

La seconda Camera civile del Tribunale d'appello, 22 gennaio 1999,
G. c. Vodese Assicurazioni, Losanna

Fatti: L'attore, di professione copritetto e muratore, è titolare presso la compagnia d'assicurazioni convenuta di due polizze d'assicurazione sulla vita, entrambe combinate con prestazioni a copertura del rischio d'incapacità di lavoro. La prima polizza che risale al 1980 (no. .., indicata nel seguito "..") prevede fra l'altro la prestazione di un rendita annua di fr. 9'000.- "in caso d'incapacità di lavoro fino al 1.6.2012 (termine d'attesa 2 mesi)" e la contemporanea "liberazione dal pagamento dei premi in caso d'incapacità di lavoro". La seconda polizza, del 1984 (no. ..., indicata nel seguito "..") modificata nel 1990, prevede una rendita annua di fr. 15'000.- "in caso d'incapacità di guadagno" valida fino al 1.10.2011, anche qui con un termine d'attesa di 2 mesi. Per inciso, si osserva che il rischio "incapacità di guadagno" era già tale nella polizza così come allestita nel 1984. Anche questa seconda polizza prevede la liberazione dell'assicurato dal pagamento dei premi per l'insieme del contratto, in caso d'incapacità di guadagno.

A dipendenza dello stato di salute dell'assicurato, sofferente di una sindrome lombo-spondilogeno ed ileo-sacrale, identificata medicalmente a far data dal 17 dicembre 1990 e accompagnata da un'inabilità lavorativa totale a contare dalla stessa data, la convenuta gli ha versato la rendita prevista dalla polizza .. già a partire dal 17 febbraio 1991, ossia dopo il termine contrattuale di attesa.

La presente vertenza è sorta invece a dipendenza del rifiuto della convenuta di versare all'attore l'intera rendita prevista dalla polizza .. e ciò in particolare dal 1° dicembre 1991 al 12 dicembre 1993, periodo nel quale l'incapacità di guadagno è stata fissata nel 50% allineandosi in sostanza sulla posizione assunta dall'Assicurazione invalidità (AI). L'assicuratrice giustifica la propria posizione, attirando l'attenzione dell'assicurato sulle diverse condizioni d'assicurazione applicabili alle due polizze: la prima che permette all'assicurato di godere della rendita a dipendenza del solo stato invalidante; la seconda che fa invece riferimento alla possibilità di guadagno compatibile con la malattia. Trattandosi, nel secondo caso, di un criterio del tutto analogo a quello dell'AI, non vi sarebbe motivo per assumere una diversa base nella fissazione dell'incapacità di guadagno e quindi della rendita.

Con la petizione G. G. postula il pagamento di una rendita intera, a partire dal secondo mese d'attesa e successivamente, anche sulla base della polizza ..: ciò a dipendenza della totale incapacità di svolgere la sua attività lavorativa fin dal dicembre 1990, ripetutamente e univocamente attestata dai medici e dai periti che l'hanno visitato. Sostiene di essere stato convinto che il secondo contratto d'assicurazione coprisse lo stesso rischio del primo: al proposito ritiene le condizioni generali non sufficientemente chiare. D'altra parte, nega che un'assicurazione privata come quella in esame debba seguire i criteri adottati dalle autorità dell'AI. Il pretore ha in sostanza dato ragione all'attore. In base al principio dell'affidamento, ossia ricercando il senso che il destinatario poteva e doveva ragionevolmente attribuire alla manifestazione di volontà della controparte, ha considerato che la differenza fra i concetti di incapacità lavorativa e di incapacità di guadagno non è di immediata e comune comprensione. D'altra parte rileva insufficiente la prova portata dalla convenuta in merito alle spiegazioni date all'attore al momento della seconda stipula, così che questi effettivamente si rendesse conto della diversità fra le due coperture assicurative.

In questa sede, la convenuta ripropone in grandi linee la tesi esposta davanti al pretore. Essa rileva come la rendita riconosciuta all'assicurato sia conforme alle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e come le stesse non siano state contestate dall'attore entro il termine di quattro settimane dal ricevimento della polizza. Inoltre, per quanto riguarda le motivazioni del primo giudice, censura in particolare la valutazione della testimonianza B.

che ha dichiarato di aver fornito all'assicurato tutte le spiegazioni necessarie per capire correttamente il contenuto del contratto.

Di ogni altro argomento e della risposta all'appello si dirà, se necessario, nel seguito.

Poiché il contratto d'assicurazione costituisce un negozio di vastissimo interesse, le polizze vengono completate, per ciò che l'assicuratore offre a tutti gli assicurati in ogni tipo di copertura, con le CGA, spesso affiancate da Condizioni complementari d'assicurazione (CCA). Tutte queste norme rappresentano elementi costitutivi di ogni singolo contratto d'assicurazione (Maurer A., Schweizerisches Privatversicherungsrecht, ed. 3, p. 158 e 159). Dottrina e giurisprudenza contemplano regole di interpretazione in caso di disposizioni contrattuali equivoche o oscure che, in generale, si fondano sul principio dell'affidamento. La necessità d'interpretazione di un contratto - in particolare di un contratto d'assicurazione - non è però data in ogni caso di disaccordo sul suo vero significato. Le regole d'interpretazione possono essere applicate solo nei casi in cui la vera volontà delle parti non possa essere desunta né dalla lettera, né dal significato del contratto (Maurer, op. cit., p. 163); comunque, in particolare la regola dell'interpretazione contraria all'interesse di chi ha redatto la clausola contestata (contra stipulatorem) non deve prendere in considerazione il significato che il singolo assicurato (o assicuratore) conferisce, ossia può conferire alla clausola a dipendenza della sua esperienza o della sua intelligenza, ma il suo contenuto così come è comprensibile per una persona mediamente informata e intelligente: ciò equivale a un'obiettivazione del processo interpretativo (Maurer, op. cit., p. 162).

Nel caso concreto, il primo giudice si è distanziato da questa limitazione, assumendo ai fini dell'interpretazione le connotazioni soggettive dell'assicurato e - d'altra parte - ha proceduto in tal senso, considerando non chiare le clausole contrattuali relativi, alla seconda polizza. Entrambe queste conclusioni - fondamentali ai fini del giudizio - non possono essere condivise.

Infatti, né l'assicurato pretende che le CGA applicabili al contratto litigioso necessitino in sé di interpretazione, né esse oggettivamente appaiono tali. In particolare, le CCA dell'assicurazione rendita d'incapacità di guadagno 4004 - applicabili alla fattispecie - non solo offrono la definizione del concetto tecnico di incapacità di guadagno (Vi è incapacità di guadagno quando per causa di malattia o di infortunio, in base a constatazioni obiettive e medicalmente accertabili, l'assicurato non può più esercitare la propria professione od ogni altra attività conforme alla sua posizione sociale, alle sue conoscenze ed attitudini, e subisce, di conseguenza, simultaneamente, una perdita di guadagno o un altro pregiudizio pecuniario equivalente), ma - al punto 2.2. - svolgono ulteriormente il discorso relativamente all'incapacità di guadagno parziale e alla relativa graduazione delle rendite. Il testo di queste due norme, pur connotato da una certa forma e da una terminologia compatibile con l'ambito del diritto assicurativo, non sono oggettivamente né oscure, né equivoche. In concreto, esse sono state inoltre spiegate all'assicurato almeno per quanto riguarda il rischio oggetto di eventuale copertura: ne consegue la carente necessità di far capo alle norme interpretative.

L'assicurato, per contro, sostiene la necessità dell'interpretazione esclusivamente per motivi soggettivi (quelli presi in considerazione anche dal primo giudice): in particolare, la sua limitata formazione personale e la sua esperienza nel campo assicurativo, condizionata dalla precedente stipula della polizza .. che prevedeva una copertura più vasta, ossia relativa al rischio di incapacità lavorativa (cfr. CGA - ed. 1. 1971, art. 18 in fascicolo doc. BB). Ma anche sulla differenza dei termini in esame, caratteristici delle due diverse pattuizioni assicurative, vi è stata spiegazione al momento della seconda stipula. L'equivoco sostenuto dall'assicurato sui termini della seconda pattuizione, messa in relazione alla prima, non corrisponde però a un presupposto oggettivo, tale da indurre all'interpretazione del contratto.

Data pertanto la validità della polizza .., resta da verificare se la convenuta ha dis-posto di prove sufficienti per concedere all'assicurato, durante un certo periodo di tempo, una rendita ridotta dei 50%. Essa si è fondata in larghissima misura sui dati contenuti nell'incarto AI di G. G. cui ha pacificamente potuto accedere. E' opportuno ricordare che quel

l'assicurazione pubblica, relativamente al medesimo stato invalidante, ha deciso in data 23 giugno 1993, confermando il progetto del 29 gennaio 1993, di concedere all'assicurato una rendita del 50% a partire dall' 1. dicembre 1991, tenendo conto della perizia specialistica del dott. Gr. Go. di M.: questi, confermata la diagnosi nota, ha accertata un'inabilità al lavoro del 100% nella sua professione (inc. Al, doc. 20, p. 6), mentre - per quanto riguarda le possibilità di guadagno - conclude: "Per un lavoro fisicamente leggero con la possibilità di cambiare di frequente la posizione corporea da seduto a eretto, potendo anche spostarsi di tanto in tanto, senza l'obbligo di portare pesi oltre ca. 10 kg, dovrebbe essere realizzabile una capacità lavorativa del 70%. Potrei immaginare un'attività quale magazziniere (occupandosi di pezzi piccoli), lavori di controllo o di smistamento nel settore industriale, ecc." (perizia, p. 6 e 7). Contro la decisione della Cassa il signor Gr. si è aggravato al Tribunale cantonale delle assicurazioni che gli ha concesso assistenza giudiziaria, considerando il ricorso quanto meno non privo di possibilità di esito favorevole (decisione presidenziale 14 novembre 1994). Per contro, il ricorso non è stato evaso con decisione di merito poiché le parti sono giunte a una transazione giudiziale in base alla quale, tenuto conto di successive risultanze mediche eseguite presso la Clinica Sch. di Z., valide dal 13 dicembre 1993, la Cassa Al avrebbe versato all'attore una rendita intera a contare dal 1. marzo 1994. Viene pertanto a mancare la verifica giudiziaria della decisione amministrativa, sostituita dall'accordo transattivo. A disposizione della convenuta e di questo giudice restano però i dati peritali oggettivi, né come tali contestati dall'attore, né contrari ad altri elementi dell'istruttoria. In particolare se determinati certificati medici agli atti si limitano alla determinazione medica dell'incapacità lavorativa, altra documentazione medica di indubitabile serietà non contrasta con le conclusioni della perizia Go. allestita per l'Al. Così il rapporto 16 settembre 1991 della Clinica reumatologica dell'Università di Berna che - a fronte di un'incapacità lavorativa del 100% giunge a ipotizzare una reintegrazione professionale dell'assicurato in misura del 100% ("bei voll angepasster Tätigkeit mit Arbeit ohne Heben und Tragen von Lasten"); e così i successivi rapporti del dott. B. che nell'ottobre 1991 indicava ancora la possibilità del paziente di svolgere in misura del 100% un lavoro leggero, da effettuare in posizione non monotona e senza levare o portare pesi oltre i 5 kg", e che nel settembre dell'anno successivo giudicava la possibilità di svolgere un lavoro leggero limitata al 50%.

Per contro solo l'ultima perizia agli atti, quella eseguita il 27 marzo 1995 presso la clinica Sch., constatate le continuamente peggiorate condizioni dell'attore a partire dall'ultimo ricovero a Z., avvenuto nel 1993, conclude - a conferma della definitività dell'incapacità lavorativa del 100% - che G. G. non è professionalmente reintegrabile, in particolare in nessuna professione manuale: è la perizia che ha determinato la decisione dell'Al di passare dalla mezza rendita alla rendita completa a contare dal 1. marzo 1994.

Le conclusioni della convenuta sul grado di rendita dovuta all'assicurato in base alla polizza .. sono pertanto conformi alle prove fornite. In tal senso l'appello della convenuta dev'essere accolto e la petizione respinta. Una verifica dei rapporti di dareavere fra le parti non può avvenire, dal momento che l'entità del credito non è oggetto della vertenza.

A titolo del tutto abbondanziale può essere precisato all'attenzione dell'attore che la giurisprudenza da lui citata per dimostrare la differenza fra i criteri di giudizio dell'Al e i criteri dell'assicurazione privata dev'essere letta in chiave diversa, ossia nel senso che l'assicuratore privato non stabilisce la rendita in base all'effettivo pregiudizio dipendente accontenta di una stima medico-teorica dello stesso fattore: ma sempre si tratta di incapacità di guadagno ("Erwerbsunfähigkeit") (cfr. Sentenze di tribunali civili svizzeri nelle contestazioni di diritto privato in materia assicurativa, XIX, p. 426) e non di incapacità lavorativa, concetto in parte superato e indicativo esclusivamente nell'ambito della professione svolta.

Per tutti questi motivi, richiamati per le spese gli art. 148 CPC, la LTG e la TOA

pronuncia:

I. L'appello 11 maggio 1998 della Vodese Vita, Compagnia di assicurazioni, è accolto.

Di conseguenza la sentenza 20 aprile 1998 della Pretura del distretto di Lugano, Sezione 1, è riformata nel modo seguente:

1. La petizione è respinta.

2. La tassa di giustizia in fr. 1'000.- e le spese in fr. 97.- sono poste a carico dell'attore, con l'obbligo di rifondere alla convenuta la somma di fr. 2'000.- a titolo di ripetibili.

II. Le spese e la tassa di giustizia per la procedura d'appello, per complessivi fr. 600.-, già anticipati dall'appellante, sono posti a carico di G. G. Questi verserà inoltre alla controparte la somma di fr. 600.- a titolo di ripetibili.