



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 GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS

Riunione del 28/05/2026

FATTO

Con ricorso pervenuto in data 9 febbraio 2026 (preceduto da reclamo del 6 maggio 2025), la ricorrente – rappresentata giusta procura in atti – riferisce di aver subito, in data 14 aprile 2021, un infortunio dovuto ad una caduta accidentale dalle scale di una metropolitana urtando violentemente la schiena e di aver, quindi, denunciato il sinistro all'impresa con la quale aveva stipulato una polizza infortuni. L'impresa, analizzata la documentazione, negava però l'indennizzo eccependo la presenza di "*lesioni conseguenti a fenomeni degenerativi*". La ricorrente, quindi, contesta la presenza di fenomeni "*degenerativi preesistenti*" e, giusta perizia del medico legale di parte, quantifica il danno biologico permanente nel 7%, oltre 60 giorni di invalidità temporanea al 75% e 40 giorni al 50%. Chiedeva, quindi, di essere indennizzata ai sensi della polizza infortuni sottoscritta per i danni riportati a causa dell'infortunio sopra descritto.

Con le controdeduzioni l'impresa solleva, in primo luogo, l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (d'ora in avanti "Decreto") in quanto concernente fatti accaduti o



conosciuti dalla ricorrente prima di tre anni dalla proposizione del reclamo, nonché la sua inammissibilità ai sensi dell'art. 11, comma 8 del Decreto, in quanto la controversia richiederebbe accertamenti istruttori che il Collegio non può disporre. Nel merito, solleva la tardività della denuncia del sinistro avvenuta in data 18 gennaio 2023 ribadendo, inoltre, che a seguito di visita medica della ricorrente avvenuta in data 9 febbraio 2023, il fiduciario dell'impresa avrebbe riscontrato la non indennizzabilità del sinistro in quanto non sussisterebbe un nesso di causalità esclusivo e diretto fra le lesioni riportate dalla ricorrente e la caduta denunciata dalla stessa. Tali conclusioni venivano poi confermate dalla consulenza medica centrale la quale richiedeva anche un parere di uno specialista radiologo. L'impresa afferma, quindi, di aver comunicato tali risultanze alla ricorrente in data 14 febbraio 2023 e di averle successivamente ribadite con comunicazioni del 29 agosto 2023 e del 6 maggio 2025.

In sede di repliche, la ricorrente contesta sia l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto in quanto l'infortunio sarebbe avvenuto in data 14 aprile 2021 ma il rigetto del sinistro risalirebbe al 14 febbraio 2023, sia l'inammissibilità ai sensi dell'art. 11, comma 8 del Decreto in quanto i fatti controversi potrebbero essere ricostruiti tramite la documentazione già nella disponibilità delle parti. Nel merito torna a contestare la presenza di fenomeni degenerativi in quanto non dimostrati da parte dell'impresa e, alla luce della perizia di parte depositata, quantifica il danno in euro 12.172,49 stante una riscontrata invalidità permanente del 7%, 60 giorni di invalidità temporanea parziale al 75% e 40 giorni di invalidità parziale al 50%. A tale importo dovrebbe poi sommarsi quello relativo alle spese mediche sostenute pari ad euro 2.162,00 al quale sarebbe ancora da aggiungere il costo della visita medico legale pari ad euro 200,00 ed euro 159,00 per la visita ortopedica.

Con le controrepliche, l'impresa ribadisce le eccezioni già formulate con gli scritti difensivi e, pertanto, chiede di dichiarare l'inammissibilità del ricorso e, subordinatamente, l'infondatezza dello stesso.

DIRITTO

La controversia sottoposta all'attenzione del Collegio richiede, in via preliminare, l'esame dell'eccezione di inammissibilità sollevata dall'impresa ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto, secondo cui il ricorso è inammissibile quando *“ha ad oggetto fatti accaduti e comportamenti posti in essere, oppure di cui il ricorrente sia venuto a conoscenza, prima dei tre anni dalla data di proposizione del reclamo”*.

Ai fini della corretta interpretazione della disposizione occorre preliminarmente individuare il significato da attribuire all'espressione *“fatti accaduti o comportamenti posti in essere”*. Tale valutazione non può essere compiuta isolatamente, ma deve essere condotta alla luce della struttura complessiva del procedimento disciplinato dal Decreto e, in particolare, del rapporto intercorrente tra reclamo e ricorso. L'art. 8 comma 3 del Decreto richiede, infatti, una corrispondenza oggettiva tra il contenuto del reclamo e quello del successivo ricorso, mentre l'art. 8, comma 2 del Decreto stabilisce che il ricorso debba essere proposto entro un anno dalla presentazione del reclamo. Le richiamate disposizioni evidenziano come il reclamo rappresenti il necessario antecedente del procedimento di fronte all'Arbitro



assicurativo e come l'oggetto della cognizione del Collegio debba coincidere con la contestazione previamente sottoposta all'impresa.

Ne consegue che la verifica del limite temporale previsto dall'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto, non può essere effettuata con riferimento a qualsiasi fatto storico inserito nella vicenda contrattuale, ma deve riguardare i fatti o i comportamenti che costituiscono l'oggetto della contestazione formulata dal cliente nel reclamo e successivamente devoluta al Collegio mediante il ricorso.

Tale conclusione trova conferma nella stessa formulazione della disposizione, la quale attribuisce rilievo non soltanto ai *"fatti accaduti"*, ma anche ai *"comportamenti posti in essere"*. Il riferimento alternativo alle due categorie dimostra che il legislatore non ha inteso necessariamente individuare il perimetro temporale rilevante in funzione del fatto genetico del rapporto o della vicenda assicurativa, ma piuttosto ha attribuito rilievo al fatto o alla condotta che generano l'insoddisfazione del cliente e danno origine alla controversia. In questa prospettiva assume rilievo anche la definizione di reclamo contenuta all'art. 1, comma 1, lett. i del Decreto, secondo cui per reclamo deve intendersi una dichiarazione scritta di insoddisfazione avente ad oggetto una prestazione, un servizio o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo. La stessa nozione di reclamo presuppone, pertanto, l'esistenza di un fatto o di una condotta rispetto ai quali si è manifestato un contrasto tra le parti.

Una diversa interpretazione rischierebbe di scollegare il termine triennale di cui all'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto dall'effettivo oggetto della controversia. Si pensi, ad esempio, all'ipotesi in cui il contraente contesti l'efficacia di una clausola negoziale applicata dall'impresa per negare la prestazione assicurativa. In tal caso la clausola potrebbe essere stata inserita nel contratto molti anni prima, ma la controversia sorgerebbe soltanto nel momento in cui l'impresa ne facesse concreta applicazione e l'assicurato ne contestasse gli effetti. Analogamente, nelle controversie relative all'obbligo di corrispondere un indennizzo assicurativo, il sinistro può rappresentare il presupposto storico della pretesa, mentre il conflitto fra le parti si manifesta soltanto quando l'impresa assume una determinazione sulla richiesta di adempimento della prestazione avanzata dall'assicurato.

L'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto, deve pertanto essere interpretato nel senso che il termine triennale ivi previsto vada verificato con riferimento ai fatti o ai comportamenti che costituiscono il nucleo della contestazione formulata nel reclamo e successivamente sottoposta alla cognizione del Collegio.

Nel caso di specie, non è controverso che il sinistro denunciato dalla ricorrente si sia verificato in data 14 aprile 2021. Tale evento costituisce, tuttavia, il presupposto fattuale della pretesa assicurativa azionata dalla ricorrente e non l'oggetto della controversia insorta tra le parti. Dalla documentazione in atti emerge infatti che, a seguito della denuncia del sinistro, l'impresa ha svolto una serie di accertamenti medico-legali finalizzati alla verifica dell'indennizzabilità del danno lamentato e che solo all'esito di tali attività ha comunicato alla ricorrente il diniego dell'indennizzo in data 14 febbraio 2023, successivamente confermato con ulteriori comunicazioni.



È proprio tale diniego che la ricorrente ha contestato nel reclamo del 6 maggio 2025 e che costituisce altresì l'oggetto della controversia devoluta al Collegio con il presente ricorso. L'insoddisfazione manifestata dalla ricorrente non riguarda, nel caso di specie, le modalità con cui l'impresa ha valutato il sinistro, trattandosi di un fatto storico pacifico tra le parti, bensì la decisione della stessa di negare la prestazione assicurativa richiesta.

Ne consegue che, ai fini dell'applicazione dell'art. 9, comma 1, lett. c del Decreto, il comportamento rilevante deve essere individuato nel diniego dell'indennizzo comunicato dall'impresa il 14 febbraio 2023. Poiché il reclamo è stato presentato il 6 maggio 2025 e, quindi, entro il triennio successivo a tale condotta, l'eccezione di inammissibilità sollevata dall'impresa non può essere accolta.

In relazione poi alla sollevata eccezione di inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 11, comma 8 del Decreto, bisogna in primo luogo verificare le consistenze probatorie e le allegazioni presenti nel fascicolo al fine di verificare, una volta analizzate alla luce delle richieste e delle eccezioni formulate dalle parti, se risultino o meno necessari accertamenti istruttori preclusi al Collegio.

Va constatato, sotto tale profilo, che nella relazione svolta all'esito della visita medico legale effettuata su incarico dell'impresa in data 20 aprile 2023, si ammette che la dinamica del sinistro per come descritta dalla ricorrente appaia tecnicamente compatibile con la *"certificata frattura della limitante superiore della L3"*. Nella medesima relazione, poi, si richiama una MOC del 23 maggio 2022 il cui referto è *"nella norma rispetto a sesso ed età"*. A seguito di tale visita, però, il medico incaricato ritenne necessario sottoporre ad uno specialista radiologo l'RX al rachide della ricorrente al fine di verificare la presenza di un *"cedimento vertebrale su base porotico-malacica"*. A seguito di consulenza radiologica del 16 luglio 2023, il consulente evidenzia come il quadro clinico appariva compatibile con un cedimento su base *"osteoporomalacica"*. Tali conclusioni vengono, poi, pedissequamente riprese nella Consulenza medica centrale del 29 agosto 2023.

Dalla documentazione in atti, valutata alla luce delle osservazioni svolte dall'impresa e senza necessità di ulteriori elementi probatori, non emerge la presenza di patologie pregresse in grado di incidere eziologicamente sul sinistro denunciato. Emerge invece un quadro clinico privo di particolari patologie e la presenza di lesioni che, come peraltro evidenziato anche da parte dell'impresa, risultano del tutto compatibili con il sinistro denunciato da parte della ricorrente. Va infatti segnalato che dalla stessa documentazione medica presentata dall'impresa emerge come dalla MOC effettuata dalla ricorrente in data 23 maggio 2022, quindi successivamente alla data del sinistro, non emergano particolari criticità porotico-malaciche e che la condizione clinica della stessa appaia del tutto in linea con la normale condizione medica in relazione al sesso ed all'età della ricorrente. Sul punto, appare opportuno segnalare che la polizza infortuni in oggetto sia stata rinnovata dalla ricorrente in data 18 febbraio 2021 quando, cioè, la stessa aveva ormai superato i 70 anni di età e ciò corrobora ulteriormente l'illegittimità del diniego all'indennizzo opposto dall'impresa sulla scorta di un quadro clinico della ricorrente che appare assolutamente in linea con una condizione di buona salute scheletrico-articolare rispetto all'età della stessa. In un siffatto quadro probatorio, quindi, l'impresa non ha dimostrato la presenza di una



preesistente patologia che abbia in concreto inciso eziologicamente sul danno lamentato da parte della ricorrente che, invece, pare da attribuire esclusivamente alla caduta da quest'ultima denunciata.

Venendo alla quantificazione del pregiudizio subito dalla ricorrente, la stessa deposita in atti una perizia di parte dalla quale emerge una quantificazione dell'invalidità permanente al 7%, nonché una invalidità temporanea di 60 giorni al 75% e di 40 giorni al 50%. Agli importi così ricavabili, la ricorrente aggiunge anche i costi delle spese mediche sostenute per un importo pari ad euro 2.521,00 con relative quietanze di pagamento. Tali risultanze non vengono contestate da parte dell'impresa che articola le sue difese eccependo esclusivamente l'assenza del diritto all'indennizzo a causa della sussistenza di patologie pregresse. Nelle repliche, poi, la ricorrente precisa che la somma alla stessa spettante a causa delle lesioni subite ammonta ad euro 12.172,49 alla quale devono sommarsi le spese mediche come già indicate in ricorso pari ad euro 2.521,00 e, così, per un totale di euro 14.693,49. Anche tale precisazione non è oggetto di specifica contestazione in sede di controrepliche da parte dell'impresa e può, quindi, ritenersi pacifica fra le parti.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di euro 14.693,49 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