

Raccomandata

Incarto n.

36.2006.80

Lugano

18 giugno 2007

TB

In nome
della Repubblica e Cantone
Ticino

Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni

Giudice Ivano Ranzanici

con redattrice: Tanja Balmelli, vicecancelliera

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 31 marzo 2006 di

XXXX,
rappr. da: Xxx,

contro

Y Assurances

in materia di assicurazione complementare contro le malattie

ritenuto

in fatto

- A. Il 19 marzo 2004 (doc. A3) Xxx ha sottoscritto con Y Assicurazioni, a favore del figlio minorenni XXXX, 1994, una proposta assicurativa per la copertura complementare per le cure dentarie secondo la LCA. L'allegato questionario dentario è stato compilato tre giorni prima dal dentista scolastico del figlio ed alle domande n. 4 e n. 13 che recitavano:

"È previsto un trattamento ortodontico?" *rispettivamente*

È attualmente in corso, o previsto, un trattamento dentario?"

Il medico dentista ha risposto in entrambi i casi "No".

Il contratto è entrato in vigore il 1° aprile 2004.

- B. Al fine di potersi pronunciare su un'eventuale presa a carico dei costi del trattamento ortodontico dispensato dal dr. med. dent. _____ al quale il bambino si è rivolto il 19 aprile 2005, l'assicuratore ha interpellato il 16 settembre 2005 (doc. A4) l'ortodontista ed il 22 novembre 2005 (doc. 7) il medico dentista scolastico. Il 6 dicembre 2005 (doc. A7) l'assicuratore ha quindi comunicato allo stipulante che il trattamento ortodontico per il figlio era già prevedibile nel marzo 2004, ma che non era stato menzionato nell'apposito questionario. Di conseguenza, Y Assicurazioni ha proposto di modificare il contratto e di apporre una riserva dal 1° aprile 2004 per il trattamento ortodontico (doc. A6). Non avendo preso posizione malgrado i solleciti (doc. A8), con raccomandata dell'11 gennaio 2006 (doc. A9) l'assicuratore ha dato la disdetta per reticenza della copertura per i denti con effetto dal suo ricevimento da parte del proponente. XXXX ha contestato questa soluzione, argomentando che *"se il dentista ha confermato che non erano previsti trattamenti, noi non potevamo saperlo se nostro figlio un anno dopo la sua situazione è peggiorata."* (doc. A10). Dopo aver interpellato il proprio medico dentista di fiducia, con scritto del 9 febbraio 2006 (doc. A12) l'assicuratore ha ribadito la validità della disdetta.
- C. Il 31 marzo 2006 (doc. I) Xxx, in nome e per conto del figlio XXXX, ha formulato una petizione con cui ha chiesto che l'assicuratore venga condannato a pagare tutte le cure dentarie già eseguite e future, che venga annullata la disdetta del contratto e che sia annullata o impedita ogni futura riserva. Ha postulato infine che sia sentito l'ortodontista o eventualmente un perito neutro nominato dal TCA.
- D. Con risposta dell'11 aprile 2006 (doc. III) l'assicuratore Y ha proposto la reiezione della petizione basandosi sulle risposte date dal dentista scolastico, le quali non lascerebbero dubbi sull'applicazione degli artt. 4 cpv. 3 e 6 LCA relativi alla reticenza e che sono inoltre ripresi dall'art. 10 delle Condizioni Generali d'Assicurazione delle cure complementari (CGA).
- E. Pendente causa il TCA ha interpellato l'attuale dentista scolastico (docc. VII e VIII), il dentista curante dell'attore (docc. XI e XIII), lo specialista ortodontista (docc. XXIII e XXV) ed il precedente dentista scolastico (docc. XXIV e XXVII), dando modo ad entrambe le parti di esprimersi sulle risposte fornite da questi medici (docc. XVI-XXII, XXVIII-XXX).

considerato

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 49 cpv. 2 della Legge organica giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00) e 2 cpv. 1 LPTCA.

nel merito

2. Il TCA deve decidere se, a causa di una reticenza, l'assicuratore ha correttamente disdetto l'assicurazione complementare per la cura dei denti sottoscritta il 19 marzo 2004 dallo stipulante Xxx in favore del figlio XXXX, con effetto al giorno della ricezione da parte dell'attore della raccomandata dell'11 gennaio 2006.

L'assicuratore fa valere che nella compilazione del formulario concernente lo stato dei denti, l'attore avrebbe intenzionalmente omesso di dichiarare che era previsto un trattamento ortodontico. La conoscenza di questo disturbo da parte del proponente stesso *precedentemente* alla firma della proposta d'assicurazione LCA costituirebbe quindi una reticenza che, in virtù dell'art. 6 LCA, renderebbe nullo il contratto assicurativo stipulato.

D'avviso dell'attore, la necessità di sottoporsi ad un trattamento ortodontico sarebbe invece sorta soltanto nell'aprile 2005 con la visita dallo specialista. Infatti, la compilazione del relativo questionario avvenuta appositamente nel marzo 2004 per mano del medico scolastico - quindi da una persona competente - per poter concludere la copertura complementare in discussione, non ha segnalato delle anomalie attinenti alla sfera ortodontica.

3. Secondo l'art. 4 LCA, il proponente l'assicurazione deve dichiarare per iscritto all'assicuratore, sulla scorta di un questionario ed in risposta ad altre domande scritte, tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, in quanto e come gli sia noto o debbano essergli noti alla conclusione del contratto.

Il mancato rispetto di questa norma comporta, o può comportare a determinate condizioni, una reticenza.

Infatti, giusta l'art. 6 LCA in vigore fino al 31 dicembre 2005, applicabile alla fattispecie, se alla conclusione del contratto chi era tenuto a fare la dichiarazione ha dichiarato inesattamente o sottaciuto un fatto rilevante, che conosceva o doveva conoscere, l'assicuratore non è vincolato al contratto purché ne sia receduto entro quattro settimane da quando ebbe cognizione.

Va innanzitutto osservato che l'art. 4 LCA è una norma di diritto dispositivo (artt. 97 e 98 LCA). Ne discende che le CGA possono contenere delle regole meno severe per lo stipulante rispetto a quelle previste dall'art. 4 LCA. Per esempio, l'assicuratore può rinunciare ad esigere che le risposte del proponente siano date per iscritto.

Dal canto suo, l'art. 6 LCA è una norma semi imperativa alla quale non è possibile derogare in sfavore dell'assicurato (art. 98 LCA). Il termine di quattro 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.

È compito dell'assicuratore apportare la prova della reticenza (DTF 72 II 124). Non bastano semplici sospetti, anche se gravi, di reticenza per stabilire la decorrenza del termine (DTF 118 II 333; SJ 1984 162; OLIVIER CARRÉ: *Loi fédérale sur le contrat d'assurance*, 2000, pag. 148). L'assicuratore agisce in tempo utile anche quando cerchi delle informazioni precise e receda dal contratto solo nelle quattro settimane che seguono la loro ricezione. 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; DTF 118 II 333 consid. 3; DTF 116 V 218); il legislatore non ha voluto creare un dovere di diligenza particolare per l'assicuratore.

La reticenza può essere invocata anche dopo che sia subentrato l'evento assicurato (DTF 118 II 333; DTF 109 II 159; SJ 1984 164). Sul tema il Tribunale Federale si è espresso ancora recentemente in 5C.51/2006 del 17 luglio 2006.

Nel caso in cui si realizzino più reticenze, per ognuna di esse decorre un nuovo termine di quattro settimane dalla conoscenza effettiva della stessa da parte dell'assicuratore (DTF 109 II 159). Come rammenta l'autore Olivier Carré (op. cit., pag. 148-149), il termine di 4 settimane decorre se l'assicuratore apprende di un soggiorno in ospedale di un assicurato 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 (TF in RUA XVII n. 8). Ancora, agisce con ritardo l'assicuratore che, orientato verso la conferma 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 (CARRÉ, op. cit., pag. 149; RUA XVII n. 8).

La reticenza deve essere riferita a fatti rilevanti. La LCA presume importanti i fatti per i quali l'assicuratore abbia formulato delle domande scritte. Occorre comunque che le domande scritte poste siano precise e non equivoche.

L'assicuratore è autorizzato a porre domande su tutte le circostanze che sono di natura ad influenzare seriamente la sua determinazione d'accettare o rifiutare la proposta d'assicurazione (DTF 68 I 1328, JdT 1943 I 241).

Spetta all'assicuratore formulare con precisione e senza equivoci le domande relative ai fatti che gli sembrano importanti, nei confronti di chi deve dichiararli (OG ZH in RUA XIII n. 16).

Non esiste un obbligo generale per l'assicuratore di informarsi personalmente sui fatti importanti per l'apprezzamento del rischio ed esso ha il diritto d'ammettere che il proponente ha risposto correttamente. V'è del resto un principio generale che vuole che colui che si fonda sulle dichiarazioni della parte contraente possa fidarsi delle stesse, senza essere tenuto a controllarne l'esattezza mediante delle verifiche (DTF 118 II 333).

Se l'assicurato non ha risposto ad una domanda, l'assicuratore non potrà prevalersi di questo fatto per rescindere 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 su un fatto importante (CARRON, La loi fédérale sur le contrat d'assurance, Ed. Universitaires Fribourg Suisse 1997, pag. 13 n. 37; DTF 110 II 499). Se delle circostanze importanti non hanno fatto oggetto di domande, in generale non se ne potrà dedurre una reticenza.

Il proponente deve indicare i fatti che conosce o che dovrebbe conoscere (TF in RUA VI n. 51). Egli deve menzionare i fatti importanti per l'apprezzamento del rischio, ma non tutti quelli che sono oggettivamente conosciuti al momento della conclusione del contratto. Non è infatti tenuto a dichiarare i fatti in merito ai quali non è stata posta nessuna domanda scritta (DTF 45 II 218) e nemmeno a fare delle dichiarazioni spontanee (DTF 116 V

218). Il proponente ha l'obbligo di rispondere soltanto alle domande che l'assicuratore ha formulato correttamente. Inoltre, egli non solo deve dichiarare i fatti che gli vengono in mente senza riflettere, ma anche quelli che non possono sfuggirgli se riflettesse seriamente alle domande dell'assicuratore (DTF 116 V 218; DTF 109 II 60).

Il proponente può far capo alla sua ignoranza su un fatto non dichiarato solo se questa ignoranza non è dovuta ad una grave negligenza da parte sua (TF in RUA VI n. 51). La non attenzione o la negligenza del proponente danno luogo all'invocazione della reticenza da parte dell'assicuratore (sentenza ticinese pubblicata in RUA VII n. 50).

Il proponente deve agire conformemente alle regole della buona fede, rispondendo alle domande poste (RUA VIII n. 41). Occorre quindi determinare in che misura il proponente poteva, in buona fede, dare una risposta negativa ad una domanda sottopostagli dall'assicuratore, secondo la conoscenza che egli aveva della situazione (DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34).

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 (op. cit., pag. 23 n. 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."*

Tuttavia, il proponente perde i suoi diritti anche quando ignora la falsità delle sue dichiarazioni, a condizione che questa ignoranza implichi un errore da parte sua. Per contro, non c'è un errore del proponente quando egli omette di dichiarare dei fatti conosciuti da parte di soli professionisti, oppure quando egli attribuisce in buona fede ad un termine il senso che assume correntemente, senza preoccuparsi del suo significato tecnico. Il proponente dell'assicurazione è quindi legittimato ad attribuire ai termini tecnici del questionario che non gli sono familiari e che non gli sono stati spiegati, il senso che normalmente si dà nel loro contesto ed in particolare il senso che hanno nel linguaggio comune (DTF 116 II 338) ed il senso che si dà loro nel luogo di domicilio (DTF 96 II 204, JdT 1972 I 34).

Per verificare la conformità delle risposte, occorre determinare se il proponente conosceva o doveva conoscere la loro erroneità o la loro inesattezza, e si terrà conto, per questo, di tutto il

contesto personale, ossia della sua intelligenza, della sua formazione e della sua esperienza (DTF 116 II 338), del grado della sua cultura (DTF 111 II 388) e della sua situazione (DTF 118 I 1333).

4. Nell'ambito di una assicurazione individuale contro gli infortuni, la domanda che porta su un trattamento medico di una certa durata, senza precisare cosa si intenda per "certa durata", dà luogo ad incertezza, apparendo generica e non può quindi fondare una reticenza (RUA XVII n. 7). Costituisce invece reticenza — nello stesso ambito — il fatto di tacere l'esistenza di una incapacità lavorativa al 50% (RUA XVI n. 5 citata da BENOIT CARRON, op. cit., pag. 12, nn. 34 e 35).

In merito alla 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 n. 22).

Nell'assicurazione contro le malattie, la domanda a sapere se negli ultimi cinque 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, op. cit., pag. 15 n. 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). Inoltre, se il questionario si riferisce ad uno stato di malattia, non c'è reticenza quando l'assicurato, profano in materia, in buona fede si crede non affetto da malattie dorso-lombari, e dopo un breve trattamento, da dolori susseguenti ad uno specifico infortunio. Diversa sarebbe la problematica se il questionario concernesse soltanto i dolori sofferti (DTF 101 II 339, JdT 1977 I 627).

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, op. cit., pag. 23 n. 64).

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, in RUA XVII n. 6). Come ricorda Carron (citando un giudizio del Cantone Svitto pubblicato in RUA XVI n. 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."

È d'altra parte possibile per il proponente dell'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 ugualmente concluso il contratto se fosse stato a conoscenza del fatto (SJ 1986 557).

5. La conseguenza di una reticenza è che l'assicuratore non è vincolato al contratto se ne sia receduto entro 4 settimane dalla cognizione della reticenza. L'assicuratore può recedere dal contratto, ma può anche rinunciarvi, come prevede l'art. 8 cifra 5 LCA. La risoluzione del contratto ha effetti *ex tunc*, ossia gli effetti retroagiscono al momento in cui le informazioni erranee sono state date (RUA V n. 78).

La giurisprudenza ha precisato che, a tal fine, non basta un avviso di scadenza di un premio (RUA XVI n. 31) o la concessione di un ulteriore termine per il versamento dei premi in conseguenza al ricovero della persona interessata (RUA VIII nn. 51/55) o se vi sono state liquidazioni di sinistri senza che l'assicuratore fosse a conoscenza sicura di un caso di reticenza. L'assicuratore che propone all'assicurato il mantenimento del contratto previo nuovo esame dello stato di salute (esame medico completo) non può recedere dal contratto (RUA III n. 42 pag. 56).

6. Nel caso di specie, con specifico formulario sono state poste al proponente — e per esso al suo rappresentante legale - 15 domande circa lo stato dei suoi denti. Il 16 marzo 2004 il medico dentista del servizio dentario scolastico comunale di _____ ha compilato questo questionario ed il papà del beneficiario l'ha sottoscritto (doc. A3). Con le risposte date dal dentista e controfirmate dallo stipulante, quest'ultimo ha in sostanza affermato che lo stato della dentatura del figlio era buono: buoni lo stato parodontale (domanda n. 1), l'igiene (domanda n. 2) e l'occlusione (domanda n. 3). Inoltre, non era previsto un trattamento ortodontico (domanda n. 4) e non era — a quel tempo - né in corso né in previsione un trattamento dentario (domanda n. 13). Infine, la dentatura dell'attore non presentava denti mancanti, non rimpiazzati, né otturazioni difettose, né tanto meno denti cariati e neppure devitalizzati (domande nn. 9-12). Da ultimo, non è stata indicata la data delle ultime radiografie

(domanda n. 14) e nemmeno sono state formulate osservazioni (domanda n. 15).

L'attore evidenzia che queste risposte si basano sullo stato di fatto vigente *al momento* della compilazione della proposta assicurativa (marzo 2004). A quel tempo, egli non presentava alcuna malformazione dentaria o mascellare che richiedesse un intervento correttivo e nemmeno era previsto un controllo ortodontico. I problemi dentari che hanno fatto sorgere la necessità di portare un apparecchio ortodontico sarebbero stati scoperti *successivamente* alla stipulazione della polizza assicurativa in esame, al più presto con la visita dal dentista scolastico nel settembre 2004. Pertanto, sarebbe a torto che l'assicuratore gli imputerebbe una reticenza sul reale stato della sua dentizione al momento della conclusione della polizza assicurativa. Quanto dichiarato nel questionario rispecchierebbe invece la realtà dei fatti vigente in quel momento topico.

7. Nel caso concreto, con l'assicurazione complementare per le cure dentarie plus, le parti hanno voluto prevedere il riconoscimento dei costi, da parte dell'assicuratore convenuto nei confronti del beneficiario, di particolari cure e trattamenti dentari qualora l'attore ne avesse avuto necessità. Fra questi, secondo le relative Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) nell'edizione del 1° luglio 2000 (doc. 12), rientrano i trattamenti dentari, le cure d'ortopedia dento-facciale e le spese di laboratorio (art. 3 CPA).

Il trattamento ortodontico di cui l'attore ha necessitato dal 2005 rientra quindi nella copertura garantita dall'assicuratore.

Resta dunque da esaminare se, come sostiene il convenuto, la conclusione di questa copertura sia stata viziata da reticenza, nel senso che l'assicurato non avrebbe dichiarato sin da subito di doversi sottoporre in futuro ad una cura ortodontica.

Occorre ricordare che il formulario sullo stato della salute della persona da assicurare è parte integrante della proposta d'assicurazione sottoscritta dal proponente. Se è accettata dall'assicuratore, essa si trasforma in una polizza assicurativa esplicante validamente effetti giuridici. L'interpretazione dei quesiti che il questionario pone avviene dunque secondo gli stessi principi che valgono per interpretare un contratto.

In specie, i quesiti n. 4 e n. 13 non danno adito a particolari divergenze d'interpretazione essendo chiari e perfettamente intelligibili, perciò non è necessario procedere in tal senso.

8. In merito alla domanda n. 4 tendente a sapere se era previsto un trattamento ortodontico per il proponente, l'interessato ha evidenziato che al momento della stipulazione della copertura assicurativa non soffriva di alcun disturbo di tipo ortodontico alla dentatura tale da necessitare una cura specifica.
In queste condizioni, l'attore ritiene corretto aver risposto "no" a questo quesito e di non potere di conseguenza essere ritenuto reticente a proposito del suo passato stato di salute.
La medesima argomentazione vale per la domanda n. 13.

Al fine di stabilire il momento in cui è sorta la necessità di sottoporre l'interessato ad una cura ortodontica, l'assicuratore ha interpellato dapprima il 16 settembre 2005 (doc. A4) l'ortodontista, il quale ha risposto (doc. A5):

- "• Ho visto il ragazzo la prima volta il 19 aprile 2005. Non sappiamo se fosse previsto in precedenza un trattamento ortodontico.*
- Pensiamo non fosse possibile stabilire con certezza una necessità nel 2003.*
- La cura ortodontica è iniziata il 19 agosto 2005."*

Poi il 22 novembre 2005 ha presentato le medesime domande al medico dentista scolastico, dr. _____ (doc. 7):

- "1. Da quando era previsto un trattamento ortodontico?
Non lo so ho visto il ragazzo la prima volta 2004*
- 2. Si poteva sapere di questo trattamento nel 2004?
Si*
- 3. Si sono fatte delle radiografie? Se si, celi potrebbe inviare?
Si 2 Bite-Wings*
- 4. Da quando la paziente è in trattamento da lei?
Dal 2004"*

È sulla scorta della risposta n. 2 che l'assicuratore è giunto alla convinzione dell'esistenza di una reticenza e ha dato la disdetta.

9. D'avviso del TCA, per contro, queste risposte non possono essere poste alla base della disdetta contrattuale data l'11 gennaio 2006 dovuta ad una — presunta — reticenza dell'attore.

Va infatti rilevato che prima di sottoscrivere l'assicurazione, lo stipulante ha fatto — obbligatoriamente — visitare il beneficiario dell'assicurazione complementare dal dentista scolastico, affidandogli l'incarico di compilare il questionario dentario allegato alla proposta assicurativa (doc. A3).

Nelle more istruttorie, il TCA ha interpellato questo medico (doc. VII), il quale ha subito precisato di non aver compilato il formulario in questione, poiché se n'era occupato il suo predecessore in carica fino all'inizio dell'anno scolastico 2004/05. Quindi, anche le risposte sopra riportate sono state date dal secondo dentista scolastico e non da colui che ha effettivamente apposto il 16 marzo 2004 le crocette sul questionario dentario.

Il professionista contattato sia dal TCA sia dall'assicuratore, ossia il secondo medico (dr. med. dent.), ha visitato l'attore per la prima volta il 21 settembre 2004 ed ha precisato che *"Nelle osservazioni avevo chiesto ai genitori di chiamarmi, perché volevo informarli sulla necessità delle cure ortodontiche. (Segnalate con una crocetta necessita delle cure normali-carie e cure preventive e cure speciali-ortodontiche) I genitori non mi hanno contattato"* perché *"Come risulta anche dalla copia del libretto del servizio dentario scolastico allegato, nella rubrica osservazioni i genitori hanno scritto: "Solo il contratto, perché va dal suo dentista di famiglia."* (risposta n. 4).

Da quanto sopra emerge che il dentista scolastico in pensione ha visitato il bambino nel marzo 2004, mentre l'attuale dentista scolastico, non specialista in ortodonzia (risposta n. 7), l'ha visitato per la prima volta nel settembre 2004. Il primo non ha evidenziato la necessità di un trattamento ortodontico, il secondo, a sei mesi di distanza, sì.

Pendente causa, lo scrivente Tribunale si è rivolto al dr. med. dent. , indicato dalla famiglia come medico curante dell'attore (doc. X), sottoponendogli alcuni quesiti (doc. XI). L'odontoiatra ha precisato di aver visitato il bambino sei volte nel lasso di tempo fra il 21 giugno 2000 ed il 10 aprile 2002 e di non ricordarsi se l'attore necessitasse di una cura ortodontica nel 2002 né se ne avesse parlato con la mamma. Nel 2003 e 2004 gli è stata unicamente prodigata la pulizia dei denti (doc. XIII).

Il TCA osserva che dal 1° gennaio al 30 giugno 2003 (doc. XVIbis) l'attore era già stato affiliato all'assicurazione complementare per le cure dentarie plus presso il convenuto e che per quell'occasione il 20 dicembre 2002 il dentista scolastico — il medico in pensione dal 2004 — aveva certificato che non era previsto nessun trattamento ortodontico e dentario (doc. A2).

A tal proposito, il TCA ha interpellato il dentista scolastico che ha compilato entrambi i formulari sullo stato dei denti dell'attore

(doc. XXIV). Riferendosi alla cartella clinica allestita personalmente, il dr. med. (doc. XXVII) ha affermato che al momento di redigere i questionari dentari del dicembre 2002 e del marzo 2004, la dentatura del bambino non necessitava di alcun trattamento ortodontico (domanda n. 3). Per prassi, quando lo riteneva opportuno e per precauzione, consigliava i genitori di sottoporre il bambino ad una visita specialistica ortodontica, al fine di valutare la necessità di un trattamento specifico. Questo iter è stato seguito anche nel caso di specie, e meglio a seguito delle visite del 20 dicembre 2002 e del 16 marzo 2004, durante le quali ha avvisato i genitori che la dentatura del figlio era in ordine ed ha consigliato loro di sottoporlo ad una visita specialista entro uno o due anni (domanda n. 4). Alla specifica domanda di come sia possibile che il suo successore, a sei mesi di distanza, abbia riscontrato la necessità per l'attore di sottoporsi ad una cura ortodontica, il precedente dentista scolastico ha risposto che la sua esperienza professionale l'ha portato a constatare che in alcuni giovani pazienti, anche a distanza di poco tempo, la posizione dei denti può cambiare ed in concreto la situazione è mutata sfavorevolmente anziché evolversi positivamente come nella maggior parte dei casi (domanda n. 5).

Analizzando la cartella medica del bambino allestita dal dr. med. dent. (doc. XXVIIbis), che inizia con la visita del 12 ottobre 2000 e termina con la visita del 16 marzo 2004, si può osservare che si è in sostanza trattato di normali visite di controllo ad inizio anno scolastico. Fa eccezione la visita del 20 dicembre 2002, appositamente effettuata in funzione della conclusione della copertura assicurativa complementare per i denti e per la quale il dentista scolastico ha compilato il noto questionario. In quell'occasione, l'odontoiatra ha consigliato ai genitori, per precauzione, una visita dallo specialista in ortodonzia entro 1-2 anni, sebbene i denti del bambino fossero in ordine. Un'altra eccezione, simile a questa, è occorsa nell'ambito della seconda visita del 16 marzo 2004 eseguita appositamente ai fini assicurativi: anche se, dal 2002, la situazione dentaria non era mutata ed era quindi in ordine, il dentista ha ugualmente consigliato una visita specialistica entro uno o due anni.

Riassumendo, dal profilo cronologico nel 2002 e fino al marzo 2004 non vi era ancora l'esigenza di procedere in tal senso, mentre è soltanto nel settembre 2004 che è emerso questo bisogno, anche se dalla prima visita di controllo effettuata presso lo specialista all'inizio effettivo della cura ortodontica sono trascorsi quattro mesi (dal 19 aprile 2005 al 19 agosto 2005).

10. In merito alla visita specialistica effettuata dall'attore presso il dr. med. dent. , per maggior chiarezza il 25 maggio 2007 (doc. XXIII) la scrivente Corte ha sottoposto al professionista alcuni quesiti. La cartella informativa prodotta dal dentista indica che in occasione della prima visita, avvenuta il 19 aprile 2005, il bambino gli è stato inviato dal dentista privato (doc. XXV/2). L'ortodontista ha spiegato che il lasso di tempo di sette mesi intercorsi tra la visita di settembre 2004 in cui l'attuale dentista scolastico ha consigliato ai genitori di sottoporre il ragazzo ad un controllo di tipo ortodontico ed il momento in cui ciò è avvenuto (aprile 2005), è normale. Durante il primo controllo, lo specialista ha rilevato che lo stato conservativo e parodontale della bocca era buono. Dal profilo ortodontico, non ha riscontrato sospetti di anomalia congenita dell'apparato dentale né disfunzioni che potevano rientrare nel catalogo delle prestazioni obbligatorie della LAMal, ma *"la classe dentale e scheletrica, overjet compensato da una protrusione degli incisivi inferiori, offerta di spazio per l'eruzione dei denti permanenti nella norma."* Quindi, egli è concorde con le opinioni dei medici scolastici (domanda n. 3) ed ha ammesso che nel marzo 2004 la dentatura poteva presentarsi grosso modo nell'aspetto nella quale l'ha esaminata nell'aprile 2005 e dunque che una segnalazione alla famiglia per una visita specialistica in ortodonzia poteva — effettivamente - essere indicata (domanda n. 4). Riguardo al quesito del Tribunale che ha chiesto se il dr. med. avrebbe potuto notare se all'attore fosse occorsa una cura ortodontica, l'esperto ha affermato che nel dicembre 2002 una diagnosi in tal senso era prematura, mentre al 16 marzo 2004 la situazione poteva essere giudicata diversamente in funzione dello stato dello sviluppo della dentatura del bambino, più consono ad un'eventuale decisione specialistica (domanda n. 5). In conclusione, l'odontoiatra curante ha affermato che lo stato della dentatura di XXXX, nel marzo 2004, poteva suggerire al dentista scolastico di consigliare alla famiglia un consulto specialistico, ma non che egli avesse sicuramente ed imperativamente bisogno di un trattamento ortodontico (domanda n. 6).

Infine, il dentista ha osservato che l'anomalia di occlusione di cui soffriva l'attore non rientrava nei parametri previsti dall'Al né costituiva una malattia contemplata dall'OPre. Come specialista della materia, alla domanda n. 4 dei citati formulari egli avrebbe risposto solo dopo aver esaminato una documentazione minima, costituita almeno da una coppia di modelli dell'arcata dentale e da una teleradiografia. Eventualmente, alla domanda n. 15 avrebbe osservato la necessità di un consulto specialistico.

11. Questo Tribunale evidenzia che già in un'altra vertenza simile alla presente, sfociata nella STCA del 20 ottobre 2005 (inc. n. 36.2004.107-108), il TCA ha avuto modo di interpellare lo stesso specialista SSO in ortodonzia dr. med. dent. _____. In quell'occasione, a precisa domanda del Tribunale, l'ortodonzista ha affermato che "(...) *a quel preciso momento, vista la giovane età delle bambine (in occasione della rispettiva prima visita, 10 anni e 7 mesi per X, 10 anni ed 1 mese per Y) si potevano sì **escludere con certezza** (...) interventi ortodontici indispensabili, ma non era ancora possibile stabilire la reale necessità di un'eventuale correzione.*". Dunque, in quel periodo, lo specialista non aveva ritenuto necessario intervenire con trattamenti ortodontici indispensabili sulle bambine, dato che era perfino prematuro decidere sulla reale possibilità di procedere con una correzione. Così, l'ortodonzista ha preferito attendere l'eruzione completa della dentatura - è a partire dai 12-13 anni che normalmente tutti i denti sono erotti — per potere stabilire la reale necessità di un intervento ed onde evitare di iniziare un trattamento con troppo anticipo (cfr. consid. 2.10).

12. Va ancora osservato che le risposte fornite dal medico scolastico _____ interpellato dal TCA, portano alla conclusione che l'indicazione di sottoporre l'attore ad una visita specialistica non significava ancora, effettivamente, che esisteva un problema ortodontico. Come visto, infatti, una diagnosi in tal senso ha potuto essere esperita con certezza soltanto nell'aprile 2005 e la cura iniziare nell'agosto successivo.

Lo stesso specialista è stato concorde nell'affermare che nel marzo 2004, quando XXXX è stato appositamente visitato dal dentista scolastico per la sottoscrizione della nuova copertura complementare, lo stato della sua dentatura — essendo nato il 2 aprile 1994, a quel momento aveva 9 anni e 11 mesi e mezzo - poteva suggerire al dr. med. dent. _____ di consigliare alla famiglia un consulto specialistico, senza tuttavia che ciò denotasse che l'attore avesse effettivamente ed imperativamente bisogno di un trattamento ortodontico (doc. XXV: domanda n. 4).

D'avviso del TCA, pertanto, è a giusta ragione che lo stipulante ha dichiarato di non essere a conoscenza, *nel mese di marzo 2004*, di malformazioni dentarie o mascellari del figlio che necessitassero di un intervento correttivo. Neppure, sempre a quel momento, era stato previsto un trattamento o un controllo ortodontico *a dipendenza di* tali malformazioni.

In occasione della compilazione del certificato di salute dell'attore, il papa non poteva dunque immaginare se il figlio abbisognasse di cure ortodontiche. Egli ha infatti appreso dell'esistenza di malformazioni dentarie non prima del settembre 2004, perciò, dovendo porsi al momento della sottoscrizione della proposta assicurativa, non si configura una reticenza da parte dello stipulante.

Ne consegue che nella compilazione del questionario sullo stato di salute del figlio, il suo rappresentante non ha taciuto volontariamente all'assicuratore un fatto rilevante e nemmeno ha dichiarato fatti inesatti.

L'enunciato dell'art. 6 LCA non trova quindi concretizzazione.

13. Infine, questo Tribunale osserva che in calce al questionario dentario (doc. A3), prima dello spazio destinato all'apposizione della firma del proponente, figura quanto segue:

"(...) Il proponente è responsabile della veridicità delle risposte date nella presente proposta, anche se queste sono scritte da una terza persona. Ogni dichiarazione incompleta o falsa può comportare il rifiuto delle prestazioni, delle riserve o l'annullamento del contratto ai sensi dell'articolo 6 LCA. (...) L'affiliazione è subordinata al ricevimento del questionario dentario compilato da un medico dentista con diploma , federale o di un diploma equivalente riconosciuto in Svizzera."

Occorre a questo proposito rilevare che quand'anche fosse stato possibile che già nel marzo 2004 fosse effettivamente riscontrabile la necessità per il bambino di sottoporsi in futuro ad un trattamento di tipo ortodontico, l'opinione del primo professionista del servizio dentario scolastico, dr. med. dent.

, non poteva comunque essere messa in dubbio dall'attore, poiché egli non ne aveva i mezzi.

In effetti, è vero che il proponente perde i suoi diritti anche quando ignora l'erroneità delle sue dichiarazioni, ma questa ignoranza deve forzatamente implicare un errore da parte sua. Ciò nonostante, non c'è un errore del proponente quando egli omette di dichiarare dei fatti conosciuti *da parte di soli professionisti* (cfr. consid. 3). Lo stipulante non ha dunque commesso alcun errore, perché gli era impossibile dichiarare un fatto conosciuto da parte di soli odontoiatri.

14. La petizione deve pertanto essere accolta e la disdetta contrattuale dell'11 gennaio 2006 annullata, con conseguente ripristino del contratto assicurativo stipulato il 19 marzo 2004 e regolarmente in essere dal 1° aprile 2004. L'assicuratore

riconoscerà quindi all'attore i costi delle cure ortodontiche sorte nel 2005, come pure le spese derivanti da altre eventuali cure dentarie, sempreché anch'esse abbiano avuto origine nel periodo dal 1° aprile 2004 fino al momento dell'illecita disdetta.

Visto l'esito della vertenza, non si fa luogo all'esperimento di una perizia neutra come richiesto dall'attore, né tanto meno si attribuiscono ripetibili all'attore, poiché non è rappresentato da un legale. Si giustifica invece l'attribuzione alla parte vincente in causa di indennità per le spese (copie, invii raccomandati, ecc. ...) sostenute che vengono cifrate in CHF 80.--.

15. Con il 1° gennaio 2007 è entrata in vigore La legge federale sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 (LTF), applicabile in concreto poiché, per l'art. 132 cpv. 1 LTF, la nuova legge si applica ai procedimenti promossi dinanzi al Tribunale federale dopo la sua entrata in vigore; ai procedimenti su ricorso si applica soltanto se la decisione impugnata è stata pronunciata dopo la sua entrata in vigore.

A proposito della materia qui in questione (causa di diritto civile), la nuova legge prevede la via del ricorso in materia civile (art. 72 cpv. 1 LTF; cfr. anche l'art. 72 cpv. 2 LTF, che elenca quali altre decisioni soggiacciono al ricorso in materia civile). Giusta l'art. 74 cpv. 1 lett. b LTF, nelle cause a carattere pecuniario il ricorso è ammissibile soltanto se il valore litigioso ammonta a Fr. 30'000.-. Quando il valore litigioso non raggiunge questo importo, il ricorso è ugualmente ammissibile se la controversia concerne una questione di diritto di importanza fondamentale (art. 74 cpv. 2 lett. a LTF). Per l'art. 75 cpv. 1 LTF, il ricorso è ammissibile contro le decisioni pronunciate dalle autorità cantonali di ultima istanza e dal Tribunale amministrativo federale.

L'art. 95 LTF prevede che il ricorrente può far valere la violazione del diritto federale (lett. a), del diritto internazionale (lett. b), dei diritti costituzionali cantonali (lett. c), delle disposizioni cantonali in materia di diritto di voto dei cittadini e di elezioni e votazioni popolari (lett. d), del diritto intercantonale (lett. e). A norma dell'art. 97 cpv. 1 LTF, il ricorrente può censurare l'accertamento dei fatti soltanto se è stato svolto in modo manifestamente inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95 e l'eliminazione del vizio può essere determinante per l'esito del procedimento. Possono essere adottati nuovi fatti e nuovi mezzi di prova soltanto se ne dà motivo la decisione dell'autorità inferiore. Non sono ammissibili nuove conclusioni (art. 99 LTF). Il ricorso contro una decisione deve essere depositato presso il Tribunale federale entro 30 giorni dalla notificazione del testo

integrale della decisione (art. 100 cpv. 1 LTF). Per l'art. 100 cpv. 7 LTF, il ricorso per denegata o ritardata giustizia può essere interposto in ogni tempo. Di regola, il ricorso non ha effetto sospensivo (art. 103 cpv. 1 LTF). Nei limiti delle conclusioni presentate, il ricorso ha effetto sospensivo in materia civile se è diretto contro una sentenza costitutiva (art. 103 cpv. 2 lett. a LTF). Secondo l'art. 105 LTF, il Tribunale federale fonda la sua sentenza sui fatti accertati dall'autorità inferiore, riservato il caso in cui l'accertamento è stato fatto in modo inesatto o in violazione del diritto ai sensi dell'articolo 95. Giusta l'art. 107 cpv. 1 LTF, il Tribunale federale non può andare oltre le conclusioni delle parti.

Va ancora rilevato che, laddove non sia ammissibile il ricorso ordinario in materia civile, è aperta la via del ricorso sussidiario in materia costituzionale (art. 113 LTF). A norma dell'art. 116 LTF, con questo ricorso può essere censurata la violazione di diritti costituzionali. A proposito del ricorso in materia costituzionale, va evidenziato come, affinché sia ammissibile, è necessario che il ricorso ordinario sia escluso, o perché il valore litigioso non è raggiunto o perché il caso figura in un catalogo di eccezioni, che la decisione impugnata emani da un'autorità cantonale di ultima istanza e che venga fatta valere una censura in ambito di diritto costituzionale (cfr., a questo proposito, **BERNARD CORBOZ**, Introduction à la nouvelle loi sur le Tribunal fédéral, SJ 2006, n. 8, pag. 319 segg., in particolare pag. 351 segg.).

In concreto, il valore litigioso è rappresentato dalla pretesa di riconoscimento delle passate e future cure odontoiatriche di cui abbisogna l'attore. La copertura, stipulata con una durata di cinque anni (art. 13 CGA), prevede il riconoscimento del 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 15'000.- per anno civile (art. 3 CPA).

Trattandosi di una causa di carattere pecuniario, sono quindi dati gli estremi per interporre un eventuale ricorso in materia civile al Tribunale Federale sulla base del valore litigioso (art. 74 cpv. 1 lett. b LTF).

Infine, secondo l'art. 49 cpv. 2 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; s'impone perciò di notificare all'autorità di sorveglianza anche la presente sentenza.

Per questi motivi

dichiara e pronuncia

1. La petizione è **accolta**.

1.1 È annullata la disdetta dell'11 gennaio 2006 e di conseguenza il contratto assicurativo per le cure dentarie plus in vigore dal 1° aprile 2004 mantiene la sua validità.

1.2. L'assicuratore è tenuto a riconoscere all'attore i costi derivanti dal trattamento ortodontico iniziato nel 2005 ed ogni altra eventuale cura dentaria sorta fino all'11 gennaio 2006.

2. Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. Non si attribuiscono ripetibili ma l'assicuratore convenuto è condannato a rimborsare a parte attrice le spese vive sostenute per la causa cifrate in CHF 80.--.

3. Comunicazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso al Tribunale federale, 1000 Losanna 14, entro 30 giorni dalla notificazione, come specificato nelle motivazioni.

L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta.

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni


Il glus e delegato

Ivano Ranzanici



Il segretario

Fabio Zocchetti



INTIMAZIONE

18 GIU. 2007

TRIBUNALE CANTONALE
DELLE ASSICURAZIONI