

## TI\_GERICHTE 36.2020.7 vom 8. Mai 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-05-08, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2020.7](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2020.7)

FR: TI\_GERICHTE 36.2020.7 du 8 mai 2020

IT: TI\_GERICHTE 36.2020.7 del 8 maggio 2020

### Erwägungen

#### E. 9

ottobre 2006, consid. 3.2, cfr. anche sentenza 4A\_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1). Se non gli è possibile stabilire tale reale volontà, oppure se constata che uno dei contraenti non ha compreso la reale volontà espressa dall'altro, il giudice ricercherà il senso che le parti potevano e dovevano attribuire alle reciproche manifestazioni di volontà (principio dell'affidamento: sentenza 4A\_34/2007 del 26 luglio 2007, consid. 3.1; sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 129 III 118 consid. 2.5; 126 III 119 consid. 2a; 122 III 118 consid. 2a). Punto di partenza di tale interpretazione è l'espressione letterale del contratto; il giudice dovrà tuttavia tener conto delle circostanze che hanno caratterizzato la conclusione del contratto (DTF 127 III 444 consid. 1b; 125 III 305 consid. 2b). Sarebbe infatti errato attribuire un'importanza decisiva ai termini utilizzati dalle parti, seppur chiari; dall'art. 18 cpv. 1 CO traspare che non si può erigere a principio l'assioma che in presenza di un testo chiaro si debba escludere il ricorso ad altri mezzi d'interpretazione; sebbene una clausola contrattuale possa apparire a prima vista chiara ed indiscutibile, il fine perseguito dalle parti, ma anche altre circostanze possono lasciar intendere che l'espressione verbale non restituisca pienamente il senso dell'accordo concluso (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 128 III 212 consid. 2b/bb, consid. 3c). Sussidiariamente, all'interpretazione di clausole redatte esclusivamente dall'assicuratore ed alle clausole generali prestampate trova applicazione il principio in dubio contra stipulatorem, in virtù del quale esse vanno lette a sfavore di chi le ha redatte, dunque dell'assicuratore (DTF 122 III 118 consid. 2a). L'art. 33 LCA ne è un'espressione (sentenza 5C.13/2006 del 9 ottobre 2006, consid. 3.2, DTF 115 II 264 consid. 5a). Perché questa regola venga applicata non basta, tuttavia, che le parti discordino sul significato da attribuire ad una dichiarazione; questa deve effettivamente prestarsi a differenti interpretazioni, ed inoltre deve essere impossibile, in assenza di altri mezzi d'interpretazione, dissipare altrimenti il dubbio venutosi a creare (DTF 122 III 118 consid. 2d; 118 II consid. 1a).

Cfr. anche sentenza 4A\_495/2018 del 21 maggio 2019 al consid. 3.3.1, con rinvii alle DTF 135 III 410, DTF 131 III 606 e DTF 132 III 268.

Scopo di questa norma è la protezione dell'assicurato (TC VD in RUA XVI n. 23).

Secondo questa disposizione tocca alle parti definire di comune accordo il o i rischi assicurati: in pratica sono le condizioni d'assicurazione (generali o particolari) che definiscono, in modo astratto, i rischi di cui l'assicuratore risponde e precisano, con clausole d'esclusione, alcuni aspetti di tale rischio che non sono coperti dall'assicurazione.

Secondo la giurisprudenza le clausole d'esclusione devono essere interpretate restrittivamente e non in modo esteso. Tuttavia, l'art. 33 LCA non richiede un'enumerazione di tutti gli eventi esclusi; è sufficiente descriverne la categoria in modo preciso e non equivoco così che non sussista, tenuto conto del contesto, alcun dubbio sulla portata del rischio assicurato. È sufficiente che l'esclusione sorga e derivi in maniera inequivocabile dalla disposizione contrattuale che definisce positivamente il rischio assicurato (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).

Se una clausola d'esclusione contiene una nozione che deve essere interpretata in un caso concreto, non si può considerare detta riserva come confusa o equivoca (STF in RUA XIII n. 113).

La prova di un'esclusione della copertura assicurativa valida è a carico dell'assicuratore che intende prevalersene (CG GE in RUA XVIII n. 46; TC VD in RUA XVI n. 23), come pure la prova che l'evento dannoso ricada sotto questa esclusione (CG GE in RUA XIII n. 52).

Pure la prova di fatti giustificanti l'eccezione contrattuale è posta a carico dell'assicuratore (TD di Kreuzlingen in RUA XIV n. 44).

Tuttavia, l'onere della prova può essere attribuito all'assicurato da una clausola contrattuale (TA LU in RUA V n. 138).

L'assicuratore può inoltre invocare le disposizioni che servono a delimitare il rischio conformemente all'art. 33 LCA indipendentemente da qualsiasi errore commesso dall'assicurato (STF in RUA VII n. 115/244).

2.5. In concreto l'attrice, il 15 novembre 2018, mentre si trovava in un bar in Italia, andando in bagno è scivolata in corridoio, sbattendo il viso sulla porta (doc. 3) e si è fratturata la radice e la corona del dente 11. Il curante, dr. \_\_\_\_\_, medico dentista, è intervenuto estraendo il lembo ed inserendo una protesi parziale provvisoria (doc. 4). Per il lavoro svolto ha emesso un preventivo di fr. 1'446.25, comprensivi della tomografia volumetrica digitale in 3D. I costi sono stati riconosciuti dall'assicuratore LAMal con decisione su opposizione del 7 novembre 2019 (doc. 19).

Con la petizione l'attrice chiede che le venga riconosciuto il pagamento almeno dell'importo di fr. 4'000 come previsto dall'assicurazione \_\_\_\_\_, affinché possa, in parte, rimborsare il suo dentista curante per il lavoro svolto e meglio per la posa della corona ancorata sull'impianto del dente 11, per un costo preventivato, il 17 febbraio 2020, di fr. 5'204.70.

L'assicuratore chiede di respingere le richieste dell'assicurata sostanzialmente per due motivi: l'assicurazione \_\_\_\_\_ non è applicabile poiché i trattamenti sono stati effettuati in Svizzera; l'assicurazione \_\_\_\_\_ non è d'aiuto alla ricorrente perché l'art. \_\_\_\_\_ esclude i trattamenti inappropriati, inefficaci ed ineconomici, come quello in discussione.

A questo proposito rinvia alla parallela procedura LAMal (inc. 36.2019.116), nell'ambito della quale l'assicuratore ha rifiutato di assumersi i costi dell'impianto con la corona al dente 11 poiché quanto proposto dal curante non sarebbe efficace, appropriato ed economico.

L'attrice, con scritto del 13 febbraio 2020, inoltrato nell'ambito della parallela causa 36.2019.116 sostiene di non capire come faccia l'assicuratore sulla base dell'art. \_\_\_\_\_ ad annullare quanto prevede il tipo di prestazione compreso nella \_\_\_\_\_ (doc. XIII, inc. 36.2019.116).

2.6. Questo TCA evidenzia innanzitutto che l'assicurazione \_\_\_\_\_, come sostenuto dalla convenuta, non può trovare applicazione nel caso di specie, trattandosi di una copertura per le cure all'estero.

La copertura vale infatti per il mondo intero, esclusa tuttavia la Svizzera ed il Liechtenstein (art. \_\_\_\_\_). Inoltre dal momento del rientro dell'assicurato al suo domicilio, la continuazione di un trattamento cominciato in vacanza o in viaggio non è più coperto (art. \_\_\_\_\_).

L'interessata, del resto, chiede principalmente il rimborso dell'importo di fr. 4'000 sulla base dell'assicurazione \_\_\_\_\_ (cfr. doc. I e X).

L'art. \_\_\_\_\_ prevede a questo proposito che in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure sono versate prestazioni per cure dentarie a seguito d'infortunio. Secondo il piano tariffario dell'assicurazione dell'attrice, ella avrebbe diritto al 60% dei costi, ma al massimo CHF 4'000.

La convenuta sostiene di non dover versare alcunché poiché l'art. \_\_\_\_\_ escluderebbe la copertura in caso di trattamento inefficace, inappropriato ed ineconomico.

2.7. Secondo l'art. \_\_\_\_\_ in caso di cure dentarie a seguito d'infortunio l'importo previsto per le cure dentarie o da un odontotecnico con diploma federale cheson sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle curesono coperte dall'assicurazione complementare.

Per cui, di principio, i costi delle cure previste dal Dr. med. \_\_\_\_\_, nella misura in cui non sono coperti dalla LAMal, devono essere rimborsate dalla copertura \_\_\_\_\_.

Spetta pertanto alla convenuta comprovare che il trattamento proposto dal dentista curante è escluso dall'assicurazione complementare sottoscritta dall'attrice.

A questo scopo l'assicuratore ha prodotto le condizioni generali d'assicurazione (\_\_\_\_\_) edizione \_\_\_\_\_ il cui art. \_\_\_\_\_ esclude il rimborso delle prestazioni per i casi di trattamenti inefficaci, inappropriati ed ineconomici.

Considerato tuttavia che la polizza dell'attrice prevede che sono applicabili le \_\_\_\_\_ (doc. 1) ci si potrebbe chiedere se la censura non debba essere respinta già solo per il fatto che l'assicuratore non ha prodotto le \_\_\_\_\_ corrette e di conseguenza non ha comprovato quanto sostenuto.

La questione può tuttavia rimanere aperta.

Infatti, come emerge da una sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni sociali del Canton Ginevra del \_\_\_\_\_ al consid. 5a **Les conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du \_\_\_\_\_ en vigueur dès le \_\_\_\_\_ prévoient qu'il n'y a pas de couverture d'assurance pour les coûts d'un traitement inefficace, inadéquat ou non économique (art. \_\_\_\_\_)** (cfr. il sito del Tribunale delle assicurazioni del Canton Ginevra: \_\_\_\_\_).

Il contenuto dell'art. \_\_\_\_\_ è pertanto rimasto il medesimo.

Esso, per i motivi che seguono, non è tuttavia d'aiuto alla convenuta.

L'esclusione del rimborso dei costi di un trattamento dentario in caso di infortunio in casi in cui l'intervento è inappropriato, inefficace ed ineconomico, renderebbe la copertura assicurativa del tutto inutile.

Infatti delle due cose l'una: o il trattamento è efficace, appropriato ed economico ed allora interviene la LAMal rimborsando l'intero importo (art. 28 e 32 LAMal; cfr. anche la sentenza parallela di cui all'inc. 36.2019.116 emessa in data odierna e relativa alle assicurazioni sociali), riservata la franchigia e la partecipazione ai costi (art. 64 LAMal), oppure una delle tre condizioni non è data e né la LAMal né l'assicurazione complementare intervengono.

Considerato che, come del resto stabilito anche dalle \_\_\_\_\_ (art. \_\_\_\_\_), per l'art. 64 cpv. 8 LAMal le partecipazioni ai costi non possono essere assicurate né presso una cassa malati né presso un istituto d'assicurazione privato, ciò significherebbe che la convenuta non dovrebbe mai pagare alcunché in caso di infortunio ai denti.

L'art. \_\_\_\_\_, nell'ambito dell'infortunio ai denti, va pertanto qualificato quale clausola inabituale (règle de l'insolite o Ungewöhnlichkeitsregel).

A questo proposito la giurisprudenza rammenta che l'adesione data globalmente alle condizioni generali al momento della conclusione del contratto non concerne le clausole inabituali sulla cui esistenza non è stata attirata l'attenzione della parte più debole o meno sperimentata negli affari. Per determinare se una clausola è inabituale occorre mettersi nei panni della persona che accetta al momento della conclusione del contratto.

Occorre inoltre che, a causa del suo contenuto, la clausola sia considerata come estranea all'affare, ossia che ne modifichi in maniera essenziale la natura o che esuli notevolmente dal quadro legale del contratto. Tale clausola si applica segnatamente quando ha per effetto di ridurre drasticamente la copertura d'assicurazione al punto che i rischi più frequenti non sono coperti o quando il senso e la portata di una disposizione sono formulati in maniera criptica o ancora quando si trova in un posto inabituale nelle condizioni generali ed appare sorprendente ed inattesa per l'assicurato (sentenza 4A\_176/2018 del 6 agosto 2018, consid. 4.2 con rinvii alla DTF 138 III 411, consid. 3.1; DTF 135 III 1, consid. 2.1 e alla sentenza 4A\_152/2017 del 2 novembre 2017, consid. 4.3).

Nella DTF 138 III 411 (sentenza 4A\_24/2012 del 30 maggio 2012) il TF, in un caso di indennità giornaliera in caso di malattia secondo la LCA, riassume i principi relativi alla regola della clausola inabituale in caso di un'assunzione globale di condizioni generali d'assicurazione (consid. 3.1), ha stabilito che è oggettivamente inabituale una clausola secondo cui, qualora sussista una malattia psichica, le indennità giornaliere dovute in caso di malattia siano ridotte di metà. L'inabitualità di una tale clausola non può essere negata sulla base dell'esperienza generale della vita per il fatto che l'assicurato dispone di una formazione di medico e dentista (consid. 3.5). È stata lasciata aperta la questione di sapere se la clausola, che si scosta dalle condizioni generali di assicurazione e menzionata in un foglio informativo, sia divenuta parte integrante del contratto (consid. 3.6).

Il TF ha rammentato, al consid. 3.1, che la validità delle condizioni generali preformulate, secondo la giurisprudenza, è limitata dalla clausola inabituale. Ciò ha come conseguenza che dall'adesione globale alle condizioni generali, sono escluse tutte le clausole inabituali,

sulle quali, alla parte più debole o con meno esperienza negli affari, non è stata attirata l'attenzione. L'estensore delle condizioni generali deve, secondo il principio della buona fede, partire dal presupposto che un contraente privo di esperienza non accetta una clausola inabituale. Se una clausola è inabituale, lo si giudica dal punto di vista della persona che deve accettare le condizioni generali al momento della conclusione del contratto. Tale regola va applicata solo se oltre alla condizione soggettiva della mancanza di esperienza nell'ambito concernente la clausola, oggettivamente tale clausola ha un contenuto estraneo al negozio giuridico. Ciò va ammesso quando porta un cambiamento fondamentale del contratto oppure si scosta in maniera importante dal tipo di contratto previsto dalla legge. Più la clausola sfavorisce il partner contrattuale, più va qualificata di inabituale. In un contratto di assicurazione occorre prendere in considerazione quali sono le coperture attese dal contraente (sentenza 4A\_187/2007 del 9 maggio 2008, consid. 5.4.2). Ad esempio è stata ritenuta inabituale una clausola contenuta nelle condizioni generali che riduceva in maniera importante la responsabilità contrariamente a quanto si poteva ritenere dalla designazione del contratto, così che la maggior parte dei rischi non era neppure coperta (sentenza 5C.134/2004 del 1° ottobre 2004, consid. 4.2). La clausola può essere definita inabituale anche quando porta a disparità di trattamento senza motivi oggettivi (sentenza 9C\_3/2010 del 31 marzo 2010, consid. 3.1 non pubblicato in DTF 136 V 127).

Cfr. anche la sentenza 4A\_499/2018 del 10 dicembre 2018; sentenza 4A\_196/2019 del 10 luglio 2019; sentenza 4A\_238/2019 del 2 dicembre 2019, consid. 3.3 (Die Geltung vorformulierter allgemeiner Geschäftsbedingungen wird durch die Ungewöhnlichkeitsregel eingeschränkt. Danach sind von der global erklärten Zustimmung zu allgemeinen Vertragsbedingungen alle ungewöhnlichen Klauseln ausgenommen, auf deren Vorhandensein die schwächere oder weniger geschäftserfahrene Partei nicht gesondert aufmerksam gemacht worden ist. Der Verfasser von allgemeinen Geschäftsbedingungen muss nach dem Vertrauensgrundsatz davon ausgehen, dass ein unerfahrener Vertragspartner ungewöhnlichen Klauseln nicht zustimmt. Die Ungewöhnlichkeit beurteilt sich aus der Sicht des Zustimmungenden im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Für einen Branchenfremden können deshalb auch branchenübliche Klauseln ungewöhnlich sein. Die Ungewöhnlichkeitsregel kommt jedoch nur dann zur Anwendung, wenn neben der subjektiven Voraussetzung des Fehlens von Branchenerfahrung die betreffende Klausel objektiv beurteilt einen geschäftsfremden Inhalt aufweist. Dies ist dann zu bejahen, wenn sie zu einer wesentlichen Änderung des Vertragscharakters führt oder in erheblichem Masse aus dem gesetzlichen Rahmen des Vertragstypus fällt. Je stärker eine Klausel die Rechtsstellung des Vertragspartners beeinträchtigt, desto eher ist sie als ungewöhnlich zu qualifizieren (BGE 138 III 411 E. 3.1 S. 412 f.; 135 III 1E. 2.1 S. 7). Bei Versicherungsverträgen sind die berechtigten Deckungserwartungen zu berücksichtigen (BGE 138 III 411 E. 3.1 S. 413 mit Hinweis) ( )

Nel caso di specie, dal punto di vista soggettivo, non vi è alcun dubbio che l'attrice, a digiuno di qualsiasi nozione giuridica, non ha alcuna esperienza in ambito assicurativo, è poco cognita nella materia qui in esame ed al momento della conclusione del contratto non era certo in grado di valutare la portata dell'art. \_\_\_\_\_ in caso di infortunio ai denti. Ella mancava e manca tuttora di esperienza per poter stabilire se tale disposto era compatibile con il contratto sottoscritto con l'assicuratore.

Anche oggettivamente, l'art. \_\_\_\_\_, sul quale l'assicuratore non risulta aver attirato in nessun modo l'attenzione, secondo il principio della buona fede ha un contenuto

estraneo alla giustificata aspettativa che l'attrice aveva circa la copertura dei costi in caso di infortunio ai denti.

Infatti, se applicabile, l'interessata non si vedrebbe mai rimborsare alcunché e dunque la copertura assicurativa non sarebbe mai applicata.

Anche perché, questo tipo di assicurazione, per i trattamenti ai denti in caso di infortunio, viene proprio sottoscritto per il fatto che di norma in ambito LAMal l'assicuratore non rimborsa i costi dell'intervento di posa di impianti e corone poiché ritenuto ineconomico (cfr. ad esempio la sentenza 9C\_637/2018 del 28 marzo 2019, dove il Tribunale federale ha respinto il ricorso di un'assicurata, nata nel 1980, che nel 2014 aveva chiesto alla sua Cassa malati di assumersi i costi di oltre Fr. 19'000.- per la ricostruzione della parte anteriore del mascellare superiore, in parte con impianti, danneggiata in un incidente, allorché l'assicuratore malattia era disposto a riconoscere solo i costi in ragione di Fr. 5'210.-, corrispondenti a una protesi scheletrata, poiché maggiormente economica).

È del resto per questo motivo che tali coperture prevedono degli importi massimi di rimborso (in casu: 60% dei costi, sino al massimo a fr. 4'000).

L'art. \_\_\_\_\_, che sfavorisce palesemente la parte più debole al contratto, va qualificato di inabituale e sorprendente e di conseguenza non va applicato al caso di specie (cfr. sentenza 4A\_187/2007 del 9 maggio 2008, consid. 5.4.3).

Del resto, va rilevato come questo disposto, per quanto concerne il rimborso dei costi in caso di infortunio ai denti, è in palese contraddizione con l'art. \_\_\_\_\_ che prevede espressamente il pagamento dell'importo previsto per le cure dispensate da un dentista o da un odontotecnico con diploma federale che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure, ciò che accade solo quando la cura è inefficace, inappropriata od ineconomica.

Abbondanzialmente va inoltre evidenziato che le \_\_\_\_\_ prodotte dall'assicuratore prevedono all'art. \_\_\_\_\_ che eventuali disposizioni contrarie delle condizioni particolari si applicano al posto delle presenti condizioni generali.

2.8. In concreto, con la risposta del 17 febbraio 2020 ai quesiti posti dal Tribunale (doc. V), il dentista curante, dr. \_\_\_\_\_, ha prodotto due preventivi datati 17 febbraio 2020 (doc. V/1+2).

Con il primo ha esposto le cure effettuate subito dopo l'infortunio (segnatamente estrazione del lembo, cura della ferita e protesi provvisoria). L'importo di fr. 1'409.05 differisce rispetto a quello contenuto nel preventivo del 18 gennaio 2019 di fr. 1'446.25, poiché non figura più l'ammontare di fr. 37.20 relativo alla posta controllo della ferita. Esso è stato riconosciuto dall'assicuratore sociale (doc. 19 e inc. 36.2019.116) e pertanto non deve essere pagato dalla convenuta.

Il secondo preventivo di fr. 5'204.70 deve invece essere rimborsato dall'assicuratore secondo quanto previsto dall'assicurazione \_\_\_\_\_.

Ne segue che la convenuta va condannata al versamento dell'importo di fr. 3'122.82 (60% di fr. 5'204.70), riservate eventuali modifiche derivanti dalla fattura definitiva del curante, dr. \_\_\_\_\_, che l'attrice dovrà trasmettere all'assicuratore per il rimborso definitivo.

Non vanno prelevate spese processuali (art. 114 lett. e CPC).

All'attrice, non rappresentata, non vanno assegnate ripetibili.

2.9. Per quanto concerne l'ammissibilità di un ricorso al TF in funzione del valore litigioso della causa, con sentenza 4A\_83/2013 del 20 giugno 2013, l'Alta Corte ha affermato che:

"( ) Esso è ammissibile a prescindere dal valore litigioso (di soli fr. 1'120.--) poiché, come afferma correttamente la ricorrente, nel Cantone Ticino le controversie tra assicurati e assicuratori concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione contro le malattie sono di competenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni in prima e unica istanza (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF; art. 7 CPC; art. 75 della legge ticinese di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997 [RL/TI 6.4.6.1]; DTF 138 III 799 consid. 1.1).

Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA, i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione per la pubblicazione periodica (art. 49 cpv. 1 LSA). S'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza, una volta cresciuta in giudicato, anche la presente sentenza in forma elettronica e senza il nominativo dell'attrice.

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