Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

## IL COLLEGIO

composto da:

| | |
|---|---|
| CONCETTA BRESCIA MORRA | 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 |
| BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO | Componente designato dai clienti consumatori |

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 15/10/2026

## FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 24 febbraio 2026 (e reclamo presentato l'11 settembre 2025), il ricorrente riferiva che l'impresa resistente, in forza di polizza collettiva involgente anche la copertura di spese mediche, autorizzava, in data 24 aprile 2025, il ritrattamento canalare sugli elementi dentali 16 e 17, nonché, il 13 giugno 2025, l'applicazione delle corone provvisorie sui medesimi elementi dentali. In data 9 settembre 2025, il ricorrente chiedeva quindi l'autorizzazione all'applicazione delle corone definitive, da eseguirsi, secondo le condizioni di polizza, entro 12 mesi dal ritrattamento ma l'impresa a quel punto annullava la pratica, asserendo che i denti *de quibus* sarebbero stati devitalizzati prima dell'ingresso in copertura e che il dedotto ritrattamento non avrebbe potuto far decorrere un nuovo termine di 12 mesi.

Tanto premesso, il ricorrente deduceva che la garanzia azionata non avrebbe previsto la distinzione tra "prima devitalizzazione" e successivi trattamenti endodontici, né che avrebbe escluso la ricomprensione dei denti sottoposti a trattamenti canalari dal novero dei "denti trattati endodonticamente". Di qui la contestazione della interpretazione sostenuta dall'impresa e l'invocazione della copertura in garanzia, nel presupposto dell'integrare, il trattamento canalare datato 2025, un trattamento endodontico, ed aggiungendo che le

corone provvisorie e definitive avrebbero rappresentato il naturale completamento del trattamento previamente autorizzato.

Il ricorrente chiedeva quindi all'Arbitro di:

"a) accertare che il ritrattamento canalare del 2025 integri il presupposto contrattuale di "dente trattato endodonticamente (devitalizzato) in corso di validità della polizza" ai sensi della Garanzia D.1;

b) dichiarare indennizzabili le corone definitive sugli elementi 16 e 17 oggetto del *voucher* **1454685**;

c) ordinare alla Compagnia il pagamento delle somme dovute per le corone definitive, oltre agli eventuali interessi di legge".

Regolarmente costituitasi, l'impresa eccepiva preliminarmente l'inammissibilità del ricorso, *ex* art. 3, co. 2 e/o art. 11 co. 8 del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), presentando la controversia un carattere tecnico tale da richiedere un'attività istruttoria di natura consulenziale circa la qualificabilità del ritrattamento canalare quale vera e propria devitalizzazione. Subordinatamente, nel merito, l'impresa chiedeva il rigetto del ricorso, non sussistendo i requisiti previsti dalla garanzia azionata.

Specificamente, rilevava come la copertura di polizza fosse prevista da piano sanitario "Fondo (*omissis*)". Evidenziava come la ridetta convenzione avesse efficacia triennale, a partire dal primo gennaio 2024 e fino al 31 dicembre 2026, prestando ai lavoratori del settore iscritti al fondo delle soluzioni sanitarie integrative. Riferiva che la condizione contrattuale invocata dal ricorrente sarebbe stata quella "D.1 cure dentarie", tale da circoscrivere però l'oggetto della garanzia prestata, prevedendo la possibilità di autorizzare (la spesa per) l'apposizione di corone dentali solo in ordine a elementi trattati con devitalizzazione non oltre 12 mesi prima e, comunque, durante il periodo di copertura.

Tanto premesso, ad avviso dell'impresa e alla stregua della documentazione medica e radiografica depositata, gli elementi 16 e 17, oggetto di vertenza, sarebbero risultati devitalizzati nel 2021, ossia prima della attivazione della copertura; e, in ogni caso, l'apposizione delle corone sarebbe avvenuta oltre il limite temporale di 12 mesi dalla devitalizzazione.

L'impresa chiedeva pertanto volersi dichiarare inammissibile il ricorso e nel merito comunque rigettarlo.

Il ricorrente, in sede di repliche, deduceva contro l'eccepita inammissibilità del ricorso, la non necessità di una consulenza medico-legale autonoma per la soluzione della controversia, viceversa dipendente dalla sola interpretazione delle clausole contrattuali. Riferiva peraltro come l'impresa, con comunicazione dell'11 dicembre 2025, in risposta al reclamo presentato all'IVASS, avesse qualificato il ritrattamento canale come prestazione riconducibile in ambito endodontico; e ancora, come avesse addotto una data diversa – da quella poi sostenuta – per la intervenuta devitalizzazione degli elementi dentali 16 e 17, precisamente l'anno 2020 e non il 2021. Tale discrasia avrebbe minato, a giudizio del

ricorrente, la credibilità complessiva della ricostruzione posta dall'impresa a fondamento del proprio diniego.

Quanto alla garanzia D.1, il ricorrente reiterava l'osservazione secondo cui il dato letterale non avrebbe contenuto un'espressa distinzione tra prima devitalizzazione e ritrattamento canalare successivo, né escluso chiaramente che un trattamento eseguito in costanza di copertura potesse assumere rilievo ai fini della protesizzazione. Deduceva che l'eventuale dubbio, comunque, non avrebbe potuto essere sciolto nel senso più restrittivo per l'assicurato.

Il ricorrente rappresentava poi che il diniego opposto solo in fase finale del percorso, precedentemente approvato, violerebbe i canoni di correttezza e buona fede nell'esecuzione del rapporto, avendo l'assicurato ragionevolmente confidato nel fatto che la copertura già riconosciuta per le prestazioni prodromiche si estendesse anche al completamento della terapia. Il comportamento dell'impresa avrebbe dunque ingenerato un affidamento meritevole di tutela.

Quanto alla circostanza per cui le corone definitive sarebbero state richieste oltre 12 mesi dopo la devitalizzazione, deduce che, considerando il ritrattamento del 24 aprile 2025 quale trattamento endodontico rilevante, la richiesta di autorizzazione per le corone definitive risulterebbe coerentemente formulata entro il termine previsto.

In sede di repliche il ricorrente chiedeva di:

"- respingere l'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso, in quanto la controversia attiene principalmente all'interpretazione della clausola contrattuale applicabile;

- accertare che, nel caso di specie, il ritrattamento endodontico eseguito nel 2025 sugli elementi 16 e 17 rileva ai fini dell'operatività della garanzia D.1 per la successiva protesizzazione;

- dichiarare indennizzabili le corone definitive richieste con *voucher* **1454685**;

- per l'effetto, disporre il riconoscimento delle somme dovute, con ogni conseguenza accessoria di legge ove ritenuta applicabile".

L'impresa reiterava quindi l'eccezione di inammissibilità del ricorso, ribadendo come la questione presentasse carattere tecnico. Nel merito, ribadiva che la garanzia prestata avrebbe coperto solamente le corone definitive su denti devitalizzati nei 12 mesi precedenti, in vigenza di polizza, circostanza, questa, non ricorrente nel caso di specie.

Quanto alla risposta formulata dall'impresa al reclamo IVASS, la resistente evidenziava che, ancorché il ritrattamento canalare fosse stato ricondotto in ambito endodontico, già in quella sede si era rilevato rappresentare "un intervento successivo su un dente già devitalizzato (ch)e non equivale a una nuova devitalizzazione". Con riguardo all'eccepita discrasia tra dichiarazioni in sede di reclamo IVASS e dell'attuale ricorso, l'impresa proseguiva evidenziando come la devitalizzazione sugli elementi 16 e 17 risultasse già chiara da radiografia del primo novembre 2021.

Da ultimo, la resistente rilevava come le prestazioni richieste dal ricorrente, non sarebbero state valutate secondo una consequenzialità terapeutica, ma singolarmente, venendo preso

in considerazione esclusivamente "la data di esecuzione della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento". Stante ciò, l'impresa ritiene che la richiesta di indennizzo del ricorrente, peraltro mai quantificata né provata, debba essere rigettata.

Concludeva chiedendo: "nel merito, di rigettare il ricorso in quanto non sussistono i presupposti previsti al paragrafo "D.1 cure dentarie" (SEZIONE II - CAPITOLO I) delle CGA ai fini dell'indennizzo delle corone definitive oggetto della contestazione, né per il riconoscimento di eventuali rimborsi, rimasti privi di ogni quantificazione e documentazione probatoria".

**DIRITTO**

La questione all'attenzione del Collegio verte sulla pretesa del ricorrente volta ad ottenere la copertura di spese mediche per impianto dentale, a suo giudizio rientranti tra quelle garantite dalla polizza collettiva sottoscritta e per di più in un primo momento autorizzate dall'impresa, la quale avrebbe poi ritrattato e opposto diniego alla prosecuzione della serie di trattamenti.

Rilievo preliminare assume, nondimeno, l'eccezione di inammissibilità *ex* art. 11, co. 8, del Decreto, sollevata dall'impresa e legata alla dedotta natura non esclusivamente documentale della controversia nonché alla supposta indispensabilità di una consulenza tecnica.

Come ripetutamente affermato dal 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. Decisione AAS, n. 397/2026).

Ciò posto, la documentazione medica versata in atti 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 appare dunque meritevole di accoglimento.

Volgendo al merito del ricorso, la controversia si appunta sulla denegata autorizzazione all'effettuazione "in forma diretta" di impianto di corone protesiche definitive sugli elementi dentali nn. 16 e 17, nonostante che sui medesimi elementi fossero stati previamente autorizzati il ritrattamento canalare e l'impianto di corone provvisorie.

Con il reclamo dell'11 settembre 2025, il ricorrente ha chiesto all'impresa di rivalutare il diniego di autorizzazione opposto, rilevando come il trattamento si dovesse qualificare quale "completamento delle terapie autorizzate ed eseguite" con precedenti due "*voucher*". In data

15 settembre 2025 l'impresa, a mezzo del pertinente fondo, ha però confermato la ritenuta non indennizzabilità del trattamento, rilevando che la polizza "copre le prestazioni protesiche solo entro 12 mesi dall'endodonzia eseguita in vigenza contrattuale (non dal ritrattamento canalare)".

A seguito di reclamo all'IVASS da parte del ricorrente, l'impresa (in data 13 ottobre 2025) ha poi confermato le ragioni del diniego opposto, precisando che il termine di dodici mesi previsto in polizza per la richiesta delle corone (sia provvisorie che definitive) non decorrerebbe dalla data del ritrattamento canalare né dall'apposizione delle corone provvisorie.

Orbene, ricorre nel caso di specie una polizza sanitaria collettiva.

L'articolato contrattuale prevede (art. 16 CGA) che l'impresa sia tenuta a coprire "le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio verificatisi dopo la data di entrata in copertura" ivi ricomprese le spese riferite alle prestazioni di odontoiatria, contenute nella garanzia D del piano sanitario integrativo; e ancora, che "i soggetti che entrano in copertura dal 1° gennaio 2024 in avanti, e che quindi non fossero già in copertura col precedente contratto (relativo al Piano Sanitario 2021-2023), potranno chiedere l'indennizzo di spese mediche sostenute dal momento del loro ingresso in copertura, anche se riferite a malattie già diagnosticate in precedenza".

Il preambolo al Piano sanitario integrativo [OMISSIS], d'altra parte, prevede che la garanzia "Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza".

Infine, quanto alla garanzia D1– cure dentarie, la relativa clausola di polizza prevede che vengano pagate le spese per "terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia); - protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone. Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza. È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi".

A fronte di questi riscontri testuali, deve innanzitutto essere stigmatizzato il quadro di estrema incertezza cui le citate previsioni mettono capo, del tutto incompatibile con la direttiva di chiarezza e trasparenza contrattuale, dettata da previsioni di tenore generale del sistema e vieppiù stringente nel quadro del plesso regolatorio assicurativo.

Vi è innanzitutto una grave quanto palese opacità in ordine ai presupposti che giustificherebbero l'ammissione a copertura delle spese per protesi dentarie.

Guardando alla clausola D1, infatti, la previsione che ammette le protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e

definitive) viene seguita da quella per cui “Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati)”.

Sembrerebbe d’acchito derivarne un perimetro più esteso di presupposti del posizionamento protesi con spese rientranti in copertura, ricomprendente cioè previ trattamenti chirurgici nonché trattamenti endodontici; a smentire però questo dato si incarica la frase immediatamente successiva della medesima clausola, allorché è detto che “Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato” , a sua volta nuovamente smentita dalla richiesta produzione di documentazione radiografica da cui si evinca che l’elemento è stato devitalizzato. In pratica, il presupposto del posizionamento delle protesi con spese in copertura si fa oscillante: ora pregressi interventi chirurgici e trattamenti endodontici, ora solo interventi chirurgici, ora devitalizzazioni.

Raccordo non chiaro, se non già autenticamente confusorio, va poi segnalato ricorrere tra la previsione dell’art. 16 CGA e quella di cui al Preambolo al Piano sanitario integrativo [OMISSIS], almeno in ordine alla inclusione di stati patologici precedenti alla copertura. Vero è infatti che la polizza sembra esclusivamente riguardare interventi-presupposto (quali che siano) e impianti protesici effettuati gli uni e gli altri in vigenza di polizza e realizzati a non oltre 12 mesi i secondi dai primi; ma vero è del pari che i soggetti che – come il ricorrente – entrano in copertura dal 1° gennaio 2024 in avanti possono chiedere l’indennizzo di spese mediche sostenute per malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Dirimente, in senso favorevole al ricorrente, deve comunque dirsi, nel caso di specie, altro ordine di considerazioni, vale a dire l’essere incorsa l’impresa in una condotta lesiva dell’affidamento della controparte e integrante violazione del divieto di *venire contra factum proprium*.

Pure in disparte dalle considerazioni sopra esposte circa il rientrare o meno delle cure protesiche avviate entro nello spettro della copertura di polizza, è un fatto che l’impresa abbia autorizzato l’istallazione delle corone provvisorie, dunque abbia autorizzato l’avvio di una sequenza destinata poi a concludersi con l’impianto definitivo. È la stessa impresa a dare conferma di ciò allorché, in data 13 settembre 2025, in risposta al reclamo IVASS del ricorrente, ebbe a ribadire la non indennizzabilità delle corone definitive affermando però che “nemmeno le corone provvisorie di cui alla pratica (*omissis*) avrebbero dovuto essere autorizzate”.

Orbene, costituisce direttiva conformativa delle relazioni soggettive qualificate, specie se di fonte negoziale, quella che impone ai protagonisti di esse di preservare l’affidamento altrui; sul terreno contrattuale ciò è desumibile dagli artt. 1175 e 1375 cod. civ., alla cui stregua non solo doveri positivi di protezione integrano il contenuto del rapporto, bensì pure limiti impliciti all’esercizio delle prerogative che da questo derivano. Tra questi ultimi va senz’altro annoverato il divieto di *venire contra factum proprium*, che esclude di potere fare appello a una “tutela giuridica quando essa si ponga in contrasto con una volontà precedentemente manifestata da colui che la invoca” (cfr. Cass. civ, ord. 21 ottobre 2024, n. 27145; Cass. civ., Sez. III, ord. 26 maggio 2025, n. 14029).

Se ciò è vero in termini generali, lo è a maggior ragione allorquando ne vada della salvaguardia della sfera della persona, com'è certo a dirsi nel caso in cui alle dichiarazioni espresse di una parte faccia poi la sottoposizione dell'altra a trattamenti sanitari. Nel caso di specie, autorizzando (con la emissione del *voucher* **1454685**) l'impianto delle corone provvisorie, l'impresa ha indotto il ricorrente a sottoporsi a un trattamento medico invasivo, oltre che oneroso, talché deve ritenersi che ne sia derivata una irreversibilità della situazione data, *sub specie* di irretrattabilità del consenso contrattuale *ex adverso* prestato, quando pure meritevole di una diversa ponderazione di previsioni contrattuali e posizioni soggettive.

Ciò depone dunque per la piena accoglibilità della domanda del ricorrente, volta ad ottenere la copertura delle spese di cui al *voucher* emesso per le corone provvisorie sugli elementi 16 e 17, nonché la condanna dell'impresa a sostenere i costi relativi alla sostituzione di queste con quelle definitive.

**PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio accoglie il ricorso, accertando il diritto della ricorrente ad ottenere la prestazione assicurativa secondo le condizioni di polizza.

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