



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 STEFANO CHERTI

Riunione del 09/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 16 gennaio 2026 (e reclamo presentato in data 30 giugno 2025), il ricorrente contesta il diniego di copertura assicurativa opposto dall'impresa convenuta in relazione alle fatture dedotte, che sono state valutate come non liquidabili per prescrizione ex art. 2952 cod. civ., afferenti a prestazioni effettuate in forma privata *pre* e *post* ricovero col S.S.N. (avvenuto dal 27 marzo 2023 al 29 marzo 2023, per intervento chirurgico del 28 marzo 2023, con prognosi di 35 giorni).

Deduce che il rigetto della richiesta di rimborso è stato motivato dall'impresa sia con riferimento alla prescrizione del diritto, sia in ragione della presunta non riconducibilità delle prestazioni alle garanzie previste dalla polizza. Sul punto, afferma che la documentazione prodotta riguarda un presidio ortopedico che rientrerebbe tra le prestazioni assicurate e che nella documentazione contrattuale a lui consegnata non sarebbero indicati termini per la presentazione delle richieste di rimborso.

Sostiene, infine, che il diniego opposto dall'impresa sia contrario ai principi affermati dalla più recente giurisprudenza in materia di decorrenza dei termini nelle assicurazioni contro gli infortuni.



L'impresa regolarmente costituita, rappresenta che il ricorrente ha aderito a una polizza collettiva che opera secondo le condizioni previste dal piano sanitario applicabile alle prestazioni sanitarie conseguenti a malattia o infortunio. Deduce di aver rigettato la richiesta di rimborso relativa ad alcune fatture riferite a prestazioni *pre* e *post* ricovero connesse all'intervento chirurgico del 28 marzo 2023, poiché la relativa richiesta di rimborso, del 15 maggio 2025 sarebbe stata trasmessa oltre il termine di prescrizione biennale previsto dall'art. 2952 cod. civ.

Rappresenta che le restanti spese richieste nell'ambito del medesimo sinistro sono state invece liquidate in applicazione delle garanzie di polizza. Deduce inoltre che una fattura è stata ritenuta non rimborsabile perché riferita a una prestazione eseguita oltre il limite temporale di 550 giorni previsto dalla garanzia *post-ricovero*.

L'impresa afferma altresì che la polizza non prevede una garanzia per invalidità permanente e che la pronuncia giurisprudenziale richiamata dal ricorrente riguarderebbe una fattispecie diversa da quella oggetto del presente procedimento.

Il ricorrente, in replica alle controdeduzioni dell'impresa, contesta l'eccezione di prescrizione sollevata dalla resistente e deduce che nella documentazione contrattuale non sarebbe indicato alcun termine entro il quale esercitare i diritti derivanti dal contratto.

Rappresenta inoltre che il quadro clinico conseguente all'intervento chirurgico del 28 marzo 2023 avrebbe avuto carattere evolutivo e non stabilizzato, richiamando ulteriori interventi chirurgici eseguiti in data 13 ottobre 2023 e 7 gennaio 2026, che considera riconducibili ad un unico processo patologico riguardante la caviglia sinistra.

Sostiene che la necessità di tali ulteriori trattamenti avrebbe impedito una definitiva valutazione delle conseguenze dell'evento e, conseguentemente, l'esercizio del diritto all'indennizzo in epoca anteriore.

A corredo delle repliche, produce la documentazione relativa ai ricoveri e agli interventi chirurgici eseguiti nelle predette date, precisando che la documentazione relativa ai primi due interventi era già nella disponibilità dell'impresa.

Nelle proprie controrepliche l'impresa conferma la non liquidabilità delle spese *pre* e *post* ricovero oggetto del sinistro, rilevando che la richiesta di rimborso è stata presentata il 15 maggio 2025, oltre due anni dopo l'esecuzione delle prestazioni.

Rappresenta che tale data di denuncia non è contestata dal ricorrente e che la relativa documentazione sarebbe consultabile nell'area riservata dell'assicurato. Deduce inoltre che le allegazioni del ricorrente relative ai postumi di invalidità permanente e ai successivi interventi chirurgici non sarebbero pertinenti alla domanda proposta, in quanto la polizza non prevede una garanzia per invalidità permanente, ma esclusivamente il rimborso delle spese sanitarie nei limiti previsti dal contratto.

Con riferimento alla documentazione prodotta con le repliche, in particolare la lettera di dimissioni dell'8 gennaio 2026, l'impresa evidenzia che la stessa è stata trasmessa per la prima volta in sede di repliche e rappresenta di averne comunque effettuato una valutazione



nell'ambito di un distinto sinistro. Sulla base di tali elementi, conferma la correttezza del diniego opposto e insiste per il rigetto delle domande del ricorrente.

Nei propri scritti difensivi il ricorrente chiede di *“entrare nel merito della questione e difendere i miei diritti di assicurato, quindi, ottenere quanto da me richiesto e correttamente documentato con le fatture presentate”* all'impresa resistente; nelle repliche, così conclude *“per tali motivi, si chiede il rigetto dell'eccezione di prescrizione sollevata dalla Compagnia, con ogni conseguenza in ordine all'accoglimento della domanda di indennizzo”*.

Alla luce di quanto eccepito e controdedotto, l'impresa chiede:

“1) in via principale, nel merito, rigettare integralmente le domande avversarie in quanto infondate, in fatto e in diritto, per tutte le ragioni sopra esposte e, in ogni caso, per intervenuta prescrizione dei diritti fatti valere in questa sede, ai sensi dell'art. 2952 cod. civ., nonché in applicazione delle invocate garanzie contrattuali.

2) in via subordinata, nella denegata ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande del Ricorrente, condannare la Compagnia 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

La controversia portata all'attenzione del Collegio riguarda il mancato rimborso di alcune fatture inerenti a spese mediche effettuate dal ricorrente.

In via preliminare questo Collegio ritiene di dover affrontare la questione relativa alla c.d. tardiva produzione di documentazione ad opera delle parti del procedimento. Nel caso di specie, il ricorrente, al fine di dimostrare la mancata stabilizzazione dei postumi permanenti, ha trasmesso, per la prima volta e solo nelle sue memorie, ulteriore documentazione medica relativa a due successivi interventi (del 13 ottobre 2023 e del 7 gennaio 2026) rispetto a quello per il quale ha richiesto il rimborso delle spese *pre* e *post* ricovero.

L'impresa, sul punto, ha evidenziato che la lettera di dimissioni relativa al ricovero conclusosi l'8 gennaio 2026 è stata prodotta per la prima volta con la memoria di replica del 1° aprile 2026 e ha sostenuto che tale documentazione sarebbe tardiva e non conforme alle modalità previste per la denuncia dei sinistri. Secondo la resistente, l'oggetto della controversia risultava già definito dal reclamo e dal ricorso, riferiti alla richiesta di rimborso presentata il 15 maggio 2025, e non poteva essere ampliato mediante la produzione di documentazione relativa a ulteriori eventi sanitari. L'impresa ha inoltre rappresentato di aver comunque valutato tale documentazione nell'ambito di un distinto sinistro aperto in relazione al ricovero del mese di gennaio.

Sul punto, si richiama l'art. 10, comma 2, del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il “Decreto”) secondo cui *“(…) Con le memorie di replica e controreplica non possono essere proposte domande nuove o nuove eccezioni procedurali e di merito sulle circostanze del ricorso non contestate con la memoria di controdeduzione”*.



Al riguardo, è utile richiamare la distinzione già operata dalla giurisprudenza dell'Arbitro Bancario Finanziario (di seguito, "ABF") tra documenti "di risposta" e documenti "costitutivi" dei fatti posti a fondamento della domanda giudiziale e l'orientamento dello stesso Arbitro a cui questo Collegio ritiene di aderire. Al riguardo è bene chiarire che in sede di replica e controreplica trova luogo una preclusione meramente funzionale, volta ad impedire l'immissione nel procedimento di domande nuove e l'ampliamento del *thema decidendum*; mentre resta ferma la possibilità per le parti di produrre documenti strumentali alla confutazione delle difese avversarie (difese che si vanno componendo nel corso del procedimento). Secondo un tale orientamento, la produzione documentale in sede di replica può essere ritenuta ammissibile quando rappresenta una reazione difensiva (come nel caso che qui si esamina) ad un'eccezione della controparte, senza che ciò comporti il mutamento del *petitum* o della *causa petendi* (cfr. Collegio ABF di Milano, decisione n. 20917/2019). Dunque, vanno disattese le doglianze dell'impresa resistente volte a limitare la produzione documentale a favore del ricorrente.

Come accennato, la controversia concerne la legittimità del diniego di liquidazione opposto dall'impresa e, in particolare, l'eventuale intervenuta prescrizione del diritto al rimborso delle fatture oggetto del sinistro alla data della richiesta del 15 maggio 2025, l'individuazione del *dies a quo* di decorrenza del relativo termine prescrizione alla luce delle contrapposte ricostruzioni delle parti e la rilevanza, ai fini della decisione, della documentazione e degli eventi clinici successivi all'intervento del 28 marzo 2023, richiamati dal ricorrente nelle repliche e ritenuti dall'impresa estranei all'oggetto della controversia.

Ad avviso di questo Collegio la prescrizione decorre dal giorno di esecuzione delle singole prestazioni (che è oggetto del diritto al rimborso fatto valere dal ricorrente), e quindi le spese *pre* e *post* ricovero relative all'intervento subito dal ricorrente nel marzo 2023 non sono indennizzabili per intervenuta prescrizione biennale *ex art. 2952 cod. civ.*, poiché sono trascorsi più di due anni tra la data di esecuzione delle prestazioni per le quali è stato richiesto il rimborso e la denuncia del sinistro, presentata per la prima volta all'impresa il 15 maggio 2025. Tale data, non contestata dal ricorrente, deve pertanto ritenersi provata ai sensi dell'art. 115 c.p.c.

Anche secondo la giurisprudenza di legittimità, "la prescrizione che riguarda il diritto alla percezione dell'indennizzo assicurativo, pur sempre scaturente dall'avverarsi dell'evento rischioso coperto dalla garanzia contrattuale, è, attualmente, di natura biennale. La fattispecie costitutiva del diritto all'indennizzo si perfeziona al momento in cui l'evento lesivo si traduca o si evidenzi in uno dei fatti coperti dalla garanzia assicurativa, con la conseguenza che è da questo momento che decorre la prescrizione del diritto a percepire l'indennizzo in capo all'assicurato" (Trib. Bari sez. II, 24/06/2015, n. 2907); e, ancora, con "riferimento al termine di prescrizione del diritto all'indennizzo, come previsto dall'art. 2952 cod. civ., comma 2, la prescrizione del diritto dell'assicurato all'indennità decorre dalla data in cui il diritto medesimo può essere esercitato" (v. Trib. Nocera Inferiore sez. II, 23/10/2013, n. 1198). Pertanto sotto questo profilo l'eccezione di prescrizione sollevata dall'impresa deve essere accolta.



Sotto diverso profilo, la fattura n. **401/2024 del 21 novembre 2024 di 17,82 euro di cui pure si chiede l'indennizzo non è rimborsabile in quanto eseguita oltre 550 giorni dalle dimissioni avvenute il 29 marzo 2023 (termine previsto dalle condizioni di polizza, che non può essere disatteso dalle parti).

Le doglianze del ricorrente relative ai postumi di invalidità permanente e ai successivi interventi chirurgici (cui si riferisce la documentazione prodotta con la memoria di replica) non risultano meritevoli di accoglimento, in quanto la polizza non prevede una garanzia per invalidità permanente, ma esclusivamente il rimborso delle spese sanitarie nei limiti previsti dal contratto.

In virtù di quanto dedotto e allegato nel corso del procedimento, questo Collegio ritiene che non possano essere accolte le doglianze del ricorrente, in quanto le relative pretese si sono *medio tempore* prescritte.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA