



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 BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO

Riunione del 28/05/2026

FATTO

Con ricorso del 2 marzo 2026 (e reclamo del 7 gennaio 2026) la ricorrente afferma che: subiva un infortunio in data 17 febbraio 2025 durante lo svolgimento di attività domestiche, con conseguente lesione tendinea alla spalla destra; richiedeva, quindi, all'impresa convenuta l'indennizzo per l'invalidità permanente e il rimborso delle relative spese mediche pari a euro 1.549,55, come da documentazione fiscale allegata; l'impresa qualificava l'evento come non indennizzabile, senza però indicare alcuna specifica norma contrattuale.

La ricorrente, esperita senza successo la fase del reclamo, chiede la liquidazione dell'indennizzo per l'invalidità permanente e le spese mediche ai sensi di polizza.

L'impresa convenuta, con le proprie controdeduzioni, precisa che: in via preliminare il ricorso è inammissibile per mancata presentazione del previo reclamo previsto dal Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto"), quale condizione di accesso alla procedura; nel merito, la domanda è infondata in quanto la lesione denunciata non è riconducibile ad un infortunio indennizzabile ai sensi della polizza, bensì a cause degenerative endogene accertate in sede medico-legale, con conseguente



inoperatività della copertura ai sensi dell'art. 2.1 delle condizioni generali di assicurazione (di seguito, le "CGA"); il parere del proprio fiduciario medico-legale conferma che il gesto descritto dalla ricorrente — consistente nello svitare una moka — integra un movimento normale e non uno sforzo traumatico idoneo a determinare la lesione denunciata; l'evento descritto, infatti, non presenta i requisiti richiesti per la configurabilità dell'infortunio ai sensi della polizza.

L'impresa chiede, in via principale, di dichiarare il ricorso inammissibile ovvero in via subordinata di non accoglierlo perché infondato.

La ricorrente, in sede di repliche, afferma che: il ricorso è ammissibile perché presentava regolarmente reclamo mediante PEC inviata all'impresa il 7 gennaio 2026; nel merito l'impresa richiamava in modo generico l'art. 2.1 ss. delle CGA, fondando in realtà il diniego su valutazioni medico-legali e su criteri interpretativi non espressamente previsti dal contratto; l'art. 2.1, n. 10, delle CGA ricomprende espressamente le lesioni tendinee della spalla documentate con RMN, senza subordinare la copertura alla dimostrazione di uno sforzo straordinario; l'evento, inoltre, si è verificato nell'ambito di attività quotidiane riconducibili alla vita privata.

L'impresa convenuta, con le proprie controrepliche, precisa che: il ricorso è inammissibile perché la comunicazione inviata dal legale della ricorrente il 7 gennaio 2026 non è qualificabile come reclamo; il parere del proprio fiduciario medico-legale, secondo cui la rottura massiva della cuffia dei rotatori non potrebbe essere stata provocata da un movimento normale quale quello descritto dalla ricorrente, dovendo invece essere ricondotta a un quadro degenerativo preesistente, è corretta.

DIRITTO

Con il presente ricorso, la ricorrente lamenta il mancato pagamento di un indennizzo ai sensi di una polizza danni a seguito della lesione tendinea alla spalla destra verificatosi in ambito domestico durante l'apertura di una moka; l'impresa, di contro, ritiene che il sinistro denunciato non rientra nella copertura assicurativa.

Il Collegio è chiamato, preliminarmente, ad esaminare l'eccezione di inammissibilità del ricorso dell'impresa convenuta per la mancata presentazione del previo reclamo da parte della ricorrente.

L'eccezione non è fondata e quindi non meritevole di accoglimento per i seguenti motivi.

L'impresa convenuta eccepisce l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 8, comma 1, del Decreto, rilevando di non aver mai ricevuto un reclamo dalla ricorrente ed in proposito, precisa di non ritenere qualificabile come tale la comunicazione PEC del 7 gennaio 2026.

La ricorrente sostiene, al contrario, che la suddetta comunicazione costituisca a tutti gli effetti un reclamo, avendo la stessa richiesto chiarimenti sulla clausola invocata ai fini del diniego di indennizzo e confermato la configurabilità dell'infortunio nel caso di specie, nonché avendo preavvisato che sarebbe ricorsa all'Arbitro in difetto di riscontro, successivamente non pervenuto da parte dell'impresa.

In proposito, si riportano le seguenti previsioni del Decreto sul reclamo all'impresa:



- il reclamo è *“una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un’impresa o da un intermediario”* (art. 1, comma 1, lett. i);
- *“La presentazione del ricorso, a pena di inammissibilità, è preceduta dalla presentazione di un reclamo all’impresa (...)”* (art. 8, comma 1);
- *“Il Presidente dichiara inammissibile il ricorso quando (...) è presentato senza la previa proposizione del reclamo”* (art. 9, comma 1, lett. a).

Ciò premesso, nel caso di specie il Collegio rileva che la comunicazione PEC inviata in data 7 gennaio 2026 è da considerarsi a tutti gli effetti un reclamo in quanto è una dichiarazione scritta di insoddisfazione da parte del cliente relativa ad una mancata prestazione.

Nel merito, la controversia richiede di stabilire se la lesione tendinea alla spalla destra denunciata dalla ricorrente rientri tra gli eventi indennizzabili ai sensi della polizza.

In particolare, le parti divergono in ordine alla corretta interpretazione delle clausole contrattuali rilevanti. La ricorrente sostiene che la disciplina speciale delle lesioni tendinee ricomprenda espressamente l’evento lesivo dedotto; l’impresa, per contro, ritiene che tale disciplina debba essere letta alla luce della definizione generale di infortunio contenuta in polizza, con conseguente esclusione della copertura in assenza di una causa fortuita, violenta ed esterna.

Dalla documentazione contrattuale prodotta emerge che la polizza definisce l’infortunio come *“evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili”*.

Le medesime CGA precisano altresì che per “sforzo” deve intendersi il *“dispiego improvviso e anomalo, al di fuori dalla gestualità comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato”*.

L’art. 2.1, n. 10, delle CGA prevede inoltre che siano compresi in garanzia *“le lesioni muscolari determinate da sforzi, le lesioni tendinee sottocutanee, la rottura del tendine d’Achille”*.

La disciplina è ulteriormente specificata dall’art. 2.1.10, rubricato “Lesioni tendinee”, il quale dispone che, se l’infortunio ha come conseguenza “lesioni tendinee della spalla documentate con RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)”, l’indennizzo è liquidato secondo i criteri ivi previsti, senza applicazione delle franchigie, requisito che ricorre nel caso di specie, atteso che la ricorrente si è sottoposta a RMN in data 27 marzo 2025, il cui referto ha accertato gli esiti di lesione da rottura completa del tendine del muscolo sovraspinoso della spalla destra.

Il Collegio ritiene che tale previsione speciale assuma particolare rilievo nella presente controversia.

Essa, infatti, individua specifiche ipotesi di lesioni tendinee indennizzabili senza subordinare espressamente l’operatività della garanzia alla dimostrazione di uno sforzo straordinario o di un trauma esterno ulteriore rispetto all’evento lesivo.



Non appare pertanto condivisibile la tesi dell'impresa convenuta, secondo cui la disciplina speciale delle lesioni tendinee dovrebbe essere interpretata in termini tali da svuotarne in concreto l'autonoma portata precettiva, subordinandone l'applicazione a requisiti ulteriori non espressamente previsti.

In ogni caso, ove residuassero margini di ambiguità interpretativa, troverebbe applicazione il criterio ermeneutico di cui all'art. 1370 cod. civ., secondo cui le clausole predisposte unilateralmente devono essere interpretate, nel dubbio, in senso sfavorevole al predisponente.

Alla luce di quanto sopra, il Collegio ritiene che l'evento denunciato dalla ricorrente rientri nel perimetro della copertura assicurativa.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni di polizza, l'indennizzo del danno biologico e provveda al rimborso delle somme per spese mediche sostenute che, sulla base della documentazione prodotta dalla ricorrente e non specificamente contestata dall'impresa, risultano ammontare a euro 1.549,55, 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.

Per la Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA