



IL COLLEGIO

composto da:

GIOVANNI STELLA	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
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 09/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 13 febbraio 2026 (e reclamo presentato in data 15 gennaio 2026), la ricorrente esponeva di aver prestato servizio quale Assistente Capo Coordinatore della Polizia Stradale e di essere stata successivamente esonerata dal servizio operativo per inidoneità all'uso delle armi. Riferiva di aver richiesto all'impresa di assicurazione il pagamento dell'indennizzo assicurativo previsto in caso di malattia professionale e invalidità permanente e che l'impresa aveva tuttavia negato l'operatività della garanzia assicurativa, individuando le ragioni del diniego nella prescrizione del diritto ex art. 2952, co. 2, cod. civ. e nella non riconducibilità dell'evento denunciato nella nozione di malattia professionale di cui all'art. 19 delle Condizioni Generali di Polizza, il quale richiede una riduzione dell'attitudine generica al lavoro superiore al 20%, a fronte di una valutazione medico-legale quantificata nella misura dell'8%. La ricorrente contestava tali rilievi sostenendo, quanto alla prescrizione, che il diritto all'indennizzo non potesse



ritenersi prescritto, in quanto la diagnosi di rizoartrosi bilaterale che avrebbe determinato l'invalidità permanente sarebbe risalita al 25 ottobre 2024 e che, in materia di assicurazione contro infortuni e malattie professionali, il termine prescrizione decorre dal momento in cui si manifesta lo stato invalidante conseguente al sinistro, individuato nella specie nella diagnosi del 16 gennaio 2025. La ricorrente deduceva inoltre che la patologia denunciata sarebbe riconducibile alla previsione di cui all'art. 19 delle Condizioni Generali di Polizza, richiamando in via analogica gli allegati 3 e 4 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e sostenendo altresì che l'inabilità lavorativa superiore al 20% risulterebbe documentalmente provata.

Con le controdeduzioni, l'impresa, in via preliminare, eccepiva l'inammissibilità del ricorso per mancato previo esperimento della procedura di reclamo, evidenziando che la ricorrente, nel modulo di ricorso, aveva dichiarato di aver presentato reclamo e di aver ricevuto risposta; tuttavia, il documento prodotto non sarebbe qualificabile come reclamo, trattandosi piuttosto di una mera messa in mora. L'impresa rilevava inoltre che, alla data di presentazione del ricorso all'Arbitro, non era ancora decorso il termine di 45 giorni previsto dal Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto") e dalle condizioni contrattuali per la definizione del reclamo. A sostegno dell'eccezione preliminare, l'impresa osservava altresì che, a seguito della richiesta istruttoria formulata dalla Segreteria Tecnica volta ad acquisire copia della risposta al reclamo, la ricorrente avrebbe prodotto una comunicazione di diniego risalente a oltre sei mesi prima del presunto reclamo, circostanza che, secondo l'impresa, avrebbe confermato l'assenza di un effettivo reclamo preventivo.

Nel merito, l'impresa deduceva che la patologia lamentata dalla ricorrente (rizoartrosi bilaterale) sarebbe stata già accertata e diagnosticata in data 13 gennaio 2023 e che la Commissione Medico Ospedaliera avrebbe giudicato l'infermità stabilizzata in data 20 gennaio 2023. Secondo l'impresa, la richiesta di indennizzo, pervenuta soltanto il 27 gennaio 2025, sarebbe stata pertanto tardiva rispetto al termine di prescrizione biennale previsto dall'art. 2952, comma 2, cod. civ., decorrente dal momento in cui l'assicurato avesse acquisito sufficiente conoscenza della natura della malattia, della sua causa e della sua riconducibilità al rischio assicurato. L'impresa contestava inoltre l'operatività della garanzia malattia professionale, richiamando l'art. 19 delle Condizioni Generali di Polizza, che limita la copertura alle sole patologie comportanti una riduzione dell'attitudine generica al lavoro superiore al 20%. Al riguardo, rilevava che gli accertamenti medico-legali avrebbero quantificato i postumi permanenti nella misura dell'8%, inferiore alla soglia minima prevista contrattualmente. Evidenziava infine che il medico fiduciario avrebbe qualificato la rizoartrosi bilaterale quale "*patologia comune ad eziologia degenerativa*", in assenza di documentazione idonea a dimostrarne l'origine professionale.

Con le repliche, la ricorrente sosteneva che tutte le comunicazioni inviate all'impresa dovessero essere considerate reclami, in quanto contenenti reiterate richieste di liquidazione del danno, costantemente riscontrate con diniego. Ribadiva inoltre l'infondatezza dell'eccezione di prescrizione ai sensi dell'art. 2952, comma 2, cod. civ., e contestava la divergenza tra il numero di polizza richiamato dall'impresa e quello indicato in sede di denuncia del sinistro. Infine, affermava che il giudizio medico circa la natura comune



e degenerativa della patologia sarebbe stato diverso ove, nel corso della visita fiduciaria, fossero state adeguatamente considerate le concrete mansioni lavorative svolte.

Con le controrepliche, l'impresa insisteva nell'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso per mancato rispetto della procedura di reclamo, contestando l'assunto secondo cui qualsiasi precedente comunicazione potesse qualificarsi come reclamo, costituendo quest'ultimo un atto formale di contestazione avanzato nei confronti dell'impresa non potendo pertanto essere confuso con mere richieste di liquidazione o atti di messa in mora.

Nel merito, l'impresa ribadiva l'eccezione di prescrizione biennale ex art. 2952 cod. civ. e la non operatività della garanzia malattia professionale, evidenziando altresì come la valutazione medico-legale prodotta dalla ricorrente si limitasse a porre una diagnosi e un'indicazione chirurgica senza quantificare un grado di invalidità permanente. Con riferimento alla contestata divergenza del numero di polizza, l'impresa precisava che si tratterebbe di una mera successione di contratti recanti identiche condizioni assicurative, inclusa la previsione di cui all'art. 19 delle Condizioni Generali di Polizza.

In conclusione, la ricorrente chiedeva l'accertamento del proprio diritto all'indennizzo nei limiti previsti dalla normativa AAS e la conseguente condanna dell'impresa al relativo pagamento.

L'impresa chiedeva di "dichiarare in via preliminare l'inammissibilità e/o l'improcedibilità del ricorso presentato [...] per mancato esperimento della procedura di reclamo e/o per la sua proposizione in data antecedente al decorso del termine di 45 giorni previsto per il riscontro da parte della Compagnia. In via subordinata e nel merito: Rigettare integralmente il ricorso in quanto infondato in fatto e in diritto, per i motivi esposti in narrativa".

DIRITTO

In via pregiudiziale si deve esaminare l'eccezione dell'impresa che ha chiesto che sia pronunciata l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. a) del Decreto, per mancata previa presentazione di un reclamo. In particolare, la resistente deduce che il documento prodotto e datato 15 gennaio 2026 non sarebbe qualificabile come reclamo, trattandosi piuttosto di una mera messa in mora. Inoltre, alla data di presentazione del ricorso all'Arbitro (13 febbraio 2026) non era ancora decorso il termine dilatorio di 45 giorni previsto dall'art. 8, comma 1, del Decreto prima del quale, in caso di mancato riscontro da parte dell'impresa, il ricorso non può essere proposto.

La ricorrente ha contestato l'eccezione, sostenendo che tutte le comunicazioni inviate, anche prima di tale atto, devono essere considerate reclami, in quanto contenenti reiterate richieste di liquidazione del danno, costantemente riscontrate con diniego.

Osserva il Collegio che effettivamente il ricorso è stato presentato prima che decorresse il termine di 45 giorni rispetto alla data dell'atto che la ricorrente ha qualificato come reclamo e tuttavia, dalla documentazione versata in atti con il ricorso, si evince che la ricorrente, prima del reclamo del 15 gennaio 2026, aveva inviato altre comunicazioni all'impresa al fine di contestare il diniego di copertura. In particolare, in data 16 giugno 2025 aveva contestato l'eccezione di prescrizione del diritto sollevata dall'impresa e reiterato la richiesta di riconoscimento dell'indennizzo, spiegando le ragioni della sua pretesa. E con



comunicazione del 20 giugno 2025, aveva riscontrato l'ulteriore diniego ricevuto dall'impresa e reiterava la propria richiesta.

Al riguardo, occorre ricordare che l'art. 1, comma 1 del Decreto così recita: *"Ai fini del presente Regolamento si intende per (...) i): 'reclamo': 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"*. Per altro verso, l'art. 1, comma 1 del Regolamento ISVAP del 19 maggio 2008, n. 24, prevede che *"Ai fini del presente Regolamento si intende per: [...] t bis) 'reclamo': una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto"*.

Nella specie, le due comunicazioni inviate dalla ricorrente all'impresa a giugno del 2025, in quanto dirette a contestare le eccezioni dell'impresa e a reiterare la richiesta di indennizzo, contengono una manifestazione di insoddisfazione e di doglianza rispetto al comportamento dell'impresa che dunque sono idonee, per forma, contenuto e finalità, ad essere considerate, secondo la definizione contenuta nell'art. 1, comma 1 del Decreto, come validi reclami ai fini dell'ammissibilità del ricorso. Tali atti, essendo stati inviati all'impresa meno di un anno prima della data di avvio dell'operatività dell'Arbitro Assicurativo, legittimavano la ricorrente, ai sensi dell'art. 8 co. 1 del Decreto, ad adire l'Arbitro.

Né rileva in senso contrario la circostanza che nel ricorso sia stato indicato come reclamo, ai sensi dell'art. 1 co. 1 del Decreto, l'atto inviato il 15 gennaio 2026. Infatti, essendo stati prodotti, e valorizzati dalla ricorrente nelle repliche, i documenti da cui si evince che validi reclami erano stati inviati anche in precedenza, e rispetto ai quali, alla data di presentazione del ricorso, il termine dilatorio era ampiamente decorso, ad essi è possibile fare riferimento ai fini dell'assolvimento della condizione di procedibilità, senza considerare vincolante il dato meramente formale che la ricorrente abbia indicato come reclamo un atto diverso.

Occorre poi esaminare l'eccezione preliminare dell'impresa di prescrizione del diritto dell'assicurata ai sensi dell'art. 2952 co. 2, cod. civ., in quanto, sostiene la resistente, la patologia lamentata dalla ricorrente (rizoartrosi bilaterale) sarebbe stata già accertata e diagnosticata in data 13 gennaio 2023 e che la Commissione Medico Ospedaliera avrebbe giudicato l'infermità stabilizzata in data 20 gennaio 2023. Secondo l'impresa, pertanto, la richiesta di indennizzo, pervenuta soltanto il 27 gennaio 2025, sarebbe tardiva rispetto al termine di prescrizione biennale previsto dall'art. 2952, comma 2, cod. civ., decorrente dal momento in cui l'assicurato abbia acquisito sufficiente conoscenza della natura della malattia, della sua causa e della sua riconducibilità al rischio assicurato.

La ricorrente ha contestato l'eccezione di prescrizione del diritto, sostenendo che la diagnosi di rizoartrosi bilaterale che ha poi determinato l'invalidità permanente sarebbe stata diagnosticata per la prima volta in data 25 ottobre 2024 e che, in materia di assicurazione contro infortuni e malattie professionali, il termine prescrizioneale decorre dal momento del manifestarsi dello stato invalidante conseguente al sinistro, individuato nella specie nella



diagnosi del 13 gennaio 2025 da parte del Dipartimento Militare di Medicina Legale e, poi, in data 16 gennaio 2025 con la riconsegna delle armi, come da documentazione in atti.

Ciò premesso, va ricordato che *“In tema di assicurazione contro gli infortuni, dal quale derivino postumi di invalidità di carattere permanente, il termine di prescrizione del diritto all'indennizzo decorre ex art. 2952, comma 2, c.c. dal verificarsi dell'evento lesivo previsto dalla polizza e, dunque, dal momento in cui emerge lo stato di invalidità permanente coperto dalla stessa, sicché l'assicuratore che intenda opporre la prescrizione del diritto fatto valere dall'assicurato ha l'onere di provare non già la data di verifica del sinistro, ma quella nella quale si è manifestato lo stato di invalidità conseguente allo stesso”* (Cass. civ., 15 maggio 2020, n. 8973).

Nella specie, dalla documentazione versata in atti e segnatamente dalla certificazione medica prodotta dalla ricorrente, non è possibile ricavare elementi univoci circa l'esatto momento in cui fu effettuata la diagnosi della patologia. Anche dalla perizia medica redatta per conto dell'impresa non si ricavano ugualmente elementi decisivi per collocare temporalmente l'emersione dello stato di invalidità permanente, con la conseguenza che non vi è la prova che essa si sia cristallizzata oltre due anni prima la richiesta di indennizzo pervenuta per la prima volta in data 27 gennaio 2025.

L'eccezione di prescrizione deve essere dunque respinta.

Venendo al merito della domanda, la controversia sottoposta alla cognizione del Collegio riguarda l'operatività della copertura assicurativa prevista dalla polizza infortuni e malattia in relazione alla diagnosi di rizoartrosi bilaterale che avrebbe determinato una invalidità permanente da cui sarebbe sorto il diritto della ricorrente all'indennizzo secondo le condizioni di polizza.

In particolare, la ricorrente ha dedotto che la patologia denunciata sarebbe riconducibile alla previsione di cui all'art. 19 delle Condizioni Generali di Polizza, richiamando in via analogica gli allegati 3 e 4 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 ed ha sostenuto che l'incapacità lavorativa superiore al 20% risulterebbe documentalmente provata e contesta al riguardo il giudizio medico circa la natura comune e degenerativa della patologia, affermando che le conclusioni del consulente medico sarebbero state diverse se, nel corso della visita, fossero state adeguatamente considerate le concrete mansioni lavorative svolte ed allega, a tal fine, una relazione di servizio redatta dalla stessa ricorrente.

L'impresa ha contestato l'operatività della garanzia malattia professionale, richiamando l'art. 19 delle Condizioni Generali di Polizza, che limita la copertura alle sole patologie comportanti una riduzione dell'attitudine generica al lavoro superiore al 20% e rileva che gli accertamenti medico-legali avrebbero quantificato i postumi permanenti nella misura dell'8%, inferiore alla soglia minima prevista contrattualmente. Secondo l'impresa, il proprio medico fiduciario, in assenza peraltro di documentazione idonea a dimostrarne l'origine professionale, avrebbe qualificato la rizoartrosi bilaterale quale *“patologia comune ad eziologia degenerativa”* e pertanto non riconducibile nell'ambito della copertura assicurativa. In ogni caso, afferma che le conclusioni del proprio medico fiduciario si basano su criteri oggettivi e tabelle di riferimento volte a quantificare il danno biologico secondo i parametri



contrattuali e non a valutare l'idoneità al servizio specifico; mentre la valutazione medico-legale prodotta dalla ricorrente si limiterebbe a porre una diagnosi e un'indicazione chirurgica, senza quantificare un grado di invalidità permanente, men che meno superiore alla soglia contrattuale del 20%.

La questione controversa concerne dunque l'accertamento della percentuale di incapacità generica al lavoro derivante dalla patologia denunciata, presupposto necessario ai fini dell'operatività della garanzia assicurativa prevista in polizza che riconosce il diritto all'indennizzo per le sole patologie comportanti una riduzione dell'attitudine generica al lavoro superiore al 20% (art. 19).

Osserva il Collegio che l'assicurata, sulla quale incombe l'onere di dimostrare che il sinistro sia coperto contrattualmente (Cass. civ., sez. III, 8 giugno 2007, n. 13390) e in particolare che il rischio avveratosi rientri tra quelli cd. inclusi, cioè, coperti dalla polizza (Cass., civ., sez. III, 9 novembre 2023, n. 31251), ha dedotto che l'inettitudine generica al lavoro sarebbe superiore alla soglia minima indennizzabile prevista dalle condizioni di assicurazione (inabilità lavorativa superiore al 20%), ma di tale assunto non è stata fornita alcuna prova. Infatti, la ricorrente sostiene che la natura e la percentuale di invalidità risulterebbero documentalmente dimostrate, ma dalla documentazione prodotta – ed alla relazione di servizio, in quanto redatta dalla stessa assicurata, non è possibile attribuire valore probatorio - non emerge alcuna certificazione o valutazione medico-legale attestante un'inabilità lavorativa superiore al 20%, limitandosi la certificazione medica allegata a diagnosticare la patologia denunciata, senza quantificare il grado di invalidità permanente. Inoltre, l'impresa ha contestato la quantificazione proposta dalla ricorrente ed ha prodotto una valutazione medico-legale del proprio fiduciario, la quale quantifica l'invalidità permanente nella misura dell'8%.

In assenza, pertanto, della prova che l'inettitudine generica al lavoro dell'assicurata sia superiore al 20%, il ricorso non può essere accolto.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

Il Presidente

Firmato digitalmente da
GIOVANNI STELLA