Arbitro Assicurativo
Risoluzione Stragiudiziale Controversie

IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	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
BARTOLOMEO FRANCESCO GRIPPO	Componente designato dai clienti Consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 15/10/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 30 marzo 2026 (e reclamo presentato il 6 marzo 2026), la ricorrente riferiva che, a seguito della denuncia di un infortunio conseguente a evento traumatico, l'impresa resistente, in forza di polizza infortuni comprensiva della garanzia "Rimborso spese mediche", avrebbe inizialmente disposto il pagamento delle spese fisioterapiche, riconoscendo di fatto l'operatività della garanzia. In seguito a una richiesta di ulteriore rimborso, l'impresa avrebbe però negato integralmente l'indennizzabilità del sinistro, sulla base di una valutazione medico-legale che qualificava la patologia come cronica.

Tanto premesso, la ricorrente deduceva che la documentazione sanitaria prodotta avrebbe evidenziato un quadro compatibile con un evento traumatico, difformemente da quanto affermato nella valutazione posta a fondamento del diniego. Di qui la contestazione della coerenza del comportamento tenuto dall'impresa e l'invocazione della copertura assicurativa, nel presupposto che sussistesse "quantomeno un ragionevole dubbio medico circa l'origine della patologia, che dovrebbe essere valutato a favore dell'assicurata".

La ricorrente chiedeva quindi all'Arbitro di: "accertare la correttezza del comportamento dell'impresa; valutare la sussistenza dei presupposti per il riconoscimento dell'indennizzo previsto da polizza; disporre il riconoscimento delle spese sostenute".

Regolarmente costituitasi, l'impresa eccepiva preliminarmente l'inammissibilità del ricorso, ex art. 11, comma 8, del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), presentando la controversia natura non esclusivamente documentale e richiedendo accertamenti istruttori che l'Arbitro non può disporre. In particolare, rilevava come la ricorrente non avesse prodotto i referti medici, le eventuali consulenze medico-legali o le testimonianze necessarie a dimostrare l'esistenza del danno lamentato, sicché la mancanza di una documentazione completa avrebbe reso impossibile decidere nel merito senza procedere ad accertamenti istruttori.

Nel merito, l'impresa riferiva che il sinistro oggetto del ricorso si sarebbe verificato in data 20 ottobre 2025 e che, a seguito di esso, la ricorrente avrebbe chiesto il rimborso delle spese fisioterapiche sostenute. Evidenziava tuttavia come, a fronte della denuncia di un evento traumatico conseguente a caduta dalle scale datato 20 ottobre 2025, la prescrizione di fisioterapia per "tendinite trocanterica" risultasse datata 17 ottobre 2025, dunque anteriormente al sinistro denunciato.

L'impresa aggiungeva che la successiva perizia medico-legale avrebbe escluso il nesso causale tra l'evento denunciato e la patologia emergente dalla documentazione medica, la quale avrebbe configurato uno stato anteriore di sofferenza tendinea, già diagnosticato e bisognoso di trattamento prima del verificarsi dell'evento dedotto in garanzia. Per tali ragioni, avrebbe negato l'operatività della copertura, ritenendo non rimborsabili le spese sostenute per i trattamenti riabilitativi e infiltrativi, in quanto non causalmente riconducibili all'evento denunciato.

L'impresa concludeva chiedendo, in via principale, di dichiarare inammissibile il ricorso e, in via subordinata, di dichiararne l'infondatezza, non essendo le lesioni lamentate causalmente riconducibili a un evento qualificabile come infortunio.

In sede di repliche, la ricorrente deduceva, quanto alla dedotta carenza di allegazione circa la dinamica del sinistro, di avere descritto puntualmente l'accaduto sin dalla denuncia, rappresentando di essere scivolata accidentalmente sulle scale condominiali e di avere compiuto un brusco movimento della gamba destra nel tentativo di evitare la caduta. La medesima dinamica, a suo dire, risulterebbe peraltro espressamente riportata nella perizia medico-legale eseguita per conto dell'impresa, a conferma della sussistenza di un evento traumatico riconducibile al sinistro denunciato.

Riferiva, inoltre, come la documentazione sanitaria in atti avrebbe evidenziato una sequenza cronologica lineare e coerente – evento traumatico in data 15 ottobre 2025; insorgenza della sintomatologia dolorosa successivamente all'evento; prescrizione fisioterapica in data 17 ottobre 2025; accertamento ecografico con evidenza di entesopatia ischiatica con edema; esecuzione di trattamenti infiltrativi ecoguidati; progressivo miglioramento clinico – pienamente compatibile con un evento traumatico acuto.

Quanto alla natura della patologia e al nesso causale, la ricorrente contestava la qualificazione del quadro clinico come processo cronico da sovraccarico, valorizzando le risultanze dell'esame ecografico, che avrebbero evidenziato la presenza di edema tendineo, segno di un processo infiammatorio attivo, compatibile con un evento traumatico o con l'aggravamento acuto di una condizione eventualmente preesistente. Osservava, al riguardo, come costituirebbe principio consolidato in ambito medico-legale quello per cui anche una condizione degenerativa possa essere resa sintomatica o aggravata da un evento traumatico, così da configurare una concausa indennizzabile.

La ricorrente rilevava poi la sussistenza di un contrasto tra valutazioni mediche: da un lato, quella del medico fiduciario dell'impresa, formulata senza visione diretta delle immagini ecografiche; dall'altro, quella dello specialista che aveva eseguito l'esame, il quale, sulla base della valutazione clinico-strumentale diretta, avrebbe attestato la compatibilità delle alterazioni riscontrate con il trauma derivante dalla caduta. Tale contrasto, a suo giudizio, non avrebbe potuto essere risolto automaticamente a favore dell'impresa, evidenziando quantomeno la presenza di un ragionevole dubbio. Aggiungeva che la sintomatologia riferita (dolore in sede glutea/ischiatica, accentuato in posizione seduta e a riposo) sarebbe risultata pienamente coerente con la sede anatomica interessata e, dunque, con il quadro ecografico.

Quanto alla data dell'evento, la ricorrente precisava che la difformità iniziale tra la data del 20 ottobre 2025 e quella del 15 ottobre 2025 sarebbe stata sin da subito chiarita e rettificata, trattandosi di mero errore materiale legato alla data di emissione di documentazione sanitaria; la data corretta del sinistro sarebbe dunque quella del 15 ottobre 2025, come coerentemente indicato nella ricostruzione dei fatti e confermato dalla sequenza temporale della documentazione medica.

La ricorrente precisava, infine, di non richiedere il riconoscimento di un'invalidità permanente, bensì esclusivamente il rimborso delle spese mediche sostenute, e rimarcava come l'impresa, nella fase iniziale di gestione del sinistro, avesse disposto il pagamento delle spese fisioterapiche, così esprimendo una prima valutazione favorevole in ordine all'operatività della garanzia e alla riconducibilità della sintomatologia all'evento denunciato, salvo poi mutare integralmente la propria posizione.

In sede di repliche la ricorrente concludeva ritenendo che, "anche alla luce di tali circostanze, quantomeno in via equitativa debba essere riconosciuto il rimborso delle spese mediche sostenute, in considerazione della documentazione prodotta e del ragionevole dubbio emerso".

Nelle controrepliche, l'impresa insisteva nelle conclusioni già rassegnate in sede di controdeduzioni.

DIRITTO

La questione sottoposta all'attenzione del Collegio concerne la pretesa della ricorrente volta ad ottenere, nell'ambito di una polizza infortuni comprensiva della garanzia "Rimborso spese mediche", il rimborso delle spese sostenute per trattamenti fisioterapici e infiltrativi, a suo giudizio conseguenti a un evento traumatico occorsole sulle scale condominiali. L'impresa,

per contro, nega la spettanza del rimborso, rilevando come la prescrizione delle terapie rechi una data anteriore a quella del sinistro denunciato e riconducendo, comunque, la patologia lamentata a una condizione preesistente, priva di nesso causale con l'evento dedotto in garanzia.

Rilievo preliminare presenta nondimeno l'eccezione di inammissibilità del ricorso, sollevata dall'impresa ai sensi dell'art. 11, comma 8, del Decreto, stante l'asserita natura non esclusivamente documentale della controversia, tale da richiedere accertamenti istruttori – di indole medico-legale – preclusi a questo Arbitro.

L'eccezione non appare meritevole di accoglimento.

Come ripetutamente affermato dal Collegio, "*nel procedimento dinanzi a questo Arbitro operano i medesimi principi generali che reggono il processo civile, ivi incluso quello che vuole il giudice peritus peritorum; nessun automatismo si dà dunque tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e necessità di nomina - qui preclusa - di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo infatti il Collegio valutare congruo il compendio documentale a propria disposizione, per addivenire ad una decisione della controversia resa secondo diritto (cfr. Coll. di Coordinamento ABF, 15 dicembre 2016, n. 10929) e nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto, secondo cui "le controversie sono esclusivamente documentali*" (cfr. Decisione AAS, n. 397/2026).

Ciò posto, la documentazione in atti consente senz'altro al Collegio di pervenire, su base documentale appunto, alla formazione del proprio convincimento, quest'ultimo dovendo riguardare, prima ancora che il merito dei fatti controversi e la loro valutazione tecnica, l'adeguata riprova di fatti ed elementi addotti a base della propria pretesa dalla ricorrente, nonché di fatti ed elementi eventualmente controdedotti o eccepiti dall'impresa. E proprio su tale piano, come si dirà, la controversia trova la propria soluzione, venendo in rilievo un dato – la successione cronologica tra prescrizione delle terapie e sinistro denunciato – desumibile dalla piana lettura dei documenti acquisiti a fascicolo e che non reclama alcun apprezzamento di ordine specialistico.

Volgendo così al merito, è intanto pacifico tra le parti, oltre che comprovato dalla scheda di polizza versata in atti, che la ricorrente sia assicurata con l'impresa in forza di un contratto "infortuni premium", comprensivo, tra le altre, della garanzia supplementare "Rimborso spese mediche". Alla stregua delle condizioni genarli di assicurazione (di seguito "CGA"), l'indennizzo è riconosciuto per le conseguenze dirette ed esclusive di infortuni subiti durante l'operatività del contratto (art. 2.1 delle CGA) e il rimborso delle spese mediche è parimenti riferito alle spese sostenute in conseguenza di infortunio (art. 2.4.2 delle CGA).

Giova così rammentare l'indirizzo di questo Collegio, secondo cui "*nelle polizze strutturate secondo il modello dei rischi nominati, la dimostrazione della riconducibilità del sinistro alle fattispecie espressamente previste dalle condizioni contrattuali integra un elemento costitutivo della pretesa e il relativo onere probatorio grava sull'assicurato. Per contro, l'assicuratore deve provare che l'evento rientra tra i rischi non compresi o esclusi dalla copertura, trattandosi di fatto impeditivo della pretesa indennitaria*" (cfr. Decisione AAS, n. 379/2026).

Ne discende che, ai sensi dell'art. 2697 cod. civ., incombe sulla ricorrente l'onere di provare, innanzitutto, il verificarsi dell'infortunio denunciato e, quindi, nel caso di specie, che le spese di cui chiede il rimborso siano state sostenute in conseguenza di esso; ciò che presuppone, quale dato logicamente e cronologicamente imprescindibile, che l'evento traumatico abbia però preceduto l'insorgere della necessità delle cure.

Orbene, proprio tale presupposto non può dirsi provato e pare anzi smentito *per tabulas*.

Dalla documentazione in atti risulta, infatti, che la prescrizione dei trattamenti fisioterapici per "tendinite trocanterica" reca la data del 17 ottobre 2025, laddove il sinistro è stato denunciato come verificatosi il 20 ottobre 2025. Tale ultima data non costituisce un dato isolato, ma ricorre in plurimi documenti versati in atti e afferenti alla gestione del sinistro, quali la disposizione di pagamento dell'assegno, la fattura relativa al ciclo di trattamenti fisioterapici e la stessa relazione di visita medico-legale.

Se ne trae un quadro nel quale le terapie di cui si chiede il rimborso risultano prescritte prima dell'evento che ne costituirebbe la causa; un quadro, cioè, logicamente incompatibile con la prospettata derivazione delle spese dall'infortunio dedotto in garanzia.

Né a diversa conclusione può condurre la deduzione della ricorrente, secondo cui la discrasia sarebbe frutto di un mero errore materiale, sin da subito chiarito e rettificato, dovendo l'evento collocarsi in data 15 ottobre 2025.

Ed invero, agli atti non risulta prodotta alcuna comunicazione o documentazione attestante l'asserita, tempestiva rettifica della data del sinistro. Questa emerge, per un verso, dalla ricostruzione dei fatti contenuta nel ricorso; per altro verso, dalla relazione medico-legale redatta per conto dell'impresa, nella quale tuttavia la diversa data è riportata unicamente quale precisazione resa dalla stessa assicurata "in sede di visita", con l'annotazione che essa diverge da quella che "emerge dagli atti". Si tratta, all'evidenza, di elementi che ripetono la propria fonte dalle sole dichiarazioni della parte interessata, rese peraltro in epoca successiva all'apertura del sinistro e alla emersione della discrasia, e che come tali non possono assurgere a prova del fatto costitutivo della pretesa, in mancanza di riscontri documentali di sorta, di provenienza terza od oggettiva, idonei a collocare l'evento traumatico in data anteriore alla prescrizione del 17 ottobre 2025.

Neppure la dichiarazione personale e la sequenza cronologica proposta dalla ricorrente in sede di repliche valgono a colmare tale lacuna, giacché anch'esse muovono dal presupposto – indimostrato – che l'evento si sia verificato il 15 ottobre 2025, finendo così per assumere come dato di partenza proprio ciò che si sarebbe dovuto provare.

L'accertata carenza di prova del fatto costitutivo della pretesa assume carattere assorbente rispetto a ogni ulteriore profilo.

Nessun pregio può annettersi, inoltre, all'invocazione di un "ragionevole dubbio medico" da risolversi a favore dell'assicurata. Il canone di interpretazione più favorevole alla controparte del predisponente (arg. *ex* art. 1370 cod. civ.) attiene, infatti, all'interpretazione delle clausole contrattuali predisposte unilateralmente dall'impresa, non già all'accertamento dei fatti posti a fondamento della pretesa, che resta interamente governato dalla regola di riparto

dell'onere probatorio di cui all'art. 2697 cod. civ.; regola alla cui stregua l'incertezza circa il fatto costitutivo ridonda a carico della parte che su di esso fonda il proprio diritto.

Per le medesime ragioni non può trovare accoglimento la richiesta, formulata in sede di repliche, di riconoscimento del rimborso "quantomeno in via equitativa". La valutazione equitativa del danno, ai sensi dell'art. 1226 cod. civ., è infatti consentita soltanto quando il danno non possa essere provato nel suo preciso ammontare, e presuppone dunque che sia stata già raggiunta la prova dell'*an* della pretesa; essa non può invece supplire alla mancata dimostrazione dei fatti costitutivi del diritto azionato.

Resta da considerare la circostanza, valorizzata dalla ricorrente, che l'impresa avesse in un primo momento disposto il pagamento di una parte delle spese fisioterapiche, così esprimendo – a suo dire – una prima valutazione favorevole in ordine all'operatività della garanzia, salvo poi mutare integralmente la propria posizione.

Neppure tale rilievo può essere condiviso.

Il mero pagamento di una parte delle spese, effettuato in una fase iniziale della gestione del sinistro e prima dell'espletamento degli accertamenti medico-legali, non integra di per sé un riconoscimento del diritto all'indennizzo, né vale a sollevare l'assicurata dall'onere di provare i fatti costitutivi della pretesa con riguardo alle ulteriori spese di cui chiede ora il rimborso.

A questa stregua, stando ai criteri ordinari di distribuzione degli oneri probatori, il ricorso non può trovare accoglimento per mancato assolvimento dell'onere probatorio gravante sulla ricorrente.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA