

TI_GERICHTE 36.2005.57 vom 12. September 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-09-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2005.57

FR: TI_GERICHTE 36.2005.57 du 12 septembre 2005

IT: TI_GERICHTE 36.2005.57 del 12 settembre 2005

Regeste

Azione dell'assicurata contro l'assicuratore in esecuzione del contratto per coperture complementari. Danno preesistente alla chiusura del contratto secondo l'assicuratore. Circostanza negata. Petizione ammessa.

Erwägungen

E. 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). 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). 3. 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). 4. Nel caso specifico le condizioni speciali d'assicurazione che vincolano l'assicurata ad CV 1, all'art. 10, regolano le cure dentarie prevedendo che l'assicuratore sopporti, nella misura in cui superino la franchigia di CHF 500.— e solo sino ad un tetto di CHF 1'500.— annuo, l'80% delle prestazioni fatturate dal medico dentista. Più specificatamente la copertura è data quando le cure derivino da un "danno ai denti" sopraggiunto posteriormente all'entrata in vigore della polizza assicurativa. All'art. 10.3 delle CSA dal rischio assicurato è esclusa "qualsiasi misura diretta a rimediare ad uno stato deficiente della dentatura anteriore all'entrata in vigore della copertura ...". I termini impiegati dalle CSA non appaiono del tutto chiari e cristallini alla semplice lettura e vanno quindi interpretati. In effetti il termine di "danno" ai denti sembra in primis ricondurre al concetto di infortunio. L'art. 4 LPGa che definisce l'infortunio nell'ambito delle assicurazioni sociali – campo in cui CV 1 è attiva quale assicuratore malattia riconosciuto - riprende in effetti il concetto di "influsso dannoso ... alla salute". In concreto comunque il concetto ritenuto nelle condizioni d'assicurazione non va inteso in senso restrittivo, infatti la copertura "_____ " vuole essere un complemento (come suggerisce il suo stesso nome) dell'assicurazione di base obbligatoria secondo la LAMal. Palesemente quindi l'evento che cagiona un danno alla salute dentaria dell'assicurato non deve necessariamente essere di natura infortunistica. Ne discende che CV 1 possa essere chiamata a fronteggiare una spesa per cure dentarie sia in caso di infortunio che in caso di patologia o di semplice usura dell'apparato dentario. Il rischio è stato limitato dalle CSA, come evidenziato, al danno - ossia all'evento che cagiona la necessità di cura - che si produce successivamente all'entrata in vigore della polizza assicurativa – e ciò conformemente alle norme della LCA – ed ancora è esclusa la partecipazione alle spese in caso di cura per rimediare ad uno stato deficiente della dentatura esistente antecedentemente all'entrata in vigore della polizza. Il termine deficiente, ossia manchevole, insufficiente, carente rispettivamente difettoso, lacunoso, scarso (come rammenta Nicola Zanichelli nel suo Dizionario della lingua italiana, 11 edizione) tende a significare che, già al momento dell'entrata in vigore della polizza – nel caso specifico il 1 gennaio 2004 –, la dentatura dell'assicurata imponeva le cure poi

prodigate siccome la dentatura appariva difettosa o manchevole, rispettivamente che l'intervento di cura sia stato imposto e tragga origine dalle carenze nella dentatura. Il fatto che una dentatura sia già stata curata in passato, e quindi che l'assicurato possa presentare stucchi, corone, ponti e quant'altro la moderna tecnica può offrire non significa che sussista uno stato di deficienza della dentatura o che eventi successivi che impongono delle cure siano necessariamente esclusi dalla copertura in discussione. Anzi cure prodigate in passato connotano cura della dentatura e, normalmente, assenza di uno stato deficiente. La deficienza, ossia la lacuna, della dentatura (o della sua cura) può anche avere per oggetto la progressa (rispetto all'entrata in vigore della polizza) opera del dentista. In altri termini ponti, corone, stucchi esistenti all'entrata in vigore della polizza, potrebbero presentare difetti a seguito dell'usura o della carenza di competenza dell'operatore. Tendenzialmente la presenza di elementi quali ponti, stucchi ecc. ..., come detto, indizia l'attenzione del paziente per la sua dentatura. Come indicato – secondo l'interpretazione letterale delle regole contrattuali che definiscono il caso d'intervento dell'assicuratore - eventuali protesi, ponti, stucchi ecc. ... carenti siccome vecchi od usurati o difettosi siccome impiantati senza il pieno rispetto delle regole dell'arte medica, che necessitano interventi riparatori o di rinnovamento possono costituire una dentatura deficiente. Se questo stato sussiste al momento dell'entrata in vigore della polizza a giusto titolo l'assicuratore può rifiutare la prestazione.

5. In concreto le CSA di CV 1 prevedono poi, che in caso di dubbio, fa stato il parere del medico fiduciario scelto dall'assicuratore. Questa regola, che non costituisce una clausola compromissoria (appare comunque inammissibile lasciare al libero arbitrio di una parte l'indicazione del proprio medico di fiducia da imporre all'assicurato quale determinante dello stato della sua dentatura), tende unicamente a vincolare l'assicuratore alla prestazione in caso di parere favorevole del medico di fiducia scelto ma non impedisce certamente all'assicurato di non condividere tale parere e di adire le vie legali ordinarie per contestare la valutazione dell'assicuratore. In sostanza su questo punto le CSA riprendono il concetto espresso dall'art. 57 LAMal (in merito valga, per tutte, il rinvio alla DTF 127 V 48 in re V. e giurisprudenza ivi citata). Il concetto di dentista di fiducia appare mutuato dall'art. 57 LAMal, ovviamente qui non applicabile, ma non ne ritiene tutti gli aspetti sino in fondo, in particolare quello dell'indipendenza e della formazione.

6. Come evidenziato in corso di motivazione nelle more dell'istruttoria il giudice delegato ha interpellato l'assicuratore al fine di acquisire il parere allestito dal dott. _____, collaboratore dipendente dell'assicuratore stesso, sulla cui scorta CV 1 ha rifiutato le richieste di rimborso. In risposta alla richiesta l'assicuratore ha prodotto una lettera 8 luglio – e non una valutazione dall'epoca degli scambi epistolari con parte attrice - con cui il dott. _____ ha evidenziato il sussistere di una “otturazione voluminosa” che – alla luce della sua grandezza – “avrebbe potuto rompersi” per effetto della masticazione. Il dente 46 non avrebbe presentato “garanzia di longevità”. Dal canto suo il dott. _____, cui il giudice delegato ha formulato specifiche domande, ha indicato di avere in cura la signora AT 1 dal 1992, ha dato informazioni in merito all'intervento al dente 23 (otturazione in materiale composito sulla superficie palato-distale per la cura di una carie) ed ha indicato che la signora AT 1 si è presentata a lui con “l'otturazione e parte del dente 46 rotti” con successiva ricostruzione del dente con un intarsio in porcellana. Il medico ha precisato chiaramente come prima dell'autunno 2004 il dente fosse in buono stato pur presentando una estesa otturazione effettuata prima della sua presa a carico della paziente. Il medico ha precisato che l'otturazione non era né lacunosa né difettosa e non ha necessitato né a partire dal 1 gennaio 2004 né prima di tale data, l'esecuzione di cure. Il professionista ha

specificato di avere trasmesso all'assicuratore 2 radiografie bite-wings ed una radiografia apicale, tutte del 29 aprile 2004, riferite al dente 46. Materiale questo che l'assicuratore non ha trasmesso al Tribunale nonostante richiesta specifica, circostanza questa che va stigmatizzata ma che – grazie alle risposte del dott. _____ ed agli ulteriori accertamenti svolti – appare ovviabile. Sempre il medico curante ha specificato come la signora AT 1 abbia una buona e ben curata igiene orale, sottoponendosi a visite periodiche dall'igienista dentale, ed ha negato in maniera decisa che l'otturazione del dente 46 abbia presentato difetti o che fosse a rischio di rottura. Questo fatto è d'altra parte implicitamente confermato dal dentista dell'assicuratore che ha formulato la semplice possibilità – astratta e non suffragata da elementi concreti dedotti dal materiale radiografico, dalla fatturazione, da certificazioni o da accertamenti personali del dott. _____ – che un'otturazione di 12 anni potesse presentare punti di debolezza (doc. XV). Il medico curante la signora AT 1 ha indicato come “non esiste una regola generale e precisa che indichi che dopo un certo numero di anni, si debba sostituire un'otturazione”. Solo il monitoraggio, eventuali carie secondarie o eventuali fratture costituiscono criteri ragionevoli per una sostituzione. 7. Le conclusioni cui è giunto il professionista appaiono complete, dettagliate, ed argomentate adeguatamente. Il medico dentista, che nella vertenza non ha alcun interesse avendo svolto la sua opera e perciò dovendo essere remunerato, appare neutro e va seguito nella sua esposizione tecnica. D'altro canto è unicamente il dott. _____ che ha personalmente e direttamente – con competenza professionale – accertato lo stato dell'otturazione del dente 46, l'assenza di difetti o di altri segnali che potessero far ritenere una deficienza della dentatura o dell'otturazione stessa. Il parere del collaboratore di CV 1 appare invece immotivato, fondato sull'estensione dell'otturazione, desunta dalle radiografie, che “avrebbe potuto rompersi” sotto l'effetto normale della masticazione (doc. X). In concreto non può quindi essere ritenuto uno stato deficiente della dentatura anteriore all'entrata in vigore della copertura. La petizione va accolta e ad CV 1 va fatto obbligo di assumersi il costo dell'intervento alle condizioni del contratto, ossia, considerando la franchigia – in parte apparentemente almeno già ritenuta per l'intervento al dente 23 (cfr fattura dott. _____ 28 maggio 2004 per CHF 399.--) – di CHF 500.— e con copertura dell'80% dei costi sino ad un massimo di CHF 1'500.--. In casu la fattura del dott. _____ per l'intervento al dente 46 assomma a CHF 1'479,95 (fattura del 27 dicembre 2004). 8. A livello procedurale, in virtù del diritto cantonale, la materia è retta dall'art. 22 LPrTCA che regola le “Spese di patrocinio. Ripetibili” (così la marginale). Il ricorrente vincitore in causa ha diritto al rimborso delle spese processuali, dei disborsi (ossia delle anticipazioni che l'assicurato ricorrente è chiamato ad effettuare) e delle spese di patrocinio (cpv. 1). Nella fattispecie la signora AT 1 non è patrocinata ed ha adeguatamente, e senza eccessivo impiego di tempo, salvaguardato i suoi interessi nella causa in discussione. In questo ambito il Tribunale accerta d'ufficio i fatti ed applica il diritto. Non vanno quindi attribuite ripetibili alla parte vincente che comunque deve vedersi rimborsare le spese effettivamente sostenute per fronteggiare la procedura (scritturazione, copie e spedizioni). In effetti parte attrice ha comunque dovuto adire il Tribunale per ottenere ragione e per vedersi riconoscere la cifra protestata. Questo Tribunale, che non è limitato dalle richieste formulate con la petizione, ritiene di quantificare le spese sostenute dalla signora AT 1 per la redazione e consegna della petizione (accompagnata da 9 fotocopie), per la redazione dell'allegato del 23 giugno 2005 (2 pagine oltre alle 2 fotocopie prodotte) e per la redazione dello scritto 30 agosto 2005, in CHF 100.--. 9. Si osserva ancora che 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 citata Legge e dello scritto dell'UFAP, s'impone quindi di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza. 10. 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." Siccome l'importo in discussione in concreto (pari all'80% della somma di CHF 1'479,95 (previa semmai deduzione del residuo della franchigia ancora dovuta) è inferiore ai succitati Fr. 8'000.-, non sono dati gli estremi per un eventuale ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

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