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 17 febbraio 2026 (preceduto da reclamo del 29 settembre 2025), il ricorrente afferma di aver subito un trauma alla spalla sinistra, in data 1° settembre 2024, in seguito a una caduta accidentale. Dopo aver effettuato una serie di trattamenti riabilitativi per il recupero delle funzionalità dell'arto, si è sottoposto a visita medico-legale, in data 4 aprile 2025, presso un proprio medico fiduciario. All'esito dell'accertamento, è stato riconosciuto un "*danno alla capacità lavorativa nella misura del 6% delle tabelle ANIA*".

In data 24 giugno 2025, il ricorrente è stato sottoposto ad un'altra visita medico-legale effettuata dal perito incaricato dall'impresa di assicurazione. In seguito agli accertamenti

svolti, il 4 settembre 2025 l'impresa ha comunicato al ricorrente il diniego di copertura, ritenendo che la patologia riscontrata avesse origine degenerativa e non traumatica.

Pertanto, il ricorrente, in data 29 settembre 2025, ha inviato una richiesta di risarcimento del danno all'impresa convenuta, contestando le motivazioni addotte nel diniego. Dopo aver ricevuto riscontro negativo, il ricorrente ha presentato il ricorso oggetto della presente decisione.

Il ricorrente con le conclusioni chiede "*il pieno e totale risarcimento del danno secondo i massimali di polizza come da quantificazione determinata dalla relazione medico/legale del dott. (omissis)*".

Con le controdeduzioni, l'impresa contesta la dinamica dell'evento rappresentata dal ricorrente, deducendo che sia nella denuncia di sinistro sia nella documentazione clinica allegata – in particolare, nei referti della risonanza magnetica del 25 settembre 2024 e della visita ortopedica del 16 gennaio 2025 – è emersa la riconducibilità della patologia ad una preesistente artralgia e non ad un evento traumatico accidentale. Il ricorrente, invero, ha dichiarato che le lesioni riportate alla spalla sinistra erano riconducibili ad una caduta accidentale soltanto in occasione della visita medico-legale disposta dall'impresa. Questa seconda prospettazione dei fatti, secondo l'impresa resistente, oltre ad essere tardiva, si pone in contrasto con la documentazione clinica coeva, nella quale lo stesso assicurato aveva espressamente negato di aver subito traumi.

Dunque, in virtù delle due consulenze mediche disposte dall'impresa e delle suddette considerazioni, parte resistente ha negato l'indennizzabilità del sinistro "*per l'assenza di un nesso causale tra l'evento denunciato e le patologie riscontrate, attribuendo queste ultime a un processo degenerativo preesistente e del tutto estraneo a un evento traumatico*".

Nelle conclusioni l'impresa chiede il rigetto del ricorso, in quanto infondato in fatto e in diritto, in ragione della non indennizzabilità del sinistro per carenza dei presupposti contrattuali.

Con le repliche, il ricorrente conferma la dinamica dell'evento rappresentata nel ricorso, ribadendo la riconducibilità del trauma ad una caduta accidentale, peraltro avvenuta in presenza di testimoni, le cui dichiarazioni non sono mai state raccolte dall'impresa ai fini della definizione del sinistro.

Contesta altresì l'affermazione della resistente circa la derivazione causale delle lesioni a patologie preesistenti, chiarendo che "*non vi è (…) nella documentazione medica allegata nessuna affermazione che le patologie riscontrate dagli esami effettuati (…) siano riconducibili ad 'un quadro di artrosi e capsulite ben prima della data del presunto sinistro come invece affermato* [dall'impresa] *e contestato integralmente dal sottoscritto, né è stato richiesto al sottoscritto nessun esame diagnostico aggiuntivo per eventualmente confutare tale tesi*".

Alla luce di quanto dedotto, insiste nell'accoglimento del ricorso.

Nelle controrepliche, l'impresa contesta quanto rappresentato dal ricorrente in sede di repliche, confermando che "*la strenua difesa di una dinamica traumatica, infatti, si scontra con l'evidenza documentale e le inoppugnabili risultanze medico-legali che, sin dall'inizio,*

hanno delineato un quadro fattuale e clinico del tutto incompatibile con la nozione contrattuale di 'infortunio'".

Pertanto, insiste nel rigetto del ricorso, attesa l'inoperatività della garanzia infortuni in assenza di prova della verificazione di un "*infortunio*", inteso come evento dovuto a causa "*violenta ed esterna*", e del nesso causale diretto ed esclusivo tra l'evento e le lesioni, essendo documentalmente provato che le stesse sono espressione di una patologia cronico-degenerativa preesistente e sintomatica, insorta in epoca precedente all'accadimento del sinistro.

DIRITTO

La questione rimessa alla decisione dell'Arbitro concerne la richiesta del ricorrente, nei confronti dell'impresa convenuta, di copertura assicurativa per un asserito infortunio (un trauma alla spalla sinistra), in data 1° settembre 2024, in seguito a una caduta accidentale.

Nel modulo del ricorso, il ricorrente chiede il pieno e totale risarcimento del danno secondo i massimali di polizza "*come da quantificazione determinata dalla relazione medico/legale del dott. (omissis)*". Rinvia, pertanto, per la determinazione del *quantum* richiesto alla perizia di parte del 4 aprile 2025, allegata al ricorso, che indica il periodo di invalidità temporanea assoluta e parziale al 50% e la percentuale di invalidità permanente, senza tuttavia liquidare il danno biologico in termini monetari.

Il Collegio deve quindi preliminarmente valutare se sussista l'inammissibilità del ricorso per indeterminatezza della domanda di risarcimento del danno, ai sensi dell'art. 9, comma1, lett. h), del Decreto delle Imprese e del *Made in Italy,* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, "Decreto"), secondo cui il ricorso all'Arbitro Assicurativo è dichiarato inammissibile, fra gli altri casi, quando "*è privo dell'indicazione degli elementi essenziali quali l'oggetto, il contratto di assicurazione stipulato, la domanda e l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda, con le relative richieste*".

Tra gli elementi essenziali cui fa riferimento la norma va ricompreso, pertanto, anche il *petitum*, ossia, nel caso di specie, la somma asseritamente dovuta a titolo di risarcimento del danno di cui il ricorrente chiede espressamente la liquidazione, tenendo presente che l'indicazione del *quantum* è funzionale anche a valutare se sussistano, nella fattispecie, i limiti di competenza per valore previsti per l'Arbitro Assicurativo dall'art 3, comma 4, del Decreto in caso di domanda avente per oggetto la corresponsione di una somma di denaro.

Sul punto si è pronunciato più volte il Collegio AAS, statuendo fra l'altro che "*(…) la mancata indicazione di un importo definito, o almeno determinabile sulla base dei documenti allegati, configura la carenza di un elemento essenziale del ricorso, che ne comporta l'inammissibilità ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto*" (cfr. Decisione AAS n. 577/2026, in senso conforme, cfr. Decisioni AAS nn. 490/2026 e 728/2026).

Sulla scorta dei precedenti di questo Arbitro sopra indicati, il Collegio ritiene che nel caso di specie, sebbene non sia quantificata direttamente nel ricorso la somma di cui il ricorrente chiede il risarcimento, tale somma è desumibile *per relationem* sulla base della documentazione agli atti, sia pure tramite un conteggio che l'Arbitro deve a tal fine operare.

Si rappresenta, infatti, che, applicando il D.M. 18 luglio 2025 in G.U. n. 176 del 31 luglio 2025, il danno biologico di lieve entità accertato dalla perizia di parte può essere liquidato in termini monetari attraverso il calcolo di seguito riportato. Calcolando 7 punti percentuali di invalidità permanente, sulla base della Tabella INAIL, oltre a 30 giorni di invalidità temporanea assoluta e a 30 giorni di invalidità temporanea parziale (come appunto indicato nella perizia di parte), l'importo indennizzabile sarebbe pari ad un totale di euro 11.945,82. Calcolando, invece, 6 punti percentuali di invalidità permanente (come indicato in via alternativa dal perito), oltre ai giorni di invalidità temporanea come sopra, sulla base della Tabella ANIA, l'importo indennizzabile sarebbe pari ad un totale di euro 9.750,71.

L'importo richiesto così determinato risulta, tra l'altro, contenuto nei limiti di euro 25.000,00 che costituisce, ai sensi dell'art. 3, comma 4, lett. b), del Decreto, il limite della competenza per valore di questo Arbitro per le controversie relative a contratti di assicurazione contro i danni ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del Codice delle Assicurazioni Private (di seguito "CAP"), diverse da quelle relative alle azioni dirette R.C. Auto.

Venendo quindi al merito della controversia, il Collegio osserva che il rapporto contrattuale oggetto di decisione è un'assicurazione collettiva, ovverosia un contratto di assicurazione stipulato per conto di terzi, i cui obblighi sono a carico del contraente e i diritti sono riconosciuti agli assicurati (art. 1891 cod. civ.). Inoltre, è pacifico tra le parti che la polizza sia stata stipulata da un soggetto estraneo al presente procedimento e che il ricorrente rientri tra i soggetti assicurati, come desumibile dalle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito, "CGA") allegate al ricorso e alla memoria di controdeduzioni.

Come anticipato, è oggetto di discussione fra le parti la effettiva verificazione del sinistro, sul piano fattuale, come descritta dal ricorrente nel ricorso e la sua riconducibilità ai rischi assicurati.

L'impresa convenuta nega l'operatività della copertura assicurativa per l'assenza di un nesso causale tra l'evento denunciato e le patologie riscontrate, attribuendo queste ultime a un processo degenerativo preesistente e del tutto estraneo a un evento traumatico che possa integrare la nozione contrattuale di "*infortunio*" descritta dall'art. 1 delle CGA.

Tale assunto si fonda sulla documentazione richiamata nelle memorie difensive della resistente (denuncia di sinistro pervenuta all'impresa in data 11 marzo 2025; denuncia del sinistro raccolta in data 25 febbraio 2025 dal broker incaricato dal ricorrente; il referto della risonanza magnetica della spalla sinistra in data 25 settembre 2024; il referto della visita ortopedica del 16 gennaio 2025).

L'impresa deduce, inoltre, che, pur volendo considerare l'evento denunciato quale infortunio, l'art. 28 delle CGA riconduce in copertura esclusivamente le conseguenze immediate e dirette dell'infortunio, escludendo pertanto l'indennizzabilità di patologie pregresse (in particolare, artrosi e capsulite). Nel caso di specie, infatti, "*la menomazione lamentata non è una conseguenza diretta ed esclusiva di un evento traumatico, bensì la manifestazione di una patologia preesistente*".

Infine, l'impresa lamenta la contraddittorietà delle dichiarazioni di parte ricorrente che, soltanto in occasione della visita medico-legale disposta dall'impresa, descrive l'evento

come "*caduta accidentale*", contrariamente a quanto rappresentato nelle denunce di sinistro e nella documentazione clinica sopra menzionata.

Al fine di corroborare la propria tesi difensiva, parte resistente produce la relazione peritale redatta dal fiduciario incaricato il 24 giugno 2025 e un parere medico-legale del 24 novembre 2025, nei quali viene confermata la natura non traumatica dei dolori alla spalla lamentati dal paziente e si evidenziano le contraddizioni nelle dichiarazioni dell'assicurato.

Il ricorrente, per contro, sostiene di aver subito lesioni alla spalla sinistra a seguito di una caduta accidentale verificatasi durante il trasporto di carichi pesanti, contestando fermamente i motivi del diniego di copertura addotti dall'impresa convenuta.

Tali affermazioni si fondano sulla seguente documentazione medica, richiamata nel corpo del ricorso e nella memoria di replica:

- la perizia disposta dal medico-legale incaricato dall'impresa, in cui è riportata, fra l'altro, la descrizione della dinamica del sinistro;

- il reclamo, datato 29 settembre 2025, nel quale l'avvocato incaricato dal ricorrente ricostruisce il sinistro in conformità a quanto descritto nel ricorso;

- referto della risonanza magnetica del 23 settembre 2024, nella parte in cui conferma la presenza di "*manifestazioni degenerative di discreta entità a livello del labbro fibrocartilagineo anteriore glenoideo, che appare ispessito, deformato e edematoso. Il reperto necessita di correlazione con la sintomatologia in atto. Non è possibile escludere la presenza di una parziale lacerazione*";

- consulenza medico-legale del proprio medico fiduciario in data 4 aprile 2025, nella quale, oltre alla determinazione sopra descritta del danno biologico in misura percentuale, si dà atto che il paziente nega pregresse patologie, si descrive il sinistro in termini di caduta a terra trasportando dei pesi con trauma alla spalla sinistra e si formula, infine, la seguente diagnosi medico-legale: "*Esiti di valido trauma distrattivo della spalla sinistra con lesione del tendine del sovra spinoso, in soggetto affetto da capsulite con apprezzabile aggravamento del quadro clinico*".

Inoltre, relativamente alle contestazioni dell'impresa circa la rilevanza causale di una preesistente patologia cronico-degenerativa che avrebbe causato le lesioni funzionali all'arto superiore, il ricorrente afferma di non aver mai "*sofferto di artrosi e capsulite della spalla prima dell'evento del 1/9/24, come comprovato anche dagli esami di check-up annuale al quale mi sottopongo con cadenza annuale*", dei quali ultimi non vi è peraltro traccia nella documentazione allegata al ricorso e alla memoria di replica.

Ciò premesso sulla posizione del ricorrente e dell'impresa, nonché sul contenuto delle rispettive perizie di parte, il Collegio ritiene opportuno, innanzitutto, riportare di seguito le condizioni di assicurazione relative alla nozione di infortunio e alla rilevanza causale delle patologie preesistenti.

L'art. 1 delle CGA contiene una definizione di infortunio in termini generali, facendovi rientrare "*ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, l'invalidità*

permanente o una inabilità temporanea". In combinazione con tale previsione, l'art. 4 delle CGA considera indennizzabili le "*lesioni da sforzo, limitatamente a quelle muscolari*", soltanto se conseguenti ad infortunio.

L'art. 28 delle CGA, sui criteri di determinazione dell'indennizzo, stabilisce che "*L'indennizzo è dovuto* [dall'impresa] *per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che risulta indennizzabile in base alla copertura assicurativa. Le conseguenze che ha avuto l'Infortunio sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute e il pregiudizio che queste possono portare all'esito delle Lesioni prodotte dall'Infortunio non sono indennizzabili in quanto conseguenze indirette dell'Infortunio*".

Per quanto concerne i fatti rilevanti ai fini della decisione, così come desunti dalla documentazione acquisita agli atti, il Collegio osserva che nel ricorso il ricorrente afferma di aver subito un trauma alla spalla sinistra, in data 1° settembre 2024, in seguito ad una caduta accidentale. Nella consulenza medico-legale del proprio medico fiduciario in data 4 aprile 2025 e nel reclamo datato 29 settembre 2025 il sinistro, più specificamente, è così descritto: "*il Sig. (omissis) in data 1/9/24 alle ore 15.00 circa, mentre trasportava pesi, perdeva l'equilibrio e accidentalmente cadeva a terra, riportando un trauma alla spalla sinistra*". Nella perizia disposta il 24 giugno 2025 dal medico-legale incaricato dall'impresa è riportata, fra l'altro, la seguente descrizione della dinamica del sinistro da parte dell'assicurato, odierno ricorrente: "*Mentre salivo le scale condominiali con una valigia perdevo l'equilibrio e accidentalmente cadevo a terra procurandomi un trauma alla spalla sinistra*".

Nella denuncia del sinistro raccolta in data 25 febbraio 2025 dal broker incaricato dal ricorrente si fa riferimento, invece, a uno sforzo muscolare, descrivendo il sinistro nei termini che seguono: "*Durante il trasporto di un pesante bagaglio accusavo un fortissimo dolore alla spalla sinistra*" con conseguente diagnosi dello specialista di "*capsulite adesiva alla spalla sinistra con fenomeni degenerativi del labbro fibrocartilagineo*". Nella denuncia di sinistro ricevuta dall'impresa in data 11 marzo 2025, il sinistro occorso al ricorrente è così descritto: "*trattasi di infiammazione – non infortunio*".

Da quanto risulta agli atti non sembra che il ricorrente nell'immediatezza del sinistro del 1° settembre 2024 si sia recato in Pronto Soccorso, ma in data 5 settembre si è rivolto ad un ortopedico di sua fiducia, il quale ha rilasciato certificazione attestante "*capsulite spalla sx con tendinopatia del sovraspinoso e artrosi acromion-clavicolare*".

Nel referto della risonanza magnetica della spalla sinistra in data 25 settembre 2024 si dà atto, fra l'altro, che il paziente "*nega traumi, da circa due mesi artralgia della spalla con moderata limitazione funzionale*". In tale documento, pertanto, lo stesso ricorrente nega espressamente un evento traumatico e comunica la presenza di una patologia insorta nei due mesi antecedenti all'esame diagnostico, ovverosia in epoca anteriore al sinistro, occorso in data 1° settembre 2024.

Nel referto della visita ortopedica del 16 gennaio 2025 si indica, fra l'altro: "*Dolore alla spalla sinistra da circa 6 mesi. Dolore ingravescente con limitazione dei movimenti (…)*".

Anche in questo certificato si nega qualsiasi evento traumatico dandosi atto di un dolore alla spalla che risale a una data anteriore, di oltre un mese, al giorno del sinistro del 1° settembre 2024.

Sulla base della documentazione di cui sopra, il Collegio evidenzia, innanzitutto, la contraddittorietà delle dichiarazioni del ricorrente che, soltanto dal momento della visita medico-legale disposta dall'impresa, descrive l'evento come "*caduta accidentale*", contrariamente a quanto rappresentato nella denuncia di sinistro raccolta dal broker, ove non fa riferimento ad alcuna caduta, e nella denuncia del sinistro trasmessa all'impresa nonché nella documentazione clinica sopra menzionata, in cui si esclude addirittura un evento traumatico.

Inoltre, come si è visto, nei referti della risonanza magnetica del 25 settembre 2024 e della visita ortopedica del 16 gennaio 2025, sulla base della dichiarazione del paziente, la sintomatologia dolorosa alla spalla sinistra viene fatta risalire a un momento anteriore alla verificazione del sinistro del 1° settembre 2024.

Tenuto conto dei poteri istruttori di cui può avvalersi questo Arbitro (al riguardo è d'uopo richiamare l'art. 3, comma 3, del Decreto, ai sensi del quale "*le controversie sono esclusivamente documentali*" e l'Arbitro "*non può disporre l'espletamento di perizie tecniche né l'assunzione di testimonianze o dichiarazioni orali*"), il Collegio – sulla base sia delle denunce di sinistro sia soprattutto della documentazione clinica allegata dallo stesso ricorrente – deve desumere la derivazione della patologia alla spalla sinistra da una manifestazione degenerativa preesistente (compatibile con un paziente di 60 anni di età), piuttosto che da un evento traumatico accidentale.

In materia di assolvimento dell'onere della prova, con particolare riguardo al diritto all'indennizzo dell'assicurato in forza di un contratto di assicurazione, si riporta il recente orientamento dell'Arbitro Assicurativo, secondo cui "*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' (…) qualora nel contratto di assicurazione siano state inserite clausole cd. di delimitazione del rischio, i fatti avversi, cui l'assicurato è teoricamente esposto, possono essere classificati in tre categorie: a) 'rischi inclusi', cioè quelli per i quali il contratto accorda all'assicurato il pagamento dell'indennizzo; b) 'rischi esclusi', cioè quelli estranei al contratto; c) i 'rischi non compresi', cioè quelli che astrattamente rientrerebbero nella generale previsione contrattuale, ma l'indennizzabilità dei quali è esclusa con un patto espresso di delimitazione del rischio. Mentre l'assicurato deve provare che l'evento dannoso verificatosi rientra tra i 'rischi inclusi', in quanto tale circostanza è fatto costitutivo della sua pretesa all'indennizzo, l'assicuratore deve provare che l'evento dannoso verificatosi rientra fra i rischi 'non compresi', in quanto tale circostanza, essendo un fatto costitutivo dell'eccezione di non indennizzabilità, costituisce un fatto impeditivo della pretesa attorea (Cass. civ., Sez. III, ord. 21 gennaio 2025, n. 1469; nonché Cass. civ., sez. III, ord. 9 novembre 2023, n. 31251)*" (cfr. Decisione AAS, n. 379/2026; cfr. altresì Decisione AAS, n. 459/2026).

Parimenti, si è affermato che "*Per consolidato orientamento giurisprudenziale (Cass. civ., sez. III, ord. 21 gennaio 2025, n. 1469; nonché Cass. civ., sez. III, ord. 9 novembre 2023, n. 31251), l'articolazione dell'onere della prova all'interno del contratto di assicurazione impone che spetti all'assicurato che intenda far valere il diritto all'indennizzo, l'obbligo di provare i fatti che sono a fondamento delle proprie pretese e, quindi, le circostanze fattuali ed i rapporti causa/effetto che farebbero rientrare il sinistro in copertura*" (cfr. Decisione AAS, n. 452/2026).

Applicando tali principi alla fattispecie concreta, il Collegio ritiene che il ricorrente non abbia compiutamente assolto all'onere probatorio cui per legge è tenuto, non avendo adeguatamente dimostrato di avere subito in data 1° settembre 2024 una patologia alla spalla sinistra derivante da un "*infortunio*" *ex* art. 1 della CGA (così come descritto nel ricorso), mentre l'impresa – sebbene non onerata per quanto sopra esposto – ha addotto elementi utili a ritenere che la patologia in questione sia derivata da un processo degenerativo preesistente e non da un trauma costituente infortunio ai sensi di polizza.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio non accoglie il ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA