



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI SCHIAVONE	Componente designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI MARIA BERTI DE MARINIS

Riunione del 17/09/2026

FATTO

Con ricorso presentato in data 29 gennaio 2026 (preceduto da reclamo del 13 ottobre 2025), il ricorrente riferisce di essere inciampato, in data 4 dicembre 2024, nei pressi della sua abitazione cadendo sulla spalla destra. Dopo aver regolarmente denunciato l'infortunio sulla scorta di una polizza infortuni stipulata con l'impresa, quest'ultima gli negava l'indennizzo con lettera del 25 settembre 2025 perché, dagli esami radiologici a disposizione dell'impresa, la spalla infortunata sarebbe risultata già affetta da sofferenze locali. Il ricorrente contesta il rigetto in quanto gli esami richiamati dall'impresa non riporterebbero alcuna evidenza né dicitura indicativa di "*sofferenze locali*" o di una pregressa patologia clinicamente rilevante. Sottolinea inoltre che le condizioni di polizza, senza prevedere specifiche limitazioni, riconoscerebbero all'assicurato il rimborso delle spese mediche da ricovero per infortunio, delle spese sostenute prima e dopo il ricovero da infortunio nonché quelle relative agli accertamenti di alta diagnostica riconducibili all'infortunio. Il ricorrente riferisce di aver già esperito un tentativo di negoziazione assistita e che tale procedura, dato



l'espresso rifiuto dell'impresa a prendervi parte, doveva ritenersi ormai chiusa. Il ricorrente, quindi, chiede l'accertamento del suo diritto ad ottenere la liquidazione dell'indennizzo come da risultanze emergenti dalla perizia medico legale nella quale viene riscontrata una Inabilità temporanea totale al 100% per giorni 2 (due), una Inabilità temporanea parziale al 50% per giorni 60 (sessanta) ed una Invalidità permanente al 5% a tabelle ANIA – 10% a tabelle INAIL 1965.

In sede di controdeduzioni l'impresa premette che il ricorrente, assicurato con polizza infortuni dal 2018, denunciava in data 13 dicembre 2024 un infortunio alla spalla avvenuto il 4 dicembre 2024 a seguito di una caduta. A causa dell'infortunio e del persistente dolore, prosegue l'impresa, l'assicurato si sottoponeva ad una risonanza, refertata il 9 dicembre 2024. In data 17 dicembre 2024 il medico consultato dal ricorrente prescriveva allo stesso un intervento di *"sutura artroscopica della cuffia"*, facendo riferimento, nel certificato, ad una precedente visita del 22 novembre 2024 e, quindi, antecedente al sinistro. Veniva prodotta, successivamente, ulteriore documentazione medica anche relativa all'intervento di *"reinserzione artroscopica cuffia dei rotatori spalla dx"* eseguito in data 31 marzo 2025 e successivamente, in data 22 luglio 2025, l'impresa riceveva copia del certificato di avvenuta guarigione con postumi. L'impresa, pertanto, incaricava il proprio medico fiduciario che, in data 11 settembre 2025, sottoponeva l'attuale ricorrente a visita medico legale. All'esito di tale accertamento, sulla scorta anche della risonanza magnetica, il medico riscontrava una non riconducibilità delle lesioni all'infortunio denunciato che venivano invece attribuite ad una condizione preesistente e come tale non indennizzabile. L'impresa, pertanto, in data 25 settembre 2025, provvedeva a negare l'indennizzo ritenendo la spalla infortunata già affetta da *"sofferenze locali"*. Così ricostruiti i fatti oggetto del ricorso, l'impresa contesta innanzitutto l'inammissibilità dello stesso perché la decisione della controversia richiederebbe l'espletamento di attività istruttorie precluse al Collegio. Contesta, inoltre l'infondatezza nel merito delle richieste del ricorrente in quanto le lesioni, secondo il medico fiduciario dell'impresa, sarebbero da ricondursi non all'infortunio, ma ad una condizione preesistente, come risulterebbe da certificato medico trasmesso dal ricorrente stesso. L'impresa, in ogni caso, si sarebbe resa disponibile a riesaminare la posizione previa presentazione da parte del ricorrente dell'originale della cartella clinica e dei supporti informatici contenenti gli esami strumentali eseguiti, ma il ricorrente non avrebbe evaso tale richiesta. Specifica, in ogni caso, i criteri di liquidazione del danno previsti in polizza e conclude chiedendo, in via principale, la dichiarazione di inammissibilità del ricorso e, in via subordinata di merito, il rigetto dello stesso in quanto infondato in fatto ed in diritto.

In sede di repliche il ricorrente contesta, innanzitutto, che il certificato medico richiamato dall'impresa sia idoneo a dimostrare la preesistente condizione patologica in quanto il riferimento ad una precedente visita specialistica del 22 novembre 2024 sarebbe frutto di un errore materiale e la circostanza, peraltro, sarebbe già stata resa nota all'impresa e riportata anche nella consulenza tecnica di parte. Quanto alla eccepita inammissibilità del ricorso, il ricorrente evidenzia che il punto centrale della controversia non riguarderebbe la natura delle lesioni, bensì il percorso logico seguito dall'impresa per giungere al diniego dell'indennizzo. Nel merito, il ricorrente evidenzia che dalla risonanza magnetica del 9 dicembre 2024 non emergerebbe alcuna condizione patologica preesistente. Il ricorrente



contesta, inoltre, il fatto che l'impresa avrebbe dato la propria disponibilità ad un riesame della posizione, affermazione, a suo dire, priva di riscontro nella gestione concreta del sinistro.

Nelle controrepliche, l'impresa ribadisce l'inammissibilità del ricorso che presupporrebbe necessariamente accertamenti di natura medico legale che non possono essere disposti dal Collegio. Nel merito, poi, l'impresa ribadisce che il proprio medico fiduciario avrebbe ritenuto il sinistro non indennizzabile a prescindere dal certificato medico asseritamente errato e che il ricorrente non avrebbe mai fornito la documentazione richiestagli. Insiste sul fatto che la sede del danno lamentato dal ricorrente sarebbe stata già affetta da infermità pregresse rendendo impossibile procedere all'indennizzo. Richiamati, nuovamente, i criteri contrattuali di liquidazione dei danni, l'impresa insiste per la dichiarazione di inammissibilità del ricorso e, nel merito, il rigetto dello stesso in quanto infondato in fatto ed in diritto.

DIRITTO

La controversia sottoposta al Collegio ha ad oggetto la verifica della legittimità del diniego opposto dall'impresa all'indennizzo richiesto dal ricorrente il quale, cadendo, riportava un infortunio alla spalla che aveva determinato la necessità di sottoporsi ad un intervento di *"reinserzione artroscopica cuffia dei rotatori della spalla dx"*.

Prima di entrare nel merito della controversia, però, appare necessario soffermarsi sull'eccezione di inammissibilità sollevata dall'impresa - in relazione all'art. 11, comma 8 del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (d'ora in avanti "Decreto") - la quale, quindi, ritiene che ai fini della decisione siano necessari, nel caso di specie, accertamenti istruttori preclusi all'Arbitro. Va tuttavia segnalato che, alla luce del compendio probatorio allegato dalle parti, valutato in relazione alle richieste formulate dal ricorrente, sembra che la presente controversia possa essere risolta senza la necessità di ulteriori accertamenti istruttori che il Collegio non può disporre. Con riserva di meglio approfondire tali considerazioni nell'analisi del merito della vicenda, va però subito sottolineato che la controversia ha ad oggetto, in primo luogo, la verifica circa la riconducibilità dell'infortunio alla spalla denunciato dal ricorrente alle coperture previste dal contratto cosa che, richiamando la giurisprudenza di legittimità, pone questioni di mera interpretazione del contratto che possono essere quindi risolti sulla scorta delle allegazioni presenti nel fascicolo (cfr. Cass. civ., sez. III, 4 settembre 2023, n. 25768). In secondo luogo, nel caso in cui le coperture prestate dall'impresa dovessero essere considerate operanti nel caso di specie, si porrà il problema della quantificazione dell'indennizzo ai sensi della polizza. Anche sotto tale profilo, il materiale probatorio disponibile appare sufficiente ad una eventuale determinazione della prestazione assicurativa dovuta (su tali principi, cfr. Decisione AAS n. 397/2026).

Venendo quindi al merito della controversia, va in primo luogo sottolineato che non sia in discussione il fatto che il ricorrente, cadendo, abbia urtato la spalla destra. Ciò che è in contestazione è, invece, la riconducibilità delle lesioni riportate da parte del ricorrente all'infortunio sopra descritto. Sotto tale profilo, infatti, il ricorrente sostiene che, per effetto esclusivo della caduta, lo stesso abbia riportato una lesione dei tendini della cuffia dei rotatori della spalla destra che ha reso necessario l'intervento di *"reinserzione artroscopica"*.



L'impresa, al contrario, ritiene che la lesione sia il frutto di "*sofferenze locali*" preesistenti e che, dunque, non possa essere ricondotta alle garanzie previste dal contratto.

Va in primo luogo ricordato che, ai sensi dell'art. 2697 cod. civ., "*chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento; chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda*". In applicazione di tali principi, occorre quindi richiamare il consolidato orientamento giurisprudenziale – al quale il Collegio aderisce – secondo il quale "*Il fatto costitutivo della pretesa dell'assicurato, nel giudizio promosso nei confronti dell'assicuratore contro i danni ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo pattuito, è l'avverarsi di un rischio corrispondente a quello descritto nella polizza. L'assicurato, dunque, ha l'onere di dimostrare che si è verificato il fatto dannoso previsto nella polizza; che esso sia stato prodotto dalle cause previste dalla polizza, e che abbia prodotto gli effetti previsti dalla polizza*" e che "*La circostanza che l'evento dannoso rientri tra i 'rischi inclusi' è fatto costitutivo della pretesa, e va provata dall'assicurato. La circostanza che l'evento verificatosi rientri fra i rischi 'non compresi' costituisce invece un fatto impeditivo della pretesa attorea, e va provato dall'assicuratore. Tale circostanza, infatti, non rappresenta un fatto costitutivo della domanda, ma un fatto costitutivo dell'eccezione di non indennizzabilità, e come tale deve essere dimostrato da chi quell'eccezione intenda sollevare*" (Cass. civ., sez. III, 9 agosto 2023, n. 24273; Id., Cass. civ., sez. III, 21 settembre 2021 n. 25510; Id., Cass. civ., sez. III, 2 aprile 2021, n. 9205; Id., Cass. civ., sez. III, 23 gennaio 2018, n. 1558. In questo senso, Decisione AAS n. 422/2026).

Calando tali principi nel contesto fattuale nel quale si è sviluppata la vicenda oggetto di indagine nella presente procedura, in assenza di contestazioni da parte dell'impresa circa la dinamica del sinistro, può affermarsi che il ricorrente abbia correttamente assolto l'onere della prova sullo stesso gravante risultando dimostrata la presenza di un infortunio che, nelle sezioni "Definizioni" contenuta nella polizza, viene qualificato come un "*evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili*". È proprio a seguito di tale infortunio che il ricorrente si sottopone a visite mediche che, come da certificati allegati, hanno diagnosticato la lesione e prescritto il relativo intervento chirurgico. Spetta quindi all'impresa dimostrare che tale sinistro, ancorché astrattamente riconducibile alle coperture previste dal contratto, non lo sia in concreto in quanto causalmente riconducibile ad altro evento che, nel caso di specie, verrebbe individuato dall'impresa in una pregressa malattia della quale già soffriva il ricorrente. Va detto, sul punto, che dai certificati medici offerti dalle parti non risulti la presenza di alcuna patologia pregressa che insistesse sulla spalla del ricorrente; né chiarimenti in tale senso sono rinvenibili nella perizia medica effettuata dall'impresa ed allegata in atti. All'interno di tale documento si rinviene esclusivamente l'individuazione di non meglio precisate "*sofferenze locali (come da RM del 9.12.2024)*" che, però, non vengono assolutamente circostanziate né risultano, come detto, rinvenibili nella documentazione allegata. Il referto relativo alla risonanza magnetica del 9 dicembre 2024, infatti, non segnala alcuna patologia pregressa.

Va inoltre sottolineato che non può neanche essere assegnato valore decisivo al certificato medico del 17 dicembre 2024 nel quale l'ortopedico del ricorrente prescriveva l'intervento di sutura artroscopica facendo, però, riferimento ad una precedente visita svolta dallo stesso



ricorrente in data 22 novembre 2024 e, quindi, in un momento precedente al giorno del sinistro. Consta infatti in atti la dichiarazione del medesimo medico che ribadisce come tale indicazione di una precedente visita era riconducibile ad un proprio errore materiale determinato dal fatto di aver utilizzato come “*modello*” un precedente certificato rilasciato ad altro paziente. Il medico, quindi, avrebbe erroneamente ommesso di cancellare il riferimento alla precedente visita e sulla scorta di ciò dichiara, infatti, che l’attuale ricorrente si era sottoposto a visita medica per la prima volta in data 17 dicembre 2024.

Dall’altro lato, poi, la perizia di parte depositata dal ricorrente appare estremamente chiara nell’individuare un sicuro nesso causale fra infortunio e postumi riportati dal ricorrente. Sotto tale profilo, quindi, può considerarsi accertato il diritto del ricorrente ad ottenere l’indennizzo.

Venendo quindi alla quantificazione della prestazione assicurativa, il ricorrente chiede con il ricorso il ristoro per l’invalidità permanente al 5% e per l’inabilità temporanea totale (100% per due giorni) e parziale (50% per sessanta giorni) come da perizia di parte allegata. Non chiede, invece, il ristoro delle eventuali spese mediche le quali, per un importo di euro 3.134,00, vengono però incluse nella quantificazione del “danno biologico” riportata negli atti allegati. Ricavando *per relationem* la quantificazione dell’indennizzo richiesto da parte del ricorrente lo stesso, quindi, quantifica la prestazione assicurativa in complessivi euro 12.419,09.

Bisogna però evidenziare, come sottolinea correttamente l’impresa, che le coperture acquistate da parte del ricorrente - per come risultanti dall’allegata scheda di polizza - non includano, in primo luogo, l’inabilità temporanea che, dunque, non può essere riconosciuta. Pur se astrattamente rientranti nelle coperture acquistate, non potrà neanche essere riconosciuto al ricorrente l’indennizzo per le spese mediche asseritamente sostenute, non avendo lo stesso allegato le relative ricevute né la prova dei pagamenti a tal fine effettuati.

Rimane dunque da analizzare il profilo relativo alla quantificazione dell’indennizzo per invalidità permanente. Come detto, la stessa viene indicata da parte del ricorrente nel 5% come riportato nella perizia di parte. Tale quantificazione trova riscontro, oltre che nella consulenza ora menzionata, anche nelle Condizioni Generali di Assicurazione (d’ora in avanti CGA) che, all’art. 27, dispone che “*Il grado di invalidità permanente va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati*”. Nell’elenco ivi indicato, per le patologie collegate alla rottura dei tendini della cuffia dei rotatori, prevede una percentuale di invalidità permanente pari proprio al 5% che quindi, anche in applicazione dei criteri ermeneutici di cui all’art. 1370 cod. civ., può essere utilizzato come parametro che conferma la correttezza dell’indicazione contenuta nella perizia di parte in relazione alla quantificazione del grado di invalidità permanente derivante da plurime lesioni acute alla cuffia dei rotatori.

Va tuttavia ribadito che, trattandosi di una polizza infortuni, la concreta quantificazione dell’indennizzo dovuto da parte dell’impresa dovrà avvenire secondo i criteri stabiliti dalla polizza in relazione alla tipologia di copertura in concreto acquistata da parte del ricorrente. Nel caso di specie, in relazione all’invalidità permanente, il ricorrente risulta aver acquistato la copertura “*Opzione I*” che, in applicazione di quanto disposto dall’art. 55 delle CGA, fa corrispondere, al 5% di invalidità permanente, il 3,5% del capitale assicurato. Risulta dalla



scheda di polizza che l'assicurato abbia indicato come "capitale" per l'invalidità permanente la somma di euro 100.000,00 sulla quale, quindi, andrà calcolato il 3,5% al fine di individuare l'indennizzo dovuto. Alla luce di tali considerazioni, quindi, al ricorrente spetterà un indennizzo pari ad euro 3.500,00.

Per le ragioni sopra esposte, vanno invece respinte tutte le altre domande formulate dal ricorrente.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l'impresa corrisponda alla parte ricorrente l'indennizzo di euro 3.500,00, 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