

RACCOMANDATA



Incarto n.
36.2001.00103

Lugano
7 marzo 2002 / 22.3.02

IR/sc

In nome
della Repubblica e Cantone
del Ticino



Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

statuendo sulla petizione del 4 dicembre 2001 di

S.

contro

Y **Assicurazioni SA,**

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

in fatto

- 1.1. S. , ha sottoscritto, il 25 settembre 2000, una domanda d'assicurazione presso la Y Assicurazioni SA al fine di ottenere sia la copertura delle prestazioni obbligatorie secondo la LAMal sia coperture complementari. A tal fine egli ha compilato il formulario trasmessogli dall'assicuratore per potere beneficiare delle prestazioni Y denominate T (assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni speciali), S (per la copertura delle cure preventive e per il rimborso di costi della medicina complementare) e H (assicurazione per le spese di ricovero in reparto semiprivato), attestando – in risposta a precisi quesiti – di non avere sofferto in passato e di non soffrire di malattie agli organi respiratori, agli organi sensoriali (occhi orecchie, naso), affermando che non era previsto un trattamento ambulatoriale o stazionario, accertando di non essere in cura medica e di non essere malato.

La domanda d'assicurazione è stata accettata dalla Y e S ha potuto beneficiare, con effetto al 1 gennaio 2001, delle coperture complementari evocate.

Il 2 agosto successivo l'assicurato è stato ricoverato presso la Clinica per una "affezione respiratoria naso" (doc. 5 certificato dott. R del 2 agosto 2001). L'assicuratore ha fornito la garanzia per le spese ed il 7 agosto ha ricevuto il certificato medico d'uscita con conferma della diagnosi e la precisazione "seni paranasali".

Il 7 agosto 2001 Y ha chiesto al medico curante di rispondere ad alcune domande, ciò che il dott. R ha fatto il 14 agosto con comunicazione pervenuta all'assicuratore il successivo 20 agosto 2001. Con le sue risposte il professionista ha specificato la diagnosi indicando una rinopatia occlusiva recidivante. In merito all'anamnesi il dott. ha segnalato l'esistenza di "esiti da intervento endonasale nel 1998 con miglioramento momentaneo della respirazione. Da qualche mese recrudescenza di ostruzione respiratoria bilaterale, perenne senza rinorrea o attacchi di starnuti né prurito endonasale o iposmia. L'ostruzione respiratoria ha costretto il paziente ad utilizzare decongestionanti topici quotidianamente". La malattia si sarebbe manifestata negli ultimi mesi con accertamenti dal 30 gennaio 2001. Il medico ha specificato che nella tarda estate 2000 era stata prescritta una cura di Rhinovent senza ulteriori consultazioni né valutazioni sino alla fine di gennaio 2001. A domanda tendente a sapere se S fosse stato in cura in precedenza per la medesima diagnosi il professionista ha specificato: "operazione del setto nasale presso il dott. G nel 1998".

- 1.2. Y, sulla scorta dello scritto del dott. R ha interpellato l'assicurato con scritto del 24 agosto 2001. S ha preso posizione telefonicamente come all'annotazione del 28 agosto 2001 (doc. 8). Con scritto 19 settembre 2001 Y ha comunicato all'assicurato che:

"(...)

In data 25 settembre 2000 lei ha presentato all'Y Assicurazioni SA una domanda d'ammissione con effetto al 1. gennaio 2001, tendente ad ottenere le seguenti coperture:

- Categoria AA1: assicurazione integrativa per prestazioni speciali TOP secondo LCA;

- Categoria AA2: assicurazione integrativa di cura medica per la prevenzione e la medicina complementare S secondo LCA
- Categoria HUV3: assicurazione integrativa per il reparto semiprivato H , secondo LCA.

Nel compilare il questionario sullo stato di salute, alla domanda n. 9 - ...soffre al momento oppure ha sofferto in passato di una delle seguenti malattie o disposizioni a malattie...? - lei ha risposto in modo negativo a tutti i punti.

Dalla documentazione medica in possesso del nostro servizio medico, abbiamo potuto appurare che nel corso dell'anno 1998 lei si è sottoposta, sempre presso l'istituto indicato in entrata, ad un'operazione del setto nasale, intervento effettuato dal Dr. G.

Lei avrebbe assolutamente dovuto indicare questa circostanza di fatto, rilevante per la valutazione del rischio, tanto più che la domanda per le assicurazioni integrative riporta, in grassetto, che "... **dati incompleti e non veritieri oppure dati di fatto nascosti possono causare un rifiuto di prestazioni, riserve, richieste di restituzione o esclusioni risp. rescissione del contratto ...**".

Per quanto precedentemente indicato, ai sensi delle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (art. 4 e 6 LCA) e delle nostre Condizioni generali d'assicurazione (art. 17 CGA) per le assicurazioni integrative di malattia (AIM), procederemo **all'annullamento retroattivo al 1. gennaio 2001 delle coperture poc'anzi menzionate.**" (Doc. 9)

Y ha onorato unicamente la nota della clinica riferita al reparto comune.

- 1.3. S ha inoltrato petizione il 4 dicembre 2001 al TCA rammentando l'intervento al setto nasale del dott. circostanza questa non dichiarata alla Cassa Malati "avendo ritenuto l'operazione subita nel 1998 un intervento e non una malattia". Manifestandosi un disturbo nella respirazione "durante l'estate del 2000" il signor S ha consultato il dott. il quale "Effettivamente ha riscontrato delle anomalie e mi ha prescritto una cura con Rhinovent". Il 30 gennaio 2001 vi è quindi stato il secondo consulto con il medico e

"(...)

Per la prima volta si è parlato di provare a risolvere il problema con un intervento. Subito ho chiesto chiarimenti, siccome nel 1998 ero già stato operato al setto nasale e quindi ho temuto che l'operazione non fosse andata a buon fine. Il Dr. mi ha subito tranquillizzato spiegandomi nei dettagli che questa nuova operazione non aveva niente a che fare con quella subita nel 1998 (vedi allegato copia "certificato medico").

Poiché ho finito gli studi in gennaio 2001 e ho iniziato a lavorare a partire dal 1° febbraio 2001 presso il mio attuale datore di lavoro, ho deciso di rimandare l'operazione di qualche mese e più precisamente al mese di agosto. (...)" (Doc. I)

Il signor S ha quindi precisato:

"(...)

Capisco di aver sbagliato non annunciando l'intervento al setto nasale subito nel 1998 alla Y Assicurazioni, ma non essendoci nessuna relazione con quello subito nel 2001 (vedi certificato medico allegato), chiedo che la Y Assicurazioni:

1. riconosca che non si è trattato dello stesso intervento e che tra le due operazioni non esiste alcun nesso causale;
2. che applichi le coperture assicurative complementari stipulate nel 2000;
3. che mi rimborsi l'intera operazione." (Doc. I, pag. 2)

Dal canto suo Y Assicurazioni SA ha postulato la reiezione della petizione richiamandosi agli art. 4 e 6 LCA ed alla reticenza palese dell'assicurato, indicando come:

"(...)

in primo luogo, risulta pacifico che il signor S. na compilato l'usuale formulario di affiliazione in base a delle proprie considerazioni e convinzioni: **nel dubbio** avrebbe dovuto chiedere se - effettivamente - quanto subito in precedenza non doveva fare oggetto di menzione.

In base a questa premessa, dovrebbe apparire evidente che quando un soggetto si sottopone ad un'operazione questa è resa necessaria dalla presenza di un problema fisico di una certa importanza che dovrebbe far oggetto di menzione;

poi, risaputo che l'operazione subita nel 1998 doveva servire a porre rimedio a dei problemi respiratori, pure l'operazione che ha seguito nel 2001 aveva lo stesso scopo e cioè alleviare una fastidiosa situazione ben nota al signor S.

in conclusione, ribadito che alla base delle due operazioni vi è un identico problema - e cioè una difficoltà agli organi sensoriali - e che la seconda è stata effettuata a causa proprio del sussistere di questi, a mente della qui convenuta, si può - oggettivamente - sostenere che la presente vertenza nasce dalla negligenza da parte del signor S di sincerarsi al momento di compilare il citato formulario di affiliazione.

Inoltre, condividere la visione del signor S corrisponderebbe a negare, non solo, i più elementari presupposti fondanti la libertà contrattuale ma pure, la necessità di compilare un formulario di affiliazione inerente delle coperture integrative rette dalla LCA.

Per quanto attiene al diritto alla qui convenuta appare evidente che la fattispecie inerente il signor S: concretizzi un caso di reticenza atteso come l'assicurato in narrativa - cognito dei suoi problemi fisici

(affezione respiratoria) - ha risposto in modo, non completo, ad una serie di domande riguardanti la sua salute ed il suo stato fisico. La qui convenuta desidera sottolineare che i problemi fisici del signor S erano a lui noti e lo stesso attore ammette di aver sottovalutato l'importanza che riveste il fatto d'informare - in modo esaustivo - l'assicuratore prescelto.

Indiscutibilmente, il signor S omettendo d'indicare la presenza di un'affezione respiratoria nonché l'intervento subito nel 1998 - a tal proposito la qui convenuta sottolinea il tenore della risposta data il 14 agosto 2001 dal medico curante al quesito no. 7 (cfr. doc. 7) - è venuto meno ai propri obblighi contrattuali impedendo alla qui convenuta di valutare serenamente la situazione. Più precisamente, il comportamento del signor S ha reso impossibile alla Y Assicurazioni SA l'esame della situazione reale rispetto alla portata delle coperture assicurative prescelte, così facendo, il signor S è venuto meno agli obblighi imposti dall'art. 4 LCA e pertanto, visto le diverse tempestive comunicazioni, l'assicuratore può validamente ritenersi non vincolato al contratto assicurativo (cfr. art. 6 LCA 1 art. 17 CGA). " (Doc. V)

- 1.4. Il giudice delegato ha chiesto al dott. R di rispondere a precisi quesiti, ciò che il professionista ha fatto con scritto dell'8 febbraio 2002 (doc. X). In merito a tale certificazione le parti hanno potuto esprimersi.

Non sono state acquisite ulteriori prove.

in diritto

In ordine

- 2.1. 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 (cfr. STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98).

Nel merito

- 2.2. Dagli atti prodotti si desume che, con effetto al 1 gennaio 2001, il 25 settembre 2000 Y ha accettato la domanda

d'assicurazione per coperture complementari T, S e
H formulata da S

Detto contratto è stato risolto con effetto retroattivo al momento della sua conclusione ed entrata in forza mediante lettera 19 settembre 2001 dell'assicuratore sulla scorta degli elementi venuti a sua conoscenza il 20 agosto 2001 con l'attestazione medica del dott. R

La parte attrice contesta la risoluzione del contratto retroattiva, contesta l'esistenza di reticenza poiché la patologia oggetto dell'intervento chirurgico del 1998 da parte del dott. al setto nasale sarebbe patologia diversa e comunque non considerata malattia, S chiede l'applicazione del contratto ed il pagamento di prestazioni dovute da Y

Occorre anzitutto verificare la competenza di questo TCA a giudicare la fattispecie.

L'assicurazione contro le malattie è stata regolamentata, sino al 31 dicembre 1995, dalla LAMI che è stata sostituita, con effetto a decorrere dal 1. gennaio 1996, dalla nuova legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Secondo quanto disposto dall'art 1 LAMal, l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa.

La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale così definita e, contrariamente a quanto succedeva in ambito LAMI, le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati (art. 13 OAMal) e gli altri rami d'assicurazione (art. 14 OAMal) sono diventate di puro diritto civile e sono rette, in applicazione dell'art 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Dal profilo procedurale, la LAMal ha operato una cesura completa fra i rimedi giuridici nell'assicurazione malattia sociale e nelle assicurazioni complementari: se per la prima le vie di diritto sono quelle previste dalla procedura amministrativa (cfr. 85ss LAMal), per le vertenze relative alle seconde sono da intraprendere le vie di diritto previste per i litigi di diritto civile.

Giusta l'art 47 cpv. 2-4 della legge federale del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli istituti d'assicurazione privati (modificata in occasione dell'adozione della LAMal), per le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie giusta la legge federale del 14.3.1994 sull'assicurazione malattie, i cantoni prevedono una procedura

semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

Il 1° gennaio 1996 è entrata in vigore la legge di applicazione della LAMal (LCAMal) che, all'art. 75, prevede che

"le contestazioni degli assicuratori tra di loro, con i loro membri o con terzi concernenti le assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie o altri rami d'assicurazioni, praticati da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal e delle relative Ordinanze, sono decise dal Tribunale cantonale delle assicurazioni.

È applicabile per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA."

Vista la natura del contratto in discussione ai rapporti fra le parti è applicabile la LCA e le disposizioni del contratto concluso fra S e la Y e non è contestata una competenza di questa Corte. In effetti, trattandosi di prestazioni complementari ai sensi dell'art. 12 cpv. 2 e 3 LAMal (cfr. A. Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, ed. Helbing et Lichtenhahn 1996, pag. 134) - ambito nel quale le casse malati e gli altri istituti assicurativi non sono autorizzati a emanare decisioni -, il TCA è competente a statuire sulla petizione presentata dall'interessato in base all'art. 75 cpv. 1 e 2 LCAMal come detto.

- 2.3. Prima di esaminare se S ha diritto a prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione in discussione occorre esaminare se tale contratto è stato validamente risolto dalla convenuta, con effetto retroattivo, e ciò a fronte della pretesa reticenza di parte attrice.

Va anzitutto osservato che l'art. 6 LCA è norma semi imperativa alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA). Il termine di 4 settimane per notificare la recessione dal contratto è termine di perenzione (DTF 119 V 287) che decorre dalla conoscenza completa di tutti i punti relativi alla reticenza. Non bastano semplici sospetti, anche se gravi, di reticenza per stabilire la decorrenza del termine (DTF 118 II 333; SJ 1984 162, cfr. Olivier Carré: Loi fédérale sur le contrat d'assurance, pag. 148, Ed. Carré, maggio 2000). L'assicuratore agisce in tempo utile anche quando cerchi delle informazioni precise e receda dal contratto solo dopo averle ottenute. Il termine decorre unicamente dalla conoscenza positiva della reticenza e non dal momento in cui l'assicuratore avrebbe potuto sapere o conoscere dell'esistenza della reticenza (in questo senso: DTF

119 V 283; 116 V 218; 118 II 333 c. 3), il legislatore non ha voluto creare un dovere di diligenza particolare per l'assicuratore. Decorre poi un termine di 4 settimane da ogni reticenza ritenuta, in effetti per ognuna delle reticenze commesse dall'assicurato inizia a decorrere un termine nuovo di 4 settimane dalla conoscenza effettiva della stessa da parte dell'assicuratore (DTF 109 II 159). Qualora l'assicuratore abbia liquidato dei sinistri in rispetto del contratto prima della sua conoscenza con sicurezza della reticenza non se ne può dedurre che abbia rinunciato a prevalersi del suo diritto (DTF 116 V 218). Come rammenta O. Carré (op. cit. pag. 148/149) il termine di 4 settimane decorre se l'assicuratore apprende di un soggiorno in ospedale ed era a conoscenza dell'esistenza della malattia che l'assicurato aveva ommesso di indicare nella sua proposta d'assicurazione, non costituendo il ricovero – quanto piuttosto la malattia – il fatto importante per l'apprezzamento del rischio (cfr. TF in RUA XVII n. 8 in re P. Ass. c./B.). Ancora agisce con ritardo l'assicuratore che, orientato della reticenza, va alla ricerca di nuove informazioni che nulla apportano di nuovo alle sue conoscenze e non rispetta così il termine di 4 settimane (O. Carré, op. cit., pag. 149; RUA XVII 8).

La reticenza può essere invocata anche dopo che sia subentrato l'evento assicurato (DTF 118 II 333; 109 II 159; SJ 1984 164). L'avviso del medico curante l'assicurato reso in corso di un'udienza è sufficiente per far decorrere il termine, senza che sia necessario attendere l'esito del giudizio e l'apprezzamento dato alla prova (DTF 116 II 338).

La reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La legge presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato domande scritte. Occorre comunque che le domande scritte poste siano precise e non equivoche. Nell'ambito di una assicurazione individuale contro gli incidenti la domanda tendente a sapere di cure di una certa durata appare generica e non può quindi fondare una reticenza (RUA XVII 7), costituisce invece reticenza – nello stesso ambito – il fatto di tacere l'esistenza di una incapacità lavorativa al 50% (RUA XVI 5 citata da Benoît Carron, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Ed. Universitaires Fribourg Suisse, pag. 12). Nell'ambito della conclusione di una assicurazione sulla vita costituisce reticenza negare di avere sofferto di male allo stomaco quando siano stati consultati due medici in proposito e ciò anche se gli esami non hanno rilevato l'esistenza di malattie gravi (RUA XV 22). Se ad una domanda l'assicurato non abbia risposto l'assicuratore non

potrà prevalersi di questo fatto per risolvere il contratto, a meno che dal contesto particolare (altre risposte del proponente), la domanda lasciata in bianco possa essere ritenuta evasa in un determinato senso e che questa risposta costituisca una reticenza (Carron, citato pag. 13; DTF 110 II 499). Se circostanze importanti non hanno fatto oggetto di domande, in generale non se ne potrà dedurre una reticenza. Nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie la domanda a sapere se negli ultimi 5 anni sia stata eseguita una radiografia verte su di un fatto importante, non tanto per la radiografia come tale quanto per le indicazioni che se ne possono dedurre riferibili al rischio assicurabile (Carron, citato, pag. 15 no. 42) mentre l'assicuratore non può invocare la reticenza a fronte di risposta imprecisa a domanda non intelligibile per tutti e se il proponente non l'aveva compresa (DTF 101 II 339). Non può essere inoltre ritenuta una reticenza laddove il proponente l'assicurazione ometta di segnalare dei sintomi di una malattia alla domanda tendente a sapere di quale malattia importante abbia sofferto, ciò se la malattia sia stata indicata (TA del Cantone Ticino, RUA XVII 6). Come ricorda Carron (citando un giudizio del Cantone Svitto pubblicato in RUA XVI 9):

"Comme la réticence ne peut être admise qu'avec la plus grande retenue, sa preuve n'est pas apportée lorsque les médecins traitants du preneur d'assurance n'étaient pas au courant d'un petit infarctus qu'il aurait subi et n'ont décelé aucune trace de troubles cardiaques ..."

E' d'altra parte possibile al proponente l'assicurazione dimostrare che la domanda alla quale ha risposto con reticenza non sia stata determinante per la conclusione del contratto da parte dell'assicuratore (cfr. comunque l'art. 4 cpv. 3 LCA), e che l'assicuratore avrebbe comunque concluso il contratto se a conoscenza del fatto (SJ 1986 557).

La giurisprudenza ha ammesso reticenza, con riferimento all'assicurazione contro le malattie, per domande alle quali non sia stata data veritiera o completa risposta relativa a precedenti patologie del tubo digerente (Carron, citato, pag. 23 n. 64).

In merito all'esattezza delle risposte fornite occorre considerare gli aspetti soggettivi connessi al proponente. In altri termini il fatto di ignorare in maniera volontaria o per negligenza una circostanza può essere opposto al proponente. Come rammenta Carron (citato, no. 65) "Le propositant satisfait à son obligation de faire des déclarations lorsqu'il indique, outre les faits qui lui sont

connus sans autre, ceux dont l'existence ne peut pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur".

- 2.4. Nel concreto caso allo stipulante sono state chieste informazioni dettagliate circa il suo stato di salute e ciò mediante un formulario sufficientemente preciso e dettagliato. S ha negato l'esistenza di una cura medica al momento della redazione del formulario ed ha negato una malattia in quel momento. La realtà dei fatti appariva invece ben diversa. Il dott. nelle risposte alle domande del giudice delegato, ha attestato l'esistenza di patologia preesistente che poteva comportare un intervento chirurgico. In particolare il giudice delegato ha posto le seguenti domande:

"Con riferimento all'ospedalizzazione di S dal 2 al 4 agosto 2001 ed al Suo intervento ed, ancora, con riferimento alle cure da lei prestate in precedenza al signor S. Le sarei grato se potesse rispondere ai quesiti seguenti:

- a) Quando ha avuto in cura il sig. S la prima volta e per quale patologia riscontrata.
- b) Quando nella tarda estate 2000 (v. suo certificato 14.8.01 alla Y) si è presentato da lei (data precisa).
- c) Qual è stata la sua diagnosi per la patologia presentata nella tarda estate 2000 dal sig. S
- d) Quali medicinali prescrisse e quante volte (in quali date) visitò il paziente.
- e) Informò il paziente della possibilità di un intervento chirurgico?
- f) Vi è relazione tra la patologia poi oggetto dell'intervento del suo collega dott. del 1998 e la patologia del 2000? Rispettivamente tra l'intervento del 1998 ed i suoi esiti con la patologia del 2000?
- g) Con lettera 7 agosto 2000 Y Le ha formulato la domanda:

"7. Sa se il paziente è stato in cura altrove per la stessa diagnosi? In caso affermativo da quando e presso chi?"

riferendosi alla diagnosi 2000/intervento 2001.

La sua risposta è stata:

"7. Operazione del setto nasale presso il dott. G. (nel frattempo pensionatosi) nel 1998."

Si deduce da ciò che la medesima patologia o affezione che ha imposto l'intervento 2001 sia stata curata nel 1998.

Può spiegare tale Sua risposta anche alla luce del certificato 22 novembre 2001?

(si annettono fotocopie dei doc. A1 e 7)

Può spiegare le motivazioni che indussero nel 1998 alla resezione sottomucosa del setto?" (Doc. VIII)

Ed il medico interpellato ha così risposto:

"(...)

- a) 09.08.2000 la causa di una lieve tendenza all'ostruzione respiratoria nasale, a quel momento manifestantesi in modo fluttuante.
- b) 09.08.2000.
- c) Rinite fluttuante in esiti da resezione sottomucosa del setto con risultato inizialmente soddisfacente.
- d) Rhinovent spray.
Non si stabilì un termine di controllo, l'assicurato si ripresentò spontaneamente per una nuova valutazione il 30.01.01.
- e) In questi casi si procede in genere dapprima ad un tentativo terapeutico medicamentoso. Di regola, come in questa circostanza, si accenna anche ad altre possibilità terapeutiche fra le quali quelle chirurgiche, generalmente senza spiegazioni di dettaglio. Certamente non si è discusso di reinterventi al setto nasale.
- f) Non dispongo degli atti concernenti la pratica terapeutico-chirurgica dell'assicurato che furono prodotti dal Dr. Alla mia prima valutazione dell'agosto 2000 ho comunque potuto constatare, così come conferma anche la mia seguente proposta terapeutica, una situazione conveniente del setto nasale. Si deve per questo motivo concludere che non vi sia una relazione diretta fra la patologia del 1998 e quella del 2000.
- g) occorre in questo caso precisare quanto segue: se la diagnosi può essere corrispondente, "ostruzione respiratoria persistente" non di meno la causa è senza dubbio differente.
Nel 1998 si trattò di una patologia del setto nasale, nel 2001 eravamo confrontati con una dilatazione delle mucose all'interno del naso nell'ambito di una rinopatia vasomotoria, che condusse all'abuso di decongestionanti topici (spray nasali). Si può quindi capire come alla medesima diagnosi non soggiaccia una patologia o affezione uguale. Questo spiega la mia risposta alle domande poste dall'assicurazione Y

Per quanto concerne le motivazioni che indussero nel 1998 alla resezione sottomucosa del setto posso solo supporre, sempre senza disporre degli atti d'allora, che il paziente si fosse lamentato di un'ostruzione respiratoria nasale ed il chirurgo avesse constatato un setto nasale storto." (Doc. X)

Non solo. L'assicurato ha inoltre negato di avere sofferto rispettivamente di soffrire, al momento della sottoscrizione del formulario, di malattie agli organi respiratori (ed il naso in una concezione ampia può essere compreso negli organi respiratori), e comunque ha negato malattie agli organi sensoriali tra i quali è segnalato il naso.

Gli accertamenti istruttori svolti (v. certificato del dott. citato) e le ammissioni stesse dell'assicurato indicano che S ha taciuto fatti decisamente importanti quali pregresse malattie ad organi sensoriali particolarmente sensibili quali il naso. Egli non ha taciuto semplice raffreddore od irritazione al naso ma importante intervento al setto nasale nel 1998 ed ha omesso di indicare la patologia che si era manifestata nel corso dell'estate del 2000 e per la quale egli era stato visitato dal dott. il 9 agosto di quell'anno. Si tratta di circostanze rilevanti ed importanti per l'assicuratore al fine della valutazione del rischio, non per nulla le stesse hanno fatto oggetto di specifica domanda.

Da osservare che lo stesso questionario specifica come il firmatario confermi – con l'apposizione della sua firma in calce – l'esattezza delle risposte alle domande formulate. Viene poi specificato che in caso di risposte incomplete, non conformi alla verità o nascoste Y si riserva il diritto, tra altri, di ritirarsi dal contratto. Questa dicitura dimostra all'assicurato l'importanza delle risposte che egli è chiamato a fornire per la conclusione del contratto.

Da quanto precede discende in maniera chiara che l'assicurato è stato reticente anche ammettendo che la patologia presentata nel 1998 non è correlata con quella oggetto delle cure della tarda estate 2000 e dell'intervento dell'agosto 2001. Non può essere seguito l'assicurato, che ha completato la sua formazione nel gennaio 2001, laddove sostiene di non avere ritenuto l'intervento del 1998 una malattia (l pag. 1 in medio). In effetti non poteva sfuggire che l'intervento chirurgico subito nel 1998 da S, come tale, costituiva una pratica medica tendente a correggere un problema (patologico) al setto nasale. La rilevanza di tale intervento era palese e ciò soprattutto alla luce del fatto che, al più tardi il 9 agosto 2000, S presentava ancora una patologia al naso per la quale egli si era recato presso il dott., patologia che ha condotto poi ad un nuovo intervento chirurgico indicato come possibile dallo stesso medico.

2.5. Ammessa una reticenza va accertato come Y abbia reagito nei termini di legge, ossia nelle 4 settimane dalla conoscenza della patologia nascosta del 1998 e della patologia nascosta della tarda estate del 2000. La parte attrice non ha contestato la tempestività della reazione della compagnia d'assicurazione che ha avuto notizia delle patologie tacite con il certificato medico del dott. del 14/20 agosto 2001. La reazione del 19 settembre 2001 appare quindi tempestiva e valida. Il contratto è quindi stato validamente risolto con effetto retroattivo alla sua conclusione e non può dare a S il diritto alle pretese da esso scaturenti.

Alla luce di quanto precede la petizione va quindi respinta senza carico di tasse e spese e senza riconoscimento di ripetibili.

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.
Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli art. 43seg della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il giudice delegato

Ivano Ranzanici

Il segretario

Fabio Zocchetti

