



IL COLLEGIO

composto da:

GIOVANNI STELLA	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 STEFANO CHERTI

Riunione del 16/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 15 febbraio 2026 (e reclamo presentato in data 26 dicembre 2025), il ricorrente riferisce di essere assicurato presso l'impresa resistente con una polizza sanitaria e di avere presentato una richiesta di chiarimenti in merito ad una visita medica specialistica che ha dovuto eseguire.

In proposito, riporta che l'impresa nel riscontro si è limitata "*a richiamare esclusivamente le condizioni contrattuali relative alla fisioterapia post-infortunio*", senza fornire risposte chiare in merito alla copertura della visita specialistica fisiatrice in questione, eseguita all'estero, che è comunque prevista dalla polizza.

Aggiunge che l'impresa ha poi rimborsato solo un importo parziale, pari a euro 69,00 senza fornire spiegazioni sul criterio di liquidazione. Fa quindi presente che la condotta dell'impresa gli impedisce di esercitare i propri diritti derivanti dal contratto e ritiene che la stessa sia da considerare contraria ai principi di trasparenza, correttezza e buona fede.



L'impresa regolarmente costituita, fa preliminarmente presente di essere un'impresa di assicurazione che opera nell'ambito della sanità integrativa, tutelando soggetti iscritti ai Fondi Sanitari di categoria o alle Casse Professionali. Precisa poi che nel caso di specie si discorre di una polizza collettiva stipulata con un'associazione denominata "Cassa (omissis)", avente lo scopo di attuare forme di assistenza sanitaria, e che per tale polizza ha elaborato un'apposita "Guida al Piano sanitario" quale utile supporto per l'utilizzo della copertura sanitaria da parte degli assicurati.

Tanto premesso, osserva che le contestazioni del ricorrente si appuntano sulle delucidazioni ricevute in merito alla liquidazione del documento di spesa n. ***500 del 25 novembre 2025, afferente all'esecuzione di talune prestazioni sanitarie sostenute all'estero. In proposito, riporta che a seguito di richiesta di rimborso per una spesa totale di euro 348,00 ha provveduto alla corresponsione del minor importo di euro 69,00, determinato dalla funzione liquidativa in applicazione delle condizioni di polizza. Nel dettaglio fa quindi presente che il documento di spesa in questione concerne prestazioni sanitarie, erogate da un medico specialista, che hanno contemplato l'esecuzione sia di una visita specialistica, sia di un trattamento fisioterapico.

Al riguardo, chiarisce che ai sensi del combinato disposto dell'art. 6.8, rubricato "Visite specialistiche", e dell'art. 6.10 delle C.G.A. regolanti la polizza, quest'ultimo rubricato "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio", sono coperte dalla garanzia le visite specialistiche, anche se sostenute all'estero, e i trattamenti fisioterapici solo se sostenuti a seguito di infortunio.

Tanto premesso, osserva che il ricorrente non ha fornito documentazione clinica idonea ad attestare l'esistenza di un infortunio, quale un certificato di pronto soccorso, sicché ha proceduto a liquidare esclusivamente la quota di spesa riferibile alla visita specialistica. In particolare, osserva che dalla prescrizione medica allegata alla richiesta di rimborso è emerso che il trattamento fisioterapico sostenuto dal ricorrente si è reso necessario a seguito di una diagnosi di "sindrome dorso-lombospondilogeno", non qualificabile come evento infortunistico.

Quanto all'intervenuta liquidazione, evidenzia che la fattura presentata dal cliente contiene un'imputazione dettagliata delle somme corrisposte e fa presente che il codice 00.**** nel contesto TARMED, ovvero il tariffario uniforme nazionale che regola la fatturazione delle prestazioni mediche ambulatoriali nel settore medico e ospedaliero svizzero, corrisponde, come indicato nella stessa fattura, al "Trattamento da parte del medico specialista in fisioterapia e riabilitazione, ogni 5 min", ovvero a una prestazione che copre il tempo dedicato dal medico specialista (fisiatra/riabilitatore) per trattamenti di fisioterapia.

Fa presente, poi, che la funzione liquidativa ha rimborsato tutte le voci presenti in fattura diverse da quella con codice 00.****, ammontanti a euro 119,00, applicando i limiti disposti dal richiamato art. 6.8, che, nella specie, prevede uno scoperto del 20%, e un minimo non indennizzabile di euro 50,00 per ogni visita.



In sede di repliche, il ricorrente fa presente che l'intero importo fatturato, pari ad euro 348,00, riguarda esclusivamente la visita specialistica e non si riferisce anche a prestazioni accessorie.

Ribadisce quindi le proprie contestazioni in ordine alla scarsa chiarezza delle spiegazioni fornite dall'impresa quanto alla liquidazione del minor importo di euro 69,00 e chiede il riesame della pratica, la liquidazione dell'intero importo sostenuto o, in alternativa, l'indicazione puntuale e documentata della specifica clausola contrattuale che giustifica il mancato rimborso integrale.

Nelle controrepliche l'impresa rimarca che la fattura presentata dal ricorrente presenta un'imputazione dettagliata degli importi corrisposti e che dalla stessa emerge che sono state erogate prestazioni consistenti in una visita specialistica e in trattamenti fisioterapici. Ribadisce, quindi, di avere liquidato il rimborso in ossequio alle C.G.A. applicabili alla polizza, che prevedono la rimborsabilità delle spese per visite specialistiche con un minimo non indennizzabile di euro 50,00 per visita, mentre prevedono la rimborsabilità delle spese per trattamenti fisioterapici solo se conseguenti ad infortunio.

Evidenzia che, nel caso di specie, il ricorrente non ha prodotto documentazione clinica idonea ad attestare l'esistenza di un infortunio, mentre è invece emerso che il trattamento fisioterapico sostenuto si è reso necessario a seguito di "*sindrome dorso-lombospondilogeno*". Fa quindi presente che l'importo totale della fattura, pari ad euro 348,00, è così nella stessa scorporato "00.*** - Consultazione, i primi 5 minuti (consultazione di base): 22,33 CHF; - 00.*** - Trattamento da parte del medico specialista in fisioterapia e riabilitazione, ogni 5 minuti) per 9 unità: 213,41 CHF; - 00.*** - Rapporto medico senza formulario, da 11 a 35 righe di testo: 49,12 CHF; 00.*** - Rapporto medico senza formulario, per ogni 35 righe supplementari: 40,19 CHF", sicché il rimborso è stato calcolato considerando i soli importi riferibili alla visita specialistica (euro 119,00) e il minimo non indennizzabile (euro 50,00). Ribadendo, in definitiva, la correttezza dell'indennizzo, insiste per le conclusioni rassegnate in sede di controdeduzioni.

Alla luce di quanto dedotto il ricorrente chiede:

"- il riesame della pratica;

- la liquidazione dell'intero importo sostenuto;

- in alternativa, l'indicazione puntuale e documentata della specifica clausola contrattuale che giustifica il mancato rimborso integrale".

L'impresa, in virtù di quanto eccepito e controdedotto, chiede:

- in via principale, il rigetto del ricorso;

- in subordine, che sia condannata al pagamento della minor somma che dovesse essere riconosciuta come dovuta in favore dell'assicurato, nei limiti di quanto previsto dal contratto.

DIRITTO



La controversia portata all'attenzione del Collegio riguarda la copertura da parte della polizza sottoscritta dal ricorrente delle spese sostenute da quest'ultimo per il saldo di alcune prestazioni sanitarie e, in definitiva, la quantificazione dell'indennizzo riconosciuto dall'impresa in favore del ricorrente.

Come emerge dalla documentazione prodotta, il ricorrente rileva che l'importo totale pagato sarebbe integralmente e unicamente imputabile ad una visita specialistica eseguita da un medico fisiatra. Di contro, l'impresa evidenzia che l'importo totale è invece imputato dettagliatamente in fattura a diverse prestazioni indicate con i codici di riferimento previsti dal contesto TARMED, ovvero il tariffario uniforme nazionale che regola la fatturazione delle prestazioni mediche ambulatoriali nel settore medico e ospedaliero svizzero. In particolare, fa presente che il codice 00.*** identifica trattamenti di fisioterapia e che le spese sostenute per tali prestazioni sono coperte dalla polizza solo se sostenute a seguito di un infortunio, circostanza che non si sarebbe verificata nel caso di specie.

Sul punto, e le contestazioni appaio dirimenti, l'impresa osserva inoltre che l'assicurato non ha mai fatto riferimento ad un infortunio pregresso, ovvero non ha presentato documentazione medica, quale un referto di pronto soccorso, idonea ad attestarlo. Inoltre, l'impresa rileva che dal referto medico allegato alla richiesta di rimborso si evince che il trattamento fisioterapico si è reso necessario a causa di una "sindrome dorso-lombospondilogeno", non qualificabile come evento infortunistico.

Alla luce di quanto evidenziato, questo Collegio ricorda come la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che *"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 avveratosi 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"* (tra molte, Cass., sez. 3, 23/01/2018, n. 1558)" (Cass. civ., sez. III, 21 gennaio 2025, n. 1469; Cass. civ., sez. III, 9 novembre 2023, n. 31251; Cass. civ., sez. III, 23 gennaio 2018, n. 1558). Impostazione, quest'ultima, già seguita dal Collegio dell'Arbitro Assicurativo (v. decisione AAS n. 448/2026).

E ciò anche in considerazione di quanto stabilito dall'art. 2697 cod. civ. secondo cui il soggetto che *"vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento. Chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda"*; e dovendosi dimostrare l'esistenza (e la conseguente rimborsabilità) di un "sinistro" è onere della parte *"che agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno subito dimostrare l'esistenza del fatto storico del sinistro"* (così App. Bari 24 febbraio 2025, n. 244).

In virtù di quanto dedotto e allegato nel corso del procedimento, questo Collegio ritiene che il ricorrente non abbia assolto all'onere probatorio cui per legge è tenuto, mentre l'impresa ha addotto elementi utili a ritenere fondato il diniego parzialmente opposto.



Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

Decisione N. 771 del 22 luglio 2026

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA