



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
NICOLA SOLDATI	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 23/09/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 24 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 19 dicembre 2025), il ricorrente premetteva di agire in qualità di erede del signor *omissis*, deceduto in data 9 febbraio 2025, a seguito di infortunio sul luogo di lavoro, verificatosi l'8 giugno 2022 durante lo svolgimento di attività lavorativa di realizzazione/sistemazione di un box all'interno dei locali aziendali. Il ricorrente precisava che il lavoratore deceduto, del quale era erede, risultava coperto da una polizza multirischio per gli infortuni durante l'attività lavorativa comprensiva della garanzia R.C.T. ed R.C.O., sottoscritta dal datore di lavoro/assicurato con l'impresa convenuta.

Il ricorrente contestava il diniego di copertura opposto dall'impresa, basato sull'assunto secondo cui *"l'attività svolta al momento dell'evento (manutenzione/sistemazione locali con cartongesso) esorbita dalle mansioni di 'autoriparatore'"*, lamentando l'assenza di indicazione delle clausole contrattuali a supporto dell'esclusione e deducendo che, in forza del contratto di assicurazione sopra menzionato e, più nel dettaglio, dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito, "GGA"), la copertura assicurativa per i prestatori di lavoro dovesse operare *"senza limitazioni specifiche alle mansioni contrattuali"*



e, dunque, ricomprendendo anche le attività di manutenzione dei locali aziendali. A sostegno della propria tesi, il ricorrente richiamava altresì l'art. 12 delle Condizioni Speciali, il quale estende la copertura assicurativa anche alle attività accessorie, come le *"manutenzioni interne ed esterne"*, gli *"interventi su strutture e locali"* e i *"lavori di natura edile o di carpenteria necessari al funzionamento dell'impresa"*. Secondo il ricorrente, l'attività oggetto del sinistro sarebbe rientrata, dunque, nell'ambito delle prestazioni assicurate in forza della predetta disposizione.

Il ricorrente riteneva dunque che l'interpretazione posta dall'impresa a fondamento del diniego di copertura fosse *"pretestuosa e contraria al dettato contrattuale"*, precisando che, nonostante fosse attualmente pendente un procedimento penale avente ad oggetto la medesima vicenda, non si era costituito parte civile, escludendosi così ipotesi di litispendenza.

Nelle controdeduzioni l'impresa eccepiva l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 3, comma 1 del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), per non essere il ricorrente cliente dell'impresa convenuta e per non avere, pertanto, azione diretta nei confronti dell'assicuratore del datore di lavoro, presunto responsabile civile. Pertanto, secondo l'impresa, *"il danneggiato non ha nessun diritto a chiedere che il Collegio dichiari l'operatività di una garanzia che non lo riguarda"*.

Inoltre, l'impresa eccepiva l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h) del Decreto, rilevando la mancanza degli elementi essenziali, quali la domanda, l'esposizione dei fatti, il rapporto di parentela tra il ricorrente e il titolare della prestazione assicurativa, nonché dell'allegazione delle lesioni riportate dal lavoratore a seguito del sinistro.

L'impresa rilevava altresì l'inammissibilità del ricorso ex art. 3, comma 4, lett. b), n. 1) del Decreto, per aver il ricorrente domandato la condanna al pagamento di una somma di denaro senza specificare il valore della domanda, la quale si presentava, pertanto, indeterminata.

L'impresa faceva valere altresì l'inammissibilità del ricorso ex art. 9, comma 1, lett. c) del Decreto, sostenendo che il reclamo fosse stato presentato il 19 dicembre 2025, dopo tre anni dal verificarsi del sinistro in data 8 febbraio 2022.

Nel merito, l'impresa sosteneva l'infondatezza del ricorso, per non essere il ricorrente titolare di azione diretta nei confronti dell'impresa, data l'assenza di un rapporto contrattuale con la predetta e per non aver fornito la prova del verificarsi del sinistro e della entità dei danni patiti dal lavoratore a seguito del sinistro. Inoltre, ribadiva la legittimità del diniego di copertura opposto, rilevando che il sinistro si era verificato mentre il danneggiato era intento a eseguire lavori di ristrutturazione estranei alle attività tipicamente proprie di un'autofficina, per le quali l'impresa convenuta aveva assunto il relativo rischio assicurativo.

Nelle repliche il ricorrente ribadiva l'assenza, da parte dell'impresa convenuta, di riscontri puntuali e concreti in ordine alle ragioni poste a fondamento del diniego di copertura, anche a seguito del formale reclamo presentato all'IVASS in data 8 gennaio 2026 e della conseguente istruttoria.



In punto di diritto, il ricorrente contestava le eccezioni di inammissibilità formulate. Per quanto concerne il presunto difetto di legittimazione attiva, il ricorrente sottolineava che la definizione di “*clientela*” di cui all'art. 1, comma 1, lett. b) del Decreto ricomprende altresì “*Chi ha comunque titolo a ricevere prestazioni assicurative*”; categoria nella quale egli sarebbe rientrato in qualità di erede del dipendente deceduto. A sostegno di tale tesi, il ricorrente richiamava altresì l'art. 1917, comma 2, cod. civ., ritenendo che tale disposizione confermasse la sussistenza, in capo al terzo danneggiato, di un titolo giuridico a beneficiare della prestazione assicurativa, escludendo che lo stesso potesse essere considerato un soggetto del tutto estraneo al rapporto assicurativo.

Il ricorrente deduceva, infine, che la condotta tenuta dall'impresa nel periodo compreso tra novembre 2024 e gennaio 2026 si sarebbe posta in contrasto con i principi di buona fede e correttezza di cui agli artt. 1175 e 1375 cod. civ. e per quanto concerne, invece, l'eccezione di inammissibilità del ricorso per asserita carenza degli elementi essenziali, il ricorrente ne sosteneva la completezza.

Con riferimento, poi, alla determinatezza della domanda ai fini della competenza per valore, il ricorrente, chiariva che l'oggetto principale del ricorso consisteva nell'accertamento dell'operatività della garanzia assicurativa e nella corretta interpretazione delle disposizioni contrattuali e non già nella liquidazione dell'indennizzo. In ogni caso, precisava che la domanda dovesse intendersi contenuta entro il limite del massimale R.C.O. previsto dalla polizza per ciascun sinistro, importo che risultava conforme ai requisiti di competenza dell'Arbitro Assicurativo.

Relativamente alla eccezione di inammissibilità del ricorso per mancato rispetto del termine triennale, il ricorrente osservava che il *dies a quo* dovesse essere individuato nel momento in cui sorge la controversia, coincidente, nel caso di specie, con la comunicazione del diniego definitivo da parte dell'impresa.

Sotto il profilo dell'onere probatorio, il ricorrente evidenziava che la stessa impresa avrebbe espressamente riconosciuto la sussistenza del sinistro, qualificandolo come “*infortunio mortale sul lavoro*”. Nel merito, il ricorrente reiterava le contestazioni già formulate in ordine alla legittimità del diniego di copertura opposto dall'impresa e alla correttezza dell'interpretazione delle clausole contrattuali di cui agli artt. 3, 11 e 12 delle CGA, richiamando le disposizioni del codice civile in materia di interpretazione del contratto, tra cui gli artt. 1362, 1363, 1366, 1370 cod. civ., nonché alcuni arresti della giurisprudenza di legittimità e di merito ritenuti pertinenti alla fattispecie in esame.

Nelle contropliche l'impresa ribadiva il difetto di legittimazione attiva del ricorrente, evidenziando che, in tema di infortuni sul lavoro, il dipendente non era titolare di un'azione diretta nei confronti dell'assicuratore del datore di lavoro; insisteva, altresì, sull'inammissibilità del ricorso per carenza della domanda; deduceva che, qualora la domanda dovesse intendersi formulata per *relationem*, assumendo quale parametro di quantificazione il massimale previsto dalla polizza, il relativo valore avrebbe ecceduto comunque il limite di 2.500,00 euro stabilito dalla normativa di settore e, conseguentemente, i limiti di competenza dell'Arbitro Assicurativo. Nel merito, l'impresa si riportava integralmente a tutte le difese già formulate nelle proprie controdeduzioni.



Nel ricorso, il ricorrente chiedeva: *“Accertare l’operatività della garanzia: si valuti se la manutenzione dei locali (nello specifico un vano adiacente e comunicante con l’officina) rientri nelle attività accessorie garantite. Si contesta l’interpretazione restrittiva della Compagnia, non supportata dal testo di polizza. Dichiarare l’obbligo di indennizzo: accertata la copertura, si disponga la liquidazione del danno spettante agli eredi. Valutare la condotta della Compagnia: che persiste nel diniego e nell’assenza di risposte puntuali nonostante la chiarezza delle clausole e il grave evento occorso”*.

Nelle repliche, il ricorrente chiedeva quanto segue: *“In via preliminare: • Rigettare tutte le eccezioni di inammissibilità sollevate dalla resistente per i motivi di cui ai punti 1-4 della presente memoria; • In subordine, ove il Collegio ritenesse sussistente un difetto formale sanabile, concedere termine per l’integrazione. Nel merito: • Accertare e dichiarare l’operatività della garanzia RCO di cui alla polizza n. *** in relazione al sinistro del 08/06/2022 occorso al Sig. omissis; • Accertare e dichiarare l’obbligo di [l’impresa] di corrispondere l’indennizzo previsto dalla polizza n. *** in relazione al sinistro del 08/06/2022, tenendo indenne l’assicurato di quanto dovuto agli eredi del Sig. omissis. Con riserva di produrre ulteriore documentazione e di formulare nuove istanze istruttorie nel rispetto dei termini procedurali”*.

L’impresa formulava le seguenti conclusioni: *“In via principale, dichiarare il ricorso inammissibile per i motivi di cui in narrativa; - In via subordinata, nel merito, rigettare la domanda per i motivi di cui in narrativa”*.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla cognizione del Collegio ha ad oggetto la domanda dell’erede di un lavoratore deceduto per un infortunio sul lavoro di accertare nei confronti dall’impresa che ha stipulato con il datore di lavoro una polizza di responsabilità civile per i danni ai danni a terzi (RCT) e ai dipendenti (RCO) l’operatività della garanzia ed il diritto ad un indennizzo per il decesso.

In via pregiudiziale, la convenuta ha sollevato un’eccezione di inammissibilità del ricorso ai sensi dell’art. 3, comma 1 del Decreto, deducendo che il ricorrente non rivestirebbe la qualifica di *“cliente”* dell’impresa assicuratrice ed evidenziando che la copertura assicurativa in esame *“copre il rischio RCT/RCO del datore di lavoro”* e che, non sussistendo alcun rapporto contrattuale tra l’impresa e il ricorrente, quest’ultimo non godrebbe dei requisiti necessari ai fini della presentazione del ricorso. Secondo la convenuta, il ricorrente non è titolare di una *“azione diretta”* nei confronti dell’assicuratore e che le ipotesi in cui tale azione è riconosciuta sono espressamente previste dalla legge, come nel caso della *“RC Auto, Responsabilità medica e per la caccia”*, mentre, per gli infortuni sul lavoro, non vi sarebbe alcuna disposizione normativa che attribuisca al dipendente un’azione diretta nei confronti dell’assicuratore del datore di lavoro. Secondo il ricorrente, invece, la definizione di *“clientela”* di cui all’art. 1, comma 1, lett. b) del Decreto ricomprenderebbe altresì *“Chi ha comunque titolo a ricevere prestazioni assicurative”*; categoria nella quale egli rientrerebbe in qualità di erede del dipendente deceduto. A sostegno di tale tesi, il ricorrente richiama l’art. 1917, comma 2 cod. civ., ritenendo che tale disposizione confermerebbe la sussistenza, in capo al terzo danneggiato, di un titolo giuridico a beneficiare della



prestazione assicurativa, escludendo che lo stesso possa essere considerato un soggetto del tutto estraneo al rapporto assicurativo.

Il Collegio ha già avuto modo di affrontare la questione della possibilità del danneggiato di agire direttamente nei confronti dell'impresa assicuratrice del responsabile civile, sebbene in fattispecie diverse dall'infortunio sul lavoro, osservando che la giurisprudenza di legittimità ha costantemente ritenuto che, in materia di assicurazione della responsabilità civile, *"il danneggiato non può agire direttamente nei confronti dell'assicuratore del responsabile del danno, salvi i casi eccezionalmente previsti dalla legge, atteso che egli è estraneo al rapporto tra il danneggiante e l'assicuratore dello stesso"* (Cass. civ., sez. III, 25 febbraio 2021, n. 5259) e che *"in forza del comma 2 dell'art. 1917 c.c. - che prevede la facoltà dell'assicuratore, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta e l'obbligo del medesimo assicuratore di provvedere al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede - non vengono a mutare i soggetti del rapporto assicurativo, che restano sempre e soltanto l'assicuratore e l'assicurato"* (Cass. civ., sez. III, 5 dicembre 2011, n. 26019)". Nello stesso senso è, altresì, orientata la giurisprudenza di merito, secondo la quale *"nell'assicurazione della responsabilità civile, l'obbligazione dell'assicuratore al pagamento dell'indennizzo all'assicurato è autonoma e distinta dall'obbligazione risarcitoria dell'assicurato verso il danneggiato, e ciò anche nell'eventualità in cui l'indennità venga pagata - materialmente - direttamente al terzo ai sensi dell'art. 1917, comma secondo cod. civ.", non potendo sussistere, in questi casi, un rapporto immediato e diretto tra l'impresa di assicurazione del danneggiante ed il terzo danneggiato, con la precisazione che "quest'ultimo, in mancanza di una normativa specifica come quella della responsabilità civile derivante dalla circolazione stradale, non ha azione diretta nei confronti dell'assicuratore"* (Trib. dell'Aquila, 17 maggio 2023, n. 358; cfr. ex multis Trib. Crotone, 08 aprile 2020, n. 341; Corte d'Appello di Milano, 14 dicembre 2016, n. 4263)" (cfr. Decisione AAS n. 508/2026; Decisione AAS n. 445/2026; Decisione AAS n. 770/2026).

Il Collegio ha altresì precisato che *"l'ordinamento italiano, in materia di assicurazione della responsabilità civile, non riconosce al terzo danneggiato un'azione diretta. Tale azione, è ammessa solo in casi eccezionali e tassativamente previsti dalla legge, come per la responsabilità civile derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, ai sensi dell'art. 144 CAP o per quella derivante dall'esercizio dell'attività venatoria. Tale regola trova conferma, sul piano interpretativo, anche nella giurisprudenza della Corte di Cassazione secondo cui "in tema di assicurazione della responsabilità civile, il danneggiato non può agire direttamente nei confronti dell'assicuratore del responsabile del danno, salvi i casi eccezionalmente previsti dalla legge, atteso che egli è estraneo al rapporto tra il danneggiante e l'assicuratore dello stesso"* (Cass. civ., sez. III, 25 febbraio 2021, n. 5259). Al di fuori di tali ipotesi, vige il principio generale secondo cui l'obbligazione dell'assicuratore è quella di tenere indenne l'assicurato di quanto questi debba pagare al terzo, come previsto dall'art. 1917, comma 1, cod. civ. La facoltà, per l'assicuratore, di pagare direttamente al terzo danneggiato ai sensi dell'art. 1917, comma 2, cod. civ., costituisce una mera modalità di adempimento della prestazione indennitaria dovuta all'assicurato e non fa sorgere in capo al terzo un diritto autonomo o un'azione diretta nei confronti dell'assicuratore. La disciplina sull'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile degli avvocati (art. 12, L. 247/2012 e Decreto del



Ministero della Giustizia del 22 settembre 2016) non conferisce al cliente danneggiato un'azione diretta contro l'assicuratore del professionista" (Decisione AAS n. 667/2026; Decisione AAS n. 664/2026; Decisione AAS n. 644/2026). Pertanto, "A meno, dunque, di previsioni di legge o di altro titolo che giustifichino il diritto del ricorrente a ricevere una prestazione assicurativa (anche o esclusivamente) da un soggetto diverso da quello con cui abbia intrattenuto o intrattenga la relazione contrattuale, risulta imprescindibile che il procedimento introdotto con il ricorso all'Arbitro si instauri tra parti del medesimo contratto di assicurazione" (Decisione AAS n. 488/2026).

Il Collegio ha anche affrontato la questione della nozione di "clientela" di cui all'art. 1, comma 1, lett. b) del Decreto, definito come soggetto "al quale la legge riconosce azione diretta nei confronti dell'impresa o che ha comunque titolo a ricevere prestazioni assicurative", ritenendo che con tale definizione "vengono in considerazione soggetti diversi dal contraente che, pur non avendo instaurato il rapporto con l'impresa o con l'intermediario, sono nondimeno titolari di posizioni giuridiche soggettive che si innestano sul contratto di assicurazione o sulla disciplina legale ad esso applicabile. Segnatamente, tra i soggetti ai quali la legge riconosce azione diretta nei confronti dell'impresa possono annoverarsi, a titolo esemplificativo, il danneggiato da un sinistro causato dalla circolazione di veicoli o natanti, il quale può agire direttamente per il risarcimento dei danni nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile ovvero della propria impresa nell'ambito della procedura di risarcimento diretto (cfr. artt. 144 e 149 CAP); analogamente, può richiamarsi l'azione diretta promossa dal danneggiato nell'ambito della responsabilità sanitaria, prevista dall'art. 12 della legge 8 marzo 2017, n. 24. Per quanto concerne i soggetti che hanno comunque un "titolo a ricevere prestazioni assicurative", rientra in tale categoria, anzitutto, la figura dell'assicurato, quale titolare dell'interesse all'assicurazione, distinto dal contraente laddove si verta in un'ipotesi di assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta ai sensi dell'art. 1891 cod. civ., ove i diritti derivanti dal contratto spettano direttamente all'assicurato; nonché il terzo beneficiario di cui all'art. 1920 cod. civ., cui spetta il diritto di ottenere la prestazione assicurativa in forza della stipulazione effettuata a suo favore dal contraente. Parimenti rileva la posizione del c.d. "vincolatario", la cui legittimazione a ricevere la prestazione assicurativa trova fondamento diretto e originario nel contratto di assicurazione o in relativa appendice" (Decisione AAS n. 624/2026).

I principi sopra ricordati possono applicarsi anche all'ipotesi dell'azione diretta del dipendente nei confronti dell'impresa di assicurazione del datore di lavoro, in quanto nella concreta fattispecie la polizza di assicurazione stipulata dal datore di lavoro è una Polizza Multirischi R.C.T./R.C.O., con cui l'impresa si è obbligata esclusivamente a tenere indenne il datore di lavoro (contraente/assicurato) di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento dei danni involontariamente cagionati a terzi nonché per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, e non è possibile "rintracciare alcun riferimento normativo o, al più, contrattuale, che preveda l'azione diretta del terzo danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile" (Decisione AAS n. 770/2026, cit.).

Ne consegue che l'eccezione di inammissibilità del ricorso per difetto di legittimazione attiva del ricorrente è fondata e il ricorso deve essere dichiarato inammissibile.



PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA