



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA

Presidente

ENRICO CAMILLERI

Membro scelto dall'IVASS

GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS

Membro scelto dall'IVASS

ROSARIA LIMONCIELLO

Componente designata dalle imprese di
assicurazione

FRANCESCO ZAMPINO

Componente designato dai clienti
consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 02/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 4 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 17 gennaio 2026), la ricorrente riferiva di essere affetta da metatarsalgia e alluce valgo al piede sinistro e di avere richiesto all'impresa l'autorizzazione, in regime di assistenza diretta, ad un intervento chirurgico in *day hospital*. Aggiungeva che l'impresa avrebbe negato l'autorizzazione richiesta, ritenendo la condizione riconducibile ad un difetto fisico escluso dalla copertura assicurativa, ai sensi delle condizioni di polizza. La ricorrente contestava



tale valutazione e richiamava la definizione di “Difetto fisico/Malformazione” contenuta nel Glossario contrattuale, sostenendo che la propria condizione non sarebbe stata riconducibile alla fattispecie esclusa dalla garanzia, in quanto la definizione contrattuale avrebbe fatto riferimento a “condizioni morbose traumatiche acquisite o congenite” e che, nel caso di specie, la patologia non avrebbe avuto origine traumatica, come attestato dalla documentazione sanitaria prodotta.

La ricorrente riferiva altresì di avere presentato reclamo all’impresa in data 17 gennaio 2026, contestando il diniego opposto (il 28 gennaio 2026) alla richiesta di assistenza diretta e argomentato che le cure e gli interventi finalizzati ad eliminare o correggere malformazioni o difetti fisici, nonché le relative conseguenze, sarebbero risultati esclusi dalla copertura assicurativa.

La ricorrente rappresentava inoltre di aver manifestato la propria disponibilità a sottoporsi ad una visita medica disposta dall’impresa, senza tuttavia ricevere alcun riscontro.

Riferiva infine di avere richiesto chiarimenti alla struttura sanitaria presso la quale l’intervento era stato eseguito, circa l’operatività della copertura assicurativa per prestazioni analoghe e che la stessa avrebbe dichiarato di non essere a conoscenza di dinieghi opposti dall’impresa in casi simili.

Con il ricorso, la ricorrente chiedeva “il rimborso di 8.000,00€ per le spese sostenute/da sostenere”, anticipando che “le spese potrebbero essere anche più elevate se nel corso della convalescenza (intervento effettuato il 20/01/2026) dovessero essere necessarie cure (la Polizza copre tutte le necessità nei successivi 120 giorni)”.

Regolarmente costituitasi, l’impresa, in via preliminare, eccepiva l’inammissibilità del ricorso ai sensi dell’art. 3, comma 3 e art. 11, comma 8, del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito “Decreto”), stante la ritenuta necessità di accertamenti tecnici. Nel merito, precisava che la ricorrente sarebbe risultata assicurata con polizza malattia a favore di terzi, alla quale il coniuge avrebbe aderito in data 1° maggio 2025, estendendo la copertura anche a sé.

Ciò premesso, la resistente in primo luogo sosteneva che la prestazione richiesta non sarebbe stata indennizzabile, in quanto riferita a una condizione preesistente alla sottoscrizione della polizza. A tal fine, deduceva che l’intervento chirurgico cui sarebbe stata sottoposta la ricorrente avrebbe presupposto una situazione patologica già esistente in epoca anteriore alla decorrenza della copertura assicurativa.

La resistente richiamava, inoltre, le clausole contrattuali che escludevano dalla copertura le malattie, gli stati patologici e i difetti fisici che avessero dato origine a cure, accertamenti o diagnosi prima della decorrenza della polizza, nonché le cure e gli interventi finalizzati alla correzione di malformazioni o difetti fisici.

Sulla base di tali previsioni contrattuali, l’impresa riteneva che l’intervento di correzione dell’alluce valgo, oggetto della richiesta di rimborso, dovesse rientrare tra le ipotesi escluse dalla copertura assicurativa.

L’impresa concludeva chiedendo all’Arbitro:



“- di voler dichiarare inammissibile il ricorso ai sensi dell’artt. 3, p.to 3 e/o art. 11, p.to 8 del D.M. 215/2024, in quanto richiede un accertamento tecnico;

- di rigettare il ricorso in quanto l’intervento chirurgico è stato eseguito per la correzione di un difetto fisico, condizione preesistente alla stipula contratto e in ogni caso fattispecie non prevista dal piano sanitario”.

Con le repliche, la ricorrente contestava l’eccezione di inammissibilità sollevata dall’impresa, rilevando che la controversia fosse di natura interpretativa ed evidenziando come, in ogni caso, fosse ormai tardivo qualsivoglia accertamento tecnico posto che, in data 20 gennaio 2026, ella si sarebbe sottoposta all’intervento chirurgico, con eliminazione della patologia.

Con riferimento alla dedotta preesistenza della patologia, la ricorrente rappresentava che la prima diagnosi sarebbe stata formulata il 30 ottobre 2025, a seguito di accertamenti eseguiti su indicazione del medico curante, e richiamava la documentazione sanitaria versata agli atti. La stessa evidenziava, inoltre, che l’impresa non avrebbe prodotto documentazione attestante l’esistenza di diagnosi, cure o accertamenti anteriori alla decorrenza di polizza.

La ricorrente deduceva altresì di aver proposto all’impresa l’effettuazione di una visita specialistica, mai disposta e che la questione della preesistenza della patologia non sarebbe stata prospettata né nel provvedimento di diniego della prestazione né in sede di riscontro al reclamo.

Quanto alla natura della condizione oggetto dell’intervento, la ricorrente contestava la riconducibilità della stessa alla nozione contrattuale di difetto fisico, richiamando a sostegno la documentazione medica prodotta.

La ricorrente evidenziava, inoltre, come l’intervento fosse stato eseguito presso una struttura o da un professionista convenzionato con l’impresa nell’ambito della copertura assicurativa. Infine, specificava che, in ragione del decorso post-operatorio e della fisioterapia svolta successivamente all’intervento, avrebbe sostenuto ulteriori spese per euro 2.000, rideterminando conseguentemente l’importo complessivamente richiesto a titolo di rimborso in euro 10.000.

In sede di repliche, la ricorrente, precisato che a seguito del decorso post-operatorio e delle necessarie cure riabilitative, la richiesta di rimborso dovesse essere integrata includendo le spese fisioterapiche prescritte dallo specialista e pari a € 2.000,00”, rideterminava la somma “complessiva richiesta a titolo di rimborso” in euro 10.000,00.

Chiedeva riassuntivamente all’Arbitro di:

a. rigettare tutte le eccezioni e le richieste formulate dall’Assicurazione in quanto infondate in fatto e in diritto;

b. accogliere integralmente il ricorso, dichiarando l’operatività della polizza per l’intervento e le cure eseguite, non trattandosi né di patologia preesistente né di difetto fisico.

Nelle controrepliche, l’impresa ribadiva l’eccezione di inammissibilità del ricorso ai sensi dell’art. 11, comma 8, del Decreto, non superata - a suo giudizio - dall’intervento del 20 gennaio 2026, rispetto al quale la ricorrente non avrebbe prodotto documentazione. Nel merito, sottolineava che, dall’esame della documentazione prodotta, la ricorrente sarebbe



risultata affetta dal difetto fisico in tempo antecedente alla sottoscrizione della polizza, considerato che trattamento chirurgico praticato risulta in genere riservato ai casi di deviazione severa dell'asse del dito, soprattutto in caso di fallimento dei trattamenti conservativi.

Inoltre, secondo l'impresa, il piano sanitario stipulato avrebbe escluso dalla garanzia le cure e gli interventi per correggere le malformazioni e/o i difetti fisici.

Quanto al convenzionamento del medico, l'impresa evidenziava che nell'area riservata degli assicurati sarebbero presenti tutte le strutture e i medici convenzionati, a prescindere dalla polizza e che solo in fase di presa in carico della richiesta di assistenza diretta, il tipo di intervento selezionato dall'assicurato verrebbe valutato dalla Centrale Operativa alla luce delle condizioni contrattuali previste dal piano sanitario in essere.

Nel caso di specie, quindi, l'intervento non sarebbe stato autorizzato perché non oggetto di copertura e comunque, relativo ad una condizione preesistente rispetto alla sottoscrizione, come emerso da nuova istruttoria eseguita in ragione dell'odierno ricorso.

In tema di *quantum*, l'impresa evidenziava che la ricorrente non avrebbe provato documentalmente le spese sostenute, né sarebbe stata allegata la cartella clinica relativa all'intervento.

DIRITTO

La questione sottoposta alla cognizione del Collegio concerne la pretesa della ricorrente volta ad ottenere il riconoscimento dell'indennizzo, previsto da polizza malattia, per la sottoposizione ad intervento di correzione percutanea di metatarsalgia e alluce valgo al piede sinistro.

Rilievo pregiudiziale presenta tuttavia l'eccezione, sollevata dall'impresa, di inammissibilità del ricorso ex art. 11, comma 8, del Decreto, assumendo che la controversia non sarebbe esclusivamente documentale e necessiterebbe, per la sua soluzione, l'espletamento di perizie tecniche.

L'eccezione non risulta meritevole di accoglimento.

Va innanzitutto ribadito che nel procedimento dinanzi a questo Arbitro operano i medesimi principi generali che reggono il processo civile, ivi incluso quello che vuole il giudice quale *peritus peritorum*; nessun automatismo si dà dunque tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e necessità di nomina – qui preclusa - di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo infatti il Collegio valutare congruo il compendio documentale a propria disposizione, per addivenire ad una decisione della controversia resa secondo diritto (cfr. Collegio di Coordinamento ABF, n. 10929/2016) e nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto, a tenore del quale "le controversie sono esclusivamente documentali".



Inoltre, nella vicenda di specie, il conflitto tra le parti si incentra sulla riconducibilità o meno, della condizione fisica lamentata dalla ricorrente e corretta poi chirurgicamente, tra le ipotesi di esclusione dal raggio di copertura della garanzia di polizza. Come però chiarito dalla giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione, “stabilire se un dato evento sia o non sia compreso tra quelli previsti da una polizza assicurativa è questione unicamente d'interpretazione del contratto, non d'altro” (cfr. Cass. civ., sez. III, 4 settembre 2023, n. 25768).

Volgendo al merito del ricorso, la questione centrale attiene alla riconducibilità della condizione fisica accusata dalla ricorrente, di metatarsalgia e alluce valgo al piede sinistro, tra le patologie oggetto della copertura di polizza, anziché tra i difetti fisici che la stessa esclude, così come invece opinato dall'impresa.

Ed invero, parte ricorrente fa valere la tesi secondo cui le condizioni di polizza indicherebbero che un difetto fisico è una deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi, per condizioni morbose traumatiche acquisite o congenite e che, nella specie, la patologia non risponderebbe a queste caratteristiche. A tale scopo produce documentazione medica del 23 dicembre 2025, che certifica la presenza di una condizione patologica definita come “metatarsalgia piede sinistro”, escludendone la natura di “difetto fisico congenito” ma ritenendola viceversa acquisita “da alterazione dell'appoggio plantare con evoluzione clinica progressiva”. Ancora, dal medesimo certificato del dicembre 2025 si evince poi il riferimento ad un primo accertamento diagnostico della segnalata condizione, che risalirebbe al 30 ottobre 2025.

Sempre parte ricorrente versa inoltre in atti un parere medico-legale, datato 3 febbraio 2026, attestante la genesi non traumatica della patologia, donde la sua piana riconducibilità alle previsioni contrattuali; ed ancora, deduce la sussistenza di una convenzione tra l'impresa e il medico chirurgo a cui essa ricorrente si è rivolta, riguardante proprio il tipo di intervento per il quale viene richiesto l'indennizzo.

Per contro, l'impresa, sin già dalle interlocuzioni avute con l'odierna ricorrente e risalenti ad epoca antecedente alla instaurazione del procedimento dinanzi a questo Arbitro, ha rigettato la richiesta di controparte, di attivare la polizza assicurativa in assistenza diretta, per l'esecuzione di un intervento di “correzione patologica metatarsalgia + alluce valgo piede sinistro”, reputandolo volto a correggere un'anomalia morfologica permanente, ossia un difetto fisico che, al pari delle sue conseguenze, non sarebbe indennizzabile ai sensi del combinato disposto degli artt. 25 delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito, “C.G.A.”) - che esclude “malattie (anche croniche e recidivanti), difetti fisici/malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della polizza” – nonché dell'art. 26, punto 13, delle C.G.A., che esclude dalla copertura “cure e interventi per eliminare o correggere malformazioni/difetti fisici o le loro conseguenze (...)”. Quanto poi alla dedotta sussistenza di una convenzione con il chirurgo cui si è rivolta la ricorrente, avente ad oggetto il genere di intervento del quale quest'ultima chiede l'indennizzo, l'impresa evidenzia come l'inserimento di strutture e professionisti nell'area riservata degli assicurati non implichi, di per sé, la copertura delle relative prestazioni, posto che la verifica dell'operatività della garanzia deve essere effettuata dalla



Centrale Operativa al momento della richiesta di assistenza diretta, sulla base delle C.G.A. di volta in volta applicabili.

Tanto premesso, il Collegio rileva come la soluzione della controversia, ancor più che involgere l'interpretazione da dare alle clausole contrattuali (segnatamente le definizioni contenute nel glossario nonché l'art. 26, punto 13, C.G.A.), si delinei con chiarezza per poco che si abbia riguardo alla distribuzione degli oneri probatori tra le parti.

Come infatti unanimemente affermato dalla giurisprudenza di legittimità, “nel giudizio promosso dall'assicurato nei confronti dell'assicuratore ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo assicurativo è onere dell'attore provare che il rischio verificatosi rientra nei «rischi inclusi» e, cioè, nella categoria generale dei rischi oggetto di copertura assicurativa; tuttavia, qualora il contratto contenga clausole di delimitazione del rischio indennizzabile (soggettive, oggettive, causali, spaziali, temporali), spetta all'assicuratore dimostrare il fatto impeditivo della pretesa attorea e, cioè, la sussistenza dei presupposti fattuali per l'applicazione di dette clausole” (Cass. civ., sez. III, 9 agosto 2023, n. 24273).

Ebbene, il compendio probatorio versato in atti dalla ricorrente e segnatamente i certificati medici dai quali si evincono il tipo di patologia accusata e successivamente risolta chirurgicamente, la sua mancata eziologia traumatica o congenita, nonché – seppure indirettamente – il risalire del primo suo riscontro diagnostico alla data del 30 ottobre 2025, consentono di dire assolto, dalla ricorrente medesima, l'onere probatorio incombente su di sé, circa il ricorrere di una patologia rientrante tra quelli oggetto di copertura. Del resto, riportandosi sempre alla giurisprudenza di legittimità, giova rammentare come la prova dei fatti costitutivi, impeditivi o limitativi possa essere desunta dall'intero materiale documentale agli atti, in ossequio al “principio di acquisizione probatoria, secondo il quale le risultanze istruttorie, comunque ottenute (e quale che sia la parte ad iniziativa della quale sono state raggiunte), concorrono, tutte ed indistintamente, alla formazione del libero convincimento del giudice, senza che la relativa provenienza possa condizionare tale convincimento in un senso o nell'altro (cfr. Cass. civ., sez. III, 13 aprile 2023, n. 9863).

Per contro, avendo l'impresa eccepito l'estraneità della patologia accusata dalla ricorrente rispetto al perimetro della copertura di polizza e, più precisamente, la sua riconducibilità all'alveo bensì delle clausole di esclusione, ricavabili dal combinato disposto degli artt. 25 e 26, punto 13, C.G.A.; ed ancora, essendo noto come incomba sulla parte eccepente, ai sensi dell'art 2697, comma 2, cod. civ., l'onere di provare le circostanze eccepite - direttamente, allorché di segno positivo, indirettamente, ossia mediante ricorso a presunzione relativa, laddove di segno negativo - deve nella specie considerarsi come nessuno specifico elemento di prova abbia versato in atti l'impresa, a sostegno dei fatti eccepiti. Infatti, il certificato medico prodotto è del 21 novembre 2025, ossia è successivo alla prima diagnosi dell'ottobre del 2025, e per di più è esso stesso attestante una derivazione, della metatarsalgia, da sovraccarico, vale a dire uno scenario esattamente opposto a quello accreditato dalla parte resistente.

La parte resistente si è in altri termini limitata ad invocare le citate disposizioni contrattuali e segnatamente l'art. 25, che esclude “malattie (anche croniche e recidivanti), difetti fisici/malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima



della data di decorrenza della polizza”, nonché l’art. 26, punto 13, delle C.G.A., che esclude appunto dalla copertura “cure e interventi per eliminare o correggere malformazioni/difetti fisici o le loro conseguenze. A fronte tuttavia di una produzione di parte ricorrente dalla quale si desumono elementi utili ad asseverare il carattere sopraggiunto e non anche preesistente della patologia, rispetto alla decorrenza della polizza (così il certificato del 23 dicembre 2025, che si riporta ad una prima diagnosi risalente all’ottobre 2025), oltre che la derivazione posturale della stessa patologia e non anche la sua genesi da evento traumatico o malformazione congenita (cfr. ancora il certificato del 23 dicembre 2025, nonché il parere medico legale del 3 febbraio 2026), nulla di specifico ha addotto l’impresa in senso contrario alle evidenze fornite da controparte, semmai contribuendo anzi alla loro indiretta asseverazione (vedi certificato del 21 novembre 2025).

A questa stregua, il Collegio non può che rilevare, in pari tempo, la sussistenza di idonei elementi probatori a sostegno della inerenza della patologia accusata dalla ricorrente a quelle oggetto di copertura, e la totale carenza di elementi a supporto di fatti e circostanze eccepiti dall’impresa. Essendo ben possibile che la patologia di alluce valgo abbia origine tanto genetica, quanto traumatica ovvero posturale, mentre la ricorrente ha dedotto adeguatamente a sostegno di quest’ultima opzione eziologica, nulla ha specificamente prodotto l’impresa a supporto della prima o seconda possibile patogenesi, né tantomeno a sostegno della tesi di preesistenza della malformazione rispetto al decorrere della polizza.

Se ciò depone dunque senz’altro nel senso della astratta spettanza alla ricorrente dell’indennizzo, dovuto secondo polizza, per l’effettuazione di intervento chirurgico volto alla correzione/risoluzione della insorta patologia, resta nondimeno dirimente la circostanza che nessun elemento di prova la stessa ricorrente abbia versato, in merito alle spese chirurgiche sostenute, donde la non accoglibilità della domanda.

Essendo infatti nel nostro ordinamento esclusa la configurabilità di un danno in *re ipsa*, discendente dal mero accertamento della condotta illecita, ai sensi dell’art. 2697 cod civ., grava sulla parte ricorrente l’onere di dimostrare, oltre che l’*an*, altresì il *quantum* della pretesa risarcitoria; onere che, nella specie, parte la ricorrente non risulta avere assolto.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Per la Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA