



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto da IVASS
MARIA ANNUNZIATA ASTONE	Membro scelto da IVASS
ROSARIA LIMONCIELLO	Componente designato dalle imprese di assicurazione
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI STELLA

Riunione del 17/06/2026

FATTO

Con ricorso del 1° febbraio 2026 (preceduto dal reclamo del 25 agosto 2025) la ricorrente esponeva di essere assicurata con polizza collettiva per malattia e infortuni in qualità di aderente a società di mutuo soccorso. Presentava in data 29 aprile 2025 richiesta di indennità sostitutiva per ricovero a seguito di sinistro che era stato qualificato in cartella clinica come “*attacco marino ischemico transitorio*”, per un importo di euro 720,00.

Tale richiesta veniva rigettata dall'impresa resistente con comunicazione del 1° agosto 2025, con la motivazione che il ricovero non rientrerebbe tra quelli di cui all'elenco dell'allegato 3 alla polizza (“*Gravi eventi morbosi*”).

La ricorrente produceva copia della propria comunicazione all'impresa del 25 agosto 2025, qualificata come reclamo, con cui venivano ripercorsi i fatti relativi alla richiesta di indennizzo ed era contestato il diniego opposto dalla compagnia, invocando la copertura ai sensi dell'allegato n. 3, lettera g), quale “*vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare*”. Seguiva la comunicazione dell'impresa del 1° settembre 2025, indirizzata a persona di fiducia della ricorrente, con cui era riscontrato il reclamo e



confermato il diniego, sul presupposto, in assenza di segni emorragici, della non riconducibilità della fattispecie alla clausola contrattuale di copertura.

Al riguardo, la ricorrente argomentava nel ricorso in ordine alla possibilità di ricondurre l'ischemia cerebrale alla vasculopatia acuta, espressamente ricompresa in copertura, e produceva copia di una comunicazione del 28 settembre 2025, proveniente da persona di fiducia e indirizzata all'impresa, con cui era stata richiesta la produzione delle consulenze mediche menzionate dalla compagnia a supporto del diniego.

Con le conclusioni la ricorrente chiedeva *“il pagamento dell'indennità sostitutiva per ricovero ospedaliero a seguito di malattia o infortunio per grande intervento chirurgico e senza intervento chirurgico per grave evento morboso (allegato 3) del contratto, pari a euro 720”*.

Con le controdeduzioni l'impresa chiedeva in via preliminare la dichiarazione di inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 11, comma 8, del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito il “Decreto”) per necessità di disporre accertamenti tecnici. Il ricorso sarebbe in ogni caso da rigettare nel merito in quanto la patologia non rientra tra le fattispecie previste sub allegato 3, lettera g: *“Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare”*.

La ricorrente, con memoria di repliche, contestava che il ricorso fosse diretto ad ottenere un accertamento tecnico, deducendo che con esso intendeva chiedere soltanto un'analisi di quanto riportato nell'allegato 3 e un confronto con le scritture della cartella clinica, evidenziando l'erroneità del diniego dell'impresa.

A supporto della domanda di liquidazione dell'indennizzo, richiamava la genericità della fattispecie della *“vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare”* prevista dalle condizioni di assicurazione, compatibile con un'ischemia transitoria. Da ultimo rilevava come il parere medico su cui l'impresa fonda il diniego, parere più volte richiesto, sarebbe stato prodotto per la prima volta solo in allegato alle controdeduzioni.

L'impresa, con memoria di controrepliche, ribadiva l'eccezione di inammissibilità del ricorso per necessità di accertamenti istruttori tecnici, in particolare di una valutazione medico-legale per verificare quanto richiesto dalla ricorrente circa la possibilità di ricondurre la propria diagnosi di dimissione agli eventi morbosi indennizzabili ai sensi di polizza.

Nel merito, insisteva per l'infondatezza del ricorso alla luce del parere medico legale allegato, rilevando come, al contrario, l'assicurata non avesse prodotto alcuna documentazione medica a fondamento della propria pretesa.

DIRITTO

Nel caso sottoposto alla decisione del Collegio, la ricorrente è beneficiaria di una copertura sanitaria per malattia e infortuni derivante da una polizza collettiva a favore di terzi, in essere tra l'impresa resistente e una società di mutuo soccorso di cui è socia la stessa ricorrente. La controversia concerne il diniego di copertura opposto dall'impresa alla richiesta della ricorrente di pagamento di un'indennità sostitutiva a seguito di ricovero.

L'impresa resistente deduce preliminarmente l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 11, comma 8, del Decreto, secondo cui *“il Collegio dichiara l'inammissibilità del ricorso*



quando, ai fini della decisione, sono necessari gli accertamenti istruttori che ai sensi dell'articolo 3, comma 3, non può disporre". Segnatamente, secondo l'impresa, la controversia richiederebbe un accertamento istruttorio di natura tecnica avente ad oggetto la qualificazione del ricovero senza intervento chirurgico quale grave evento morboso previsto soltanto per le patologie tassativamente elencate nell'allegato 3 alle condizioni generali di assicurazione.

L'eccezione è infondata.

Il procedimento dinanzi a questo Arbitro è retto dai principi generali del processo civile, incluso quello che vuole il giudice *peritus peritorum*; nessun automatismo si dà dunque tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e necessità di nomina – in questa sede comunque preclusa – di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo il Collegio valutare congruo il compendio documentale a propria disposizione, per addivenire ad una decisione della controversia resa secondo diritto (cfr. Coll. di Coordinamento ABF, 15 dicembre 2016, n. 10929), oltre che nel rispetto dell'art. 3, comma 3, Decreto, secondo cui *"le controversie sono esclusivamente documentali"*.

Nel merito la ricorrente con le conclusioni del ricorso chiede il pagamento della indennità sostitutiva *"per ricovero ospedaliero a seguito di malattia o infortunio per grande intervento chirurgico e senza intervento chirurgico per grave evento morboso (allegato 3) del contratto"*. Nello svolgimento delle difese, più specificamente, invoca l'indennità sostitutiva per ricovero ai sensi della lettera g) del documento recante elencazione dei Gravi eventi morbosì dedotti in copertura, con riferimento alla *"Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare"*.

Secondo le considerazioni della ricorrente, non supportate peraltro da alcuna consulenza di carattere medico, il ricovero per *"attacco marino ischemico transitorio"* e con diagnosi di dimissione di *"Amnesia Globale Transitoria"*, rientrerebbe nella garanzia prevista dalla fattispecie di cui all'allegato 3, lett. g), per *"Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare"*. La vasculopatia sarebbe un termine generico che si riferisce a qualsiasi malattia che colpisce vasi sanguigni, mentre la formulazione *"acuta"* qualificherebbe l'evento che si manifesta in modo improvviso, rientrando quindi l'ischemia cerebrale transitoria nella copertura.

L'impresa resistente contesta le argomentazioni della ricorrente, rilevando come la stessa non abbia prodotto alcuna documentazione medica a fondamento della propria pretesa, mentre l'assenza di una *"Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare"* di cui alla lett. g) Allegato 3 risulterebbe dal parere medico legale prodotto (in cui si dà atto, fra l'altro, che l'esame strumentale RNM non ha evidenziato segni di emorragie, a dimostrazione di un attacco ischemico soltanto transitorio).

Ciò premesso il Collegio osserva che, secondo quanto esposto dall'assicurata nei motivi di ricorso, con riferimento alla cartella clinica e alla documentazione allegata alla denuncia di sinistro del 29 aprile 2025, ma non prodotta in questa sede, la causa del ricovero in data 12 marzo 2025 sarebbe stata attribuita ad *"attacco (...) ischemico transitorio"* (la dicitura



“marino” risulta palesemente fuori contesto). Dalle controdeduzioni dell’impresa resistente risulta che il ricovero si è protratto dal 12 al 18 marzo 2025.

E’ agli atti, prodotto dall’impresa, un parere medico-legale del dott. S*** L***, in data 28 febbraio 2026, da cui si desume, fra l’altro, il seguente “*decorso clinico*” della paziente assicurata: “*in data 11/03/2025 accesso presso il PS del PO di F*** per stato confusionale (...) praticata TC negativa per lesioni ischemico emorragiche disposto trasferimento (...) con diagnosi ‘ischemia cerebrale transitoria con disorientamento’ In visione cartella clinica relativa a ricovero (...) fino al 18/03/2025 (...) con diagnosi di dimissione ‘Amnesia globale transitoria’ in soggetto ipertes(o) e diabetico, praticata rm encefalo negativa e eeg anch’esso negativo*”.

Quanto “*alla diagnosi medico legale*” il dott. S*** L*** attesta quanto segue: “*Trattasi di amnesia globale transitoria, NON rientrante nei gravi eventi morbosi da allegato 3 non trattasi in particolare di vasculopatia acuta a caratter(e) ischemico emorragico essendo stata esclusa da esami TC e RM compromissione ischemica od emorragica del tessuto cerebrale e constatata assenza di vasculopatie o difetti di circolo*”.

Per quanto concerne le clausole contrattuali della polizza rilevanti ai fini della decisione, il Collegio richiama quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione (piano base), nella sez. II, cap. 1, § A) “*Prestazioni Ospedaliere*”, art. 1.1 “*Ricovero in Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio per Grande Intervento Chirurgico (allegato 2) e senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso (allegato 3)*”. Per l’ipotesi di ricovero effettuato presso il SSN, le condizioni di assicurazione prevedono la liquidazione di un’indennità sostitutiva di “*120,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a massimo 90 giorni per annualità assicurativa*”.

Nel caso di specie, incontestata fra le parti l’assenza di un intervento chirurgico sulla paziente, la copertura oggetto di controversia concerne l’allegato 3 della polizza, rubricato “*Gravi eventi morbosi*”, che prevede l’indennizzo dei ricoveri senza intervento chirurgico per le sole patologie ivi dettagliatamente elencate. Segnatamente, nell’elenco delle patologie indicate tra i gravi eventi morbosi rilevanti ai sensi dell’allegato 3, è ricompresa la “*vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare*”, nella quale sarebbe inclusa – secondo la tesi della ricorrente – la malattia per la quale la stessa è stata ricoverata.

Nonostante la carenza documentale di cui agli atti del presente procedimento, il Collegio ritiene di poter trarre indicazioni utili per la qualificazione del sinistro dalla perizia prodotta dall’impresa resistente, nella parte in cui descrive il decorso clinico della paziente e riferisce dati – sostanzialmente non contestati dalla ricorrente – estratti dalla cartella clinica.

Dalla diagnosi di ingresso in ospedale risulta “*ischemia cerebrale transitoria con disorientamento*”. La TAC a cui è stata sottoposta la paziente ha dato esito negativo per lesioni ischemico emorragiche. La risonanza magnetica dell’encefalo e l’elettroencefalogramma sono risultati anch’essi negativi. La diagnosi di dimissione è stata “*Amnesia globale transitoria*”.



Si tratta di dati clinici che – compatibilmente con i poteri istruttori di cui può avvalersi questo Arbitro (al riguardo è d'uopo richiamare l'art. 3, comma 3, Decreto, ai sensi del quale “*le controversie sono esclusivamente documentali*” e l'Arbitro “*non può disporre l'espletamento di perizie tecniche né l'assunzione di testimonianze o dichiarazioni oral*”) – inducono il Collegio ad escludere che nel caso di specie si sia verificata la patologia con postumi permanenti (“*vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare*”) rientrante nella copertura invocata dalla ricorrente.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA