Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	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 GIOVANNI STELLA

Riunione del 08/10/2026

FATTO

Con ricorso del 4 febbraio 2026 (preceduto da reclamo del 13 novembre 2025) il ricorrente, contraente di una polizza infortuni, contesta – tramite procuratore volontario – il diniego da parte dell'impresa di copertura integrale di un sinistro (caduta sui binari da una bicicletta durante una consegna a domicilio), verificatosi e denunciato in data 11 agosto 2025.

In proposito rileva che, a seguito della suddetta denuncia, l'impresa formulava una offerta di euro 1.000,00 a titolo di indennizzo per invalidità permanente al 2% e per rimborso spese mediche, ma negava il riconoscimento della diaria giornaliera da immobilizzazione/gessatura (pari a 50,00 euro) per 34 giorni di inabilità, non riportando la documentazione sanitaria la dicitura testuale "*immobilizzazione a letto*".

Presentava quindi un reclamo all'impresa che successivamente ribadiva la propria posizione.

Il ricorrente chiede pertanto la rivalutazione del sinistro e la corresponsione del corretto indennizzo, quantificato in euro 2.700,00, comprensivo della somma già offerta e della suddetta diaria giornaliera.

Più nel dettaglio, il ricorrente formula, in sede di ricorso, le seguenti richieste: "*1. accertare e dichiarare l'illegittimità del diniego opposto da* [impresa] *in ordine alla garanzia di diaria*

*giornaliera da immobilizzazione/gessatura prevista dalla polizza n. 25*****VI; 2. accertare e dichiarare il diritto del ricorrente alla integrale corresponsione dell'indennizzo assicurativo spettante in relazione al sinistro occorso in data 11/08/2025; 3. Per l'effetto, condannare* [impresa] *al pagamento in favore del ricorrente della somma complessiva di € 2.700,00 ovvero di quella maggiore o minore ritenuta di giustizia, oltre interessi ed eventuali accessori di legge*".

Con le controdeduzioni l'impresa rappresenta, preliminarmente, che il ricorrente è titolare di una polizza infortuni stipulata il 14 luglio 2025 e che la posizione relativa al sinistro oggetto di ricorso è stata aperta il 19 agosto 2025.

Nel merito, respinge la richiesta del ricorrente, confermando l'inoperatività della garanzia per la quale viene richiesto il risarcimento. In particolare, evidenzia che il verbale di Pronto Soccorso non riporta la prescrizione clinica di "*immobilizzazione a letto*", contrattualmente necessaria ai fini dell'attivazione della garanzia opzionale, e che, al contrario, l'atto medico certifica espressamente la deambulazione spontanea del paziente. Inoltre, rileva che sulla base della valutazione del medico fiduciario, la procedura *standard* per le fratture costali non è il riposo, ma l'analgesia finalizzata alla mobilizzazione precoce, e che è controindicata qualsiasi forma di immobilizzazione.

Rileva infine che, sebbene l'offerta di euro 1.000,00 non sia stata formalmente accettata, il centro liquidativo ha già inviato in data 5 marzo 2026 – tramite raccomandata – l'assegno di liquidazione di pari importo, dandone contestuale comunicazione al legale del ricorrente.

L'impresa chiede, pertanto, con le conclusioni che l'Arbitro "*alla luce della ricostruzione dei fatti esposta dalla* [impresa] *e della documentazione prodotta, voglia rilevare l'assoluta infondatezza delle pretese avanzate dal ricorrente*".

Con le repliche il ricorrente evidenzia che l'impresa ha provveduto all'invio unilaterale dell'assegno tramite raccomandata, senza la previa accettazione formale della somma offerta, e che quindi la relativa riscossione – avvenuta in data 26 marzo 2026 – è stata effettuata soltanto a titolo di acconto sulla maggiore somma dovuta.

Contesta, inoltre, la motivazione del diniego addotta dall'impresa, che subordina il riconoscimento della garanzia alla presenza di una locuzione letterale ("*immobilizzazione a letto*") nel referto medico, rilevando che quest'ultimo attesta, comunque, inequivocabilmente la frattura di due costole confermata da esame radiografico e che quindi risulta soddisfatto il requisito del numero minimo di costole fratturate, contrattualmente previsto.

Ritiene altresì irrilevante il riferimento – richiamato dall'impresa – alla deambulazione spontanea del paziente riportata nel verbale di Pronto Soccorso, in quanto inerente alle condizioni al momento della dimissione (fase acuta immediata dell'evento) e non alla prognosi funzionale e lavorativa per i giorni successivi, mentre sottolinea l'importanza della certificazione INAIL che attesta l'inattività del ricorrente per 34 giorni.

Eccepisce, infine, la violazione da parte dell'impresa dei principi di buona fede contrattuale (artt. 1362 e 1375 cod. civ.) e del codice del consumo e la contraddittorietà logica della posizione assunta nella valutazione del sinistro.

Nelle conclusioni formulate in sede di repliche il ricorrente così precisa le domande: "*1. Accertare che l'infortunio occorso al* [ricorrente] *in data 11/08/2025, durante lo svolgimento dell'attività lavorativa di* rider *su bicicletta, rientra nell'ambito di applicazione della garanzia "Indennità da gessatura/immobilizzazione" prevista dalla polizza n. 50***VI (…); 2. "accertare che la frattura della VII e VIII costola sinistra, integra i presupposti oggettivi della garanzia contrattuale, in quanto trattasi di frattura di almeno due costole, che per sua natura clinica, non richiede gessatura ma determina un'effettiva e documentata necessità di immobilizzazione e riposo per il periodo attestato; 3. Accertare che il* [ricorrente] *ha osservato un periodo di inabilità temporanea di 34 giorni, attestato dalla certificazione INAIL in atti, durante il quale si è trovato nell'impossibilità clinica e lavorativa di svolgere la propria attività di* rider*; 4. Condannare* [l'impresa] *al pagamento in favore del ricorrente della somma di € 1.700,00 (pari a 34 giorni X € 50,00/die) a titolo di indennità da gessatura/immobilizzazione, oltre interessi legali dalla data del sinistro (11/07/2025) al saldo; 5. Dichiarare che la somma di euro 1.000,00 già riscossa in data 26 marzo 2026 è imputata esclusivamente all'indennizzo per Invalidità Permanente al 2%, come formulato e corrisposto dalla* [impresa]*, e non incide in alcun modo sulla pretesa relativa alla diaria; 6. Condannare l'impresa alla rifusione delle spese e competenze del procedimento arbitrale da distrarsi in favore del sottoscritto* [procuratore]".

Con le controrepliche l'impresa rileva, in primo luogo che la somma di euro 1.000,00 già corrisposta deve intendersi come liquidazione definitiva del danno da invalidità permanente, accertata nella misura del 2% in conformità alla perizia medica e a quanto rilevato dallo stesso ricorrente nelle sue repliche.

In merito alla richiesta di integrazione per l'inabilità temporanea, conferma il proprio diniego, non ritenendo operante la garanzia in virtù di quanto previsto dalle condizioni contrattuali. In proposito, eccepisce che la frattura di due costole non costituisce una patologia che imponga necessariamente l'allettamento e che l'elemento dirimente è l'assenza di idonea certificazione, nella fattispecie, assente.

Ribadisce di non ritenere equiparabile l'astensione dall'attività lavorativa prescritta dall'INAIL alla dinamica di immobilizzazione a letto richiesta dalla polizza, sia dal punto di vista medico-legale che contrattuale. Inoltre, nel rilevare la distinzione tra evento traumatico e presupposto indennizzabile, evidenzia che il periodo di riposo e le limitazioni funzionali sono conseguenze ordinarie di una frattura costale, necessarie per la guarigione, ma non coincidono con lo stato di "*immobilizzazione a letto*" richiesto dal contratto per l'erogazione della specifica diaria/indennità.

In conclusione, insiste per l'accoglimento delle conclusioni già rassegnate in sede di controdeduzioni.

DIRITTO

La questione rimessa alla decisione del Collegio concerne la doglianza del ricorrente di mancato riconoscimento, da parte dell'impresa, della diaria giornaliera da immobilizzazione/gessatura (pari a euro 50,00 giornalieri) per 34 giorni di inabilità a seguito

di un infortunio (caduta sui binari da una bicicletta durante una consegna a domicilio) subito in data 11 agosto 2025.

A seguito dell'infortunio occorsogli e del conseguente risarcimento dell'impresa, avente ad oggetto soltanto all'invalidità permanente ed al rimborso delle spese mediche, il ricorrente chiede gli sia riconosciuta anche la suddetta indennità di immobilizzazione/gessatura.

L'impresa ha respinto la suddetta richiesta, rilevando l'assenza dei requisiti oggettivi contrattualmente richiesti ai fini dell'attivazione della garanzia assicurativa. La motivazione addotta per il diniego si fonda principalmente sul fatto che la documentazione sanitaria (in particolare il verbale di Pronto Soccorso del giorno del sinistro) non riporta la prescrizione "*immobilizzazione a letto*" che l'impresa ritiene necessaria, sulla base delle condizioni contrattuali, per l'attivazione della garanzia opzionale richiesta.

Secondo la tesi difensiva del ricorrente, invece, la frattura della VII e VIII costola sinistra, integra i presupposti oggettivi della garanzia contrattuale, in quanto trattasi di frattura di almeno due costole, che per sua natura clinica, non richiede gessatura ma determina un'effettiva e documentata necessità di immobilizzazione e riposo per il periodo attestato. Inoltre, dovrebbe valutarsi il certificato INAIL di infortunio rilasciato il 29 agosto 2025, il quale prescrive: "*L'infermità determina inabilità con prognosi giustificata dal 29 agosto 2025 fino al 14 settembre 2025 e l'infortunato può riprendere il lavoro il giorno 15 settembre 2025*". Al riguardo, il ricorrente evidenzia che, tanto in ambito medico quanto nella comune esperienza, le fratture costali multiple determinano una condizione di grave limitazione funzionale nelle settimane successive all'evento traumatico e che è quindi di tale condizione, attestata dal suddetto certificato INAIL, che si deve tenere conto nel caso di specie, anche avuto riguardo alla particolare tipologia di attività lavorativa svolta dall'assicurato.

Ciò premesso, il Collegio ritiene che la garanzia per la quale viene richiesto il risarcimento non possa considerarsi operativa nel caso di specie, per effetto di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

Per quanto concerne l'"*Indennità da immobilizzazione e gessatura*" ("*Garanzia Opzionale*"), le Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito "CGA"), nella "*SEZIONE INFORTUNI*", prevedono testualmente (pag. 19): "*Se a seguito di infortunio indennizzabile, l'Assicurato* (…) *rimane a letto in caso di frattura, confermata da radiografia, che non richiede gessatura, ma che necessita di immobilizzazione a letto:* [l'impresa] *paga l'indennità di gessatura, fino a un massimo di 40 giorni per anno assicurativo, solo se l'Assicurato ha un documento del medico che attesta la necessità. In caso di fratture delle costole, è necessario che le costole fratturate siano almeno due* (…)".

È agli atti il verbale di dimissione dell'assicurato dal Pronto Soccorso in data 12 agosto 2025. Il verbale attesta l'ingresso dell'odierno ricorrente, a seguito di trasporto in ambulanza, nella serata dell'11 agosto e la dimissione nella mattinata del giorno successivo.

Il documento contiene, per quanto rileva in questa sede, le seguenti indicazioni: "*caduta dalla bici mentre faceva una consegna durante orari e attività di lavoro*"; "*trauma all'emicostato sinistro*"; "*Radiografia di bacino e articolazioni sacroiliache*"; "*Prognosi 20 giorni salvo complicazioni*".

Circa la "*Condizione clinica alla dimissione*" è riportato nel verbale, fra l'altro: "*Bacino stabile* (…) *Deambulazione spontanea*". Fra i consigli si indicano, per quanto rileva in questa sede: "*Controllo rx torace tra 7 e 30 giorni*"; "*riposo funzionale per 15 gg*."; "*carico protetto con ausilio di stampelle per 15-20 gg*.".

Nel verbale è riportata, infine, la seguente "*diagnosi di uscita*": "*frattura VII-VIII costa sin Contusioni multiple*".

Il Collegio osserva, pertanto, che dalla documentazione medica non emerge mai l'impossibilità alla deambulazione dell'assicurato e, in particolare, il verbale di Pronto Soccorso non riporta la prescrizione clinica di "*immobilizzazione a letto*", contrattualmente necessaria ai fini dell'attivazione della garanzia opzionale. Anzi, le indicazioni sul verbale di dimissioni dal Pronto Soccorso di "*riposo funzionale per 15 gg*.", "*carico protetto con ausilio di stampelle per 15-20 gg*." e "*deambulazione spontanea*" appaiono nel complesso incompatibili con la prescrizione di una "*immobilizzazione a letto*". Segnatamente, il periodo di riposo e il carico con stampelle sono conseguenze ordinarie di una frattura costale, necessarie per la guarigione, ma non coincidono con lo stato di "*allettamento*" richiesto dal contratto per l'erogazione della specifica diaria/indennità.

Non appare dirimente il rilievo del ricorrente secondo cui il verbale rilasciato dal Pronto Soccorso al momento della sua dimissione, pur non riportando la dicitura richiesta dall'impresa, attesta comunque, inequivocabilmente, la frattura di due costole, confermata da esame radiografico e quindi risulterebbe soddisfatto il requisito del numero minimo di costole fratturate contrattualmente previsto.

Invero il Collegio ritiene che, sulla base del tenore della clausola contrattuale in questione, la frattura di due costole sia una condizione integrativa, e non alternativa, per l'erogazione dell'indennità in questione, sul presupposto che tale tipologia di fratture non impone necessariamente l'immobilizzazione a letto.

Anzi, come evidenziato dall'impresa sulla scorta della valutazione tecnica del medico fiduciario "*i protocolli della Chest Wall Injury Society in materia di traumatologia*" e le più recenti linee guida internazionali, non prevedono e anzi sconsigliano l'immobilizzazione a letto per il trattamento delle fratture costali.

Neppure appare condivisibile l'argomentazione del ricorrente secondo cui "*l'interpretazione proposta dalla* [impresa]*, che richiede una dicitura medica specifica del tutto estranea alla pratica clinica, è ontologicamente incompatibile con il canone della chiarezza e favorevolezza verso il contraente debole*", tenuto conto di quanto previsto dall'art. 35 del codice del consumo ("*1. Nel caso di contratti di cui tutte le clausole o talune clausole siano proposte al consumatore per iscritto, tali clausole devono sempre essere redatte in modo chiaro e comprensibile. 2. In caso di dubbio sul senso di una clausola, prevale l'interpretazione più favorevole al consumatore*").

La clausola delle CGA relativa all'indennità da gessatura/immobilizzazione, nel richiedere quale presupposto la necessità della prescrizione medica di immobilizzazione a letto, è redatta in termini chiari e univoci, e non può ritenersi viziata da oscurità e inintelligibilità; del resto, costituisce fatto notorio che nella prassi clinica il medico e la struttura sanitaria

prescrivono specificamente, se necessario per la guarigione del paziente, l'immobilizzazione a letto.

Per quanto concerne l'astensione dell'attività lavorativa, prescritta dall'INAIL in data 29 agosto 2025 ("*L'infermità determina inabilità con prognosi giustificata dal 29 agosto 2025 fino al 14 settembre 2025 e l'infortunato può riprendere il lavoro il giorno 15 settembre 2025*"), il Collegio ritiene che questo certificato non sia equivalente alla richiesta prescrizione medica di una immobilizzazione a letto. In ogni caso, ai fini del riconoscimento dell'indennità in questione non rileva l'incompatibilità dell'infortunio con il tipo di attività lavorativa svolta dall'assicurato, bensì la circostanza – non provata dal ricorrente nel caso di specie – che l'assicurato sia stato costretto all'immobilizzazione a letto come prescritto da un documento medico.

Va ricordato in proposito 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* (…)". In applicazione di tali principi, occorre quindi richiamare il consolidato orientamento giurisprudenziale – cui 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 "*La circostanza che l'evento dannoso rientri tra i 'rischi inclusi' è fatto costitutivo della pretesa, e va provata dall'assicurato* (…)" (Cass. civ., sez. III, 9 agosto 2023, n. 24273; Cass. civ., sez. III, 21 settembre 2021 n. 25510. In questo senso, per l'Arbitro Assicurativo, cfr. Decisione n. 1030/2026; Decisione AAS n. 422/2026).

In conclusione, il ricorrente non ha fornito la prova che per l'infortunio subito sia stata prescritta da un medico l'"*immobilizzazione a letto*", come previsto dalle condizioni contrattuali, e dunque non ha provato che si sia verificato un evento coperto dalla garanzia.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA