

Incarto n.
12.2011.155

Lugano
25 ottobre 2012/fb

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

La seconda Camera civile del Tribunale d'appello

composta dei giudici: Epiney-Colombo, presidente,
Fiscalini e Pellegrini

vicecancelliera: Verda Chiocchetti

sedente per statuire nella causa – inc. n. OA.2009.635 della Pretura del Distretto di Lugano,
sezione 3 – promossa con petizione 14 ottobre 2009 da

AP 1
ora rappr. dall' RA 1

contro

AO 1
(già _____)
rappr. dall' RA 2

con cui l'attore ha chiesto la condanna della convenuta al pagamento di fr. 60'000.- oltre
interessi al 5% dal 1° luglio 2009;

domanda alla quale la convenuta si è opposta e che il Pretore del Distretto di Lugano,
sezione 3, statuendo con sentenza 26 agosto 2011 ha respinto;

appellante l'attore che, con atto d'appello 6 settembre 2011, chiede la riforma del giudizio
impugnato nel senso di accogliere la petizione e di porre a carico della convenuta la tassa
di giustizia e le spese, con l'obbligo per quest'ultima di rifondergli fr. 7'500.- a titolo di
ripetibili;

mentre la convenuta, con osservazioni 9 novembre 2011, postula la reiezione del gravame,
pure con protesta di tasse spese e ripetibili;

letti ed esaminati gli atti e i documenti di causa,
ritenuto

in fatto:

- A.** Durante il mese di marzo 2009 AP 1 ha lavorato per la società _____ occupandosi della vendita esterna di polizze assicurative della compagnia di assicurazioni AO 1, succursale di _____, in seguito divenuta _____. Durante questo periodo, il 9 marzo 2009, in doppia veste di cliente e agente assicurativo, AP 1 ha sottoscritto una polizza assicurativa contro gli infortuni denominata “_____ – Opzione 3” (doc. B, C e D), la quale prevedeva una prestazione in capitale a seconda delle conseguenze di un infortunio. L’art. 9 delle Condizioni Generali (di seguito: CGA) elenca le lesioni coperte dall’assicurazione, si tratta di “fratture”, “ustioni” e “distorsioni”, meglio definite all’art. 2 CGA. La polizza indica la percentuale variabile, a seconda della parte del corpo colpita, da applicare al capitale di fr. 30'000.-. Ai sensi dell’art. 12 CGA le prestazioni previste dal contratto assicurativo possono essere cumulate ma non possono superare il 200% per sinistro. Con scritto del 6 aprile 2009, l’assicurazione ha riconosciuto a AP 1 un importo di fr. 36'000.- (doc. E) per le conseguenze di un sinistro da lui annunciato. Poco tempo dopo, l’assicurato ha fatto richiesta per l’ottenimento di una nuova prestazione assicurativa asserendo di essere stato vittima di un incidente stradale l’11 maggio 2009. La Compagnia di assicurazioni ha questa volta rifiutato la domanda di risarcimento (doc. I) considerando che l’assicurato non aveva subito alcuna delle lesioni coperte dall’assicurazione sottoscritta e come richiesto dalle CGA.
- B.** Con petizione 14 ottobre 2009 AP 1 ha chiesto che la compagnia d’assicurazione AO 1 venga condannata al pagamento di fr. 60'000.-, importo massimo previsto dalla polizza, oltre interessi al 5% dal 1° luglio 2009 sostenendo di aver subito, a seguito di un incidente stradale avvenuto l’11 maggio 2009, una serie di lesioni, consistenti in distorsioni a varie parti del corpo, coperte dalla polizza assicurativa da lui sottoscritta e di avere quindi diritto a tale risarcimento. Con risposta 29 gennaio 2010 la convenuta si è opposta alla petizione, per il fatto che l’attore non aveva dato alcuna evidenza dell’asserito incidente e poi perché comunque le lesioni che egli avrebbe riportato non rientrano in alcuna delle tipologie coperte dalla polizza assicurativa. A detta della convenuta, infatti, il referto ospedaliero stilato il giorno dell’asserito incidente riscontra unicamente delle “contusioni multiple” (doc. F), che non rientrano nelle lesioni coperte dalla polizza sottoscritta ai sensi dell’art. 2 CGA, ovvero “frattura”, “ustione” o “distorsione” (doc. D). La compagnia assicurativa ha poi contestato i certificati che l’attore ha fornito in un secondo momento (doc. H e doc. G) e che menzionano la presenza di “distorsioni” e “distrazioni” dovuti all’incidente, sia perché tali certificati sono stati rilasciati “quasi tre settimane (doc. H) e più di un mese (doc. G) dopo l’asserito incidente” (risposta, pag. 5) e poi perché sarebbe poco credibile il fatto che tali lesioni, non riscontrate dal Pronto Soccorso il giorno dell’incidente, siano comparse a quasi tre settimane di distanza. A ogni modo, la convenuta afferma che la

polizza assicurativa stipulata con l'attore copre solo le distorsioni associate a un'operazione sotto anestesia. In ogni caso, nella denegata ipotesi che le lesioni riportate dall'attore siano considerate coperte dalla polizza, la convenuta ritiene che la loro qualificazione non potrebbe comunque superare fr. 46'500.-. Al termine dell'istruttoria le parti si sono sostanzialmente riconfermate nelle rispettive posizioni, rinunciando a comparire al dibattimento finale.

- C. Con sentenza 26 agosto 2011 il Pretore ha respinto la petizione e ha messo a carico dell'attore la tassa di giustizia e le spese per complessivi fr. 3500.-, oltre a un'indennità di fr. 7'500.- a titolo di ripetibili da rifondere alla convenuta.
- D. L'attore è insorto contro il giudizio pretorile con atto 6 settembre 2011, nel quale chiede di riformarlo e di accogliere integralmente la petizione, ponendo a carico della convenuta la tassa di giustizia e le spese per fr. 3'500.-, come pure le ripetibili per fr. 7'500.- della prima istanza, e protestando tassa, spese e ripetibili d'appello. Con osservazioni (correttamente: risposta) 9 novembre 2011 l'appellata ha avvertito le pretese di controparte.

e considerato

in diritto:

1. Il 1° gennaio 2011 è entrato in vigore il nuovo Codice di diritto processuale civile svizzero (CPC). Giusta l'art. 405 cpv. 1 CPC alle impugnazioni si applica il diritto in vigore al momento della comunicazione della decisione intesa come data di intimazione (DTF 137 III 127). La sentenza pretorile è stata intimata il 27 agosto 2011, sicché la procedura d'appello è retta dal nuovo CPC.
2. Giusta l'art. 308 cpv. 1 CPC sono impugnabili mediante appello le decisioni finali e incidentali di prima istanza (lett. a) e quelle di prima istanza in materia di provvedimenti cautelari (lett. b). Trattandosi di decisioni pronunciate in controversie patrimoniali, l'appello presuppone che il valore litigioso secondo l'ultima conclusione riconosciuta nella decisione raggiunga almeno fr. 10'000.- (art. 308 cpv. 2 CPC). Nella fattispecie, la sentenza impugnata è senz'altro una decisione finale di prima istanza, ai sensi della citata norma, con un valore superiore ai fr. 10'000.- (art. 308 cpv. 2 CPC) e retta dalla procedura ordinaria (art. 219 e seg. CPC). Pacifica è dunque l'appellabilità del giudizio impugnato, entro il termine di trenta giorni (art. 311 cpv. 1 CPC). L'appello 6 settembre 2011 è pertanto tempestivo. Ciò posto, nulla osta alla trattazione del gravame.
3. Il Pretore ha dapprima rilevato che le parti, vincolate da un contratto di assicurazione denominato "_____ " (doc. C) integrato dalle CGA (doc. D), divergono sull'interpretazione del termine "distorsione" così come definito dall'art. 2 CGA *definizione termini*. Dopo aver esposto i principi di interpretazione di un contratto, il giudice di prima istanza ha osservato che dall'istruttoria non sono emerse circostanze di fatto dalle quali si possa ritenere che l'attore, sottoscrivendo la polizza nella sua doppia veste di cliente e di agente professionale, abbia voluto assicurarsi diversamente rispetto a quanto emerge dalla polizza. In merito alla definizione del termine

“distorsione” ai sensi delle CGA, il giudice ha ritenuto che essa si presenta con un testo sostanzialmente chiaro dal quale non vi è motivo di discostarsi; la congiunzione “e” ha un valore coordinativo e aggiuntivo e non alternativo come sostenuto dall’attore. Il Pretore ha poi ritenuto che si giungerebbe comunque allo stesso risultato anche se si ritenesse il testo dell’art. 2 CGA poco chiaro e si procedesse con diverse interpretazioni per ricercare un altro significato. L’interpretazione sistematica porterebbe a denotare come anche la definizione di altri termini di cui art. 2 CGA, segnatamente “frattura” e “ustione”, presentano dei requisiti aggiuntivi particolari quali “frattura completa” e “ustione di secondo e terzo grado”. L’interpretazione teologica “porterebbe a considerare che il requisito aggiuntivo dell’operazione sotto anestesia, come quelli indicati per frattura e ustione, ha lo scopo di limitare il diritto a prestazioni assicurative a soli infortuni di una certa entità, e non semplici casi bagatella; d’altronde se un’operazione sotto anestesia da sola avesse giustificato il riconoscimento di prestazioni ciò sarebbe stato espressamente indicato nella polizza sotto la voce dei rischi assicurati” (cfr. sentenza pretorile, pag. 5 e 6). Il Pretore ha inoltre osservato che il principio *dubio contra stipulatorem*, invocato dall’attore per l’interpretazione della definizione del termine “distorsione”, “può essere applicato soltanto quando, dopo un’interpretazione accurata ed obiettiva, risulta che una locuzione può essere, in buona fede, compresa in diversi modi”, ciò che non si riscontra nel caso concreto. Ad ogni modo il primo giudice ha rilevato che le lesioni riportate dall’attore, qualificate comunque diversamente dai medici che lo hanno visitato, sono state curate con la semplice assunzione per alcuni giorni di antidolorifici e antinfiammatori; non si è invece proceduto ad alcun tipo di intervento. Inoltre, prosegue il Pretore, spettava all’attore dimostrare di avere diritto alle prestazioni assicurative, ciò non è avvenuto. L’attore non ha neppure apportato precisazioni in merito all’incidente da lui annunciato, di cui tutto si ignorava. Il Pretore ha quindi respinto la petizione.

4. L’appellante rileva in primo luogo, e sulla base del verbale 23 settembre 2010 di D _____, che il fatto di avere lavorato un solo mese per M _____ Sagl non è sufficiente per considerarlo formato al punto da poter interpretare al meglio le clausole contrattuali, tanto più che la sopracitata società vendeva numerosi servizi di diverso genere e non solo la polizza in oggetto. L’appellante considera errata l’interpretazione che il Pretore ha adottato della definizione di “distorsione” ai sensi dell’art. 2 CGA e dove ha ritenuto che il requisito aggiuntivo di “operazione sotto anestesia” fosse indispensabile affinché si consideri che la distorsione sia coperta dalla polizza assicurativa “_____ – Opzione 3”. La congiunzione <e> non può nella fattispecie avere valore cumulativo, perché altrimenti non si comprenderebbe come determinate distorsioni non curabili a mezzo di operazione con anestesia, che potrebbero però essere ben più dolorose e gravide di conseguenze di altre (soggette però ad anestesia), non darebbero origine ad un indennizzo, a causa per l’appunto – e soltanto – della mancanza di anestesia” (appello, pag. 10). Sempre secondo l’appellante, il Pretore ha trascurato il fatto che al termine di un

elenco di sostantivi, situazioni, ecc., l'ultimo elemento non è indicato con una virgola, bensì con la congiunzione "e". In conclusione, egli considera che nel caso in oggetto sarebbe valido il principio in *dubio contra stipulatorem*.

5. È pacifico che i rapporti tra le parti sono regolati da un contratto di assicurazione contro gli infortuni denominato _____ (doc. D) integrato dalle CGA (doc. D) e che tra loro vi è divergenza sull'interpretazione da dare all'art. 2 delle CGA. L'interpretazione di un contratto assicurativo segue i principi che valgono generalmente per qualsiasi altro contratto, a meno che la legge non preveda disposizioni particolari. Le condizioni generali di assicurazione CGA che sono state esplicitamente incorporate nel contratto vanno interpretate come le altre clausole contrattuali (DTF 135 III 1 consid. 2 pag. 6, 133 III 675 consid. 3.3 pag. 681). In presenza di divergenze sul contenuto di una clausola contrattuale il giudice deve dapprima determinare la reale e comune volontà delle parti, senza limitarsi alle espressioni che le stesse hanno utilizzato (art. 18 cpv. 1 CO). Se questa non può essere determinata o diverge, il giudice deve interpretare le dichiarazioni e i comportamenti delle parti secondo il principio dell'affidamento; le dichiarazioni delle parti vengono quindi interpretate come potrebbe comprenderle un terzo di buona fede che si trovasse nelle medesime circostanze (BRULHART, *Droit des assurances privées*, Berna 2008, pag. 125, n. 276). Il principio dell'affidamento permette quindi di imputare ad una parte il senso oggettivo della sua dichiarazione o del suo comportamento, anche se non corrisponde alla sua intima volontà (cfr. DTF 135 III 410, consid. 3.2, pag. 412-413; BRULHART, *op. cit.*, pag. 124, n. 276).

Giusta l'art. 33 LCA, salvo disposizione contraria della legge, l'assicuratore risponde di tutti gli avvenimenti che presentino i caratteri del rischio contro le conseguenze del quale l'assicurazione fu conclusa, eccettoché il contratto non escluda dall'assicurazione singoli avvenimenti in modo preciso, non equivoco. Questa norma concretizza l'adagio in *dubio contra stipulatorem* – menzionato dall'appellante - secondo il quale, in modo sussidiario, quando persiste un dubbio sul significato da attribuire alle norme redatte dall'assicuratore queste devono essere interpretate in sfavore del loro autore (DTF 122 III 188, consid. 2a; BRULHART, *op. cit.*, pag. 132, n. 292). Incombe infatti all'assicuratore delimitare l'estensione del suo impegno e l'assicurato non deve sopportare restrizioni che non gli sono state chiaramente sottoposte (DTF 133 III 675 consid. 3.3 pag. 682, in modo più succinto DTF 135 III 410 consid. 3.2 pag. 413).

6. La circostanza, addotta nell'appello, che l'attore abbia lavorato solo un mese come venditore di polizze assicurative non gli giova. Dalla deposizione del socio gerente della citata agenzia, infatti, è emerso che l'attore aveva ricevuto una formazione interna per la vendita di polizze assicurative e informazioni sui contenuti delle polizze (deposizione D_____, verbale 23 settembre 2012). Né era necessaria una particolare formazione per comprendere il significato dell'art. 2 CGA allegato al contratto di assicurazione infortuni sottoscritto dalle parti (doc. D), il cui testo è chiaro, come rilevato dal

Pretore. L'art. 2 CGA recita infatti:

“Definizione dei termini – in connessione con questa assicurazione si definiscono i seguenti termini.... *Distorsione*: storta, slogamento o spostamento di un osso al di fuori della sua articolazione (lussazione) e operazione sotto anestesia....”.

Vi è quindi l'elenco alternativo di tre tipi di lesione, ovvero storta, slogamento e lussazione. La congiunzione “e”, utilizzata nel testo dopo l'ultima lesione elencata, si presenta nel suo valore più comune, ovvero quello coordinativo e aggiuntivo (Vocabolario della lingua italiana Zanichelli, 2009, pag. 748). Tale aspetto è confermato dal fatto che nella riga precedente, ovvero nell'elenco alternativo delle lesioni prese in considerazione, per sottolineare che si tratta appunto di alternative viene utilizzata la congiunzione “o”. Anche se si volesse considerare poco chiaro tale testo, seguendo i vari criteri di interpretazione applicabili si giungerebbe comunque al medesimo risultato, nel senso che l'elemento “operazione sotto anestesia” è un requisito aggiuntivo alla lesione, di modo che lo “spostamento di un osso al di fuori della sua articolazione (lussazione)” menzionato dall'art. 2 CGA deve essere presente cumulativamente con un'operazione sotto anestesia per dar diritto al versamento di prestazioni assicurative. Un'interpretazione sistematica porta, infatti, a considerare le altre clausole e a notare che le lesioni definite all'art. 2 CGA presentano anch'esse dei requisiti aggiuntivi particolari, come ad esempio “frattura completa”. Le CGA applicabili in concreto usano per gli elenchi alternativi la congiunzione “o”, mentre la congiunzione “e” è utilizzata quando sono previsti requisiti cumulativi come ad esempio nella definizione di “ustione (di secondo o terzo grado): distruzione degli strati superiori della pelle (epidermide) o dell'epidermide e del derma” (doc. D). Ad ogni modo, se l'operazione sotto anestesia non fosse stata considerata quale requisito cumulativo non si vede perché comparirebbe sotto la definizione di “distorsione”, né perché - se si ritiene che l'operazione giustifichi da sola la determinazione di una prestazione assicurativa - non compaia nell'elenco dei rischi assicurati della citata polizza. Nell'ipotesi in cui ci si fondi sull'interpretazione teleologica della clausola litigiosa, si rileva anche dal suo contesto che lo scopo è quello di limitare il diritto alle prestazioni assicurative solo a lesioni di una certa gravità.

7. L'argomento dell'appellante secondo il quale il Pretore avrebbe trascurato il fatto che al termine di un elenco di sostantivi, situazioni, ecc., l'ultimo elemento non è indicato con una virgola, bensì con la congiunzione “e” non si rivela pertinente. La congiunzione qui in esame “unisce semplicemente due o più elementi di una prop. che abbiano la stessa specie” (Vocabolario della lingua italiana Zanichelli, 2009, pag. 748). Nel caso concreto storta, slogamento, lussazione giusta la definizione di “distorsione” dell'art. 2 CGA possono essere considerate della stessa “specie”, ovvero lesioni fisiche coperte dalla polizza assicurativa, mentre l'“operazione sotto anestesia” si discosta da tale concetto. Inoltre, l'ultima delle lesioni elencate, ovvero lo “spostamento di un osso al di fuori della sua articolazione (lussazione)” è già preceduto dalla congiunzione “o” (doc. D) che conclude così la lista delle lesioni coperte. L'operazione sotto anestesia risulta dunque essere un requisito cumulativo da

