



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto da IVASS
NICOLA SOLDATI	Membro scelto da IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 11/06/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 19 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 17 novembre 2025), il ricorrente affermava che, in relazione a una richiesta di rimborso per un esame endoscopico con prelievo di polipo intestinale, l'impresa avesse erroneamente applicato una franchigia, con conseguente liquidazione inferiore rispetto a quanto dovuto. Deduceva infatti che la prestazione sanitaria avrebbe dovuto essere trattata secondo il regime previsto per le prestazioni specialistiche, caratterizzato da uno scoperto percentuale, essendo invece la franchigia fissa riservata agli interventi chirurgici.

Evidenziava che, per una prestazione analoga effettuata in precedenza, era stato applicato un diverso e più favorevole criterio di rimborso, circostanza che avrebbe reso ingiustificato il diverso trattamento adottato nella liquidazione oggetto di contestazione. Rappresentava inoltre di aver attivato la procedura di contestazione attraverso il sistema organizzativo previsto per la gestione delle richieste degli assicurati, mediante l'invio della



documentazione e delle proprie osservazioni, senza ottenere un esito conforme alle aspettative.

Concludeva chiedendo:

- 1) di dichiarare l'applicabilità al caso di specie dell'art. 5 del Disciplinare di assicurazione;
- 2) di accertare la violazione dei principi di correttezza contrattuale;
- 3) di disporre il ricalcolo del rimborso, con applicazione dello scoperto, anziché della franchigia.

Regolarmente costituitasi, l'impresa eccepiva in via preliminare l'inammissibilità del ricorso per mancata previa proposizione del reclamo secondo le modalità previste e che eventuali comunicazioni intercorse con soggetti diversi non potessero essere equiparate a un reclamo. Descriveva, infatti, la struttura del rapporto contrattuale evidenziando come la copertura sanitaria si inserisse in un sistema nel quale la cassa sanitaria avesse il ruolo di contraente della polizza, mentre l'impresa assicurativa quello di soggetto chiamato a prestare la garanzia assicurativa. Ciò posto, precisava che la gestione delle richieste e delle comunicazioni degli assicurati dovesse avvenire attraverso la struttura organizzativa predisposta dalla cassa e che il reclamo avrebbe dunque dovuto essere formalmente indirizzato all'impresa secondo le modalità contrattualmente previste.

Eccepiva inoltre l'inammissibilità del ricorso per errata individuazione della controparte, evidenziando che la gestione operativa delle pratiche sanitarie sarebbe affidata a un diverso soggetto, non correttamente evocato nel ricorso. Deduceva altresì l'inammissibilità per carenza degli elementi essenziali del ricorso, ritenuti insufficienti ai fini di una corretta istruzione della controversia.

Nel merito, affermava che la prestazione sanitaria eseguita non potesse qualificarsi come mera attività diagnostica, ma come attività di natura chirurgica, in quanto comprensiva della rimozione del polipo. In ragione di tale qualificazione, riteneva corretta l'applicazione della disciplina contrattuale prevista per tali prestazioni, con conseguente applicazione della franchigia fissa.

Evidenziava che la qualificazione della prestazione dovesse avvenire sulla base dell'attività concretamente svolta e documentata, e non sulla base della denominazione generica dell'esame, e che la rimozione del polipo integrasse un'attività interventistica idonea a giustificare il trattamento liquidativo applicato.

L'impresa concludeva chiedendo:

- 1) in via pregiudiziale, dichiararsi l'inammissibilità del ricorso per violazione delle prescrizioni di cui all'articolo 9, lett. a), g) e h) del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto");
- 2) nel merito, accertare e dichiarare la corretta applicazione dell'art. 4 dell'Allegato alle Condizioni di assicurazione nonché il rigetto del ricorso e l'accertamento dell'inesistenza di ragioni di debito verso il ricorrente.



In sede di repliche, il ricorrente contestava l'eccezione di inammissibilità relativa alla mancata presentazione del reclamo, affermando che il reclamo fosse stato effettivamente presentato attraverso il sistema organizzativo previsto per la gestione delle richieste degli assicurati e che l'impresa ne avesse avuto conoscenza, avendo fornito risposta nel merito della contestazione.

Nel merito, affermava che la prestazione sanitaria dovesse essere qualificata come esame endoscopico rientrante tra le prestazioni specialistiche, anche in presenza di attività accessorie quali micro-prelievi o micro-asportazioni, che non ne altererebbero la natura diagnostica. Evidenziava che la fatturazione fosse unitaria e non consentisse di distinguere una componente chirurgica autonoma e che la classificazione operata dall'impresa non fosse coerente con la struttura del disciplinare e con la prassi clinica.

Evidenziava inoltre che, per prestazioni analoghe effettuate in precedenza, fosse stato applicato il regime previsto per le prestazioni specialistiche, con conseguente applicazione di uno scoperto percentuale, e che il mutamento di criterio avrebbe determinato una disparità di trattamento. Chiedeva, conclusivamente, di rigettare tutte le eccezioni sollevate dall'impresa.

In sede di controrepliche, l'impresa ribadiva l'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso per mancata presentazione di un reclamo formale, affermando che lo stesso avrebbe dovuto essere indirizzato direttamente alla compagnia secondo le modalità previste e che comunicazioni intercorse tramite soggetti diversi non potessero qualificarsi come reclamo.

Ribadiva altresì l'inammissibilità del ricorso per errata individuazione della controparte e per carenza degli elementi essenziali del ricorso, insistendo sulla non corretta instaurazione del contraddittorio e sull'insufficienza degli elementi forniti.

Nel merito, affermava che la prestazione eseguita dovesse essere qualificata come attività di natura chirurgica, costituendo la rimozione del polipo un intervento che trascende la mera finalità diagnostica. Ribadiva quindi la correttezza dell'applicazione della disciplina contrattuale prevista per tali prestazioni, con conseguente applicazione della franchigia fissa.

Evidenziava infine che precedenti liquidazioni non potessero assumere valore vincolante ai fini interpretativi, non potendo, eventuali difformità pregresse, modificare il contenuto del contratto né costituire parametro per la liquidazione di sinistri successivi.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio verte sulla pretesa del ricorrente, volta ad ottenere un indennizzo per spese mediche, con applicazione però dello scoperto percentuale previsto per le attività di tipo diagnostico, anziché della franchigia fissa, viceversa applicata dall'impresa e prevista dalla polizza per gli interventi chirurgici.

Rilievo preliminare presenta tuttavia l'eccepita mancanza di previo reclamo, sollevata dall'impresa.



L'eccezione non merita di essere accolta.

Dedotta la struttura complessa del rapporto contrattuale per cui è causa – in cui la Cassa sanitaria assume il ruolo di contraente della polizza, mentre l'impresa assicurativa opera quale soggetto che presta la garanzia assicurativa – l'impresa ha eccepito che non ad essa avrebbe il ricorrente indirizzato il proprio reclamo, bensì appunto alla Cassa, nonostante il chiaro tenore del Manuale Operativo per l'accesso alle prestazioni sanitarie, limitatamente la procedura di presentazione dei reclami (art. 17 Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito "CGA").

Senonché, rileva il Collegio come, pur assodato che il ricorrente non abbia inviato il proprio reclamo all'impresa convenuta, è altresì acclarato che tra quest'ultima e la Cassa sanitaria (effettiva destinataria delle doglianze scritte del ricorrente) vi sia comunque stata interlocuzione circostanziata dai termini del reclamo; ed ancora, che la Cassa sia stata coinvolta dal ricorrente siccome intermediario necessario (Interfaccia unica e necessaria tra assicurato e impresa), giusta la documentazione disponibile sul relativo portale online e le indicazioni ivi contenute.

Ciò consente di dire che l'impresa sia comunque stata in grado di conoscere il reclamo ed i suoi termini - poi riversati nel ricorso introduttivo del procedimento – e di opportunamente interloquire in merito ad esso, se del caso adottando le condotte reputate più idonee a tacitare le doglianze del ricorrente.

Con distinta eccezione, sollevata in sede di controdeduzioni, l'impresa ha poi eccepito l'inammissibilità del ricorso ex art. 9, comma 1, lett. g) del Decreto, per inesatta individuazione dell'impresa di assicurazione. In particolare, la parte convenuta ha eccepito come, in sede di compilazione del modulo di ricorso, il ricorrente abbia sì indicato essa impresa come controparte ma, nella sezione dedicata all'oggetto della controversia e alle richieste all'Arbitro, evocato poi altro soggetto, non avente qualifica di impresa di assicurazione, ma operante quale *Third Party Administrator* (T.P.A.), svolgendo attività di gestione amministrativa dei sinistri in nome e per conto dell'impresa stessa.

L'eccezione non pare meritevole di accoglimento.

Ed invero, come dallo stesso ricorrente affermato in sede di repliche, la presentazione della domanda nei confronti del soggetto incaricato della gestione del sinistro è da imputare alla circostanza che quest'ultimo abbia istruito il sinistro, firmato tutte le richieste documentali e proceduto alla comunicazione di liquidazione. Ciò nondimeno nulla toglie alla inequivoca individuazione dell'impresa odierna convenuta, quale soggetto destinatario delle doglianze del ricorrente, siccome legittimato passivamente.

Costituisce del resto indirizzo consolidato della giurisprudenza di legittimità quello secondo cui la legittimazione passiva si radica nella circostanza che il diritto vantato dall'attore vada esercitato, in conformità al titolo da cui scaturisce, nei confronti del soggetto effettivamente convenuto in giudizio (cfr. in termini analoghi Cass. civ., sez. I, 5 giugno 2025, n. 15088). Ebbene, nel caso di specie, alla stregua della citata sua struttura trilaterale, il rapporto assicurativo per cui è causa, quantunque concluso (con l'impresa) dallo stipulante-Cassa sanitaria, vede in ogni caso l'odierno ricorrente quale assicurato-beneficiario e pertanto



quale soggetto legittimato a pretendere dall'impresa e da essa soltanto le prestazioni assicurative contrattualmente dovute.

D'altra parte, circa l'asserita non univoca indicazione del soggetto nei cui confronti la pretesa azionata è rivolta, giova ancora riportarsi all'orientamento della Corte di cassazione, secondo cui "l'errore sulle generalità del convenuto o dell'appellato, contenuto nella citazione nel giudizio di primo o secondo grado e nelle rispettive relate di notificazione della medesima, non comporta la nullità di nessuno dei due atti, qualora sia possibile identificare con certezza il reale destinatario sulla scorta degli elementi contenuti nella citazione o nella relata" (Cass. civ., sez. III, ord. 10 luglio 2023, n. 19473).

Ulteriore eccezione di inammissibilità del ricorso, sollevata dalla impresa resistente, si appunta infine ancora sull'art. 9, comma 1, lett. h) del Decreto, in considerazione della asserita genericità delle contestazioni di cui al ricorso medesimo, facendo in esso difetto – a giudizio dell'impresa - una compiuta esposizione dei fatti costitutivi della domanda, delle ragioni giuridiche poste a suo fondamento e delle relative richieste.

Neppure tale eccezione appare meritevole di essere accolta.

Detto, infatti, che il ricorrente è comunque tenuto a formulare una domanda articolata nel *petitum* (il provvedimento o il bene della vita richiesto) e nella *causa petendi* (la situazione giuridica giustificatrice della domanda), nonché a produrre la documentazione asseverativa di quest'ultima, va in questa sede ribadito, come già affermato dall'Arbitro Bancario Finanziario, che la valutazione sulla indeterminatezza o meno della domanda debba essere condotta tenendo conto del contenuto complessivo del ricorso e dei documenti ad esso allegati (cfr. *ex multis* Collegio ABF di Bari, decisione 12 settembre 2023, n. 8944, che fa applicazione di Cass. civ., sez. II, 29 gennaio 2015, n. 1681).

Ebbene, alla stregua dei fatti esposti dal ricorrente vuoi già in seno al reclamo, vuoi poi al ricorso stesso, che a quell'atto prodromico del resto si riannoda, il Collegio rileva la chiara individuabilità di *petitum* e *causa petendi*, così da fare apparire destituita di fondamento la sollevata eccezione dell'impresa.

Venendo al merito del ricorso, la controversia si appunta, come detto, sulla applicabilità, o meno, all'intervento di endoscopia con polipectomia, cui si è sottoposto l'assicurato, di un indennizzo con scoperto percentuale, come proprio degli interventi diagnostici, ovvero con franchigia fissa, come previsto per gli interventi chirurgici.

In particolare, il ricorrente contesta la qualificazione della prestazione come intervento ambulatoriale (art. 4 del Disciplinare), nonché la conseguente applicazione della franchigia ritenendo, invece, che la stessa rientri tra le prestazioni di alta specializzazione (art. 5 del Disciplinare), con applicazione dello scoperto. In sede di repliche, ancora il ricorrente evidenzia la natura composita delle prestazioni endoscopiche includenti un esame endoscopico (parte principale) ed eventuali micro-prelievi o asportazioni polipoidi (parte accessoria), cui segue fatturazione unitaria e indivisibile.

In senso contrario, l'impresa, in sede di controdeduzioni, afferma come, pur rientrando "l'endoscopia anche con il prelievo biotico" tra le prestazioni sanitarie di alta specializzazione, elencate all'interno dell'art. 5, la stessa vada riferita a una procedura



diagnostica che, tramite endoscopio, permette di visualizzare l'interno del tratto digerente e prelevare piccoli frammenti di tessuto (biopsia). La prestazione oggetto della richiesta di rimborso, invece, andrebbe qualificata come intervento chirurgico rientrante nell'ambito applicativo dell'art. 4, in quanto consistente in un'endoscopia con rimozione e asportazione di polipo (polipectomia) e, quindi, in un intervento chirurgico e non in un mero esame diagnostico.

Alla stregua delle prospettazioni delle parti si fa evidente l'appuntarsi della controversia tra di esse insorta intorno ai termini delle "Norme relative all'assicurazione rimborso spese mediche" – Allegato delle condizioni di assicurazione e, in particolare, dell'art. 4, rubricato "Prestazioni", e dell'art. 5, rubricato "Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali", con l'elenco delle prestazioni di alta specializzazione e terapie. Si tratta, in pratica, di una tipica questione interpretativa, tale essendo quella consistente nello "Stabilire se un dato evento sia o non sia compreso tra quelli previsti da una polizza assicurativa (...)" (cfr. Cass. civ., sez. III, 4 settembre 2023, n. 25768).

Ciò posto, il Collegio ritiene che debbano qui trovare piena applicazione i criteri codicistici di interpretazione contrattuale, a partire da quello che valorizza il senso letterale delle parole e delle espressioni adoperate, nonché, in caso di persistente incertezza, altresì i canoni integrativi previsti dall'art. 1366 e ss., cod. civ. (Cass. civ., sez. II, 12 novembre 2024, n. 29161). Inoltre, giova riportarsi al pacifico indirizzo della giurisprudenza di legittimità secondo cui, "nell'interpretazione del contratto di assicurazione, (...) il giudice non può attribuire a clausole polisenso uno specifico significato, pur teoricamente non incompatibile con la loro lettera, senza prima ricorrere all'ausilio di tutti gli altri criteri dell'ermeneutica previsti dagli artt. 1362 e ss. c.c., e, in particolare, a quello dell'interpretazione contro il predisponente, di cui all'art. 1370 c.c." (Cass. civ., sez. III, 23 settembre 2021, n. 25849), in ciò concretandosi il rispetto del "(...) "principio del "gradualismo", secondo il quale deve farsi ricorso ai criteri interpretativi sussidiari, come appunto quello dell'*interpretatio contra proferentem* solo quando risulti non appagante il ricorso ai criteri di cui agli artt. 1362-1365 c.c." (Cass. civ., III sez., 4 settembre 2023, n. 25768).

Ebbene, nel caso di specie non appare dubbio il tenore dell'art 5 delle CGA, allorché tra prestazioni ambulatoriali include, sotto la voce "Prestazioni di alta specializzazione e terapie", anche "l'endoscopia con prelievo bioptico", in tale ultima ipotesi essendo ad ogni evidenza da ricondurre la prestazione cui il ricorrente è stato sottoposto. Reputare d'altra parte, come fa l'impresa, che altro sia l'endoscopia con prelievo bioptico, altra cosa invece l'endoscopia con rimozione e asportazione di polipo (polipectomia) vale quanto ignorare finalità e modalità di effettuazione dell'endoscopia che è appunto esame finalizzato espressamente non soltanto alla esplorazione di organi o cavità ma altresì, nella medesima unità di tempo, ad effettuare la rimozione di frammenti di tessuto o piccole formazioni, come i polipi, meritevoli di approfondimento istologico. Contrariamente opinando si addiuvine ad una *interpretatio abrogans* della citata clausola di cui all'art 5 o, peggio, ad un indebito, surrettizio "travaso" di prestazioni – quali appunto quella in esame – associate ad un indennizzo economicamente più favorevole per l'assicurato (scoperto in misura variabile), all'interno del perimetro (quello di cui all'art 4 delle CGA) degli eventi soggetti a indennizzo a condizioni deteriori (franchigia fissa) per il medesimo soggetto.



Ad avvalorare ulteriormente tali considerazioni giova d'altra parte considerare come, alla stregua della documentazione prodotta dal ricorrente, vi sia evidenza di una prestazione sostanzialmente identica a quella per cui è causa, in relazione alla quale l'impresa avrebbe in passato proceduto alla qualificazione della stessa come prestazione di alta specializzazione, con conseguente applicazione dello scoperto.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie il ricorso e dispone che l'impresa provveda al ricalcolo dell'indennizzo dovuto applicando lo scoperto contrattuale secondo i termini di polizza, oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

Il Collegio dispone inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l'impresa corrisponda a IVASS la somma di euro 200,00, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente la somma di euro 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

Per la Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA