



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 28/05/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 3 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 19 gennaio 2026), il ricorrente deduceva che gli era stato negato il rimborso delle spese dallo stesso sostenute per un intervento chirurgico che ha riguardato il figlio, cointestatario del ricorso. Il ricorrente chiedeva dunque il rimborso delle spese, invocando la copertura ai sensi di una polizza collettiva e dichiarando di non poter allegare la documentazione già inviata all'impresa di assicurazione. Al ricorso veniva allegata la guida al piano sanitario relativo alla polizza collettiva e la comunicazione del ricorrente all'impresa del 19 gennaio 2026, dallo stesso qualificata come reclamo, con la quale, a seguito della comunicazione di diniego dei rimborsi relativi all'intervento del figlio, chiedeva una rivalutazione di tutte le fatture *"in qualità di pre e post ricovero"* e una motivazione per il caso di nuovo diniego. Infine, veniva allegata la risposta negativa del 3 febbraio dell'impresa, con la quale era stata negata la copertura invocata dal momento che l'intervento cui si era sottoposto il figlio non



sarebbe ascrivibile a nessuno dei Grandi Interventi Chirurgici contemplati dal piano sanitario.

Con le controdeduzioni, l'impresa produceva la guida al piano sanitario, dal contenuto non integralmente sovrapponibile a quello allegato dal ricorrente, e descriveva la natura della polizza collettiva con la quale era garantito l'assicurato. Quindi, affermava che il ricorrente era assicurato con polizza estesa al nucleo familiare a far data dal 15 ottobre 2025 e che, in data 29 ottobre 2025, il figlio del ricorrente si era sottoposto ad un intervento chirurgico di ricostruzione LCA ginocchio destro, in regime di *day hospital*, che si sarebbe reso necessario a seguito di infortunio occorso in data 14 giugno 2025 e documentato dal referto di Pronto Soccorso del giorno successivo nonché dal referto della RM ginocchio destro dell'8 agosto 2025, trasmessi all'impresa dal ricorrente. L'impresa chiedeva quindi che venisse dichiarata l'inammissibilità del ricorso: per mancanza di reclamo, poiché la comunicazione del 19 gennaio 2026 non sarebbe qualificabile come tale, trattandosi di una richiesta di informazioni; per mancanza di documentazione, che non consentirebbe di ritenere provate le pretese del ricorrente né di valutare l'omogeneità del ricorso con il reclamo; per mancanza degli elementi essenziali, difettando l'indicazione chiara dell'oggetto del ricorso e la domanda del ricorrente nei confronti dell'impresa. In subordine, l'impresa chiedeva che venisse dichiarata l'infondatezza del ricorso, dal momento che le spese di cui il ricorrente chiedeva copertura sarebbero spese non previste in garanzia dalla polizza o comunque non rimborsabili nonché in parte effettuate in una data antecedente all'operatività della polizza.

Con le repliche, il ricorrente chiedeva *"che vengano quantomeno riconosciute le spese di riabilitazione sostenute, nei limiti e per gli importi previsti dal contratto assicurativo"*, spese che sarebbero documentate da referti ospedalieri e medico-ortopedici e sarebbero relative a prestazioni effettuate presso centri specializzati.

Con le controrepliche, l'impresa confermava la non liquidabilità delle spese richieste, e non allegava, e richiamava le motivazioni già dedotte in sede di controdeduzioni. L'impresa si soffermava sulla valutazione delle fatture afferenti ai trattamenti fisioterapici riabilitativi, osservando che gli eventi si erano verificati in data antecedente all'operatività della polizza e sottolineando come i trattamenti fisioterapici riabilitativi rientrino tra le prestazioni post ricovero indennizzabili solo a condizione che sia indennizzabile l'evento principale a cui sono correlate. Inoltre, non sarebbe prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in strutture e con medici non convenzionati. Infine, l'impresa si riportava alle conclusioni già formulate.

Il ricorrente chiedeva il rimborso delle spese sostenute e con le repliche chiedeva che fossero riconosciute quantomeno le spese di riabilitazione sostenute.

L'impresa chiedeva che, in via preliminare, il ricorso venisse dichiarato inammissibile per mancanza di reclamo, mancanza di documentazione e mancanza degli elementi essenziali; in via principale, chiedeva che venisse dichiarata l'infondatezza, in fatto e in diritto, delle domande del ricorrente, ovvero in subordine, per il caso di accoglimento parziale, di essere condannata alla minor somma che dovesse essere riconosciuta come dovuta in favore dell'assicurato.



DIRITTO

In via pregiudiziale si deve esaminare l'eccezione dell'impresa che ha chiesto che sia pronunciata l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. a) del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto"), per mancata previa presentazione di un reclamo. In particolare, il ricorrente, nella documentazione allegata al ricorso, qualifica come reclamo la comunicazione del 19 gennaio 2026 e l'impresa, con la memoria di controdeduzioni, dichiara di aver gestito tale comunicazione quale mera richiesta di informazioni e di averla riscontrata ai sensi dell'art. 7 del Regolamento IVASS n. 41 del 2018.

Occorre sul punto ricordare che, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del Decreto, "*La presentazione del ricorso, a pena di inammissibilità, è preceduta dalla presentazione di un reclamo all'impresa o all'intermediario che si pronunciano entro il termine previsto dalle disposizioni in materia di reclami emanate in attuazione dell'articolo 7 del codice delle assicurazioni con regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008*"; e che l'art. 1, comma 1 del Decreto così recita: "*Ai fini del presente Regolamento si intende per (...) i): "reclamo: una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un'impresa o da un intermediario". Per altro verso, l'art. 1, comma 1 del Regolamento ISVAP del 19 maggio 2008, n. 24, prevede che "Ai fini del presente Regolamento si intende per: [...] t bis) "reclamo": una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".*

Nella fattispecie concreta, la comunicazione inviata dal ricorrente all'impresa ha come oggetto la "*Richiesta di rivalutazione sinistro e rimborso spese mediche*"; contiene il riferimento al precedente diniego di rimborso e chiede "*una rivalutazione del sinistro in qualità di pre e post ricovero*", allegando la cartella clinica e le fatture e conclude chiedendo, in caso di nuovo rigetto, di conoscerne le ragioni.

Ad avviso del Collegio, tale comunicazione contiene una manifestazione di insoddisfazione e di doglianza rispetto al comportamento dell'impresa che è dunque idonea, per forma, contenuto e finalità, ad essere considerata, secondo la definizione contenuta nell'art. 1, comma 1 del Decreto, come un valido reclamo ai fini dell'ammissibilità del ricorso. Infatti, le disposizioni regolamentari sopra ricordate non devono essere intese in senso eccessivamente formale, non essendo rilevante che la comunicazione sia qualificata come "*diffida*", "*sollecito di pagamento*" o come "*reclamo*", essendo sufficiente, perché sia soddisfatta la condizione di procedibilità, che il cliente sottoponga all'impresa la propria doglianza e che questa sia messa nelle condizioni di replicare alle contestazioni ricevute.

Il Collegio non ritiene pertanto fondata l'eccezione preliminare sollevata dall'impresa.

Venendo al merito della controversia, il ricorrente invoca la copertura per rimborso spese prevista dalla polizza conclusa in data 15 ottobre 2025 rispetto ad un intervento chirurgico



di ricostruzione LCA ginocchio destro resosi necessario a seguito di un infortunio occorso al figlio in data 14 giugno 2025, prima dunque della conclusione del contratto. Spese consistenti in trattamenti fisioterapici riabilitativi, effettuati in forma privata; visite ortopediche/fisiatriche, effettuate in forma privata; spese relative a dispositivi medici. L'impresa contesta il diritto al rimborso, sostenendo che non sono stati allegati i documenti di spesa di cui si chiede il rimborso ed osservando comunque che l'intervento cui si è sottoposto il figlio del ricorrente non rientra nell'elenco degli interventi specificamente indicati come oggetto di garanzia.

Osserva il Collegio che la mancata produzione dei documenti di spesa di cui viene chiesto il rimborso non consente di esaminare compiutamente la domanda, che nella inequivoca rappresentazione del ricorrente ha ad oggetto una richiesta di condanna al pagamento delle somme corrisposte. L'omessa produzione non consente peraltro neanche di comprendere se l'esborso sia stato sostenuto dal padre o dal figlio che si è sottoposto all'intervento e dunque a chi spetterebbe effettivamente l'eventuale rimborso.

In ogni caso, il Collegio, esaminate le contrapposte difese e la documentazione prodotta, ritiene comunque di poter valutare se, a termini di polizza, sussisterebbe in astratto il diritto al rimborso spese descritte dal ricorrente.

La controversia presenta profili di natura interpretativa in ordine all'ambito di operatività della copertura assicurativa, con particolare riferimento alle condizioni alle quali risultano rimborsabili le spese sanitarie sostenute a seguito di intervento chirurgico e alle prestazioni ad esso correlate. Infatti, il ricorrente ha chiesto il rimborso di spese *pre* e *post* ricovero collegate ad un intervento chirurgico "*di ricostruzione LCA ginocchio destro*" non indicato nell'elenco, ritenuto tassativo dall'impresa resistente, degli interventi coperti specificamente indicati in polizza.

Ciò premesso, si osserva che il contratto di assicurazione contiene un elenco dettagliato e specifico di alcuni interventi per i quali è ammesso il rimborso, per cui si tratta di una garanzia a rischi nominati e la relativa clausola deve essere intesa come delimitazione in termini oggettivi del rischio assicurato e dunque quale limite entro cui l'assicurato ha diritto al rimborso. Ad avviso del Collegio però la clausola che individua le prestazioni ammesse al rimborso non può essere intesa nel senso che vi debba essere una corrispondenza nominativa e tassativa tra intervento chirurgico cui si è sottoposto l'assicurato e uno degli interventi indicati in elenco, in quanto dal tenore della clausola risulta che la descrizione degli interventi è effettuata con riguardo allo scopo terapeutico perseguito, per cui deve ritenersi consentito ricomprendere nella garanzia interventi che, pur in assenza di una coincidenza nominativa, possano essere ricondotti, secondo il criterio della funzionalità terapeutica perseguita, ad uno degli interventi indicati in elenco (in arg. v. Cass. civ., sez. III, 20 agosto 2015, n. 17020).

Nella fattispecie concreta, tra gli interventi in elenco non è menzionato quello cui si è sottoposto il figlio del ricorrente e neanche comparando la natura dell'intervento di cui si discute con gli interventi nominati nel contratto, in una prospettiva dunque di eventuale equivalenza funzionale, è possibile ritenere che l'intervento cui si è sottoposto il figlio del



ricorrente possa essere ricondotto ad uno di quelli in garanzia né il ricorrente ha fornito argomenti sotto tale profilo.

Considerato dunque che l'intervento chirurgico non è incluso tra quelli oggetto di garanzia, non possono essere riconosciute le spese per le visite specialistiche, in quanto, ai sensi degli artt. 7, 7.1 e 7.1.1., sono ammesse a rimborso solo se riguardanti un intervento in garanzia. Le spese per i dispositivi medici non sono invece menzionate tra quelle rimborsabili, neanche in caso di intervento in garanzia.

Quanto alle spese di riabilitazione e fisioterapia, gli artt. 7 e 7.17 prevedono la possibilità di rimborso nell'ipotesi in cui l'infortunio si sia verificato durante l'operatività del contratto, ma nella specie, dalle allegazioni delle parti, risulta che l'infortunio si sia verificato il 14 giugno 2025, mentre l'inizio di operatività della polizza è successiva (15 ottobre 2025). Per altro verso, le stesse norme contrattuali prevedono che *“Non è prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in strutture e con medici non convenzionati”*.

Per tutte le suesposte ragioni, il ricorso non può dunque trovare accoglimento.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA