



## IL COLLEGIO

composto da:

|                            |                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------|
| CONCETTA BRESCIA MORRA     | Presidente                                          |
| GIOVANNI STELLA            | 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 21/05/2026

## FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 15 gennaio 2026 (e reclamo presentato il 6 febbraio 2025), il ricorrente contestava il diniego alla liquidazione del sinistro (frattura L1), a valere su polizza infortuni, oppostogli dell'impresa e fondato sulla presunta preesistenza della lesione all'infortunio stesso, oltre che sulla tardività della diagnosi, effettuata oltre il termine di 15 giorni previsto nel contratto.

Il ricorrente rilevava l'iniziale mancata sottoscrizione della perizia fiduciaria fornita dall'impresa e deduceva che le risultanze della stessa sarebbero confutate dal parere medico-specialistico di parte, dal quale sarebbe risultata l'impossibilità di datare il sinistro (frattura L1) mediante una radiografia effettuata 79 giorni dopo l'evento, ed altresì l'inattendibilità dei criteri utilizzati dalla perizia effettuata da uno specialista incaricato dall'impresa, in assenza di TAC o RMN.



Aggiungeva, poi, che la ritardata diagnosi sarebbe stata da imputare a errata valutazione dei sintomi, effettuata in buona fede, e precisamente all'aver scambiato per dolore muscolare una frattura. Contestava, inoltre, l'assolvimento, da parte dell'impresa, dell'onere della prova circa la preesistenza dell'infortunio, soggiungendo come la clausola contrattuale di cui all'art. S1.3 (*rectius* S1.4) delle Condizioni Generali di Assicurazione, (di seguito "CGA"), impositiva dell'onere di diagnosticare tempestivamente l'infortunio entro 15 giorni, rischiasse di risultare vessatoria laddove interpretata rigidamente.

Concludeva, dunque, chiedendo all'Arbitro di condannare l'impresa alla liquidazione del sinistro come da condizioni di polizza. In particolare, chiede che l'impresa "sia invitata a fornire una proposta di liquidazione (come da tabelle di liquidazione polizza) per la risoluzione immediata della controversia, aumentato di euro 1.000,00 a titolo di rimborso spese sostenute".

Regolarmente costituitasi, l'impresa ricostruiva i fatti, chiarendo come la controversia traesse origine dalla richiesta di indennizzo avanzata dal ricorrente in relazione ad un infortunio asseritamente occorsogli in data 10 agosto 2022. Riferiva, a seguito della denuncia di sinistro, di avere istruito la pratica affidando l'analisi della documentazione medica ad un medico specialista, comunicando poi all'assicurato il diniego di indennizzo, fondato su due profili:

- a) la ritenuta preesistenza della lesione patita alla vertebra L1 rispetto all'evento denunciato e, ancora prima, alla decorrenza della polizza;
- b) la decadenza del diritto all'indennizzo per tardiva diagnosi, poiché, ai sensi dell'art. S1.3 CGA, la lesione avrebbe dovuto essere diagnosticata entro 15 giorni dall'infortunio, essendo invece intervenuta soltanto il 28 ottobre 2022, ossia 79 giorni dopo l'asserito evento del 10 agosto 2022.

L'impresa concludeva chiedendo il rigetto del ricorso.

In sede di repliche, il ricorrente contestava quanto dedotto dall'impresa e, nello specifico, la valenza di "prova positiva e scientificamente fondata" della relazione specialistica redatta su incarico dell'impresa. In particolare, richiamando le risultanze della perizia di parte redatta su incarico dello stesso, rilevava come l'impresa non avesse dimostrato la preesistenza della lesione. Ciò precisamente, avendo, lo specialista incaricato, qualificato il reperto come "non recente" e non come "preesistente", circostanza che lo renderebbe compatibile con un trauma avvenuto 79 giorni prima; costituendo oggetto di stima probabilistica e non invece di prova certa la datazione basata su una radiografia tardiva, in assenza di esami eseguiti a ridosso della stipula della polizza o immediatamente dopo il trauma (TAC/RMN); considerando che tra il sinistro e l'indagine radiografica sarebbero intercorsi 79 giorni, lasso di tempo ritenuto compatibile con "segni di consolidamento, regolarizzazione dello "scalino corticale" e assenza di edema acuto".

Con riguardo alla decadenza eccepita dall'impresa, ai sensi dell'articolo S1.3 delle CGA, il ricorrente riteneva eccessivamente gravosa la clausola impositiva, all'assicurato, dell'onere di individuare entro 15 giorni la natura traumatica della lesione, a pena di decadenza totale.



Riferiva inoltre di aver effettuato gli accertamenti diagnostici non appena escluso, stante il persistere del dolore, il semplice risentimento muscolare, evidenziando come una frattura vertebrale da schiacciamento di L1 possa inizialmente manifestarsi come una comune lombalgia e richiamando, a sostegno, il principio di buona fede e la funzione della polizza infortuni.

Il ricorrente contestava, infine, una carenza di trasparenza nella gestione del sinistro da parte dell'impresa, rilevando che solo a seguito dell'intervento dell'Autorità di Vigilanza l'impresa avrebbe prodotto una perizia formalmente valida e sottoscritta. Concludeva le proprie repliche chiedendo l'accertamento del diritto all'indennizzo.

Nelle controrepliche, l'impresa ribadiva le proprie difese, già ampiamente illustrate nelle controdeduzioni depositate, insistendo per il rigetto integrale del ricorso.

In particolare:

- sotto il profilo della preesistenza dell'infortunio, l'impresa deduceva che un ulteriore parere del medico fiduciario avrebbe evidenziato in modo inequivocabile segni di cronicità della lesione del tutto incompatibili con un evento acuto occorso nella data del sinistro, eccependo la genericità e la natura meramente possibilistica delle affermazioni del consulente di parte ricorrente che, quindi, non offrirebbero una reale confutazione scientifica;
- sotto il profilo dell'eccezione di decadenza della copertura, l'impresa specificava che la clausola in questione non sarebbe vessatoria, in quanto concorrerebbe a delimitare l'oggetto del contratto e il rischio assicurato e che "la giustificazione addotta dal ricorrente – aver sottovalutato il dolore – è soggettiva e del tutto irrilevante ai fini dell'applicazione di una pattuizione contrattuale oggettiva, che impone un preciso onere di diligenza".

## DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio verte sulla pretesa del ricorrente all'accertamento del diritto all'ottenimento di un indennizzo da polizza infortuni e sulla conseguente condanna dell'impresa.

Pregiudiziale risulta nondimeno l'eccezione sollevata dall'impresa, volta ad ottenere la declaratoria di inammissibilità del ricorso, ai sensi dell'art 11, comma 8, del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito "Decreto"), secondo cui "il Collegio dichiara l'inammissibilità del ricorso quando, ai fini della decisione, sono necessari gli accertamenti istruttori che ai sensi dell'articolo 3, comma 3, non può disporre".

L'eccezione non merita di essere accolta.

Va innanzitutto ribadito che il procedimento dinanzi a questo Arbitro è retto dai principi generali del processo civile, 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, certo, comunque preclusa - di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo 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, n. 10929/2016),



oltre che nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto, secondo cui "le controversie sono esclusivamente documentali".

Di qui, dunque, la non necessità di consulenza tecnica e la non accoglibilità dell'eccezione sollevata dall'impresa.

Volgendo alla disamina del merito del ricorso, esso verte sulla asserita riconducibilità del danno (frattura L1) riportato dal ricorrente, a seguito di un evento che lo stesso colloca temporalmente in data 10 agosto 2022, entro il perimetro del rischio coperto dalla polizza infortuni decorrente dal 24 giugno 2022.

In ordine alla valutazione di fondatezza della domanda principale, tanto più alla stregua delle controdeduzioni con cui l'impresa ha, fra l'altro, contestato la preesistenza della lesione lamentata finanche alla sottoscrizione della polizza, rileva il Collegio, in disparte da ogni altra considerazione, come il ricorrente non abbia assolto all'onere probatorio a proprio carico, nulla deducendo – al di là di una generica indicazione – circa il verificarsi dell'evento da cui il sinistro sarebbe derivato. Nessun riscontro essendovi in atti circa *an* e quando dell'evento in occasione e per effetto del quale si sarebbe determinata la frattura L1, non può che rilevarsi dunque il mancato assolvimento, da parte del ricorrente, all'onere probatorio su di sé incombente, ai sensi dell'art. 2697 cod. civ.

Di più, poi, v'è che a tutto concedere, essendo una frattura ossea il tipo di infortunio a base della pretesa indennitaria azionata del ricorrente, non può che trovare applicazione l'art S1.4 delle CGA, sì erroneamente indicato dall'impresa come art. S1.3 (avente infatti altro oggetto) ma comunque correttamente richiamato, quanto al suo contenuto.

Tale disposizione infatti (l'art. S1.4), contiene una parte seconda espressamente dedicata alla "Fratture ossee" e a mente della quale queste "devono essere diagnosticate entro 15 giorni dalla data dell'infortunio e certificate da un esame radiografico effettuato in un Pronto Soccorso Pubblico o Istituto di Cura".

Ora, è pacifico, per stessa ammissione del ricorrente, che la frattura lamentata non sia stata diagnosticata nel termine contrattualmente previsto (15 giorni) da una clausola che d'altra parte non è inquadrabile come vessatoria, come invece sostenuto dal ricorrente, siccome non limitativa del diritto all'indennizzo (e dunque della responsabilità dell'impresa) bensì determinativa dell'oggetto del contratto.

Come affermato dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione, anche a Sezioni Unite, "la clausola contenuta in un contratto di assicurazione, in virtù della quale venga prevista la non operatività dell'assicurazione della responsabilità a determinate condizioni, non impossibili per l'assicurato, non ha carattere né di clausola vessatoria, né di clausola limitativa di responsabilità dell'assicuratore, in quanto essa tende solo a delimitare l'oggetto della garanzia prestata, nonché i precisi termini dell'obbligazione assunta dall'assicuratore; delimitazione che - in quanto tale - non è perciò soggetta - a fini di validità - ad approvazione per iscritto. In linea generale, per clausole limitative della responsabilità si intendono quelle che limitano le conseguenze della colpa o dell'inadempimento o che escludono il rischio garantito, mentre attengono all'oggetto del contratto le clausole che riguardano il contenuto e i limiti della garanzia assicurativa e, pertanto, specificano il rischio garantito (cfr. Cass.



civ., Sez. III, 5 ottobre 2018, n. 24562, ma già Cass. Sez. Un., Sentenza n. 9140 del 06/05/2016)". Nella medesima direzione, poi, mette conto altresì richiamare una più recente decisione del giudice di legittimità, secondo cui "Nel contratto di assicurazione sono da considerare clausole limitative della responsabilità, per gli effetti dell'art. 1341 cod. civ. (con conseguente sottoposizione delle stesse alla necessaria e specifica approvazione preventiva per iscritto), quelle clausole che limitano le conseguenze della colpa o dell'inadempimento o che escludono il rischio garantito mentre attengono all'oggetto del contratto - e non sono perciò, assoggettate al regime previsto dal secondo comma di detta norma - le clausole che riguardano il contenuto ed i limiti della garanzia assicurativa e, dunque, specificano il rischio garantito (Cass., 3, n. 395 dell'11/1/2007, Cass., 3, n. 23741 del 10/11/2009, Cass., 3, n. 8235 del 7/4/2010)" Cass. civ., sez. III, 11 febbraio 2025, n. 9267.

Tanto premesso, le domande di parte ricorrente non possono trovare accoglimento.

**PER QUESTI MOTIVI**

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da  
CONCETTA BRESCIA MORRA