Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
NICOLA SOLDATI	Membro scelto dall'IVASS
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto dall'IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Componente designato dalle imprese di assicurazione
FRANCESCO ZAMPINO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ZAMPINO

Riunione del 23/09/2026

FATTO

Con ricorso del 30 gennaio 2026 (reclamo inviato in data 24 settembre 2025) il ricorrente deduce di aver sottoscritto un contratto di polizza infortuni, con relativa estensione di garanzia relativa alle "lesioni muscolari determinate da sforzi, lesioni tendinee sottocutanee, rottura del tendine d'Achille". Rappresenta, quindi, di aver subito in data 11 giugno 2024 un trauma riconducibile a tale fattispecie verificatosi a seguito di uno scatto, durante una corsa di allenamento amatoriale.

Pertanto, chiede la liquidazione dell'indennizzo a lui spettante, in conformità alla polizza.

Si costituisce l'impresa con controdeduzioni del 13 marzo 2026, la quale premetteva, in punto di fatto, che il sinistro oggetto di controversia si era verificato in data 11 giugno 2024, ma che era stato denunciato solo in data 10 febbraio 2025. Precisa altresì che l'assicurato richiedeva il rimborso delle spese mediche sostenute in esito al denunciato infortunio per la somma complessiva di euro 990,00.

L'impresa afferma di aver riscontrato le richieste dell'assicurato in data 10 settembre 2025, contestando l'indennizzabilità del sinistro e deducendo che quest'ultimo non poteva essere

considerato quale infortunio, in applicazione delle condizioni di assicurazione e della definizione stessa di “infortunio” prevista nel glossario di polizza.

L’impresa, dunque, rileva che l’assicurato proponeva reclamo il 24 settembre 2025, attraverso il quale eccepiva che la copertura aveva ad oggetto anche “lesioni muscolari determinate da sforzi, le lesioni tendinee sottocutanee, la rottura del tendine d’Achille”.

L’impresa, deducendo, dunque, che si trattava di “danno da sforzo”, rappresenta di aver riscontrato tale reclamo, ribadendo la non indennizzabilità del sinistro. Seguiva ulteriore corrispondenza tra impresa e assicurato, ove l’impresa deduceva di aver ulteriormente precisato che, per qualificare l’evento come infortunio, la causa del danno doveva essere fortuita, violenta ed esterna.

Parte resistente rappresenta, altresì, che nella denuncia di sinistro, datata 10 febbraio 2025 ma asseritamente inviata all’agenzia di intermediazione di riferimento in data 16 luglio 2025, l’assicurato si limitava ad indicare semplicemente di aver subito un trauma alla coscia della gamba destra. Poiché tale dichiarazione non era idonea a circostanziare l’evento, l’impresa rappresenta che aveva provveduto a fornire incarico ad un collaboratore esterno per circoscrivere l’accaduto.

A tal fine, in data 19 agosto 2025, l’incaricato dell’impresa raccoglieva anche le dichiarazioni del ricorrente.

L’impresa contesta che tali dichiarazioni e gli accertamenti esperiti non avevano comunque fatto chiarezza sulla vicenda, risultando dunque non provate le condizioni di causa fortuita, violenta ed esterna, richieste per l’operatività della polizza.

L’impresa rappresenta, altresì, di aver successivamente incaricato il consulente medico centrale affinché questo rendesse un parere sulla questione; in tale parere, premessa la distinzione tra i concetti di sforzo e di atto di forza, il consulente concludeva per la non indennizzabilità del sinistro.

Ulteriormente, la resistente precisa che l’assicurato aveva subito altri tre precedenti sinistri, determinanti una invalidità permanente, non denunciati in sede di acquisizione di polizza ma tutti risultanti dal Casellario Centrale Infortuni.

Asserisce, ancora, che, per valutare se le lesioni possano essere conseguenti all’evento, era necessaria una specifica valutazione medico legale, non consentita *ex* art. 11 co. 8 del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il “Decreto”).

Da ultimo, l’impresa precisa di aver risposto all’ultima comunicazione attinente al reclamo in data 5 marzo 2026 e che la posizione relativa al sinistro *de quo* risultava ancora aperta.

Il ricorrente replica a quanto asserito dall’impresa e contesta integralmente le deduzioni della resistente, osservando come l’evento non era frutto di un “dolore spontaneo”, quanto piuttosto l’esito di “una lesione muscolare acuta causata da uno sforzo improvviso e violento (uno scatto durante la corsa)”.

Parte ricorrente deduce nelle repliche, quindi, che tale fattispecie era perfettamente aderente alla definizione di “sforzo” contenuta nel glossario di polizza. Viceversa,

l'interpretazione perorata dalla resistente svuoterebbe di significato la garanzia per le lesioni muscolari determinate da sforzi.

Quanto alle deduzioni concernenti i sinistri passati, il ricorrente asserisce che sarebbero inconferenti e privi di supporto medico-legale. Adduce che la lesione in contestazione era autonoma. Dunque, il tentativo di collegare l'evento a patologie pregresse costituisce un mero espediente per eludere l'obbligo indennitario.

Il ricorrente, sempre nelle repliche, deduce anche che la prova della lesione sarebbe contenuta nella documentazione medica già prodotta.

Da ultimo, quanto all'impossibilità di valutazione medico-legale o alla tardività della denuncia, il ricorrente contesta come tali asserzioni sono contraddittorie e lesive dei diritti dell'assicurato.

Nelle controrepliche, l'impresa, nel reiterare quanto argomentato nel precedente scritto difensivo, asserisce che l'interpretazione dell'assicurato non sarebbe suffragata da elementi oggettivi o riscontri tecnici idonei a consentire una revisione delle conclusioni. Deduce, dunque, che per risolvere la vertenza sarebbe necessaria una Consulenza Tecnica d'Ufficio, che però non può essere disposta dall'Arbitro.

DIRITTO

La controversia sottoposta al Collegio riguarda l'indennizzabilità del sinistro occorso al ricorrente in data 11 giugno 2024, se esso rientri nelle clausole contrattuali contenute nella polizza infortuni e, pertanto, se il ricorrente abbia diritto al rimborso delle spese mediche sostenute in esito al denunciato infortunio.

In particolare, nelle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito CGA, e precisamente nel glossario, l'infortunio è classificato come "evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili".

Sempre nel glossario, la definizione di sforzo è individuata come "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 delle CGA concerne l'ambito di operatività dell'assicurazione, in forza del quale "sono compresi in garanzia, con le limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4), anche gli infortuni causati da: […] lesioni muscolari determinate da sforzi, le lesioni tendinee sottocutanee, la rottura del tendine d'Achille".

A fronte di ciò, il ricorrente chiede il riconoscimento dell'indennizzo sostenendo che l'infortunio si era verificato a seguito di uno scatto, durante una corsa di allenamento amatoriale e, pertanto, avendo una estensione di garanzia relativa alle "lesioni muscolari determinate da sforzi, lesioni tendinee sottocutanee, rottura del tendine d'Achille", avrebbe diritto al rimborso delle spese sostenute.

L'impresa, invece, sostiene che, nel caso *de quo*, manca completamente e, quindi, risultano non provate, le condizioni di causa fortuita, violenta ed esterna, richieste per l'operatività della polizza.

Anche le valutazioni medico legali svolte dall'impresa avrebbero evidenziato che l'infortunio non era indennizzabile, rappresentando altresì che, poiché il ricorrente aveva subito altri infortuni risultanti dal Casellario, sarebbe necessaria una valutazione medico legale al fine di determinare che l'infortunio occorso al ricorrente non sia diretta conseguenza dei precedenti.

Pertanto, l'impresa eccepisce l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 11, comma 8 Decreto.

Il Collegio ritiene che tale eccezione sia infondata.

Infatti, come dichiarato dall'impresa stessa, per la valutazione del sinistro occorso al ricorrente dava prima incarico a un collaboratore esterno di circoscrivere l'accaduto, poi un consulente medico legale centrale per un parere.

Ebbene, proprio il medico legale dell'impresa, se avesse rilevato che la lesione *de qua* era riconducibile alle precedenti lesioni occorse all'assicurato, avrebbe dovuto evidenziarlo nella sua relazione medica che avrebbe condotto, poi, al rigetto del sinistro, senza possibilità di revisione.

Invece, l'impresa sia nelle controdeduzioni, sia nel riscontro al reclamo dell'odierno ricorrente, non ha mai rilevato che il sinistro *de quo* era stato rigettato in conseguenza delle valutazioni medico legali.

Tanto è vero che l'impresa, ancora, in data 5 marzo 2026, rispondendo all'ultima comunicazione attinente al reclamo, comunicava che la posizione risulta ancora aperta.

Per tal motivo, il Collegio ritiene che non vi sia alcuna necessità di esperire una perizia tecnica e, quindi, l'eccezione dell'impresa appare infondata.

Ciò precisato, prima di entrare nel merito, il Collegio deve rilevare che la domanda del ricorrente appare priva dell'indicazione del *quantum*.

Infatti, il ricorrente chiede nel ricorso "la liquidazione del rimborso/indennizzo a me spettante, in conformità con i termini e le condizioni di polizza", senza precisare l'importo richiesto.

Neppure nel reclamo all'impresa risulta possibile comprendere quale sia l'importo richiesto (c.d. *petitum* mediato), né tantomeno, dalla documentazione cartacea depositata in atti.

Infatti, né l'impresa, né il ricorrente depositano le fatture di cui il ricorrente chiede il rimborso.

Tuttavia, l'impresa, nelle controdeduzioni, rappresenta che le spese mediche sostenute dal ricorrente a seguito dell'infortunio erano complessivamente di euro 990,00.

Il Collegio ritiene, pertanto, che, sebbene non vi sia nel ricorso l'indicazione dell'importo richiesto (c.d. *petitum* mediato) nel caso che ci occupa esso sia possibile individuarlo compiutamente dall'esame complessivo degli atti della presente procedura.

Esaminate le eccezioni preliminari, il Collegio ritiene necessario, nel merito, innanzitutto, chiarire cosa si intende per infortunio: "evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili"

Nelle CGA, appare ben evidenziato cosa si intende per infortunio.

Anche la definizione di sforzo appare individuata: “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 delle CGA concerne l’ambito di operatività dell’assicurazione, in forza del quale “sono compresi in garanzia, con le limitazioni previste nella tabella “Limiti, scoperti e franchigie” (art. 2.4 delle CGA), anche gli infortuni causati da: […] lesioni muscolari determinate da sforzi, le lesioni tendinee sottocutanee, la rottura del tendine d’Achille”.

Ebbene, a fronte di ciò, l’impresa rappresenta che, dopo la valutazione prima del collaboratore e poi del medico legale, il sinistro occorso al ricorrente non sarebbe indennizzabile in quanto non classificabile come “infortunio”. Secondo l’impresa, infatti, anche a voler considerare la lesione come conseguente a “sforzo”, questo non sarebbe comunque compreso nella definizione apprestata dalla polizza per l’omonima fattispecie, che presupporrebbe comunque la verificazione di un sinistro.

Il ricorrente, invece, deduceva che l’evento a lui occorso sarebbe perfettamente aderente alla definizione di sforzo contenuta nel “glossario di polizza”.

Il Collegio rileva come la Suprema Corte ha ribadito più volte che le clausole del contratto, qualora non siano state frutto di una libera contrattazione tra le parti ma siano state predisposte unicamente da una sola parte, devono, *ex* art. 1370 cod. civ., interpretate contro il predisponente, ossia che la scarsa chiarezza del testo va imputata solamente a colui che l’ha redatto (Cass. civ., sez. III, 23 settembre 2021, n. 25849).

Deve rilevarsi anche come il concetto di sforzo fisico ed infortunio sia ancora molto dibattuto sia in giurisprudenza che in dottrina.

Tuttavia, da alcuni anni a questa parte, si evidenzia come la giurisprudenza di legittimità abbia adottato una interpretazione assai larga di “causa violenta ed esterna”, ammettendo, ad esempio, che anche l’infarto patito da un cardiopatico in conseguenza di una corsa di riscaldamento in palestra costituisca un infortunio dovuto a causa esterna (individuata nella corsa stessa).

Anche la giurisprudenza formatasi in tema di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro ha ricompreso la lesione da sforzo nella nozione di infortunio, sia nei casi in cui lo sforzo fisico sia stato eccezionale, straordinario ed imprevedibile nei suoi effetti; sia nei casi in cui lo sforzo sia consistito “in una erogazione di energia fisica, concentrata nel tempo, finalizzata a vincere una resistenza o una forza contraria alla cui azione rapida ed intensa possa riconnettersi una lezione, in base ad un rapporto causale”.

In particolare: “di recente la Suprema Corte (Cassazione sentenza n. 7228/10) […] ha ritenuto sussistente un rapporto di causalità diretta tra sforzo fisico e conseguenze invalidanti alla sola condizione che “lo sforzo fisico sia atto a determinare con azione rapida ed intensa la lesione dell’equilibrio fisico dell’assicurato”. In altra contemporanea pronuncia - interpretando una clausola contenuta in polizza assicurativa per infortuni dovuti a "causa fortuita violenta ed esterna" […], la Suprema Corte ha ravvisato tale causa anche nella corsa

di riscaldamento in palestra che aveva provocato il malore e la successiva morte dell'allievo, ritenendo che anche lo sforzo fisico richiesto nella corsa costituisca causa accidentale, esterna all'organismo e violenta (Cassazione civile sez. III, 19/04/2000 n. 5080)" (Tribunale di Locri, 16 febbraio 2023, n. 75).

In considerazione di quanto sopra rilevato, il Collegio ritiene opportuno formulare una proposta conciliativa alle parti in applicazione dell'art. 11, comma 6, del Decreto che preveda il riconoscimento alla ricorrente da parte dell'impresa assicurativa del rimborso del 50% delle spese indicate nella documentazione allegata alle controdeduzioni, pari ad euro 495,00. L'adesione alla proposta conciliativa comporta la rinuncia reciproca delle parti a ogni atto, azione, diritto, ragione o pretesa connessi ai fatti e ai rapporti oggetto del procedimento dinanzi all'Arbitro Assicurativo, dedotti o deducibili nell'ambito dello stesso, con dichiarazione di non avere null'altro a pretendere l'una dall'altra, salvo quanto previsto dalla presente proposta.

In data 5 luglio 2026, il ricorrente ha aderito alla proposta conciliativa formulata dal Collegio, accettando il riconoscimento del rimborso del 50% delle spese indicate nella documentazione allegata alle controdeduzioni, pari a euro 495,00.

In data 8 luglio 2026, l'impresa ha parimenti aderito alla proposta conciliativa formulata dal Collegio "pur confermando le riserve tecniche già espresse in merito alla liquidabilità di tale sinistro".

PER QUESTI MOTIVI

Il collegio, esaminati gli atti, dichiara la cessazione della materia del contendere.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA