



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 10 febbraio 2026 (e reclamo presentato in data 30 gennaio 2026), il ricorrente deduceva che, in data 27 marzo 2025, in seguito ad una caduta accidentale in bicicletta, aveva riportato una frattura alla testa dell'omero, per la quale, il 7 aprile 2025, si era sottoposto ad un intervento chirurgico di osteosintesi. In seguito, aveva affrontato 30 giorni di convalescenza, durante i quali aveva indossato un tutore a protezione dell'arto lesionato, e aveva trascorso un periodo di recupero funzionale, durante il quale si era reso necessario effettuare 80 sedute di fisioterapia.

Dopo aver denunciato il sinistro all'impresa di assicurazione e aver ricevuto il diniego di copertura, il ricorrente aveva presentato, in data 30 gennaio 2026, reclamo, chiedendo di conoscere le motivazioni del mancato indennizzo. L'impresa aveva riscontrato il reclamo, confermando l'esclusione del sinistro dai rischi assicurati che erano unicamente i "grandi interventi chirurgici" tassativamente elencati nelle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito CGA.



Il ricorrente presentava dunque ricorso, chiedendo la condanna dell'impresa convenuta al rimborso delle "spese di degenza, 30 giorni di convalescenza, spese fisioterapiche".

Con le controdeduzioni, l'impresa precisava che la polizza di cui si discute è un contratto di assicurazione collettiva, stipulato con una società di mutuo soccorso avente finalità assistenziale (ed estranea al procedimento che ci occupa) e che il ricorrente non agiva in qualità di contraente, ma di soggetto assicurato. Quindi, eccepiva l'inammissibilità del ricorso ex art. 9, comma 1, lett. a), Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), per mancanza di preventivo reclamo, in quanto, il 30 gennaio 2026, il ricorrente aveva inoltrato una mera richiesta di informazioni, riscontrata dall'impresa, il 10 febbraio 2026, conformemente al dettato dell'art. 7 del Regolamento IVASS n. 41 del 2018.

Relativamente al merito del ricorso, l'impresa confermava, come già precedentemente affermato con il riscontro al reclamo, che, all'esito degli accertamenti effettuati dall'ufficio liquidazione sinistri, l'intervento al quale si era sottoposto il ricorrente non rientrava tra quelli coperti dalla polizza, non essendo annoverato tra quelli espressamente e tassativamente indicati nell'elenco denominato "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici" di cui al piano sanitario in atti (art. 11 della Guida al piano sanitario).

In ogni caso, l'impresa rappresentava che le CGA non prevedevano un'indennità di convalescenza; che il diritto all'indennità sostitutiva, in caso di ricovero in S.S.N., e quello al rimborso delle spese sostenute (ivi incluse quelle preventive e successive al ricovero e le spese per la retta di degenza) erano alternativi e, in ogni caso, non potevano essere riconosciuti, in quanto difettava il loro presupposto della riconducibilità dell'evento nei rischi inclusi.

Con le repliche, il ricorrente, invocando la giurisprudenza e la prassi assicurativa, sosteneva che l'impresa avrebbe dovuto rimborsare le spese mediche sostenute anche quando l'intervento non fosse espressamente garantito, ma si potesse ritenere assimilabile, per complessità, finalità o tecnica utilizzata, a quelli elencati nelle CGA e che, ai fini dell'operatività della polizza, sarebbe stato necessario qualificare gli interventi chirurgici in chiave sostanzialistica e non sulla base della loro nomenclatura.

Con le controrepliche, l'impresa deduceva l'infondatezza della tesi esposta nelle repliche e ribadiva che le garanzie di polizza relative a prestazioni di ricovero erano limitate ai soli ricoveri disposti per l'esecuzione di uno degli interventi chirurgici tassativamente previsti nell'elenco dei grandi interventi chirurgici. Pertanto, insisteva nelle richieste avanzate con la memoria di controdeduzioni.

In conclusione, il ricorrente chiedeva il rimborso delle spese mediche sostenute, in particolare le spese di degenza e per la riabilitazione funzionale successiva all'intervento chirurgico oltre ad un'indennità di convalescenza pari a 30 giorni.

L'impresa chiedeva, in via preliminare, di dichiarare inammissibile il ricorso ai sensi dell'art. 9 lett. a) del Decreto; in ogni caso, in via principale, di rigettare ogni domanda perché infondata; in via subordinata, nel denegato caso di accoglimento del ricorso, di voler



condannare l'impresa al pagamento della minor somma che dovesse essere riconosciuta come dovuta in favore dell'assicurato, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dal contratto.

DIRITTO

In relazione all'eccezione di inammissibilità del ricorso sollevata dall'impresa, in quanto non sarebbe stato preceduto da un valido reclamo, occorre 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".

Nel caso di specie, la comunicazione inviata dal ricorrente all'ufficio reclami dell'impresa contiene una dichiarazione di insoddisfazione nei suoi confronti, volta altresì a conoscere le specifiche ragioni del diniego, che è stata riscontrata dall'impresa con una dettagliata spiegazione del motivo per cui la prestazione chirurgica, a suo giudizio, non rientra nell'elenco degli interventi garantiti dalla polizza.

La comunicazione del ricorrente contiene dunque una manifestazione di insoddisfazione rispetto al comportamento dell'impresa che è 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 che nella specie è avvenuto.

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

Esaminando nel merito la controversia, essa presenta profili di natura interpretativa in ordine all'ambito di operatività della copertura assicurativa, con particolare riferimento alla rimborsabilità delle spese ed al riconoscimento dell'indennità per un intervento chirurgico di "osteosintesi di frattura di omero", per il quale l'impresa resistente ha negato la copertura, in ragione della sua non inclusione in quelli nominati nell'"Elenco Interventi Chirurgici". Secondo il ricorrente, il suddetto intervento, sebbene non citato nell'elenco, dovrebbe essere ricondotto tra le prestazioni garantite, in quanto la clausola contrattuale non



dovrebbe essere interpretata in modo tassativo, ma estensivo, ricomprendendo anche interventi assimilabili a quelli espressamente indicati, per complessità, finalità o tecnica chirurgica utilizzata.

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 ammessa la copertura, 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 concreta fattispecie, gli interventi ortopedici elencati e coperti dalla garanzia sono l'"artroprotesi della spalla" nonché "amputazioni, disarticolazioni, reimpianti ed ernia del disco" e tra questi non è indicato l'intervento di "osteosintesi di frattura di omero" né, ad avviso del Collegio, può esservi ricompreso applicando il criterio della funzionalità terapeutica. Infatti, esclusa la possibilità di assimilare l'intervento di cui si discute ad amputazione, disarticolazione o reimpianto, si osserva che l'osteosintesi consiste in una procedura chirurgica per stabilizzare frammenti ossei a seguito di fratture mediante l'inserimento di viti o placche, mentre l'artroprotesi della spalla è un intervento volto a ripristinare la funzionalità della cuffia dei rotatori in presenza di limitazioni funzionali. Tra l'artroprotesi della spalla e l'osteosintesi di frattura di omero, oltre ad un diverso scopo terapeutico, vi è una differente tecnica operatoria, che non consente di ritenerli assimilabili.

Pertanto, al ricorrente non spetta il rimborso delle spese sostenute né l'indennità richiesta.

In disparte la non indennizzabilità del sinistro perché l'intervento non è garantito dalla polizza, deve altresì osservarsi che il ricorrente non ha prodotto alcuna documentazione relativa alle spese di degenza, mentre, per le spese fisioterapiche, l'art. 7.17 delle CGA esclude espressamente la possibilità di effettuarle presso strutture o medici non convenzionati e nella specie il ricorrente ha prodotto una fattura di pagamento di uno studio fisioterapico che l'impresa ha contestato in quanto non convenzionato. Né le spese fisioterapiche potrebbero essere indennizzate quali spese extra ricovero per infortunio, perché l'art. 7.17 delle CGA prevede che tale copertura operi esclusivamente in regime di assistenza diretta o tramite SSN, con esclusione della possibilità di effettuare le prestazioni in strutture e con medici non convenzionati. Quanto alla richiesta dell'indennità per 30 giorni di convalescenza, non è prevista dalla polizza, che riconosce unicamente un'indennità giornaliera (art. 7.2 delle CGA) in caso di ricovero per "Grandi Interventi Chirurgici" o "Gravi



Arbitro Assicurativo

Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Decisione N. 694 del 14 luglio 2026

Eventi Morbosi", ma qualora l'assistito non richieda il rimborso delle spese sanitarie a carico del piano sanitario.

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