



IL COLLEGIO

composto da:

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

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 23/09/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 16 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 6 ottobre 2025), la ricorrente contestava la liquidazione del danno effettuata dall'impresa, con riguardo a una patologia oncologia diagnosticatale in data 6 settembre 2024. Asseriva in particolare che l'impresa avrebbe liquidato il sinistro occorsole applicando erroneamente la tariffa relativa alle patologie benigne, in spregio della documentazione medica prodotta.

Rappresentava pertanto di aver presentato formale reclamo all'impresa il 6 ottobre 2025, cui questa rispondeva l'11 novembre del medesimo anno, riaffermando la correttezza della somma liquidata per patologia benigna.

Alla luce di ciò, la ricorrente chiedeva la "rivalutazione della pratica", il riconoscimento della malignità della patologia e il risarcimento di euro 10.000,00, in luogo dei 5.000,00 riconosciuti dalla resistente.

Regolarmente costituitasi, l'impresa premetteva di aver stipulato il contratto di assicurazione collettiva per cui è causa, avente ad oggetto il rimborso delle spese mediche in favore del



personale, con la cassa di assistenza di categoria a cui aderisce la ricorrente. Deduceva che l'assicurata si era sottoposta ad intervento chirurgico in data 14 aprile 2025 - consistente in "quadrantectomia radioguidata della mammella sinistra e biopsia del linfonodo sentinella al cavo ascellare sinistro" - chiedendo, a settembre 2025, il ristoro delle spese mediche sostenute per l'intervento.

L'impresa rappresentava che, a mezzo di società incaricata della gestione del sinistro, aveva riscontrato tale richiesta di rimborso, comunicando alla ricorrente di aver dato disposizione di accredito di importo pari ad euro 5.030,00, di cui euro 30,00 per indennità ordinaria – 1 notte ed euro 5.000,00 per indennità *una tantum* – patologie non maligne.

Parte resistente deduceva poi che l'assicurata aveva presentato reclamo in data 6 ottobre 2025, chiedendo il riesame del sinistro e adducendo la natura maligna della patologia sofferta, nonché la liquidazione di un indennizzo pari ad euro 10.000,00, in applicazione dell'art. 6.6 delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito CGA. Sempre a mezzo di società incaricata, l'impresa aveva però riscontrato il reclamo, evidenziando come dalla documentazione clinica non emergesse alcun riferimento a neoplasia maligna.

Tanto premesso, l'impresa eccepiva, in via pregiudiziale, l'inammissibilità del ricorso per necessità di accertamenti istruttori, ex art. 11, co. 8, Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), avendo la controversia ad oggetto la natura medico-sanitaria della patologia.

Nel merito, rilevava come la patologia, diagnosticata alla ricorrente in data 6 settembre 2024, non riguardasse il sinistro oggetto di ricorso, ma altro e distinto, per il quale l'assicurata aveva già ottenuto il rimborso delle spese mediche. Deduceva, viceversa, riguardare, il sinistro contestato con il ricorso, un ricovero occorso dal 14 al 15 aprile 2025, per quadrantectomia radioguidata e biopsia. A tal proposito, l'impresa rappresentava che il nodulo presente sul quadrante superiore esterno del seno sinistro era un "nodulo benigno"; mentre il nodulo sul quadrante inferiore esterno del seno sinistro era un fibroadenoma, ossia una forma di tumore benigno al seno. Adduceva, pertanto, che la patologia paventata non sarebbe qualificabile come malattia oncologica maligna.

L'impresa rilevava altresì che, avendo la ricorrente trascorso solo una notte in ricovero presso la struttura ospedaliera, non avrebbe avuto diritto neanche all'indennità pure già riconosciuta, stante la previsione del comma 2 dell'art. 6.6 delle CGA, secondo cui il riconoscimento dell'indennità sarebbe spettato solo a partire dal secondo pernottamento. Per l'effetto, l'impresa deduceva di riservarsi la ripetizione delle somme indebitamente percepite.

In sede di repliche, la ricorrente rappresentava essere stata diagnosticata, la neoplasia maligna, con referto datato 5 settembre 2024 e che la medesima diagnosi veniva chiaramente riportata anche in referto datato 6 giugno 2024. Deduceva poi che alla diagnosi seguivano otto infusioni di chemioterapia e immunoterapia, all'esito delle quali veniva eseguito l'intervento che cagionava il ricovero avvenuto tra il 14 e il 15 aprile 2025.

La danneggiata rilevava dunque che la resistente avrebbe proceduto a liquidare l'indennizzo a seguito di valutazione dell'esame istologico post-intervento, non invece valutando la



natura effettiva della patologia sofferta; tale circostanza sarebbe asseritamente confermata da comunicazione della società incaricata di gestire il sinistro.

L'impresa, in sede di controdeduzioni, reiterava l'eccezione di inammissibilità del ricorso, già articolata in sede di controdeduzioni, osservando altresì che la ricorrente, nelle repliche, avrebbe omesso di contestare tale eccezione "convenendo [...] sull'inammissibilità della domanda". A tal proposito, invocava il principio di non contestazione ex art. 115 cod. proc. civ.

Tanto premesso, l'impresa deduceva l'infondatezza della domanda anche nel merito, reiterando come la patologia diagnosticata in data 6 settembre 2024 non avrebbe riguardato il sinistro oggetto del ricorso e come viceversa la patologia qui di interesse fosse da considerare benigna. Rilevava altresì che, dai documenti prodotti, sarebbe emerso come, già prima dell'esame istologico, la diagnosi fosse di "nodulo verosimilmente benigno".

DIRITTO

La questione sottoposta all'attenzione del Collegio ha ad oggetto la doglianza con cui la ricorrente contesta la liquidazione del danno, effettuata dalla resistente in suo favore, nel quadro di una polizza sanitaria con rimborso spese mediche; liquidazione che, infatti, a suo giudizio sarebbe avvenuta avendo riguardo alle soglie contrattualmente prestabilite per i casi di neoplasia benigna, in luogo di quelle riferibili a neoplasia maligna, cui si sarebbe invece dovuto nella specie far capo.

Rilievo preliminare presenta, nondimeno, l'eccezione di inammissibilità del ricorso, formulata dall'impresa ex art. 11, comma 8, del Decreto, sul presupposto del carattere non esclusivamente documentale della controversia e sulla necessità di disporre accertamenti tecnici che all' Arbitro sono preclusi.

Senonché, come ripetutamente affermato da questo Collegio, "nel procedimento dinanzi a questo Arbitro operano i medesimi principi generali che reggono il processo civile, ivi incluso quello che vuole il giudice *peritus peritorum*; nessun automatismo si dà dunque tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e necessità di nomina - qui preclusa - di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo infatti il Collegio valutare congruo il compendio documentale a propria disposizione, per addivenire ad una decisione della controversia resa secondo diritto (cfr. Coll. di Coordinamento ABF, 15 dicembre 2016, n. 10929) e nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto, secondo cui "le controversie sono esclusivamente documentali" (cfr. Collegio AAS, Decisione n. 397 del 29 maggio 2026).

Ciò posto, la documentazione medica versata in atti dalla ricorrente consente senz'altro al Collegio di pervenire, su base documentale appunto, alla formazione del proprio convincimento, quest'ultimo dovendo riguardare, prima ancora che il merito dei fatti controversi e la loro valutazione, l'adeguata riprova di fatti ed elementi addotti a base della propria pretesa dal ricorrente, nonché di fatti ed elementi eventualmente controdedotti o eccepiti dall'impresa.

L'eccezione non merita pertanto essere accolta.



D'altra parte, giova rilevare come privo di pregio si presenti, in direzione contraria a quella appena indicata, l'argomento speso dalla stessa impresa in sede di controrepliche, ossia che la ricorrente non avrebbe specificamente contestato l'eccezione sollevata, donde l'applicabilità dell'art. 115, comma 1, c.p.c., secondo cui "Salvi i casi previsti dalla legge, il giudice deve porre a fondamento della decisione (...) i fatti non specificamente contestati dalla parte costituita".

Altro è infatti dire che i principi generali del processo civile, compreso quello di non contestazione, siano applicabili al procedimento dinanzi a questo Arbitro, salvo il limite di compatibilità con le previsioni di cui al Decreto; altro è ritenere che ricorra non contestazione allorché l'eccezione non riguardi fatti da accertare nel processo e sia in ogni caso, seppure implicitamente, disconosciuta nel suo contenuto dal contegno processuale della controparte, manifestato mediante le domande, repliche o difese. Seguendo l'insegnamento delle Sezioni Unite della Cassazione (cfr. Cass. sez. un., 23 gennaio 2002, n. 761) "per avere rilevanza, la non contestazione deve fondamentalmente riguardare fatti da accertare nel processo e non la loro dimensione giuridica", talché nessuno spazio può allora trovare l'articolo 115, comma 1, ultima parte, cod. proc. civ. in relazione a una valutazione di carattere meramente procedurale, come quella sulla supposta natura non meramente documentale della controversia. Solo "la mancata contestazione a fronte di un onere esplicitamente imposto dal dettato legislativo", proseguono le Sezioni Unite, "rappresenta, in positivo e di per sé, l'adozione di una linea difensiva incompatibile con la negazione del fatto (...) e quindi rende inutile provarlo perché non controverso".

Venendo al merito della controversia, la ricorrente contesta la "liquidazione parziale" dell'indennizzo, che sarebbe stata operata dall'impresa resistente in relazione a una patologia oncologica diagnosticata in data 6 settembre 2024. Asserisce, in particolare, che la resistente avrebbe erroneamente applicato le condizioni di polizza concernenti le patologie benigne in luogo di quelle maligne.

L'impresa controdeduce, invece, che la patologia riportata dalla ricorrente, diagnosticata il 6 settembre 2024, sarebbe stata trattata senza alcun intervento chirurgico e senza alcun ricovero, integrando così un sinistro non solo già oggetto di rimborso spese sostenute ma soprattutto altro da quello oggetto del ricorso, riguardante il solo ricovero occorso dal 14 al 15 aprile 2025, per "quadrantectomia radioguidata della mammella sinistra e biopsia del linfonodo sentinella al cavo ascellare sinistro".

Adduce in particolare l'impresa come, alla stregua della stessa documentazione medica depositata dalla ricorrente, il nodulo del quadrante superiore del seno sinistro fosse "nodulo benigno 6 mm OSE", e quello al quadrante inferiore un fibroadenoma, ossia forma di tumore benigno al seno. Di qui la natura comunque benigna della patologia sofferta dalla ricorrente e l'esatta quantificazione dell'indennizzo, ai sensi dell'art. 6.6 delle CGA.

Parte ricorrente, invece, evidenzia che l'intervento per il quale sarebbe occorso il ricovero del 14 e 15 aprile 2025, sarebbe l'esito della chemio-immunoterapia alla quale la medesima si era sottoposta per la malattia diagnosticata il 5 settembre 2024. Asserisce dunque che l'impresa si sarebbe limitata a liquidare l'indennizzo a seguito della valutazione dell'esame istologico post-intervento, senza badare alla natura effettiva della patologia sofferta.



Orbene, mette innanzitutto conto rilevare come la polizza su cui è controversia preveda, all'art. 6.6. delle CGA, rubricato "ricovero per cure oncologiche", che "Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche maligne, la Cassa/Fondo/Ente/Società riconosce un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assistito e indipendentemente dal numero di ricoveri", nonché "Per cure oncologiche non maligne verrà riconosciuta un'indennità ridotta, pari a € 5.000 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assistito e indipendentemente dal numero di ricoveri [...] l'indennità sarà riconosciuta a partire dal secondo pernottamento".

Ancora le condizioni contrattuali di assicurazione recano, d'altra parte, la definizione di "patologia di tipo oncologico", identificandola con "ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna" (All. 1 alle CGA).

Ora, controvertendo le parti sulla operatività del primo o del secondo periodo dell'art. 6.6 delle CGA, in funzione della presunta malignità o benignità della patologia sofferta dalla ricorrente, viene in esponente la questione di diritto concernente la valutazione *ex ante* o *ex post* dello stato patologico denunciato, se cioè da condurre alla stregua dei sospetti iniziali ovvero alla luce dei riscontri successivi, post-intervento.

Senonché "L'idoneità e la definizione di malattia non può che essere riportata al singolo caso e la valutazione non può che essere fatta *ex ante* (salvi, evidentemente, i casi di manifesto errore di diagnosi), al momento in cui fu posta indicazione al trattamento chirurgico" (Trib. Siena, 2 febbraio 2018, n. 80), giacché ciò solo assicura la più ampia tutela economica del contraente di una polizza sanitaria con copertura delle spese mediche. Ciò è del resto conforme alle "disposizioni di cui agli articoli 1366, 1367, 1369 e 1370 cod. civ., tenendo conto della buona fede delle parti e della necessità di fornire alla polizza un'interpretazione che non la privi di senso effettivo, in coerenza con la natura e l'oggetto del contratto" (Cass. civ., Sez. III, 12 febbraio 2020, n. 3367). Peraltro, non può giungersi a ritenere che qualunque valutazione prognostica, quand'anche orientata per una qualificazione benigna di una data patologia neoplastica, debba essere ribaltata nel suo esatto contrario ed assunta deporre per il ricorrere di una neoplasia bensì di tipo maligno.

Diversamente, ad avviso del Collegio, la valutazione *ex ante* cui allude la giurisprudenza è da intendere come basata sulla valutazione prognostica che sia fatta palese da esami clinici e/o diagnostici, da rivalutare se del caso quale falso positivo o falso negativo, a seguito di successivi trattamenti di tipo chirurgico seguiti da analisi più specifiche.

Nel caso di specie, anche in disparte dall'esito degli esami condotti successivamente al trattamento chirurgico, tutti gli esami versati in atti dalla ricorrente, per l'appunto antecedenti alla quadrantectomia radioguidata della mammella sinistra e biopsia del linfonodo sentinella al cavo ascellare sinistro, esprimono una valutazione probabilistica maggiormente orientata nel senso della benignità della massa riscontrata. Così l'ecografia ed agobiopsia del 27 agosto 2024, ove si fa parola di "presenza di nodulo benigno"; così l'esame istologico del 5 settembre 2024, ove si fa parola di "nodulo verosimilmente benigno di 1 cm; così, ancora, il referto della PET e della RMN mammaria del 12 settembre 2024, che descrivono



“formazione ovalare [...] compatibile con il risultato istologico di friboadenoma”, e così infine la mammografia bilaterale ed ecografia mammaria, del 25 marzo 2025, descrittive di una invariata formazione nodulare ovalare ipoecogena di 6 mm di aspetto benigno, collocata “nel quadrante supero-esterno di sinistra” e già descritta in esami precedenti.

Nessun elemento, se non appunto l’eventualità di un falso negativo accertato a posteriori, avrebbe in altri termini deposto, nel caso di specie, per una qualificazione della patologia oggetto della denuncia di sinistro in termini di neoplasia maligna, donde la correttezza dell’operato dell’impresa e la non accoglibilità della domanda della ricorrente.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da

CONCETTA BRESCIA MORRA