



Corte I
A-7513/2006
{T 0/2}

Sentenza del 1. dicembre 2008

Composizione

Giudici Claudia Pasqualetto Péquignot (presidente del collegio), Salome Zimmermann, Beat Forster, cancelliere Marco Savoldelli.

Parti

A. _____,
ricorrente,

contro

Dipartimento federale della difesa, della protezione della popolazione e dello sport (DDPS), Centro danni, Maulbeerstrasse 9, 3003 Berna, autorità inferiore.

Oggetto

Responsabilità della Confederazione, regresso (decisione del 25 agosto 2006).

Fatti:**A.**

La mattina del 14 giugno 2001, B._____ (...) – è arrivato nella stazione della teleferica che collega C._____ a D._____, (...). Con l'accordo ricevuto dall'F._____, presso la stazione di partenza si svolgeva quel giorno un'esercitazione militare, con l'impiego di figuranti.

B.

Dopo aver parcheggiato, verso le 7 e 35 B._____ ha fatto il suo ingresso nella stazione di partenza della teleferica. Constatata la presenza di militi sdraiati sul pavimento, egli ha oltrepassato due teloni posti a suddivisione della stanza e si è ritrovato a terra, immobilizzato da alcuni soldati.

C.

Realizzato che lavorava per F._____, egli è stato liberato grazie all'intervento di un superiore e sottoposto ad una prima visita da parte del medico militare. Nella serata di quel giorno ha quindi presentato una reazione emozionale acuta che ha reso necessario il suo ricovero in un ospedale della regione dove gli è stata diagnosticata una sindrome post-traumatica da stress. La sua degenza in ospedale si è protratta fino al 14 settembre 2001 per poi riprendere tra il 23 e il 27 ottobre successivi dopo il manifestarsi di scompensi ansio-depressivi.

D.

In conseguenza dell'incidente descritto, è stata aperta anche una procedura da parte degli organi della giustizia militare. Dopo essere stata sospesa, essa è stata infine archiviata con decisione del 12 luglio 2007, a seguito del raggiungimento di un accordo tra il Centro danni del DDPS e B._____, con cui a quest'ultimo è stato riconosciuto un risarcimento pari ad un importo di fr. 220'000.--.

E.

Comprendente una partecipazione alle spese legali di fr. 20'000.--, il versamento dell'importo citato non ha per contro posto fine alla vertenza nel frattempo sorta tra il Centro danni del DDPS e A._____ a dipendenza della richiesta di risarcimento pari ad un importo di fr. 28'405.40 presentata per le prestazioni da lei versate a B._____ sulla base dell'assicurazione indennità giornaliera (polizza no. ...), da

lui stipulata. Formulata in via di regresso con lettera del 14 gennaio 2004, tale richiesta è infatti stata respinta dal Centro danni del DDPS già con decisione del 25 agosto 2006, che qui ci occupa.

F.

Contro la decisione del Centro danni del DDPS (nel seguito detto anche autorità inferiore), il 21 settembre 2006, A._____ (nel seguito detta anche ricorrente) ha depositato un ricorso davanti alla Commissione federale di ricorso del DDPS, postulandone l'annullamento.

G.

Con risposta del 21 novembre 2006, l'autorità inferiore si è opposta al ricorso, formulando puntuali conclusioni di cui verrà detto – per quanto necessario – più oltre.

H.

Al momento dello scioglimento della Commissione di ricorso del DDPS, il 31 dicembre 2006, l'incarto è stato trasmesso al Tribunale amministrativo federale, il quale ha ordinato un ulteriore scambio di allegati scritti.

I.

Con replica del 23 marzo 2007, rispettivamente con duplice del 18 maggio successivo, le parti si sono riconfermate nelle proprie domande e allegazioni soffermandosi in particolare sulla natura dell'assicurazione stipulata da B._____.

J.

Successivamente, lo scrivente Tribunale ha acquisito agli atti l'incarto della giustizia militare, e richiamato dall'autorità inferiore tutta la documentazione non ancora trasmessagli. Sempre in un secondo momento, il Tribunale amministrativo federale ha chiesto espressamente alla ricorrente di inviargli una copia completa della polizza stipulata da B._____ a titolo di lavoratore indipendente, comprensiva di tutte le condizioni generali e particolari d'assicurazione ad essa applicabili.

Ulteriori fatti e argomentazioni verranno ripresi – nella misura del necessario – in diritto.

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale è competente per decidere il presente gravame in virtù degli art. 1, 31, 32, 33 e 53 cpv. 2 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF; RS 173.32).

Il fatto che l'art. 142 cpv. 4 della legge federale del 3 febbraio 1995 sull'esercito e sull'amministrazione militare (LM; RS 510.10) non sia mai stato adattato e si riferisca quindi ancora all'ordinamento giudiziario vigente prima del 1. gennaio 2007 non ha infatti rilevanza concreta (decisione del Tribunale amministrativo federale A-7385/2006 del 6 luglio 2007, consid. 1.1).

1.2 Sempre giusta l'art. 53 cpv. 2 LTAF, il Tribunale amministrativo federale giudica i ricorsi pendenti presso le commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi dei ricorsi dei dipartimenti al 1. gennaio 2007, nella fattispecie la Commissione di ricorso del DDPS, applicando il nuovo diritto processuale.

Fatta eccezione per quanto direttamente prescritto dalla LTAF come pure da normative speciali (cfr. art. 37 LTAF, art. 2 e art. 4 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa [PA; RS 172.021]), la presente procedura soggiace alla PA.

1.3 Il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 20 segg., art. 50 PA), nel rispetto delle esigenze di forma e di contenuto previste dalla legge (art. 52 PA).

Al momento del suo inoltro, pacifica era anche la competenza della Commissione di ricorso del DDPS, istanza da cui il Tribunale amministrativo federale ha ricevuto il gravame quando quest'ultima è stata sciolta.

1.4 Comportando il provvedimento in esame un onere pecuniario per la ricorrente, dato è senz'altro anche l'interesse a ricorrere. Di qui la sua legittimazione giusta l'art. 48 cpv. 1 PA.

Per quanto precede, il ricorso è ricevibile in ordine e dev'essere esaminato nel merito.

2.

Con ricorso al Tribunale amministrativo federale, possono essere invocati la violazione del diritto federale, l'accertamento inesatto o incompleto di fatti giuridicamente rilevanti e l'inadeguatezza (art. 49 PA). Il Tribunale amministrativo federale non è vincolato né dai motivi adottati (art. 62 cpv. 4 PA), né dalle considerazioni giuridiche della decisione impugnata, né dalle argomentazioni delle parti (PIERRE MOOR, Droit administratif, vol. II, Berna 2002, no. 2.2.6.5.). I principi della massima inquisitoria e dell'applicazione d'ufficio del diritto sono tuttavia limitati. L'autorità competente procede infatti spontaneamente a constatazioni complementari o esamina altri punti di diritto solo se dalle censure sollevate o dagli atti risultino indizi in tal senso (cfr. DTF 122 V 157 consid. 1a; DTF 121 V 204 consid. 6c; DTAF 2007/27, consid. 3.3; ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2. edizione, Zurigo 1998, no. 674 segg.).

3.

Nella fattispecie, il contrasto tra le parti verte sulla presenza o meno delle condizioni per un'azione di regresso per un danno causato giusta l'art. 135 LM. Quest'azione è stata formulata dalla ricorrente nei confronti dell'ente pubblico fino a concorrenza di fr. 28'405.40 da lei a suo tempo versati a B._____ sotto forma di indennità giornaliera. L'autorità inferiore ritiene che esse non siano date, tra l'altro poiché la polizza conclusa con B._____ concerne un'assicurazione di somma. Da parte sua, la ricorrente sostiene invece che la copertura assicurativa di cui ha beneficiato B._____ dipenda da un'assicurazione contro i danni e quindi permetta un regresso, per il cui riconoscimento sarebbero date anche tutte le ulteriori condizioni.

3.1 La legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA; RS 221.229.1) distingue tra assicurazioni contro i danni (art. 48-72 LCA) e assicurazioni di persone (art. 73-96 LCA). Queste ultime sono ritenute tali perché hanno per oggetto una persona fisica e perché le prestazioni assicurate dipendono da un evento concernente una persona fisica (malattie, incidenti, lesioni corporali, casi d'invalidità o decesso).

3.2 Riconoscendo che assicurazioni di persone possano essere concluse anche quali assicurazioni contro i danni, giurisprudenza e dottrina distinguono invece piuttosto tra assicurazioni contro i danni e assicurazioni di somma (CHRISTOPH GRABER, in: *Kommentar zum schweizeri-*

schen Privatrecht–Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, Basilea 2001, ad art. 72 no. 13 e ad art. 96 no. 2, con ulteriori rinvii). In base a questa seconda distinzione, sono considerate assicurazioni di somma solo le assicurazioni di persone che non hanno natura d'indennizzazione, ovvero che garantiscono un capitale – di cui è stato fissato il montante al momento della conclusione del contratto – indipendente dall'effettivo pregiudizio subito dall'avente diritto. Se invece, pur avendo come oggetto una persona, le parti concludono un'assicurazione per cui la perdita patrimoniale è una condizione specifica del diritto alle prestazioni, occorre considerare l'assicurazione stipulata un'assicurazione contro i danni (DTF 133 III 527, consid. 3.2.4; 119 II 361, consid. 4; 104 II 44, consid. 4a; CHRISTOPH GRABER, op. cit., ad art. 96 no. 3 segg.; STEPHAN WEBER, Privatversicherung, in: Schaden–Haftung–Versicherung, Basilea 1999, no. 4.104 segg., con ulteriori rinvii).

3.3 La distinzione tra assicurazioni contro i danni e assicurazioni di somma esposta ha rilevanza anche sul diritto di regresso dell'assicuratore. Contrariamente a quanto previsto per le assicurazioni contro i danni – rette dall'art. 72 LCA, che riconosce il passaggio all'assicuratore di eventuali crediti spettanti all'assicurato nei confronti di terzi per atti illeciti fino a concorrenza dell'indennità corrispostagli – nel caso si sia confrontati ad un'assicurazione di persone concepita quale assicurazione di somma vale infatti l'art. 96 LCA.

Tale norma esclude che i diritti verso terzi spettanti per effetto del sinistro all'assicurato passino all'assicurazione e quindi determina il divieto di regresso da parte di quest'ultima (DTF 133 III 527, consid. 3.2.5; 119 II 361, consid. 4; 104 II 44, consid. 4d; GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, Zurigo 2007, no. 390 segg.; CHRISTOPH GRABER, op. cit., ad art. 96 no. 12 segg.; STEPHAN WEBER, op. cit., no. 4.104 segg.).

3.4 Occorre aggiungere che l'art. 96 LCA appartiene alle disposizioni citate nell'art. 98 LCA, ovvero ad un gruppo di norme che non possono essere modificate a scapito dell'assicurato, ad esempio tramite la stipulazione di clausole specifiche contenute nel contratto d'assicurazione.

Contrarie alla legge sono in particolare clausole di cessione anticipata all'assicurazione di pretese dell'assicurato nei confronti di terzi rispettivamente clausole che prevedono la sussidiarietà delle prestazioni

eventualmente dovute dall'assicurazione. Verificatosi il danno, dottrina e giurisprudenza riconoscono per contro la possibilità che l'assicurato ceda all'assicurazione eventuali suoi diritti nei confronti di terze persone oppure, se già altrimenti risarcito, rinunci alla somma assicurata (CHRISTOPH GRABER, op. cit., ad art. 96 no. 18 seg.).

4.

Nella fattispecie, la polizza stipulata da B._____ prevede il pagamento di indennità giornaliera differite per 730 giorni su 900 a partire dal trentunesimo giorno di malattia rispettivamente di infortunio. Parte integrante della citata polizza sono pure le condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera (...) secondo LCA (edizione 1. gennaio 1999), inviate allo scrivente Tribunale dalla ricorrente con la replica, rispettivamente conformemente all'espressa richiesta, formulata con ordinanza del 22 maggio 2008, di trasmettergli una copia completa della polizza stipulata dal suo assicurato, comprensiva di tutte le condizioni generali e particolari ad essa applicabili.

Polizza e CGA permettono di caratterizzare – se necessario, dopo essere state interpretate – l'assicurazione, e segnatamente le condizioni che danno diritto alla prestazione (GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, op. cit., no. 388; SCHWENZER INGEBORG, Schweizerisches Obligationenrecht–Allgemeiner Teil, 3. edizione, Berna 2003, no. 45.08; STEPHAN WEBER, op. cit., no. 4.107), quindi di osservare quanto segue:

4.1 Definita come assicurazione d'indennità giornaliera, l'assicurazione sottoscritta da B._____ non è stata per contro concepita quale assicurazione per perdita di guadagno.

Contrariamente a quanto avviene in altri casi, con cui già si è confrontato anche il Tribunale federale (decisione del Tribunale federale 5C.243/2006 del 19 aprile 2007, consid. 3.1 seg.), una perdita di guadagno reale consecutiva a un'incapacità di lavorare a causa di una malattia o di un infortunio non è nella fattispecie posta come condizione contrattuale né in modo astratto né concreto, ovvero sotto forma di limite massimo per il conseguimento di un'eventuale prestazione.

Giusta l'art. 14 cpv. 1 CGA lo stipulante è tenuto ad annunciare rispettivamente a provare all'assicurazione solo l'incapacità lavorativa, non invece un'eventuale perdita di guadagno.

4.2 Una condizione come quella sopra descritta – che connoterebbe l'assicurazione piuttosto come assicurazione contro i danni – non può essere dedotta neppure dal fatto che l'assicurazione serva espressamente a coprire le conseguenze economiche della malattia e di infortuni (art. 1 CGA).

Come riconosciuto dal Tribunale federale (DTF 119 II 361, consid. 4), è infatti proprio di ogni assicurazione – quindi anche di un'assicurazione di somma – di tutelare chi la stipula da eventuali problemi di carattere finanziario futuri.

4.3 Sempre con il Tribunale federale va sottolineato che anche il riferimento al salario dell'assicurato – contenuto nelle CGA e che per i lavoratori autonomi è comunque costituito da una somma fissa stabilita a priori (art. 6 cpv. 2) – è usuale e ha il solo scopo di permettere di determinare l'ampiezza delle prestazioni cui avrà diritto l'assicurato, non invece il loro fondamento giuridico (cfr. sempre 119 II 361, consid. 4; ALFRED MAURER, *Schweizerisches Privatversicherungsrecht*, 3. edizione, Berna 1995, pag. 466).

Stabilito il salario annuo assicurato, il calcolo dell'ammontare dell'indennità giornaliera avviene tramite la sua divisione per 365, rispettivamente per 366 negli anni bisestili (art. 20 CGA), in funzione del grado d'incapacità lavorativa (133 III 527, consid. 3.3.1).

5.

5.1 Dati gli elementi appena indicati, tenuto conto del fatto (1) che il contratto stipulato prevede il versamento all'assicurato di un'indennità giornaliera forfettaria – basata su una somma salariale fissa, stabilita a priori e versata unicamente in funzione del grado d'incapacità al lavoro dell'assicurato –, (2) che esso non presuppone che l'assicurato abbia subito una perdita effettiva sul piano economico e (3) che nessun disposto delle CGA fin qui citato permette di giungere a risultato diverso, dev'essere concluso che l'assicurazione in esame ha carattere di assicurazione di somma (DTF 133 II 527, consid. 3.2.4; decisione del Tribunale federale 4C.83/1998 dell'11 giugno 1998, consid. 3d; DTF 119 II 361, consid. 4; ROLAND BREHM, *L'assurance privée contre les accidents*, Berna 2001, pag. 42 no. 14, pag. 126 no. 221 e pag. 191 no. 376; VINCENT BRUHLART, *L'assurance collective contre la perte de gain en cas de maladie*, in: *Le droit social dans la pratique de l'entreprise – questions choisies*, Berna 2006, pag. 110).

5.2 A diverso esito non portano neanche gli art. 21-23 CGA. Queste norme non riguardano infatti direttamente le condizioni per ottenere una prestazione, bensì solo i criteri per una sua eventuale decurtazione. Ad ogni modo, dal fatto che esse siano parte delle CGA non può venir tratta nessuna conseguenza circa la natura dell'assicurazione (STEPHAN WEBER, op. cit., no. 4.107).

Per quanto poi riguarda l'art. 21 CGA (in base al quale il diritto alle prestazioni è condizionato dal fatto che lo stipulante non tragga un guadagno dalle stesse e che prescrive che la persona assicurata è tenuta a documentare la sua perdita di guadagno), le CGA prevedono espressamente che sua applicazione è esclusa proprio quando il contratto assicurativo ha per oggetto un'assicurazione di somma. Anche per questo motivo, esso non può pertanto avere rilevanza nella determinazione della natura dell'assicurazione che ci occupa (art. 21 cpv. 2 CGA).

6.

Il carattere dell'assicurazione offerta dalla ricorrente ha, come visto, chiare conseguenze anche sulla facoltà di regresso dell'assicuratore.

6.1 Nel caso in cui – come nella fattispecie – un'assicurazione di persone è concepita come un'assicurazione di somma, l'assicurato può infatti cumulare le prestazioni ricevute dal suo assicuratore – in specie, costituite dal pagamento di indennità giornaliera – con altre prestazioni riconducibili ad un medesimo evento. D'altra parte, ciò significa che la prestazione dell'assicuratore è dovuta indipendentemente dal fatto che l'avente diritto riceva o abbia ricevuto prestazioni anche da terzi responsabili e che – conformemente all'art. 96 LCA – i diritti dell'assicurato nei confronti di terzi responsabili non passano all'assicuratore (DTF 133 III 527, 3.2.5; ROLAND BREHM op. cit., pag. 191 no. 376; VINCENT BRUHLART, op. cit., pag. 109; JEAN-LOUIS DUC, Assurance sociale et assurance privée, Berna 2003, pag. 63; CHRISTOPH GRABER, op. cit., ad art. 72 LCA no. 1 e ad art. 96 LCA no. 1; GHISLAINE FRÉSARD-FELLY, op. cit., no. 390 segg.; ALFRED MAURER, op. cit., pag. 410).

6.2 Anche in questo caso, ad altra conclusione non permettono di giungere neppure le CGA e in particolare il già menzionato art. 23 cpv. 1, che regola l'anticipo di prestazioni da parte della qui ricorrente in rapporto al diritto di regresso (ROLAND BREHM, op. cit., pag. 191 seg. no. 376).

In merito a questa norma – che prevede l'anticipo di prestazioni da parte dell'assicurazione a condizione che lo stipulante e le persone assicurate le cedano i loro diritti nei confronti dei terzi fino a concorrenza delle prestazioni da lei corrisposte e si impegnino a non intraprendere nulla che potrebbe ostacolare l'eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi – occorre infatti rammentare che dottrina e giurisprudenza riconoscono la possibilità che l'assicurato ceda all'assicurazione eventuali suoi diritti nei confronti di terzi oppure rinunci alla somma assicurata in caso di risarcimento da parte di terzi solo a danno avvenuto (CHRISTOPH GRABER, op. cit., ad art. 96 no. 18 seg.).

Senonché, nel caso in esame, la stipulazione di una tale cessione – che non muta nulla al carattere di assicurazione di somma della copertura stipulata – non è stata né sostenuta né provata. Al contrario, pur non interferendo in merito ad eventuali diritti di regresso della ricorrente (cfr. doc. 26 prodotto dall'autorità inferiore il 21 luglio 2008), risulta invece dall'incarto che l'assicurato ha egli stesso intrapreso trattative con l'autorità inferiore, giungendo con quest'ultima alla conclusione di un accordo transattivo.

7.

In conclusione, considerato quanto precede, ritenuto pure il fatto che l'assunzione di ulteriori prove richiesta dalla ricorrente – che postula in particolare il richiamo dell'incarto concernente la degenza ospedaliera di B._____ e l'esecuzione di un sopralluogo – sarebbe comunque irrilevante ai fini della causa (DTF 124 I 208, consid. 4a; PIERRE MOOR, op. cit., no. 2.2.6.4.), il ricorso dev'essere respinto. Il carattere di assicurazione di somma della copertura in base alla quale la ricorrente ha corrisposto a B._____ l'importo di fr. 28'405.40 esclude infatti ogni sua facoltà di regresso.

8.

In considerazione dell'esito della lite, giusta l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali vanno poste a carico della ricorrente soccombente (art. 1 segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF; RS 173.320.2]). Nella fattispecie, esse vengono stabilite in fr. 1'500.-- (art. 4 TS-TAF), importo che verrà integralmente compensato con l'anticipo spese da lei versato il 9 ottobre 2006.

9.

Con riferimento all'art. 7 cpv. 3 TS-TAF, al Centro danni del DDPS non viene riconosciuta nessuna indennità per ripetibili.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, pari a fr. 1'500.--, sono poste a carico della ricorrente, soccombente. Ad avvenuta crescita in giudicato del presente giudizio, tale importo verrà integralmente compensato con l'anticipo spese da lei versato.

3.

Non vengono assegnate ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (atto giudiziario)
- autorità inferiore (raccomandata)
- Segreteria Generale DDPS (atto giudiziario)

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Claudia Pasqualetto Péquignot

Marco Savoldelli

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Gli atti scritti devono essere redatti in una lingua ufficiale, contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: