

Raccomandata



Incarico n.  
36.2005.23

Lugano  
22 aprile 2005

CS

In nome  
della Repubblica e Cantone  
del Ticino

## Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 13 marzo 2005 di

**XXX**, \_\_\_\_\_  
rappr. da: xxx, \_\_\_\_\_

contro

**Y Assicurazioni SA Servizio Giuridico**,

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

**in fatto**

- A. **XXX**, nato nel 1975, dipendente della \_\_\_\_\_ fino al 31 luglio 2004, tramite il proprio datore di lavoro è assicurato contro la perdita di guadagno in caso di malattia presso Y .  
In seguito ad una malattia diagnosticata nel corso del mese di luglio 2003, l'assicuratore ha erogato le prestazioni pattuite contrattualmente. Il 1° luglio 2004 il medico curante, dr. med. \_\_\_\_\_, ha certificato che "a motivo di problemi familiari con il figlio malato, il signor **XXX** deve recarsi a casa in \_\_\_\_\_ per riunirsi con la famiglia."

L'assicuratore, in data 14 luglio 2004, ha informato l'interessato che *"il nostro Servizio medico fiduciario, dopo aver esaminato il suo incarto e discusso con il suo medico curante, ritiene di non poter concedere il permesso di recarsi in \_\_\_\_\_, questo dovuto al suo stato di salute attuale. Infatti, secondo il Dott. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, vedi rapporto del 28 maggio 2004, deve sottoporsi al più presto, a degli ulteriori accertamenti: reumatologici, neurologici e psicologici. Se dovesse decidere di recarsi ugualmente in \_\_\_\_\_, senza la nostra approvazione, non le saranno versate le prestazioni di malattia per il periodo del soggiorno ed inoltre la riterremo responsabile per un eventuale peggioramento o prolungamento della malattia."* (doc. 8).

Con certificato del 16 luglio 2004 il Dr. med. \_\_\_\_\_, capo servizio neurochirurgia dell'Ospedale \_\_\_\_\_, ha attestato che l'interessato *"pur essendo inabile al lavoro nella misura del 100%, potrà lasciare il proprio domicilio."* (doc. 9)

Il 9 settembre 2004, preso atto del viaggio all'estero, la Cassa ha comunicato all'assicurato che per il periodo dal 17 luglio al 15 agosto 2004 non avrebbe versato le indennità giornaliere.

- B. Con petizione datata 13.3.2005, l'assicurato, rappresentato dalla **YYY**, ha chiesto il versamento dell'importo di fr. 3'264, pari alle indennità dovute per il periodo litigioso (doc. I), prestazioni che - con atto del 21 marzo 2005 - la Cassa propone di respingere. L'assicuratore richiama l'art. 13 delle CGA che gli permette di rifiutare il versamento (doc. III).

### **in diritto**

#### In ordine

1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni.

Secondo quanto disposto dall'art. 1a cpv. 1 LAMal l'assicurazione sociale contro le malattie comprende

l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa.

La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA; modificata in occasione dell'adozione della LAMal il 1° gennaio 1996), per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

Recentemente l'Assemblea federale ha approvato la nuova legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 (LSA), il cui art. 85 ha tenore simile all'art. 47 LSA attuale. Il termine di referendum è scaduto il 7 aprile 2005.

In ambito cantonale la LCAMal all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA.

In concreto la causa concerne una vertenza relativa ad un contratto di indennità giornaliera in caso di malattia retta dalla LCA (cfr. condizioni generali del contratto). Il TCA è pertanto competente a decidere nel merito della vertenza.

#### Nel merito

2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'attore poteva recarsi all'estero dal 17 luglio al 15 agosto 2004, e quindi beneficiare di indennità giornaliera, malgrado l'esplicito rifiuto da parte dell'assicuratore malattie.
3. L'art. 1 delle condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera (di seguito: CGA), prevedono che l'assicurazione assume la copertura

assicurativa contro le conseguenze economiche della malattia e, se convenuto per contratto, degli infortuni.

Le basi del contratto sono le dichiarazioni contenute nella proposta d'assicurazione redatte dalla persona assicurata rispettivamente dallo stipulante, le CGA, le eventuali condizioni supplementari d'assicurazione, la LCA e gli accordi, rispettivamente le convenzioni speciali (art. 2 CGA). L'art. 13.6 CGA prevede che se la persona assicurata si reca all'estero a scopo di trattamento, assistenza sanitaria o parto, non vengono corrisposte prestazioni. Per l'art. 13.7 CGA una persona assicurata inabile al lavoro, che si reca all'estero senza l'approvazione dell'assicuratore, perde il suo diritto alle prestazioni assicurative fino al suo rientro in Svizzera.

4. 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 Privatversicherungsrecht, 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-maladies 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).

5. Nel caso di specie la norma contrattuale che Y vuole applicata è chiara, semplicemente formulata, non ambigua e non presenta alcuna difficoltà interpretativa.  
I termini della lingua italiana impiegati sono semplici ed espliciti. L'attore, senza autorizzazione di Y, non poteva recarsi all'estero. Scopo verosimile della regola è conferire all'assicuratore la possibilità di verificare in ogni momento lo stato di salute dell'assicurato ed evitare - ritenuta l'inabilità - un aggravamento con un viaggio impegnativo. Già per questo motivo la petizione va respinta.
6. Come detto l'attore, dopo aver ricevuto dall'assicuratore una lettera che gli intimava di non recarsi all'estero poiché, dal punto di vista medico, ciò avrebbe potuto nuocere al suo già precario stato di salute, ha trasmesso alla cassa un certificato del proprio medico in cui veniva indicato che l'interessato poteva lasciare il

suo domicilio. Contrariamente a quanto sembra ritenere l'attore, il suo medico non lo ha autorizzato a recarsi in \_\_\_\_\_, né ha dichiarato che un tale viaggio non avrebbe provocato alcun peggioramento della salute. Lo specialista ha infatti affermato che l'assicurato "potrà lasciare il proprio domicilio." (doc. 9). Ora, la facoltà di poter lasciare il proprio domicilio non implica ancora l'autorizzazione a recarsi all'estero. La Cassa del resto non contesta che l'interessato aveva la possibilità di spostarsi liberamente, ma sostiene unicamente che non poteva effettuare viaggi all'estero.

Non va poi dimenticato che le CGA prevedono esplicitamente che gli assicurati inabili al lavoro perdono il loro diritto alle prestazioni se si recano all'estero senza autorizzazione da parte dell'assicuratore. Per cui, la circostanza che il medico curante avrebbe autorizzato l'attore a recarsi all'estero è ininfluenza, poiché l'autorizzazione è valida unicamente se a fornirla è l'assicuratore. La restrizione nel recarsi all'estero deriva dalla circostanza che gli assicuratori devono poter verificare, esaminare e controllare che le prestazioni vengano versate solo agli assicurati che ne hanno veramente diritto.

In particolare le casse possono far esaminare i propri assicurati dai loro medici di fiducia e, nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno, gli interessati sono tenuti a fare tutto ciò che è possibile per diminuire le conseguenze dell'evento dannoso (cfr. anche art. 61 LCA). Ora, il controllo è possibile unicamente se l'assicurato non si reca all'estero e se l'assicuratore può, procedere celermente agli esami richiesti dalla situazione. D'altra parte, dell'obbligo di ridurre il danno fa parte anche l'obbligo, in caso di stato di salute cagionevole, di non effettuare viaggi lunghi e dispendiosi dal punto di vista psico-fisico, nella misura in cui queste non siano arbitrarie e sproporzionate.

Abbondanzialmente va osservato come dagli atti medici emerge che il medico curante, Dr. med. \_\_\_\_\_, con certificato del 2 luglio 2004 ha affermato che "il paziente è stato fatto oggetto di controlli sia dal neurologo dr. \_\_\_\_\_, sia al \_\_\_\_\_ dal neurochirurgo, sia a \_\_\_\_\_ dal prof. \_\_\_\_\_ direttore del Centro \_\_\_\_\_. Nessuna soluzione terapeutica efficace. I dolori sono persistenti e debilitanti, per cui il signor XXX non è in grado di riprendere il lavoro – e continua l'inabilità al lavoro al 100%." (sottolineatura del redattore).

Ciò conferma la gravità della patologia e giustifica la decisione della Cassa di evitare all'assicurato un lungo viaggio che poteva

essere dispendioso dal lato psico-fisico. Del resto l'assicurato è poi rimasto inabile ininterrottamente anche dopo il rientro in Svizzera. Inoltre l'attore, a comprova del suo stato di salute cagionevole, ha inoltrato una domanda tendente all'ottenimento di una rendita per l'invalidità il 14 settembre 2004.

Ancora di rilievo il lasso di tempo relativamente lungo di permanenza all'estero (un mese).

Va ribadito quindi come, in virtù delle CGA, l'assicuratore era legittimato a rifiutare il pagamento delle prestazioni durante la permanenza dell'assicurato all'estero.

La petizione, ai limiti della temerarietà, va di conseguenza respinta.

7. 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.

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 l'attore chiede al TCA il versamento di un importo di fr. 3'264 (cfr. doc. I), ossia inferiore ai fr. 8'000 richiesti dalla legge. Per cui non sono dati i presupposti per un eventuale ricorso per riforma al TF.

Per questi motivi

**dichiara e pronuncia**

- 1.- La petizione é respinta.

2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3.- Intimazione alle parti e all'UFAP, Berna.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il giudice delegato

Ivano Franzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti

1

INTIMAZIONE

22 APR. 2005

TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI