



IL COLLEGIO

composto da:

GIOVANNI STELLA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	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 09/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 22 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 28 aprile 2025), il ricorrente deduceva di aver presentato una richiesta di rimborso relativa a un intervento di isteroscopia eseguito per un sospetto polipo endometriale, richiamando a fondamento della domanda il punto 5.1.4 delle condizioni generali di polizza ("Altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio"), rappresentando di aver allegato la fattura, la cartella clinica e una dichiarazione medica relativa all'indicazione dell'intervento, ma che l'impresa resistente avrebbe respinto la richiesta, ritenendo l'isteroscopia effettuata nell'ambito di un trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). La ricorrente contestava tale valutazione e sosteneva che l'intervento sarebbe stato eseguito per la rimozione di un polipo endometriale rilevato mediante esame ecografico che era autonomo rispetto al percorso di PMA, come emergerebbe anche dalla separata fatturazione delle due prestazioni.

Con le controdeduzioni, l'impresa resistente rappresentava che la ricorrente era assicurata tramite adesione ad una polizza collettiva stipulata a garanzia di eventi derivanti da malattia e infortunio e che la ricorrente si era rivolta all'impresa in data 28 aprile 2025, avanzando



istanza di rivalutazione del sinistro alla quale era stato fornito riscontro negativo, in quanto, sulla base della valutazione medica effettuata, l'intervento di isteroscopia, per il quale era stato richiesto il pagamento dell'indennità, non sarebbe risultato in garanzia, in quanto finalizzato ad avviare una procedura di procreazione medicalmente assistita (PMA). L'impresa richiamava in particolare il paragrafo 5.1.4 ("Altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio"), sostenendo che le spese per interventi chirurgici diversi da quelli ricompresi nell'Allegato 1 ("Grandi interventi chirurgici") fossero coperte esclusivamente qualora gli stessi si fossero resi necessari a seguito di malattia o infortunio e che, esaminata la documentazione trasmessa, l'intervento chirurgico oggetto di richiesta di indennizzo fosse in realtà finalizzato alla PMA e non alla cura o al trattamento di una malattia, quale l'asserita rimozione di un "sospetto polipo endometriale".

Secondo l'impresa, la lettera di dimissione post isteroscopia diagnostica del 21 febbraio 2025, non avrebbe confermato la presenza del polipo endometriale, anzi, avrebbe certificato che "non si identifica correttamente la presenza di un polipo endometriale endocavitario". L'impresa resistente deduceva poi che, anche qualora l'isteroscopia fosse stata finalizzata alla rimozione del sospetto polipo, tale attività avrebbe assunto carattere collaterale rispetto alla finalità principale dell'intervento in quanto, dalla disamina della documentazione clinica agli atti (nella specie, referto di dimissione post isteroscopia diagnostica), si sarebbe evinto come il tempo operatorio di svolgimento dell'isteroscopia diagnostica fosse stato dispiegato - in via esclusiva - per l'esecuzione della "biopsia endometriale con pipelle per ricerca plasmacellule CD138 e NK CD56" e per l'"aspirazione endometriale con cannula di Novak". Pertanto, sulla base di tali risultanze documentali, l'impresa deduceva che il significato clinico dell'intervento sarebbe da ricondurre esclusivamente al percorso di PMA e inoltre che, precedentemente all'isteroscopia diagnostica, nella medesima giornata, la ricorrente si sarebbe sottoposta a procedura di *pick-up*, documentata da apposito referto medico, circostanza che avrebbe confermato che la ragione esclusiva dell'intervento operatorio di cui si chiedeva il rimborso dovesse essere rinvenuto esclusivamente nell'attivazione della procedura di PMA.

Con le repliche, la ricorrente contestava integralmente la ricostruzione dei fatti e delle finalità cliniche attribuite all'intervento di isteroscopia diagnostica, censurando in particolare la tesi della resistente secondo cui l'intervento sarebbe stato eseguito esclusivamente nell'ambito di un percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA) e non ai fini della diagnosi o del trattamento di una patologia. Al riguardo, deduceva che l'isteroscopia diagnostica sarebbe stata prescritta al fine di accertare la presenza di un sospetto polipo endometriale, condizione che riteneva riconducibile al concetto di malattia rilevante ai fini della copertura assicurativa, per cui la finalità diagnostica dell'esame non avrebbe potuto essere esclusa né assorbita dall'eventuale contestuale inserimento della paziente in un percorso di PMA. Evidenziava, inoltre, che l'isteroscopia diagnostica costituirebbe una procedura medica autonoma e che l'eventuale connessione del quadro clinico con problematiche di fertilità non varrebbe a mutarne la natura né a trasformarla in una prestazione direttamente finalizzata alla PMA. La ricorrente richiamava altresì la documentazione sanitaria prodotta, evidenziando che la lettera di dimissione relativa all'isteroscopia avrebbe riportato, quale



motivazione clinica dell'esame, l'accertamento di un sospetto polipo endometriale, circostanza che avrebbe confermato la finalità diagnostica della procedura.

La ricorrente deduceva altresì che l'isteroscopia sarebbe stata fatturata quale prestazione autonoma e distinta rispetto alla procedura di PMA, senza essere ricompresa nel relativo pacchetto sanitario e che ciò dimostrerebbe l'autonomia dell'intervento rispetto al percorso di PMA, come confermato altresì dalla dichiarazione del medico specialista curante, il quale aveva attestato che l'isteroscopia era stata eseguita per verificare la presenza di un sospetto polipo endometriale e accertare o escludere una patologia uterina.

La ricorrente richiama, infine, le condizioni di polizza relative agli "altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio", sostenendo che l'isteroscopia diagnostica rientrerebbe nell'ambito applicativo di tale previsione contrattuale.

Con le controrepliche, l'impresa di assicurazione ribadiva, in primo luogo, l'assenza del presupposto contrattualmente richiesto per l'operatività della garanzia assicurativa, ossia la sussistenza di una "malattia" e che comunque, dalla documentazione sanitaria acquisita agli atti, sarebbe emerso che l'isteroscopia diagnostica eseguita in data 21 febbraio 2025 sarebbe stata effettuata nell'ambito di un percorso di procreazione medicalmente assistita, con conseguente insussistenza dei requisiti previsti dal paragrafo 5.1.4 delle condizioni di polizza, relativo agli "Altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio". La resistente richiama, in particolare, la clausola contrattuale secondo cui il Piano Sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici diversi dai "Grandi interventi chirurgici" esclusivamente qualora gli stessi si siano resi necessari a seguito di "malattia o infortunio", precisando, inoltre, che la controversia non riguarderebbe la natura formalmente diagnostica dell'isteroscopia, bensì il suo concreto significato clinico, in quanto l'isteroscopia costituirebbe una tecnica endoscopica suscettibile di assumere sia finalità diagnostiche sia operative e che, ai fini della copertura assicurativa, avrebbe assunto rilievo la funzione clinica concretamente svolta dalla prestazione.

L'impresa deduceva che la dichiarazione del medico curante del 16 aprile 2025 era successiva all'intervento e, pertanto, non idonea a dimostrarne ex ante la finalità clinica e che la lettera di dimissione dell'isteroscopia non avrebbe ricondotto l'esame all'accertamento di un sospetto polipo endometriale, ma avrebbe attestato l'assenza del polipo stesso, documentando l'esecuzione di "biopsia endometriale con pipelle per ricerca plasmacellule CD138 e NK CD56" e di "aspirazione endometriale con cannula di Novak", prestazioni che, ad avviso della resistente, si sarebbero collocate nell'ambito degli accertamenti funzionali ad un percorso di PMA.

L'impresa contestava altresì la rilevanza della circostanza, evidenziata dalla ricorrente, secondo cui l'isteroscopia sarebbe stata oggetto di autonoma fatturazione rispetto alle ulteriori prestazioni eseguite nell'ambito della PMA, ritenendo che tale elemento non fosse decisivo ai fini della definizione della controversia, dovendosi piuttosto avere riguardo alla concreta finalità clinica della prestazione sanitaria e al contesto nel quale essa è stata eseguita.



L'impresa resistente sosteneva, infine, che la riconducibilità dell'intervento al percorso di fecondazione assistita avrebbe trovato conferma anche nelle stesse deduzioni della ricorrente, la quale avrebbe affermato che la presenza del sospetto polipo avrebbe potuto compromettere il buon esito della fecondazione. Tale circostanza, secondo l'impresa, dimostrerebbe che l'isteroscopia fosse funzionalmente collegata alla procedura di PMA.

La ricorrente così formulava le proprie richieste: "Alla luce di quanto sopra, chiedo cortesemente che (*omissis*) provveda a liquidarmi quanto dovuto (750 euro fattura in precedenza allegata), meglio precisate nelle successive repliche.

L'impresa resistente chiedeva di rigettare integralmente tutte le domande e in via subordinata, nell'ipotesi di accoglimento anche parziale della domanda, condannare l'impresa al pagamento della minor somma che dovesse essere riconosciuta come dovuta in favore dell'assicurata, nei limiti di quanto previsto dal contratto.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio riguarda l'operatività della copertura assicurativa prevista dal Piano Sanitario collettivo cui ha aderito la ricorrente, con riferimento agli "Altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio", diversi dunque dai "Grandi interventi chirurgici" indicati in specifico elenco nominativo, i quali sono garantiti, ai sensi dell'art. 5.1.4 delle condizioni di polizza, esclusivamente qualora gli stessi si siano resi necessari a seguito di "malattia o infortunio".

Secondo la ricorrente, l'intervento sarebbe stato eseguito per finalità strettamente diagnostiche, in quanto volto ad accertare la presenza di un sospetto polipo endometriale, ritenuto una condizione patologica suscettibile di incidere sulla salute dell'apparato riproduttivo, per cui l'isteroscopia costituirebbe un autonomo accertamento medico finalizzato alla diagnosi di una possibile malattia uterina e quindi pienamente riconducibile all'ambito applicativo della clausola contrattuale prevista nell'art. 5.1.4. della polizza.

Ad avviso dell'impresa resistente, invece, l'isteroscopia non potrebbe essere qualificata quale intervento reso necessario a seguito di una malattia, difettando proprio il presupposto patologico richiesto dalla polizza perché, dalla documentazione clinica acquisita, emergerebbe che l'intervento sia stato effettuato nell'ambito di un percorso di procreazione medicalmente assistita e che il suo concreto significato clinico fosse funzionalmente collegato alla fecondazione assistita; e che, ai fini dell'operatività della garanzia, rilevi la finalità clinica concretamente perseguita dall'intervento e non la sua natura formalmente diagnostica.

Così ricostruiti i termini della controversia, occorre innanzi tutto osservare che nel contratto di assicurazione di cui si discute manca una definizione di malattia per cui, in assenza di una sua delimitazione da parte della polizza e in ossequio al principio della interpretazione *contra proferentem* (Cass. civ., sez. III, 23 settembre 2021, n. 25849; Cass. civ., sez. III, 29 settembre 2016, n. 19299) nonché alla luce degli artt. 1366, 1367, 1369 e 1370 cod. civ. (Cass. civ., sez. III, 12 febbraio 2020, n. 3367), la nozione di malattia deve essere intesa in senso ampio e dunque comprendente anche quelle alterazioni dello stato di salute che rivelino una concreta, anche se solo potenziale, situazione patologica (cfr. Cass. civ., sez.



III, 6 febbraio 2025, n. 3016 che ha affermato che “nell’assicurazione malattia il pregiudizio deve derivare non da un atto violento, né da una “lesione” dell’integrità psicofisica, ma da una “alterazione patologica”).

Nella concreta fattispecie, dal certificato di dimissione post isteroscopia diagnostica, in cui è descritto l’intervento chirurgico eseguito, si evince che è stata realizzata una biopsia endometriale con introduzione di un isteroscopio volto alla identificazione della presenza di un polipo endometriale endocavitario e che, non essendo stato rinvenuto, si è proceduto alla aspirazione endometriale. Pertanto, come anche confermato dalla attestazione emessa dalla stessa clinica, seppure in data successiva all’intervento, questo è stato effettuato per un sospetto polipo endometriale, della cui natura di alterazione patologica e dunque di malattia non sembra potersi dubitare. A nulla rilevando, come ricordato, che la malattia fosse solo potenziale e non confermata dal successivo intervento, anche in ragione del fatto che la polizza non esclude dalla copertura gli interventi per sospetti di alterazioni dello stato di salute, rivelatisi inesistenti solo dopo l’esecuzione dell’intervento.

D’altro canto, l’impresa riconosce che la controversia non riguarda in realtà la natura formalmente diagnostica dell’isteroscopia, bensì il suo concreto significato clinico in quanto, secondo la sua tesi, l’isteroscopia costituirebbe una tecnica endoscopica suscettibile di assumere sia finalità diagnostiche sia operative e che, ai fini della copertura assicurativa, avrebbe assunto rilievo la funzione clinica concretamente svolta dalla prestazione. In particolare, l’impresa deduce che, precedentemente all’isteroscopia diagnostica e nella medesima giornata, la ricorrente si sarebbe sottoposta a una procedura di *pick-up* ovocitario, documentata da apposito referto medico e che tale circostanza confermerebbe il collegamento dell’intervento con il percorso di procreazione medicalmente assistita.

In disparte la considerazione che il referto cui fa riferimento la resistente non risulta prodotto agli atti, osserva il Collegio che l’eventuale collegamento dell’intervento cui si è sottoposta la ricorrente con il percorso di procreazione medicalmente assistita, non può essere considerato motivo di esclusione della copertura assicurativa dell’intervento. Infatti, il polipo endometriale endocavitario costituisce una malattia, secondo la nozione sopra ricordata di alterazione patologica, e come tale è di per sé inclusa dal Piano Sanitario, a prescindere dal fatto che essa possa impedire o rendere più difficoltoso il percorso di procreazione medicalmente assistita e dunque si sia intervenuto per tale motivo.

Del resto, non si rinviene nelle condizioni di polizza alcuna previsione che escluda dalla copertura assicurativa gli altri interventi chirurgici volti a curare una potenziale malattia allorquando essi assolvano una funzione clinica diversa dall’eliminazione della patologia stessa. Né la polizza, nel ritenere rimborsabili gli “Altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio”, contiene alcuna limitazione della copertura in funzione dello scopo terapeutico perseguito dall’intervento.

Va altresì ricordato che la giurisprudenza di legittimità ha fatto riferimento allo “scopo terapeutico perseguito” nella ben diversa prospettiva di verificare se nel testo contrattuale la descrizione di specifici interventi sia formulata con riguardo allo scopo terapeutico e non già alle tecniche utilizzate per la sua realizzazione, così da eventualmente estendere la copertura anche a quegli interventi che, sebbene non previsti espressamente nel contratto,



possano considerarsi più avanzati, ma al contempo sempre rivolti al medesimo obiettivo (Cass. civ., sez. III, 20 agosto 2015, n. 17020).

Pertanto, deve ritenersi che l'intervento cui si è sottoposta la ricorrente sia coperto dalla garanzia assicurativa.

Dalla documentazione prodotta dalla ricorrente, e non contestata dall'impresa di assicurazione, risulta un esborso per l'intervento di 750,00 euro, che deve dunque essere ammesso al rimborso, come richiesto dalla resistente, entro i limiti di polizza e in particolare entro il massimale di euro 500,00, non essendo stato dedotto dalla ricorrente che l'intervento sia stato eseguito presso una struttura convenzionata (peraltro in tale ipotesi vengono liquidate le spese nella misura del 90%, ma mediante pagamento diretto alla struttura ove è stato eseguito l'intervento).

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di € 500,00, oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

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

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA