



IL COLLEGIO

composto da:

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

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 11/06/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 21 gennaio 2026 (e reclamo presentato in data 17 dicembre 2025), il ricorrente lamentava il diniego di copertura di un primo intervento di asportazione di tumore al rene e richiedeva il riconoscimento dell'operatività della copertura assicurativa con riguardo ad un secondo intervento chirurgico. Il ricorrente dichiarava altresì che, sulla medesima controversia, aveva già presentato ricorso all'Arbitro Assicurativo interrotto a seguito di tentativo di conciliazione (diverso dal reclamo) e che lo stesso era fallito.

Nelle controdeduzioni, l'impresa di assicurazioni rappresentava che il ricorrente aveva formulato richiesta di presa in carico di un ricovero per intervento chirurgico per diastasi e



addominoplastica da eseguirsi in regime di assistenza diretta e che, a seguito dell'esame della documentazione ricevuta, l'intervento richiesto era stato valutato come non idoneo ad attivare le garanzie di polizza, non essendo annoverato tra quelli espressamente indicati nell'*"Elenco degli Interventi Chirurgici"*. Successivamente alla comunicazione di diniego, il ricorrente aveva presentato un primo reclamo, in data 12 marzo 2025, al quale facevano seguito plurime ulteriori comunicazioni (alcune indirizzate anche all'Autorità di vigilanza), tutte riscontrate dall'impresa, da ultimo in data 16 gennaio 2026.

Nel merito, l'impresa resistente deduceva l'infondatezza del ricorso, considerati la tassatività dell'*"Elenco Interventi Chirurgici"* e la correttezza della valutazione di non copertura dell'intervento, svolta sulla base della documentazione prodotta dal ricorrente e contestava altresì che i propri operatori telefonici avessero mai dato conferma della copertura dell'evento.

Con le repliche, il ricorrente affermava che il diniego di copertura non era supportato da una relazione tecnica medica, soggiungendo che pertanto non sarebbe stato nemmeno assolto l'onere probatorio circa l'applicabilità delle clausole di esclusione o limitazione della copertura. Il ricorrente sosteneva dunque che l'intervento richiesto rappresentava il necessario completamento terapeutico di una precedente patologia oncologica e che, pertanto, lo stesso si doveva qualificare come intervento ricostruttivo, anziché estetico. Nello specifico, valorizzava il nesso causale della prestazione richiesta con il percorso terapeutico di asportazione di tumore maligno al rene, patologia asseritamente coperta dal piano sanitario. Il ricorrente lamentava altresì una gestione contraddittoria della richiesta nell'interlocuzione con gli operatori della Centrale Operativa dell'impresa, che richiedendo ulteriori dettagli sull'intervento avrebbero ingenerato un ragionevole affidamento sulla concreta possibilità di copertura.

Con le controrepliche l'impresa negava la necessità, secondo le condizioni di polizza, della produzione di una relazione tecnica medica, diversa e ulteriore rispetto alla valutazione già effettuata dai medici della Centrale Operativa e richiamata dall'impresa resistente a supporto del diniego ed evidenziava altresì l'irrilevanza della qualificazione dell'intervento in termini funzionali e ricostruttivi (anziché estetici), stante in ogni caso la non inclusione dello stesso nell'elenco dei Grandi Interventi allegato alla polizza. Per quanto attiene all'asserita lesione del legittimo affidamento, l'impresa richiamava l'iter procedurale previsto contrattualmente e ribadiva la correttezza del proprio operato, avendo sempre reso edotto il ricorrente della mancata copertura in tutte le comunicazioni. Rispetto alla connessione tra l'intervento richiesto e la patologia oncologica pregressa, l'impresa ne evidenziava l'irrilevanza in ragione della tassatività dell'elenco allegato alla polizza, che non coprirebbe singole e specifiche patologie, come afferma il ricorrente, bensì specifiche tipologie di prestazioni, tra le quali rientrano i soli interventi citati nell'Elenco e non *"tutti gli interventi di natura oncologica (primari o "conseguenziali" che siano)"*.

In conclusione, il ricorrente chiedeva di *"approvare e pagare il secondo intervento a carico di (omissis)"*. E nelle repliche chiedeva di *"accogliere integralmente il ricorso, riconoscere la copertura dell'intervento richiesto, dichiarare ingiustificato il diniego opposto dalla Compagnia, condannare la Compagnia al pagamento di quanto dovuto in favore"*



dell'assicurato, nel rispetto dei principi di buona fede contrattuale, correttezza e tutela dell'affidamento".

L'impresa chiedeva, in via principale, di rigettare il ricorso in quanto infondato; e, in via subordinata, chiedeva la condanna al risarcimento della minor somma eventualmente dovuta.

Nel corso della riunione del 21 maggio 2026, con provvedimento comunicato alle parti in data 26 maggio 2026: *"Il Collegio, ritenuto opportuno acquisire elementi utili ai fini della valutazione del ricorso, invita il ricorrente, entro cinque giorni a decorrere dalla ricezione della comunicazione, a produrre la documentazione medica essenziale relativa all'intervento di enucleoresezione renale sinistra. Il Collegio dispone la proroga dei termini del procedimento di trenta giorni. La decisione è stata adottata all'unanimità".*

Il ricorrente, in data 26 maggio 2026, produceva copia della lettera di dimissione relativa al primo intervento chirurgico per neoplasia renale sinistra e detto documento veniva trasmesso in data 27 maggio 2026 all'impresa.

DIRITTO

La controversia presenta profili di natura interpretativa in ordine all'ambito di operatività della copertura assicurativa, con particolare riferimento alla rimborsabilità delle spese sanitarie per un intervento chirurgico di *"addominoplastica per diastasi dei muscoli retti con erniazione addominale/ombelicale aderenze cicatriziali"*, per il quale l'impresa resistente ha negato l'assistenza in forma diretta, in ragione della non inclusione dell'intervento richiesto in quelli nominati nell'*"Elenco Interventi Chirurgici"*. Secondo il ricorrente il suddetto intervento, sebbene non citato nel suddetto Elenco, potrebbe comunque essere ricondotto tra le prestazioni garantite, in quanto funzionale al completamento del percorso terapeutico di asportazione di un tumore maligno al rene (patologia, questa, asseritamente coperta dal piano sanitario), come indicato da un medico specialista in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, il quale, in una prima visita chirurgica generale del 30 luglio 2025, aveva evidenziato *"EO: addome globoso con cicatrici esito intervento chirurgico, presenza diastasi dei muscoli retti evidenti alla manovra di valsava che mostra anche erniazione a livello ombelicale"* e, in data 7 agosto 2025, aveva certificato che il ricorrente, *"sottoposto ad intervento di nefrectomia per K renale, presenta diastasi dei muscoli retti con erniazione e aderenze cicatriziali che necessitano di intervento chirurgico correttivo mediante addominoplastica"*.

Così ricostruito l'oggetto del contendere tra le parti, 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.

Tuttavia, ad avviso del Collegio 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 previsione contrattuale 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, nell'elenco degli interventi di *"Chirurgia dell'apparato digerente"* sono menzionati gli *"Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne"*, tra i quali può essere certamente ricompreso l'intervento di *"enucleoresezione renale"* per neoplasia renale cui il ricorrente si era sottoposto in precedenza, ma non la successiva *"addominoplastica per diastasi dei muscoli retti con erniazione addominale/ombelicale aderenze cicatriziali"* che, secondo il ricorrente, si è reso necessario per correggere gli esiti del primo intervento chirurgico e per il quale è stata richiesta la copertura assicurativa.

È necessario però anche osservare che il punto 6 della Guida alle Prestazioni Sanitarie contenuta nelle condizioni di assicurazione e relativa ai *"Casi di non operatività del piano"*, prevede l'esclusione delle *"prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto"*. Pertanto, qualora l'intervento di addominoplastica per diastasi dei muscoli retti oggetto della richiesta di copertura assicurativa, fosse reso necessario dal precedente intervento di enucleoresezione renale, rientrerebbe nel novero degli interventi di *'chirurgia plastica ricostruttiva'* che il citato punto 6 non esclude dalle prestazioni garantite dalla polizza.

Così definita la prospettiva di indagine, si rileva che la documentazione allegata al ricorso, segnatamente la visita del 30 luglio 2025 e il certificato del 7 agosto 2025, attesa la genericità dei contenuti (nel primo si parla di esiti cicatriziali *"di intervento chirurgico"* senza ulteriori specificazioni e nel secondo si dà semplicemente atto che il ricorrente era stato *"sottoposto ad intervento di nefrectomia per K renale"*) non consente al Collegio di valutare se effettivamente l'intervento di cui si discute sia reso necessario dal precedente intervento chirurgico, per cui, a seguito di provvedimento istruttorio, il ricorrente ha prodotto la lettera di dimissione del primo intervento chirurgico, cui si sottopose il 7 marzo 2024, di *"Enucleoresezione renale laparoscopica/robotassistita"*.

Da detto documento, che attesta che l'intervento risale ad oltre un anno prima la richiesta di attivazione della garanzia per il secondo intervento, non è però possibile evincere la sede anatomica specifica di accesso chirurgico né sono indicati ulteriori elementi che consentano di collegare i due interventi e neanche è possibile accertare se e di quale consistenza siano residue cicatrici dal primo intervento chirurgico, che dalla sua stessa descrizione risulta essere stato eseguito con tecnica laparoscopica. Pertanto, non vi è prova che l'intervento di addominoplastica per diastasi dei muscoli retti per il quale è stata chiesta l'attivazione della garanzia sia reso necessario dal precedente intervento di enucleoresezione renale.

Infine, risulta sfornita di prova l'affermazione del ricorrente secondo cui l'impresa di assicurazione avrebbe ingenerato un ragionevole affidamento sulla copertura dell'intervento e comunque tale doglianza non è confluita in una specifica domanda.



Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Decisione N. 671 del 10 luglio 2026

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

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Per la Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA