Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
4A 53/2007 /viz

Sentenza del 26 settembre 2007
I Corte di diritto civile

Composizione
Giudici federali Corboz, presidente,
Rottenberg Liatowitsch, Kiss,
cancelliera Gianinazzi.

Parti
A._____,
ricorrente,

contro

X._____ SA,
opponente.

Oggetto
LCA; contratto d'assicurazione collettiva
d'indennità giornaliere in caso di malattia

ricorso in materia civile contro la sentenza emanata
il 15 febbraio 2007 dal Giudice delegato del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino.

Fatti:
A.
Alle dipendenze di X._____ SA dal 1°giugno 1986, A._____ ha cessato la propria attività il 28 gennaio 2004, data a partire dalla quale egli è stato inabile al lavoro al 100% per malattia. Il rapporto di lavoro si è concluso il 31 ottobre 2004.
A.a Per il tramite della datrice di lavoro A._____ beneficiava presso Y._____SA di un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliere in caso di malattia, che a partire dal 61°giorno d'incapacità lavorativa e fino al 26 gennaio 2006 gli ha versato un'indennità giornaliera di fr. 245.95.
A.b Il 12 maggio 2006 l'Ufficio dell'Assicurazione invalidità ha riconosciuto ad A._____, retroattivamente, per il periodo tra il 1°gennaio 2005 e il 31 marzo 2006, una rendita intera d'invalidità, oltre a due rendite per i figli, per un importo complessivo di fr. 58'050.–.
A.c Preso atto di questa decisione, Y._____ - che durante il medesimo periodo aveva erogato indennità giornaliere per un totale di fr. 96'166.45 - ha preteso e ottenuto direttamente dall'Ufficio dell'Assicurazione invalidità il versamento di fr. 49'747.–, pari al sovraindennizzo verificatosi tra il 1°gennaio 2005 e il 26 gennaio 2006.
A.d A._____ ha contestato il calcolo del sovraindennizzo effettuato dall'assicurazione; ne è seguito uno scambio epistolare che non ha tuttavia consentito di appianare il dissenso fra le parti.
B.
Donde la presente causa.
B.a Il 21 novembre 2006 A._____ ha convenuto l'ex datrice di lavoro, X._____ SA, dinanzi al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino onde ottenere il pagamento di fr. 9'907.– "a titolo di riparazione del danno causato dalla malattia iniziatasi in data 28.01.2004, in parte addebitati alla perdita dei contributi assicurativi (parte integrante del salario secondo il contratto vigente ad inizio inabilità lavorativa) e in parte da ascrivere ad

altri costi dovuti alla malattia non coperti altrimenti, facendo capo alla somma di fr. 49'747.–, ossia l'importo direttamente richiesto e incassato dalla X._____ SA, Berna, all'Assicurazione Invalidità del Cantone Ticino, Bellinzona".
In sintesi, asseverando di essere stato al beneficio di un'assicurazione privata collettiva contro i danni, egli ha preteso il rimborso di fr. 9'907.–, in applicazione degli art. 62 e 72 LCA. Ha tuttavia aggiunto che, qualora il Tribunale cantonale avesse invece ammesso la stipulazione di un'assicurazione di somme, il caso avrebbe dovuto venir esaminato alla luce dell'art. 96 LCA, con conseguente concessione del libero passaggio nell'assicurazione individuale a partire dalla data del licenziamento (31 ottobre 2004); questo implicherebbe un obbligo di pagamento dei premi a suo carico e farebbe cadere il diritto della controparte alla consegna del sovraindennizzo di fr. 49'747.–. In sede di replica l'attore ha invece contestato l'applicabilità delle Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA) 2002, tipo A, richiamando piuttosto l'applicabilità delle CGA 1996, tipo B, che gli darebbero diritto al ristorno dell'intera somma incassata dalla controparte, ovvero fr. 49'747.–.
La risposta di causa e la duplica sono state inoltrate da Y._____SA. Questa ha proposto la reiezione delle pretese di A._____ adducendo che i costi di cui egli ha rivendicato il rimborso non rientravano nella perdita di guadagno assicurata. Sia il contratto d'assicurazione collettiva d'indennità giornaliere in caso di malattia per i dipendenti di X._____ SA valido nel 2004, sia quello valido nel 2005, entrambi disciplinati dalle CGA 2002, tipo A, prevedevano infatti un'indennità giornaliera assicurata corrispondente al 93.95% del salario sottoposto ad AVS (ovvero: 100% del salario sottoposto ad AVS ./. 5,05% di contributi AVS ./. 1% di contributi LADI).
B.b Con sentenza del 15 febbraio 2007 il giudice delegato del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino ha respinto la petizione.
Premessa l'applicabilità delle CGA 2002, tipo A, il giudice cantonale ha proceduto all'interpretazione delle stesse, giungendo alla conclusione che l'assicurazione di cui beneficiava A._____ copriva solo la perdita del salario in caso di malattia, non invece i costi di altre prestazioni (quali ad esempio i costi di ricovero). Donde la reiezione della pretesa di risarcimento delle spese mediche non coperte altrimenti (fr. 511.– di spese dentarie e fr. 1'200.– per un trattamento del dott. B._____). Il giudice ha poi osservato che il salario determinante per il calcolo delle indennità giornaliere era quello soggetto ad AVS e che l'art. 8 lett. b OAVS esclude esplicitamente da questo i contributi versati dal datore di lavoro all'assicuratore malattia e infortunio dei loro dipendenti. Per questo motivo egli ha respinto anche la tesi attorea secondo cui questi contributi erano parte integrante del salario e, di conseguenza, ha disatteso la relativa domanda di rimborso. Trattandosi di un'assicurazione contro i danni, volta a compensare la perdita di guadagno effettiva - ha proseguito il giudice - il versamento di prestazioni da parte di altri assicuratori, segnatamente dell'Assicurazione invalidità, ha ridotto l'importo a carico
di Y._____, debitrice unicamente della differenza tra quanto versato dall'assicurazione invalidità e quanto dovuto ad A._____ sulla base del contratto d'assicurazione collettiva (divieto di sovraindennizzo). Di qui la reiezione della richiesta subordinata di cumulare le prestazioni percepite dall'Ufficio dell'Assicurazione invalidità con quelle della Y._____. Per finire, considerato che l'art. 72 LCA prevede la surrogazione dell'assicuratore sino a concorrenza dell'indennità pagata e che l'attore non ha contestato l'ammontare dell'indennità giornaliera riconosciutagli, il giudice ha avallato la decisione di Y._____ di rivolgersi direttamente all'Assicurazione invalidità per ottenere il pagamento della somma pagata in eccesso.
C.
Contro questa sentenza A._____ è tempestivamente insorto dinanzi al Tribunale federale con un ricorso in materia civile fondato sulla violazione del diritto federale, volto a ottenere la modifica della pronunzia impugnata nel senso della condanna di X._____ SA al versamento di fr. 49'747.–.
Nella risposta del 19 aprile 2007 Y._____SA ha proposto di respingere il gravame "nel caso o nella misura in cui fosse dichiarato ammissibile". L'autorità cantonale non si è invece pronunciata.
Il 27 aprile 2007 A._____ ha introdotto un allegato di replica.

Diritto:
1.
Il 1°gennaio 2007 è entrata in vigore la Legge sul Tribunale federale (LTF, RS 173.110; RU 2006 1205, 1241). Poiché la decisione in concreto impugnata è stata pronunciata dopo questa data, la procedura ricorsuale è disciplinata dalla nuova normativa (art. 132 cpv. 1 LTF).

2.
Il Tribunale federale si pronuncia d'ufficio e con pieno potere d'esame sull'ammissibilità del rimedio esperito.
2.1 Interposto tempestivamente (art. 100 cpv. 1 LTF) dalla parte soccombente in sede cantonale (art. 76 cpv. 1 lett. a LTF) contro una decisione finale (art. 90 LTF) pronunciata dall'autorità ticinese di ultima istanza (art. 75 cpv. 1 LTF) in una causa civile di carattere pecuniario (DTF 124 III 44 consid. 1a/aa, 229 consid. 2b), con un valore litigioso superiore a fr. 30'000.– (art. 74 cpv. 1 let. b LTF), il ricorso risulta ricevibile.
2.2 Y._____SA assevera l'inammissibilità del ricorso per il motivo ch'esso è stato presentato nei confronti di X._____ SA, allorquando la sentenza impugnata è stata emanata nei confronti di A._____ e, appunto, Y._____SA.
A questo proposito nell'allegato di replica il ricorrente rileva aver sempre in buona fede ritenuto quale sua legittima interlocutrice - sia per le problematiche relative al contratto di lavoro sia per il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera - l'ex datrice di lavoro X._____ SA, la quale ha peraltro dato seguito alla sua corrispondenza senza mai sollevare alcuna obiezione.
2.2.1 Dalla lettura dell'incarto emerge che vi è in effetti una certa confusione in merito alle parti in causa. La responsabilità di questa situazione non va però ascritta all'attore bensì all'autorità di primo grado e, soprattutto, alla stessa Y._____SA.
Nella petizione introdotta il 21 novembre 2006 A._____ ha infatti indicato chiaramente, quale parte convenuta, l'ex datrice di lavoro X._____ SA. Ciononostante l'autorità adita ha notificato la petizione a Y._____SA, la quale si è costituita in giudizio, introducendo sia la risposta di causa che la duplica senza nulla eccepire.
Dinanzi al Tribunale federale A._____ ha nuovamente indicato X._____ SA quale controparte. Il Tribunale federale ha pertanto notificato il ricorso a questa società. La risposta è stata tuttavia introdotta da Y._____SA. E, pur precisando che si tratta di due persone giuridiche autonome e indipendenti, è Y._____SA che fa valere la carenza di legittimazione passiva di X._____ SA.
2.2.2 In simili circostanze sarebbe iniquo dichiarare il ricorso inammissibile perché la parte ivi menzionata quale opponente non corrisponde a quella indicata nel giudizio impugnato; Y._____ non può trarre alcun beneficio dalla confusione che lei stessa ha contribuito a ingenerare nel ricorrente.
La questione non necessita comunque di venir ulteriormente approfondita giacché il ricorso deve in ogni caso venire respinto.
3.
Con il ricorso in materia civile può essere fatta valere la violazione del diritto così come determinato dagli art. 95 e 96 LTF.
3.1 Il Tribunale federale applica il diritto d'ufficio (art. 106 cpv. 1 LTF). Esso non è vincolato dai motivi indicati nel ricorso né dal valore giuridico attribuito ai fatti dall'autorità cantonale; il Tribunale federale può dunque accogliere un ricorso per motivi diversi da quelli di cui si prevale la parte che ricorre, così come può respingerlo adottando un'argomentazione giuridica differente da quella esposta nel giudizio impugnato (cfr. DTF 130 III 136 consid. 1.4 pag. 140).
Ciononostante, tenuto conto dell'esigenza di motivazione posta dall'art. 42 cpv. 1 e 2 LTF - che, se disattesa, può comportare l'inammissibilità del gravame (art. 108 cpv. 1 lett. b LTF) - in linea di principio il Tribunale federale esamina solamente le censure adeguatamente sollevate; non è tenuto a chinarsi su tutte le questioni giuridiche che si pongono, come farebbe un'autorità di prima istanza.
3.2 In linea di massima, il Tribunale federale fonda il suo ragionamento giuridico sui fatti così come accertati dall'autorità inferiore (art. 105 cpv. 1 LTF); può scostarsi dall'accertamento dei fatti dell'autorità inferiore solo se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'art. 95 (art. 105 cpv. 2 LTF). Incombe alla parte che intende scostarsi dalla fattispecie contenuta nella sentenza impugnata addurre, con un'argomentazione circostanziata, il motivo che la induce a ritenere adempiute le condizioni di una delle eccezioni previste dall'art. 105 cpv. 2 LTF; altrimenti non si può tener conto di una fattispecie diversa da quella esposta nella decisione impugnata (cfr. DTF 130 III 136 consid. 1.4 pag. 140 con rinvii). Infine, possono essere addotti nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore (art. 99 cpv. 1 LTF).
4.
Prima di esaminare il ricorso appare utile rammentare brevemente il contesto in cui si inserisce l'attuale vertenza, concernente un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliere in caso di malattia, stipulata da un datore di lavoro a favore dei suoi dipendenti e sottoposta alla legge sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1).

4.1 L'art. 324a cpv. 1 CO prevede che se il lavoratore è impedito senza sua colpa di lavorare, per motivi inerenti alla sua persona, come la malattia, il datore di lavoro deve pagargli per un tempo limitato il salario, compresa un'adeguata indennità per perdita del salario in natura, in quanto il rapporto di lavoro sia durato o sia stato stipulato per più di tre mesi (sulle condizioni di applicazione di questa norma cfr. Adrian von Kaenel, Verhältnis einer Krankentaggeldlösung zu Art. 324a OR, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pag. 109-131, in particolare pag. 111-115).
La durata del pagamento del salario dipende dalla durata del rapporto di lavoro (art. 324a cpv. 2 CO; sui criteri usualmente applicati dai tribunali in questi casi cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 116 seg.).
Salvo pattuizione contraria, l'obbligo di pagamento del salario in caso di malattia cessa con la fine del rapporto di lavoro (Hans-Rudolf Müller, Grundlagen der Krankentaggeldversicherung nach VVG, in: Krankentaggeldversicherung: Arbeits- und versicherungsrechtliche Aspekte, Zurigo 2007, pag. 19-45, in particolare pag. 20).
4.2 Queste norme configurano il regime legale di base a tutela del lavoratore, gli garantiscono una protezione minima alla quale non può essere derogato a suo svantaggio (art. 362 cpv. 1 CO; cfr. DTF 131 III 623 consid. 2.2 pag. 628).
4.3 L'art. 324a cpv. 4 CO prevede la possibilità di derogare al regime di base legale appena descritto mediante accordo scritto, contratto normale o contratto collettivo che sancisca un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore (sull'aspetto dell'equivalenza cfr. Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 120 segg.). Si tratta, di regola, di un regime che comporta una riduzione delle prestazioni del datore di lavoro durante il periodo minimo previsto dalla legge, ma compensa questa riduzione mediante l'estensione del periodo durante il quale il datore di lavoro procede al versamento (Gabriel Aubert, in: Commentaire romand, n. 50 ad art. 324a CO).
La deroga al regime di base deve essere pattuita in forma scritta. Trattandosi di un accordo che concerne i diritti minimi del lavoratore, esso deve menzionare i punti essenziali del regime convenzionale, quali ad esempio la percentuale del guadagno assicurato, i rischi coperti, la durata delle prestazioni, se del caso la durata del periodo di attesa. Qualora - come spesso accade nella pratica - il datore di lavoro stipuli un'assicurazione d'indennità giornaliere in caso di malattia, l'accordo indica anche le modalità di finanziamento dei premi assicurativi; per il resto può rinviare alla condizioni generali di assicurazione o a un altro documento tenuto a disposizione del lavoratore (DTF 131 III 623 consid. 2.5.1 con numerosi riferimenti dottrinali).
4.4 Già si è detto che nella pratica numerosi sono i datori di lavoro che - come nel caso qui in esame - stipulano un contratto d'assicurazione d'indennità giornaliere in caso di malattia, sottoposto alla LCA (Vincent Brulhart, L'assurance collective contre la perte de gain, Le droit social dans la pratique de l'entreprise, Questions choisies, Berna 2006, pag. 95-112, in particolare pag. 101).
4.4.1 Il contratto stipulato dal datore di lavoro con l'assicurazione è un contratto a favore di terzi (art. 112 CO; Vincent Brulhart, op. cit., pag. 99). Il lavoratore non è parte al contratto, anche se ne è il beneficiario (Hans-Rudolf Müller, op. cit., pag. 30).
Con la (valida) conclusione di un contratto di assicurazione malattia collettiva il datore di lavoro si libera dal suo obbligo di continuare a versare il salario (DTF 120 V 38 consid. 3); gli subentra l'assicuratore, il quale non versa al lavoratore/assicurato il salario vero e proprio, dal quale andrebbero ancora dedotti i contributi sociali, bensì un'indennità giornaliera, esente da tali contributi (Adrian von Kaenel, op. cit., pag. 116).
Il diritto alle prestazioni assicurative spetta per legge direttamente all'assicurato/lavoratore (art. 87 LCA; Hans-Rudolf Müller, op. cit., pag. 27, Vincent Brulhart, op. cit., pag. 102 seg.).
4.4.2 L'assicurazione d'indennità giornaliere in caso di malattia può essere stipulata nella forma di un'assicurazione di somme o di un'assicurazione contro i danni.
L'assicurazione di somme garantisce una prestazione che è stata definita al momento della conclusione del contratto e non dipende dal verificarsi di un pregiudizio economico: essa è dovuta non appena l'evento assicurato si sia verificato (sulla nozione di assicurazione di somme in relazione a un'assicurazione d'indennità giornaliere in caso di malattia cfr. in particolare la sentenza del 16 luglio 2007 nella causa 4A 168/2007 consid. 3.2.4 e 3.2.5, destinata a pubblicazione). L'assicurazione contro i danni mira invece a rimborsare il danno: in questo caso il versamento e la misura delle prestazioni dipendono dalla misura del pregiudizio economico effettivamente patito dall'assicurato. Nell'ambito dell'assicurazione di somme l'assicurato può cumulare le prestazioni dell'assicurazione con le pretese di risarcimento nei confronti di un eventuale responsabile (art. 96 LCA); nell'assicurazione contro i danni prevale invece il principio dell'indennizzo e la legge concede all'assicuratore un diritto di regresso nei confronti di un eventuale terzo responsabile (art. 72 LCA).
La questione di sapere se si è in presenza dell'una o dell'altra forma di assicurazione va decisa mediante

l'interpretazione del contratto di assicurazione e delle condizioni generali d'assicurazione che lo accompagnano (CGA), secondo le regole usuali dell'interpretazione dei contratti (sui criteri di distinzione fra queste due modalità di assicurazione cfr. anche sentenza dell'11 giugno 1998 nella causa 4C.83/1998 consid. 3c e 3d; Hans-Rudolf Müller, op. cit., pag. 29; Vincent Brulhart, op. cit., pag. 109 seg.).
5.
In concreto, l'interpretazione del contratto di assicurazione collettiva stipulato da X._____ SA con Y._____SA, e più in particolare delle CGA 2002 tipo A, ha condotto il giudice delegato del Tribunale delle assicurazioni a concludere che l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliere in caso di malattia di cui ha beneficiato il ricorrente era un'assicurazione contro i danni, volta a coprire la perdita di salario in caso di malattia.
5.1 Il ricorrente non critica il giudizio sul genere di assicurazione stipulata dall'ex datrice di lavoro, ma nega l'applicabilità delle CGA 2002 tipo A. Egli sostiene l'applicabilità delle CGA versione 1996, tipo B, che benché soggiacenti alla LCA avevano un contenuto sociale spiccato, in base al quale egli avrebbe avuto diritto al versamento integrale dell'importo di fr. 49'747.–, dilazionato nel tempo.
Si tratta di un argomento privo di fondamento. Giovi rammentare che, di principio, le CGA rimangono applicabili per tutta la durata del contratto di assicurazione ch'esse regolano; nuove CGA sono applicabili ai contratti conclusi dopo la loro entrata in vigore (cfr. anche Jean-Luc Mercier, Le contrat d'assurance maladie perte de salaire selon la LCA, in: Colloques et journées d'étude 1999-2001, Lausanne 2002, pag. 781-830, in particolare pag. 804). Nella fattispecie, l'ex datrice di lavoro del ricorrente ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva per il 2004 e uno per il 2005; entrambi rinviavano esplicitamente alle CGA 2002. I giudici cantonali hanno inoltre accertato che il ricorrente, tempestivamente informato della modifica delle CGA, non aveva manifestato nessuna reazione a questo riguardo. Dinanzi al Tribunale federale egli non contesta questo accertamento. Si concentra piuttosto sul peggioramento subito dai salariati con l'entrata in vigore delle CGA 2002 tipo A, ma dimentica che l'elemento di riferimento per valutare il contenuto di un contratto di assicurazione d'indennità giornaliere in caso di malattia non è il regime convenzionale precedente, bensì il regime legale di base previsto dall'art. 324a cpv. 1 e 2
CO, come esposto al consid. 4.3. Se il regime adottato mediante accordo scritto sancisce un ordinamento almeno equivalente per il lavoratore - ciò che in concreto non è contestato - esso è valido.
5.2 Richiamandosi all'art. 62 LCA, il ricorrente ribadisce inoltre il diritto al rimborso dei costi medici non coperti altrimenti e dei contributi che il datore di lavoro versava per il pagamento premio per l'assicurazione cure mediche, per complessivi fr. 9'907.–.
La sua richiesta è volta all'insuccesso. L'art. 62 LCA stabilisce che il valore di risarcimento dev'essere calcolato sulla base del valore che l'interesse assicurato aveva al momento in cui accadde il sinistro. Come osservato nella risposta al ricorso, in concreto il sinistro è l'incapacità lavorativa cagionata dalla malattia e l'interesse assicurato è la perdita di guadagno, determinata sulla base del salario netto percepito dal ricorrente al momento del sinistro, così come indicato nella sentenza impugnata. Nel contratto di assicurazione non è stata pattuita la copertura di altri costi, quali ad esempio le spese mediche non coperte altrimenti, né il ricorrente è in grado di dimostrare il contrario.
Egli non può essere seguito nemmeno laddove sostiene che nel salario assicurato sarebbero inclusi i contributi versati dal datore di lavoro per il pagamento dei premi per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie all'assicuratore malattia. Contrariamente a quanto da lui asserito la sua affermazione non trova conforto nel contratto di lavoro né nelle condizioni d'impiego del 1°aprile 1999 e, in ogni caso, come rettamente ricordato dal giudice delegato del Tribunale cantonale, l'art. 8 OAVS esclude questi contributi dal salario soggetto ad AVS.
6.
Quanto appena esposto comporta la reiezione integrale del ricorso.
Le spese giudiziarie vengono poste a carico del ricorrente, soccombente (art. 66 cpv. 1 LTF). Per quanto attiene alle ripetibili, va osservato che dinanzi al Tribunale federale l'opponente non si è avvalsa del patrocinio di un legale. Per costante giurisprudenza - valida anche dopo l'entrata in vigore della LTF - alla parte che non è patrocinata non viene di principio assegnata alcuna indennità per ripetibili della sede federale (DTF 113 Ib 353 consid. 6b con rinvii). In via eccezionale può esserle accordata un'indennità per i disborsi e per l'attività svolta in relazione con il ricorso (art. 2 cpv. 1 della Tariffa delle spese ripetibili accordate alla controparte nelle cause davanti al Tribunale federale), a patto però che i costi siano rilevanti e dimostrati, ciò che non è il caso in concreto.

Per questi motivi, il Tribunale federale pronuncia:

1.
Il ricorso è respinto.
2.
Le spese giudiziarie di fr. 2'000.– sono poste a carico del ricorrente.
3.
Comunicazione alle parti e al Giudice delegato del Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino.
Losanna, 26 settembre 2007
In nome della I Corte di diritto civile
del Tribunale federale svizzero
Il presidente: La cancelliera: