menomazioni (ore al giorno) ?

E. 9

CGA emerge chiaramente che la convenuta, nel caso in cui intendeva recarsi all'estero, per qualsiasi motivo, doveva avvisare tempestivamente l'assicuratore, il quale, se esistevano i presupposti, poteva accordare l'autorizzazione. Questa norma è stata introdotta per permettere alla Cassa di accertare i motivi di un viaggio all'estero, permettere un controllo dell'evolversi della malattia ed evitare eventuali abusi. Nel caso di specie, indipendentemente dalla questione a sapere quali fossero i motivi che hanno indotto l'attrice a recarsi all'estero, va costatato che la medesima, in violazione delle CGA, non ha comunicato la sua partenza all'assicuratore. Così facendo non ha neppure ricevuto tempestivamente lo scritto della Cassa che le intimava di riprendere il lavoro, nella misura del 60%, dall'11 agosto 2003. Avesse avvisato l'assicuratore, questi avrebbe potuto vagliare la fattispecie ed eventualmente dare all'attrice l'autorizzazione di recarsi all'estero per effettuare delle cure nel suo Paese d'origine. La sanzione della Cassa, limitata nel tempo e proporzionata alla negligenza dell'assicurata, è pertanto corretta. Un'eventuale errata indicazione del proprio medico curante che le avrebbe assicurato di informare la Cassa in merito alla sua partenza all'estero è ininfluenza ai fini del presente giudizio, trattandosi del rapporto interno tra le parti e che non concerne l'assicuratore. In conclusione, la petizione va parzialmente accolta nel senso che l'assicurata ha diritto alle indennità giornaliere pattuite calcolate sulla base di un'incapacità al lavoro del 100% sino al 15 febbraio 2004, eccetto per il periodo dal 2.8.2003 al 17.8.2003. L'assicurata, rappresentata da un legale, ha diritto a ripetibili parziali. 2.11. L'attrice chiede il richiamo dell'incarto AI e di sentire, in qualità di teste, il Dr. med. _____. Come già evidenziato in precedenza (consid. 1.5) il TCA ha proceduto al richiamo dell'incarto AI, mentre per quanto concerne l'audizione del Dr. med. _____, questo Tribunale vi rinuncia, considerato che l'attrice non contesta le conclusioni del convincente e completo referto allestito dal Dr. med. _____ e nemmeno apporta elementi atti a dimostrare un'inabilità, dal punto di vista psichiatrico, in attività leggere e confacenti al suo stato di salute (cfr. anche consid. 2.6.). Inoltre, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare

d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incanto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. 2.12. Secondo l'art. 47 cpv. 4 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione. Con lettera del 14 agosto 2003 l'UFAP ha rammentato al TCA l'obbligo di trasmettere tutte le sentenze inerenti il diritto privato emesse, precisando che l'ufficio federale delle assicurazioni private non ha la facoltà di ricorrere contro le stesse. Alla luce della LSA e dello scritto dell'UFAP, s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza. 2.13. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG contempla in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali (art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG). L'art. 46 OG precisa che " Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno." In concreto, la cassa deve versare fr. 85.47 al giorno per ogni inabilità lavorativa del 100% (ossia circa fr. 2'564 al mese (fr. 85.47 X 30; cfr. punto 3 risposta). In concreto pertanto, considerato che l'assicurata chiedeva il versamento delle prestazioni anche oltre il 15 febbraio 2004, a mente del TCA, i presupposti per un ricorso al TF sono dati. Per cui il presente giudizio è impugnabile mediante ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

E. 9.2

pag. 86) per un'attività leggera e ripetitiva (ossia il livello 4 di qualificazione) nel settore privato nel Cantone Ticino corrisponde a Fr. 51'266.- (Fr. 4'098.- : 40 x 41,7 x 12) per gli uomini ed a Fr. 40'945.- (Fr. 3'273.- : 40 x 41,7 x 12) per le donne (cfr. Tabella TA 13 settore privato). Per il caso in esame, per calcolare il reddito da invalido dell'insorgente sulla base dei recenti citati dati statistici, si deve partire da un salario lordo di Fr. 40'945.- percepito dalle donne nel 2002 nel settore privato per 41,7 ore settimanali di lavoro. Conformemente alla giurisprudenza federale (DTF 126 V 81 consid. 7a), adeguando questo importo in base all'indice dei salari nominali si ottiene per il 2003 un salario lordo medio ipotetico pari a Fr. 41'475.- (Fr. 40'945.- : 1933 (indice dei salari nominali nel 2002) x 1958 (nel 2003)) (cfr. "La vie économique 11/2004", Tabella B 10.3 pag. 87). Dovendo porsi al momento in cui l'assicurata dovrebbe ricevere delle indennità per perdita di guadagno (febbraio 2004), il reddito da invalido deve essere aggiornato al 2004. Tuttavia, il

dato relativo all'indice dei salari nominali e reali per il 2004 non è ancora disponibile, per cui occorre riferirsi al dato, certo parziale, ma comunque indicativo, rappresentato dalla variazione percentuale dei salari in termini nominali fra i primi tre trimestri del 2004 in rapporto ai primi tre trimestri del 2003, secondo un tasso evolutivo dello 0,8% (cfr. "La vie économique 1-2/2005", Tabella B 10.2 pag. 103). Ne discende che, tenuto conto del rincaro applicabile all'anno 2004, il salario da invalido ascrivibile a all'insorgente va fissato in Fr. 41'807.- ((Fr. 41'475.- x 0,8 : 100) + Fr. 41'475.-). Di conseguenza, siccome si devono sempre paragonare i dati relativi ai salari dello stesso anno, anche il reddito da valido conseguito dal ricorrente deve essere aggiornato al 2004. Nelle more istruttorie il TCA (doc. XXI) ha interpellato l'ex datore di lavoro per conoscere quale sarebbe stato il salario dell'assicurata nel 2004 se avesse continuato a lavorare senza la malattia. Con risposta del 17 febbraio 2005 è stato indicato un reddito di fr. 3'100 per tredici mensilità (doc. XXII Bis), ossia fr. 40'300 all'anno. In concreto il reddito da invalido supera del 3,6% il reddito che l'attrice avrebbe conseguito senza la malattia continuando a svolgere l'attività di ausiliaria, ciò che giustifica, secondo la giurisprudenza (cfr. AHI 1999, p. 329 consid. 1; ZAK 1989, p. 458s. consid. 3b; STFA del 5 dicembre 2003 nella causa S., I 630/02, consid. 2.2.2 e del 2 dicembre 2002 nella causa R., I 53/02, consid. 3.3), una riduzione del reddito da invalido. Tale reddito ammonta dunque a fr. 40'302. In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Va ancora rammentato, che la questione a sapere se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. Il TFA, in una sentenza del 6 gennaio 2004 nella causa L., U 107/03, ha ammesso una deduzione globale del 10%, trattandosi di un assicurato frontaliere, nato nel 1945 che, a causa del danno infortunistico all'occhio sinistro, era stato giudicato in grado di svolgere a tempo pieno delle professioni sostitutive non necessitanti di una vista stereoscopica. La stessa Corte federale, in una pronunzia del 21 ottobre 2003 nella causa M., U 102/00, ha operato una decurtazione del 15%, trattandosi di un ventinovenne frontaliere che, in ragione del danno infortunistico, presentava degli impedimenti anche nell'esercizio di un'attività adeguata e necessitava di introdurre frequenti pause nell'arco della giornata lavorativa. Da parte sua, il TCA, in una sentenza del 4 settembre 2003 nella causa P., Inc. n. 35.2003.21, cresciuta in giudicato, ha operato una riduzione del 20% sul reddito da invalido, trattandosi di una ballerina di night-club - di nazionalità straniera e completamente priva di esperienza sul mercato del lavoro svizzero, perlomeno su quello "ordinario" - che presentava una capacità lavorativa limitata al 70% anche in attività confacenti alle sue condizioni di salute. Ancora

recentemente questo TCA ha giudicato opportuna - e l'ha conseguentemente ritenuta nel suo calcolo della capacità di guadagno dell'interessato - la riduzione del 19% praticata da una Cassa malati su un assicurato di nazionalità italiana nato nel 1950 (STCA del 1° settembre 2004 nella causa L., Inc. n. 36.2003.75). In queste circostanze il TCA ritiene corretto, visti gli impedimenti fisici, l'età e la nazionalità della ricorrente, procedere ad una riduzione del 20%. Partendo quindi da un salario da invalido rivalutato di Fr. 40'302 e ritenuta un'esigibilità del 100%, ammettendo la riduzione del 20%, il reddito ipotetico dell'insorgente nel 2004 risulta quindi essere pari a Fr. 32'242 (Fr. 40'302.- - (Fr. 40'302.- x 20 : 100)) . Confrontando ora questo dato con l'importo di Fr. 40'300 corrispondente al reddito che l'insorgente avrebbe conseguito da valido nell'anno 2004, emerge un'incapacità al guadagno pari al 19,99 % ([Fr. 40'300 – Fr. 32'242.-] x 100 : Fr. 40'300.-) che, in virtù della nuova giurisprudenza (DTF 130 V 121), deve essere arrotondata al 20%. Poiché questa incapacità al guadagno (ossia il danno residuo o grado d'invalidità, da non confondere con la nozione d'incapacità al lavoro), determinata confrontando il reddito conseguito nel 2004 con il reddito che l'assicurato avrebbe potuto percepire nel 2004 se non fosse intervenuta la malattia, risulta essere del 20% e quindi inferiore al grado del 25% richiesto dalle CGA, la Cassa malati, a ragione, ha deciso l'interruzione del versamento all'insorgente di ulteriori indennità giornaliere dovute alla sua malattia dal 16.2.2004. 2.8. Resta da esaminare se giustamente l'assicuratore non ha accordato indennità dal 2.8.2003 al 17.8.2003 a causa di un viaggio all'estero dell'interessata. In concreto la Cassa ha negato il versamento delle indennità in quanto l'assicurata si è recata in _____ senza autorizzazione dell'assicuratore. L'attrice nulla dice a questo proposito nella petizione. Tuttavia dagli atti emerge che l'assicurata aveva indicato all'assicuratore di essersi recata in una Clinica estera per una cura di riabilitazione (doc. 36 e 39) ed ha allegato alcuni certificati medici in cirillico e serbo croato. Per l'art. 9 CGA " se un assicurato ammalato, che ha diritto a prestazioni, si reca all'estero senza il nostro consenso, durante il suo soggiorno all'estero egli non ha diritto ad alcuna prestazione. " Con scritto del 27 agosto 2003 l'attrice ha così giustificato il suo viaggio: " Con la presente vi rendo attenti che per il mio reco all'estero ho informato il mio medico curante il quale si sarebbe interessato ad avvisare ed inoltre mi sono recata all'estero per cure e non per vacanze come potrete vedere dai certificati che vi allego. Infine il mio reco all'estero non è dal primo del mese di agosto ma dal 02.08.03." (Doc. 36) In data 29 agosto 2003 la Cassa ha informato l'attrice che: " Ci riferiamo a quanto sopramenzionato ed alla sua lettera del 27.08.2003, nella quale ci comunica di aver fatto richiesta di recarsi in _____ al suo medico curante e che si è assentata dal proprio domicilio per delle cure e non per vacanza. Con la presente le riconfermiamo quanto già comunicatole con il nostro scritto del 25 agosto 2003, ovvero che durante una malattia non ci si può recare all'estero senza la nostra autorizzazione, nemmeno per delle terapie. Pertanto, in base a quanto sopra esposto, siamo spiacenti di doverle comunicare che la nostra assicurazione non riconoscerà le indennità giornaliere per il periodo dal 02.08.2003 al 17.08.2003." (Doc. 37) Da parte sua, il medico curante dell'attrice, dr. med. _____, il 4 settembre 2003 ha affermato: " Egregi signori, vi informo sul decorso della sopraccitata. All'inizio dell'agosto scorso ha presentato un nuovo peggioramento della sindrome lombovertebrale di cui soffre, non ho potuto vederla essendo in vacanza. Si è quindi recata presso una clinica di riabilitazione che conosceva presso i suoi luoghi nati dove è stata dal 4.08.03 al 15.08.03 (_____) non essendo a conoscenza della necessità di una autorizzazione da parte della cassa malati nel recarsi all'estero durante una malattia. La signora ha avuto temporaneo beneficio con le cure

ricevute. Ho rivisto la pz il 25 agosto e presentava ancora dolori e ulteriore peggioramento della problematica psichica con stato ansioso, a mio avviso non è ancora in grado di riprendere l'attività lavorativa. Ho previsto la continuazione delle cure conservative e una nuova visita specialistica dal collega Dr _____ . Con la presente vorrei chiedere che venga riconsiderata la decisione di non pagare l'indennità durante il soggiorno all'estero viste le circostanze del caso e, vista l'evoluzione negativa venga nuovamente rivalutata l'ulteriore inc. lavorativa." (Doc. 39) 2.9. Per interpretare i contratti d'assicurazione vanno applicate le regole generali d'interpretazione del diritto privato (per rinvio dell'art. 100 LCA; STF in RUA XIX n. 55). In particolare, è necessario fondarsi sulle regole generali derivanti dall'art. 18 CO (DTF 127 III 444 consid. 1b; STF in RUA XVI n. 22). L'interpretazione delle CGA prestampate avviene secondo gli stessi principi che valgono pure per l'interpretazione di un contratto (DTF 126 III 388 consid. 9d; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). Tuttavia, per l'interpretazione delle CGA va tenuto conto del loro valore normativo: poiché esse sono applicabili a tutte le persone assicurate per un medesimo rischio, devono essere interpretate in modo uniforme e non in funzione di quello che ha capito questo o quell'interessato (TC VD in RUA XVIII n. 45 citata in: CARRÉ, *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Losanna 2000, pag. 73 ad art. 1 LCA). Spetta all'assicuratore provare che i termini di una clausola limitativa delle CGA, di cui si prevale, devono essere compresi nel senso che esso attribuisce loro (STF in RUA XIX n. 55). Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44 citata in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA). L'onere della prova può comunque essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138/334/352 citate in: CARRÉ, *op. cit.*, pag. 248 ad art. 33 LCA). Come qualsiasi altro, un contratto d'assicurazione deve essere interpretato ricercando la reale e concorde volontà delle parti (DTF 126 III 59 consid. 5a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253). Se la reale e concorde volontà delle parti non può essere stabilita, occorre fondarsi sulla loro presunta e probabile volontà, secondo il principio della buona fede e la teoria dell'affidamento (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; VIRET, *Droit des assurances privées*, Editions de la société suisse des employés de commerce, Zurigo, pag. 92) e considerare tutte le circostanze che hanno portato alla conclusione del contratto (DTF 128 III 212 consid. 2b) aa; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 123 III 16 consid. 4b; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 112 II 253). Ci si atterrà all'uso generale e quotidiano della lingua, ai termini utilizzati nel contratto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 268, SJ 1992 623 citate in: CARRON, *La loi fédérale sur le contrat d'assurance*, Friburgo 1997, n. 209 pag. 72), al senso che l'assicuratore si aspetta che gli assicurati attribuiscono ai suoi formulari prestampati (DTF 85 II 344, JdT 1960 I 110; DTF 82 II 445, JdT 1957 I 360) piuttosto che al senso giuridico o tecnico dei termini utilizzati (DTF 59 II 318; DTF 44 II 96, JdT 1918 I 468). I termini che limitano i diritti dell'assicurato s'interpretano secondo il senso che generalmente hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612; DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57; DTF 104 II 281, JdT 1980 I 9), anche se hanno un senso giuridico più specifico (DTF 115 II 264, JdT 1990 I 57). Rimangono però riservate le accezioni tecniche proprie al rischio ritenuto (DTF 118 II 342). Tuttavia, la parola non deve essere snaturata dal suo reale senso al punto di designare una cosa completamente diversa (DTF 64 II 387). Ma se le parti hanno concordemente voluto dare ad un'espressione

un'accezione diversa dal suo senso abituale, non v'è dunque ambiguità che giustifichi un'interpretazione svantaggiosa per l'assicurato (STF in SJ 1996 pag. 623). Di principio, dunque, le clausole dei contratti d'assicurazione e le dichiarazioni di volontà delle parti devono essere interpretate in ogni caso di specie, applicando le regole della buona fede e conformemente al principio dell'affidamento che deriva dall'art. 2 cpv. 1 CC (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 419 consid. 2.2; DTF 128 III 265 consid. 3a; DTF 127 III 444 consid. 1b; DTF 126 III 59 consid. 5b; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727). L'interpretazione di una clausola contrattuale deve fondarsi pure sui motivi che hanno portato alla conclusione del contratto e alla stipulazione della clausola di cui si impone l'interpretazione (ROELLI/KELLER, Kommentar zum BG über den Versicherungsvertrag, 1968, pag. 459, pagg. 462-463). Inoltre, le dichiarazioni di volontà devono essere interpretate secondo il senso che il destinatario poteva e doveva attribuire loro (OG SO in RUA XVI n. 25; TC NE in RUA XV n. 47 citate in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA). Per determinare la volontà delle parti non bisogna dimenticare che l'assicurato, a differenza dell'assicuratore, non ha conoscenze specifiche in materia d'assicurazione (TD di Horgen in RUA III n. 49 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 74 ad art. 1 LCA). Il testo chiaro di una clausola non esclude a priori un'interpretazione (DTF 127 III 44 consid. 1b). Bisogna esaminare se ci sono dei motivi per ritenere che una clausola debba essere compresa diversamente dal suo senso letterale (DTF 128 III 212 consid. 2b)bb). Non vi sono comunque i presupposti per scostarsi dal senso letterale di un testo adottato dalle parti quando non vi sono ragioni serie per ritenere che esso non corrisponda alla loro volontà (DTF 129 III 118 consid. 2.5; DTF 128 III 265 consid. 3a). In caso di dubbio in merito alla comprensione di una clausola contrattuale redatta dall'assicuratore, ossia quando il senso e la portata della clausola contrattuale non possono essere determinati con sicurezza dopo un'interpretazione accurata ed obiettiva, quando, anzi, in buona fede (art. 2 cpv. 1 CC), per una stessa disposizione sono possibili più interpretazioni, si deve ritenere quella che è più favorevole al beneficiario, a scapito dell'assicuratore (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 100 II 403, JdT 1976 I 254). Si tratta del principio in dubio contra assicuratorem, secondo cui, nel dubbio, la clausola contrattuale va interpretata a sfavore di chi l'ha redatta (in dubio contra stipulatorem o proferentem), per cui l'assicuratore non potrà prevalersene (DTF 124 III 155 consid. 1a; DTF 122 III 118, JdT 1987 I 805; DTF 119 II 449 consid. 3a; DTF 117 II 609, JdT 1992 I 727; DTF 115 II 268 segg., JdT 1990 I 57; MAURER, Schweizerisches Privat-versicherungsrecht, Berna 1995, pag. 145; KRAMER/SCHMIDLIN, Berner Kommentar, 1986, ad art. 1 CO, n. 109 pag. 142; Rep. 1993 213 segg.; VIRET, op. cit., pag. 92; MAURER, op. cit., pag. 247 e seg.). Questo principio si applica sia per l'interpretazione di una polizza che delle CGA (OG LU in RUA XIV n. 37 citata in: CARRÉ, op. cit., pag. 75 ad art. 1 LCA). Tuttavia, ricorrere, per interpretare delle CGA, direttamente al principio in dubio contra stipulatorem - che è applicabile solo in caso di dubbio sul significato di una clausola - costituisce una violazione del diritto federale (DTF 122 III 118; SJ 1992 623 seg.). A titolo abbondanziale va osservato ancora che, secondo la giurisprudenza, le clausole limitative della copertura (clausole d'esclusione) devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128; DTF 115 II 268; SJ 1992 623 citate in: CARRON, op. cit., n. 209 pag. 72 e n. 221 pag. 77; STF in RUA XIII n. 47; cfr. sull'interpretazione della parola "droga": DTF 116 II 189, JdT 1990 I 612 citate in: CARRON, op. cit., n. 282 pag. 97; MAURER, op. cit., pag. 247). Esse possono però essere redatte in termini generali, senza che sia necessario enumerare i casi d'esclusione, a condizione che la categoria degli

avvenimenti esclusi sia descritta in modo sufficientemente preciso e non equivoco al fine che non sussista alcun dubbio sull'estensione del rischio assicurato, tenendo conto del contesto (DTF 118 II 342, JdT 1996 I 128). Visto dunque quanto precede, l'interpretazione di una clausola - ovvero la sua valutazione alla luce del contenuto e dello scopo del contratto - è un'operazione sempre necessaria affinché se ne possa determinare la portata (Rep. 1993 213 segg.; DTF 112 II 253 segg.; MAURER, *Privatversicherungsrecht*, 1986, pag. 231; DTF 116 II 345, ROELLI/KELLER, op. cit., pag. 459). Infine si rammenta che le condizioni generali d'assicurazione sono parte integrante del contratto d'assicurazione (VIRET, *Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance*, in: *Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances*, ed. IRAL 1997, pag. 666 segg., in particolare pag. 673). 2.10. In concreto occorre quindi ricercare il senso che le parti potevano e dovevano dare, in buona fede, alle CGA, in applicazione del principio dell'affidamento (DTF 126 III 388 consid. 5a, DTF 126 III 25 consid. 3c, DTF 126 III 59 consid. 5b). Dall'art.

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