Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

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 FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 23/09/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 20 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 5 febbraio 2026), la ricorrente riferiva di soffrire di una patologia respiratoria e di aver richiesto la copertura assicurativa per un intervento al setto nasale, ma l'impresa aveva negato la copertura ai sensi dell'art. 2.2 punto 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito C.G.A., che prevedeva l'esclusione per gli interventi effettuati per la correzione di "*difetti fisici*". La ricorrente aveva contestato tale diniego ritenendo che l'intervento si sarebbe reso necessario a seguito di una "*condizione morbosa complessa*" comprovata dalla documentazione prodotta all'impresa che avrebbe attestato che l'intervento richiesto aveva una finalità terapeutica poiché diretto a correggere una patologia respiratoria che comprometteva oggettivamente le funzioni respiratorie. La ricorrente deduceva che l'art. 2.2 delle C.G.A., che prevedeva l'esclusione degli interventi per la

correzione di difetto fisico, non potesse applicarsi al suo caso in quanto la definizione contrattuale di "*difetto fisico*" avrebbe richiesto una condizione statica e stabilizzata non sussistente nel suo caso in quanto avendo una patologia in corso la sua condizione si sarebbe configurata attiva e dinamica. Inoltre, la deviazione settale citata come esempio nel glossario non si doveva applicare in presenza di patologie che, come nel caso di specie, compromettevano la funzione respiratoria, per le quali era necessario un intervento chirurgico.

Con le controdeduzioni, l'impresa eccepiva preliminarmente l'inammissibilità del ricorso, sostenendo che la controversia avrebbero richiesto un accertamento tecnico sulla natura del difetto fisico, sulle sue conseguenze e sulla finalità funzionale o correttiva dell'intervento; secondo l'impresa, tale verifica avrebbe richiesto un'attività istruttoria di natura consulenziale non compatibile con il procedimento davanti all'Arbitro. Nel merito, sosteneva che l'intervento non fosse coperto perché l'art. 2.2, punto 12, delle C.G.A. escludeva "*cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze*". Richiamava inoltre il Glossario, che definiva il "*difetto fisico – malformazione*" come un'alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata e includeva, tra gli esempi, anche la deviazione del setto nasale. Su questa base, riteneva che l'intervento rientrasse nell'esclusione contrattuale. L'impresa rilevava infine che, al momento delle controdeduzioni, la ricorrente non aveva prodotto documentazione fiscale a sostegno della richiesta di rimborso di euro 5.700,00.

Con le repliche, la ricorrente contestava l'eccezione di inammissibilità, sostenendo che la controversia potesse essere decisa sulla base della documentazione già prodotta e che la valutazione della natura funzionale o meramente correttiva dell'intervento rientrasse nelle competenze del Collegio. Aggiungeva che l'eventuale necessità di approfondimenti tecnici non avrebbe determinato automaticamente l'inammissibilità del ricorso. Nel merito, contestava l'equiparazione automatica tra deviazione del setto nasale e difetto fisico escluso e sosteneva che la deviazione del setto nasale potesse avere natura meramente anatomica oppure patologica, quando comportasse una compromissione della funzione respiratoria; e che nel caso concreto l'intervento era stato eseguito per finalità terapeutiche, in presenza di una condizione clinica incidente sulla respirazione. La ricorrente affermava inoltre che la clausola di esclusione dovesse essere interpretata restrittivamente e non potesse essere applicata automaticamente a interventi aventi finalità terapeutica, altrimenti si sarebbe rischiato di estendere eccessivamente l'esclusione. Sosteneva anche che l'impresa non avesse fornito prova concreta della natura esclusivamente correttiva dell'intervento né dell'assenza di una patologia sottostante. Infine, produceva la documentazione fiscale relativa all'intervento e aumentava la richiesta di rimborso a euro 6.765,46, escludendo euro 60,00 riferiti al servizio alberghiero.

Con le controrepliche, l'impresa ribadiva preliminarmente l'inammissibilità del ricorso, sostenendo che la controversia non potesse essere decisa senza un accertamento tecnico sulla natura del difetto fisico e sulla finalità funzionale o meramente correttiva dell'intervento, che avrebbe richiesto un'attività istruttoria di natura consulenziale. Nel merito, ribadiva che la polizza escludeva gli interventi eseguiti per eliminare o correggere difetti fisici e le loro conseguenze e richiamava nuovamente il Glossario, nel quale la deviazione del setto nasale era espressamente indicata tra gli esempi di "*difetto fisico-malformazione*", e sosteneva che,

proprio per tale ragione, l'intervento non fosse indennizzabile. Precisava, inoltre, che l'eventuale natura anche funzionale dell'intervento non avrebbe rilevato ai fini della copertura, essendo sufficiente la presenza del difetto fisico. Quanto ai costi, l'impresa evidenziava che l'importo complessivo risultante dalla documentazione prodotta era diverso da quello originariamente richiesto e contestava inoltre la mancata prova dell'effettivo esborso (es. contabili), nonché la mancata produzione della cartella clinica.

In conclusione, la ricorrente chiede che venga riconosciuta la natura patologica dell'intervento e disponga alla compagnia il rimborso di euro 5.700,00. Nelle repliche chiede di rigettare l'eccezione di inammissibilità del ricorso; di accertare e dichiarare la natura terapeutica dell'intervento chirurgico eseguito; per l'effetto, di accogliere il ricorso e condannare la resistente al rimborso dell'importo richiesto pari a euro 6.765,46.

L'impresa chiede di voler dichiarare inammissibile il ricorso ai sensi dell'artt. 3, p.to 3 e/o art. 11, p.to 8 del Decreto del Ministero delle Imprese e dal *Made in Italy*, 6 novembre 2024 n.215, di seguito "Decreto", in quanto richiede un accertamento tecnico; di rigettare il ricorso perché l'intervento chirurgico è stato eseguito per la correzione di un difetto fisico e le sue conseguenze.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio ha ad oggetto la richiesta della ricorrente di rimborso delle spese sostenute per un intervento chirurgico al setto nasale effettuato a causa di una patologia respiratoria, rimborso che l'impresa ha negato ai sensi dell'art. 2.2 punto 12 delle C.G.A. che prevede l'esclusione per gli interventi effettuati per la correzione di "*difetti fisici*". In particolare, la predetta clausola esclude dal rimborso, per tutte le garanzie prestate, le "*cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici e le loro conseguenze, salvo quanto previsto dalla garanzia interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali*". Inoltre, nel Glossario di polizza è riportata la seguente definizione di "*Difetto fisico-malformazione*": "*Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata: acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica o che deriva da anomalia congenita. Sono considerati, ad esempio, difetto fisico-malformazione: alluce valgo, dito a martello, piede piatto, vizi di rifrazione, deviazione del setto nasale*".

Dunque, sul piano letterale, sono esclusi dalla garanzia gli interventi chirurgici per eliminare difetti fisici e le loro conseguenze e la polizza, seppure con elencazione meramente esemplificativa, indica tra i difetti fisici esclusi la deviazione del setto nasale.

Così ricostruiti i termini della questione, occorre osservare che il Collegio ha già avuto modo di chiarire (Decisione AAS n. 822/2026) che, in tema di interpretazione dei contratti, la giurisprudenza ha affermato che "*il primo strumento da utilizzare è il senso letterale delle parole e delle espressioni adoperate, mentre soltanto se esso risulti ambiguo può farsi ricorso ai canoni strettamente interpretativi contemplati dall'art. 1362 all'art. 1365 c.c. e, in caso di loro insufficienza, a quelli interpretativi integrativi previsti dall'art. 1366 c.c. all'art. 1371 c.c.*" (Cass. civ., Sez. III, ord. 11 marzo 2025, n. 6444); e che, con riferimento ai criteri interpretativi sussidiari e integrativi, "*il giudice del merito non è tenuto a ricorrervi ove,*

interpretata la clausola in conformità ai criteri legali di ermeneutica negoziale, nel modo più corrispondente al suo significato letterale, non ha dubbi o perplessità circa il suo significato" (Cass. civ., Sez. III, ord. 11 novembre 2024, n. 28939; nonché Cass. civ., Sez. II, ord. 20 giugno 2024, n. 17063), anche se "*ai fini della ricerca della comune intenzione dei contraenti, il principale strumento è rappresentato dal senso letterale delle parole e delle espressioni utilizzate nel contratto; il rilievo da assegnare alla formulazione letterale dev'essere verificato alla luce dell'intero contesto contrattuale, e le singole clausole vanno considerate in correlazione tra loro, dovendo procedersi al loro coordinamento a norma dell'art. 1363 c.c., dovendosi intendere per "senso letterale delle parole" tutta la formulazione letterale della dichiarazione negoziale, in ogni sua parte ed in ogni parola che la compone, e non già in una parte soltanto, quale una singola clausola di un contratto composto di più clausole, dovendo il giudice collegare e raffrontare tra loro frasi e parole al fine di chiarirne il significato*" (Cass. civ., Sez. I, ord. 29 aprile 2024 n. 11475; nonché Cass. civ., Sez. II, ord. 4 aprile 2024 n. 8940; inoltre, con specifico riguardo ai contratti assicurativi, Cass. civ., sez. III, ord. 23 settembre 2021, n. 25849, Cass. civ., sez. III, ord. 12 febbraio 2020, n. 3367 e Cass. civ., sez. III, sent. 29 settembre 2016, n. 19299). Con specifico riferimento ai criteri di interpretazione dei contratti assicurativi, la giurisprudenza di legittimità ha precisato che "*nell'interpretazione del contratto di assicurazione, che va redatto in modo chiaro e comprensibile, il giudice non può attribuire a clausole polisenso uno specifico significato, pur teoricamente non incompatibile con la loro lettera, senza prima ricorrere all'ausilio di tutti gli altri criteri di ermeneutica previsti dagli artt. 1362 c.c. e ss., e, in particolare, a quello dell'interpretazione contro il predisponente, di cui all'art. 1370 c.c. (Cass. 668/ 2016; Cass. 10825/ 2020). L'art. 1370 c.c. ha una precisa ragione: se la clausola è predisposta da un solo contraente, la scarsa chiarezza del testo va imputata a costui, non avendo l'altro dato alcun contributo alla redazione. Si può dire che tutela l'affidamento del contraente che non ha redatto, ossia il significato che legittimamente costui si aspettava dalla clausola. Resta evidente che l'interpretazione* contra stipulatorem *presuppone il dubbio: ossia presuppone che, in base alle regole di interpretazione correnti (testuali, sistematiche, ecc.), siano ricavabili almeno due significati possibili; che è ciò che rende il significato non univoco e giustifica la tutela del contraente cui la clausola è 'imposta'*" (Cass. civ., Sez. III, 23 settembre 2021, n. 25849). La Suprema Corte (Cass. civ. sez. VI, 23 settembre 2021, n. 25849; Cass. civ. sez. III 9 luglio 2019 n. 18324, Cass. civ. sez. III, 18 gennaio 2016, n. 668) ha altresì affermato che "*nell'ipotesi in cui l'interpretazione delle clausole di un contratto di assicurazione presenti dei margini di ambiguità, dovrà comunque essere preferita l'interpretazione più rispondente a buona fede*" e che il giudice non può attribuire a clausole polisenso uno specifico significato "*senza prima ricorrere all'ausilio di tutti gli altri criteri di ermeneutica previsti dagli artt. 1362 ss. c.c. e, in particolare, a quello dell'interpretazione contro il predisponente di cui all'art. 1370 c.c.*".

Siffatte indicazioni ermeneutiche devono guidare l'interprete nello scrutinare la clausola di esclusione invocata dall'impresa, la quale, escludendo dalla copertura assicurativa l'eliminazione dei difetti fisici, tra i quali la deviazione del setto nasale, senza ulteriori specificazioni, deve essere intesa nel senso che non sono garantiti i soli interventi per la correzione di un difetto, senza possibilità di estendere l'esclusione agli interventi che

abbiano uno scopo terapeutico che trascende il difetto fisico, come nell'ipotesi in cui siano diretti alla risoluzione di un'ostruzione respiratoria cronica o altre patologie similari clinicamente documentate e comunque dettati da necessità funzionali respiratorie. Ciò in ragione del fatto che, trattandosi, appunto, di una esclusione di una garanzia assicurativa, deve essere oggetto di interpretazione ed applicazione restrittiva e che anche in caso di clausole strutturalmente polisenso il dubbio sul significato va comunque risolto a favore dell'assicurato (sulle clausole polisenso v. Cass. civ. sez. VI 23 settembre 2021, n. 25849, cit.).

Così ricostruito il significato delle norme contrattuali, va altresì osservato che, come il Collegio ha già avuto modo di chiarire (Decisione AAS n. 723/2026; Decisione AAS n. 443/2026; Decisione AAS n. 531/2026), nel procedimento dinanzi a questo Arbitro trovano applicazione i medesimi principi generali che reggono il processo civile, tra questi vi è quello che vuole il giudice *peritus peritorum*, in virtù del quale non sussiste alcun automatismo tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e la necessità di nomina di una consulenza tecnica, che qui sarebbe preclusa. Da tale principio, ancora da ultimo confermato dalla giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass., 16 maggio 2024, n. 13603), deriva che, se il Collegio valuta congruo il compendio documentale a propria disposizione, può addivenire a una decisione della controversia resa secondo diritto (cfr. Collegio di Coordinamento ABF, 15 dicembre 2016, n. 10929) e nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto.

Nella fattispecie concreta, l'esame della documentazione versata in atti consente al Collegio di verificare se l'intervento per il quale viene chiesto il rimborso rientri nell'esclusione di garanzia.

In particolare, da detta documentazione risulta che l'anamnesi dell'intervento al setto nasale cui si è sottoposto l'assicurato riporta "*difficoltà respiratoria prevalentemente nasale; disturbi del sonno (russamento, sonno non ristoratore); riduzione della qualità di vita quotidiana*" e l'esame obiettivo e strumentale indica: "*deviazione significativa del setto nasale con riduzione del flusso aereo; ipertrofia dei turbinati inferiori; eventuale alterazione strutturale della piramide nasale con rilevanza funzionale respiratoria*". La diagnosi conclusiva è di "*deviazione del setto nasale con ostruzione respiratoria cronica; ipertrofia dei turbinati inferiori; insufficienza respiratoria nasale di tipo meccanico*". L'impresa non ha contestato il contenuto e il significato della documentazione medica prodotta dalla ricorrente, limitandosi a ribadire la tesi della non operatività della garanzia, in quanto intervento volto ad eliminare un difetto fisico.

Ad avviso del Collegio, l'ostruzione respiratoria cronica, l'insufficienza respiratoria nasale di tipo meccanico, i disturbi del sonno e la riduzione della qualità di vita quotidiana documentano che l'intervento non era finalizzato alla mera correzione di un difetto fisico, ma al ripristino di una funzione fisiologica compromessa, per cui l'applicazione dell'esclusione di polizza a tale fattispecie, come pretende la resistente, implicherebbe il superamento del significato ricavabile dal tenore letterale e sistematico della clausola, in violazione dei principi interpretativi sopra richiamati.

Pertanto, la domanda della ricorrente di riconoscimento del rimborso delle spese mediche sostenute per l'intervento è fondata.

Circa l'ammontare del rimborso, osserva il Collegio che la ricorrente, solo con le repliche, ha prodotto la documentazione fiscale dei costi sostenuti per complessivi euro 6.765,46, di cui la resistente ha eccepito la tardività.

In merito all'ammissibilità della documentazione prodotta tardivamente, si rammenta che questo Collegio (Decisione AAS n. 645/2026), ha fatto propria la distinzione "*tra documenti "di risposta" e documenti "costitutivi" dei fatti posti a fondamento della domanda e il duplice orientamento formatosi al riguardo, per affermare che la preclusione alla produzione documentale in fase successiva a quella di proposizione della domanda (dunque repliche e/o controrepliche) sia da intendere in chiave meramente funzionale, nel senso cioè di impedire l'immissione nel procedimento di domande nuove e l'ampliamento del* thema decidendum*, ferma invece restando la possibilità per le parti di produrre documenti strumentali alla confutazione delle difese avversarie, come senza dubbio può qui dirsi per la produzione di parte ricorrente, volta appunto a replicare alla sollevata eccezione di parte resistente (cfr. Collegio ABF di Milano, decisione n. 20917/2019)*".

Nella specie, i documenti prodotti con le repliche dalla ricorrente non hanno ampliato il *thema decidendum*, ma costituiscono unicamente la prova dell'esborso sostenuto per l'intervento, che l'impresa aveva contestato con le controdeduzioni.

Tuttavia, la domanda di rimborso deve essere accolta nei limiti di quanto indicato nel ricorso pari a euro 5.700,00, in quanto la richiesta di un importo superiore effettuata solo con le repliche è inammissibile.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di euro 5.700,00, oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

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

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA