

DB non solo diritto bancario

leggi l'articolo nel sito www.dirittobancario.it

ATTUALITÀ

Patologie preesistenti e polizze infortuni

Onere della prova, causalità, presidi di compliance dopo le prime decisioni dell'Arbitro Assicurativo

10 Novembre 2026

Rita Franceschelli, Counsel, PG Legal

DB non solo diritto bancario





Rita Franceschelli, Counsel, PG Legal

Rita Franceschelli

Rita Franceschelli opera nel settore del diritto assicurativo, assistendo compagnie assicurative e intermediari in ambito contenzioso, regolamentare e di compliance. Ha maturato una significativa esperienza nella gestione di controversie assicurative complesse, con particolare riferimento alle coperture D&O e PI.

Studio legale

PG Legal

pg legal

1. Premessa: natura giuridica della polizza infortuni

La polizza contro gli infortuni non trova una disciplina autonoma all'interno del codice civile, il quale viceversa, riserva norme *ad hoc* alle assicurazioni contro i danni (artt. 1904-1918 c.c.) e alle assicurazioni sulla vita (artt. 1919 – 1927 c.c.).

La questione della classificazione della polizza sugli infortuni è stata affrontata – e risolta - dalle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione con la sentenza n. 5119 del 10 aprile 2002, la quale ha ricondotto l'assicurazione contro gli infortuni "non mortali" al ramo danni, con conseguente applicazione del principio indennitario. Nel caso di infortunio "mortale", invece, il rischio assicurato è la vita umano e lo schema contrattuale, a parere delle Sezioni Unite, è quello proprio dell'assicurazione sulla vita.

Il presente contributo si concentra sulle conseguenze "non mortali" dell'infortunio e, in particolare, riguarda l'incidenza di una condizione patologica preesistente sulla lesione e sui postumi lamentati dall'assicurato.

Il tema coinvolge tre profili che, pur essendo collegati, devono essere tenuti distinti:

- la descrizione del rischio assicurato e le esclusioni di polizza
- la causalità e la distribuzione dell'onere della prova
- le dichiarazioni rese dall'*assicurando* al momento dell'assunzione del rischio.

La distinzione tra questi profili assume rilievo anche sul piano applicativo, poiché l'esclusione o la riduzione dell'indennizzo può derivare da presupposti differenti:

- dalla mancata integrazione di uno degli elementi costitutivi dell'infortunio assicurato
- dall'operatività di una clausola che esclude determinate conseguenze dalla copertura assicurativa oppure
- dagli effetti che gli artt. 1892 e 1893 c.c. ricollegano alle dichiarazioni inesatte o reticenti dell'*assicurando*

vedi l'articolo online

2. Rischio assicurato e riparto dell'onere della prova

Nel giudizio promosso per ottenere l'indennizzo, il fatto costitutivo della pretesa consiste nell'avverarsi di un rischio riconducibile a quello descritto nella polizza.

L'assicurato al momento della richiesta di indennizzo deve quindi dimostrare:

- il verificarsi del fatto ritenuto dannoso
- la riconducibilità del fatto alle cause contemplate nella polizza
- la produzione degli effetti per i quali è prevista la prestazione da parte dell'impresa

Il rischio è normalmente delimitato attraverso pattuizioni che individuano le cause, gli eventi, i soggetti e le conseguenze comprese nella garanzia.

Ai fini probatori, la giurisprudenza distingue i:

- rischi inclusi
- rischi esclusi
- rischi non ricompresi[1]

I rischi inclusi sono quelli per i quali il contratto riconosce all'assicurato il diritto al pagamento dell'indennizzo. Diversamente, i rischi esclusi estranei all'ambito della copertura assicurativa, mentre i rischi non ricompresi sono quelli che, pur rientrando astrattamente nella previsione generale della garanzia, vengono sottratti all'indennizzabilità per effetto di un'espressa pattuizione di delimitazione del rischio. Tale distinzione assume particolare rilievo ai fini della ripartizione dell'onere della prova. Al riguardo, la giurisprudenza di legittimità, nel solco di un orientamento ormai consolidato[2], ha costantemente ribadito che spetta all'assicurato dimostrare la sussistenza dei presupposti fattuali che giustificano l'applicazione delle eventuali clausole contrattuali di delimitazione del rischio (prova del fatto costitutivo). Di contro, qualora l'assicuratore intenda opporre l'esistenza di un rischio escluso dalla copertura o l'operatività di una specifica clausola di delimitazione del rischio indennizzabile, incombe su quest'ultimo l'onere di provare i fatti impeditivi del diritto azionato[3].

Ne consegue che l'assicuratore, per negare la copertura, non può limitarsi a contestare la riconducibilità dell'evento alla garanzia, ma deve dimostrare la sussistenza dei presupposti fattuali che giustificano l'applicazione della clausola invocata a fondamento del diniego di indennizzo. In altri termini, una volta individuati i fatti costitutivi della pretesa dell'assicurato, grava sull'assicuratore l'onere di provare gli eventuali fatti impeditivi che escludono il diritto all'indennizzo.

3. Patologie preesistenti e accertamento del nesso causale

La mera esistenza di una patologia anteriore all'infortunio non è sufficiente a chiarire quale ruolo essa abbia svolto nella produzione della lesione o nella determinazione dei postumi. A tal fine, occorre distinguere tra concausa di lesione e concausa di menomazione: nel primo caso, la condizione patologica preesistente concorre alla produzione della lesione mentre nel secondo, essa incide sulle conseguenze derivanti da una lesione già verificatasi.

Tale distinzione, elaborata dalla giurisprudenza in materia di danno alla persona, assume rilievo anche ai fini dell'interpretazione delle clausole assicurative che subordinano l'indennizzabilità del danno al fatto che esso costituisca una conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio[4].

Ne consegue che il mero richiamo a una diagnosi pregressa o a un generico incremento del rischio non è, di per sé, sufficiente a giustificare l'esclusione della copertura assicurativa. Occorre, piuttosto, accertare se, nel caso concreto, la patologia preesistente abbia concorso alla produzione della lesione, abbia inciso sull'entità dei postumi oppure sia rimasta priva di efficienza causale rispetto all'evento e alle sue conseguenze. Tale valutazione deve essere condotta alla luce della formulazione della polizza e

1 Si veda Cass. civ. sez. III, ord. 23 gennaio 2018 n. 1558. Questa tripartizione è definita oltre ad essere risalente è stata condivisa da sapiente dottrina, sul punto Donati-Volpe- Putzolu, Manuale di diritto delle Assicurazioni, Milano 2019.

2 Sul punto, Cass civ. sez. III, 21 settembre 2021 n. 25510 e Cass. civ. sez. III ord 24 aprile 2021 n. 9205

3 Si veda Cass civ. sez. III ord. 14 marzo 2024 n. 6954 e Cass. civ. sez. III, 9 agosto 2023 n. 24273

4 Si veda, Cass. civ., sez. III, 11 novembre 2019, n. 28986.

degli elementi clinici e medico-legali disponibili.

Analoghe considerazioni valgono con riferimento all'eventuale riduzione dell'indennizzo, che deve trovare fondamento tanto nelle previsioni contrattuali quanto negli elementi probatori acquisiti.

La sola presenza di una condizione patologica preesistente, infatti, non legittima una riduzione automatica della prestazione assicurativa: è necessario accertare, secondo i criteri previsti dal contratto, se e in quale misura sia possibile distinguere le conseguenze riconducibili all'infortunio da quelle imputabili alla condizione patologica antecedente.

4. Le decisioni numero 397 e numero 422 del 2026

Le decisioni dell'Arbitro Assicurativo n. 397 del 29 maggio 2026 e n. 422 dell'8 giugno 2026 riguardano entrambe fratture vertebrali in presenza di condizioni ossee pregresse e clausole che limitavano l'indennizzo alle conseguenze dirette, esclusive e oggettivamente constatabili dell'infortunio. Pur muovendo da questioni vicine, i Collegi hanno seguito percorsi argomentativi in parte diversi:

- nella decisione n. 422/2026 l'impresa di assicurazione non contestava l'evento ma sosteneva che la frattura conseguente fosse da ricondurre a uno stato patologico preesistente (osteoporosi lombare ad alto rischio). Il Collegio ha ritenuto provato il fatto costitutivo della pretesa e ha posto a carico dell'impresa la dimostrazione del fatto impeditivo. L'esame del 2023 attestava una osteopenia e un generico aumento del rischio di fratture, ma non dimostrava che tale condizione avesse provocato, in tutto o in parte, la frattura verificatasi dopo l'urto. Pertanto, l'Arbitro ha dichiarato il diritto all'indennizzo secondo le condizioni di polizza.

- nella decisione n. 397/2026 è stata affrontata innanzitutto la prova dell'evento traumatico fornita dall'assicurato e contestata dalla compagnia di assicurazione. Il Collegio ha ritenuto sufficiente la documentazione prodotta dall'assicurato, valorizzando la presenza di un edema in fase subacuta e le stesse relazioni acquisite dall'assicuratore. Il Collegio ha poi esaminato le condizioni di assicurazione e la possibile incidenza dell'osteoporosi sulla lesione lamentata. Una relazione tecnica prodotta dall'impresa isolava le conseguenze che un trauma lombare minore avrebbe potuto produrre anche in un soggetto non osteoporotico. Sulla base della documentazione medica, l'Arbitro ha attribuito alla caduta un'incidenza autonoma, immediata e diretta corrispondente a un'invalidità permanente dell'1,5 percento.

Per completezza, è importante sottolineare che la decisione n. 397 contiene anche un passaggio rilevante per la gestione del contenzioso. L'impresa di assicurazione aveva infatti eccepito l'inammissibilità del ricorso perché la controversia avrebbe richiesto accertamenti medico-legali non consentiti nel procedimento documentale. Il Collegio ha respinto tale eccezione, rilevando che la natura tecnica della questione non impone automaticamente una consulenza d'ufficio quando la documentazione disponibile è sufficiente a decidere.

Dalle due pronunce emerge un principio comune, con riferimento alle clausole di polizza esaminate: la preesistenza patologica assume rilievo ai fini dell'esclusione o della delimitazione dell'indennizzo soltanto ove ne sia dimostrata la concreta incidenza causale. Se, da un lato, la clausola contrattuale definisce il perimetro della garanzia, dall'altro, la documentazione medico-legale consente di verificare se e in quale misura tale delimitazione trovi applicazione nel caso concreto.

In questa prospettiva, la decisione n. 422 evidenzia le conseguenze della mancata prova del fatto impeditivo da parte dell'assicuratore, mentre la decisione n. 397 mostra come gli accertamenti tecnici possano consentire di individuare e quantificare la quota di menomazione direttamente riconducibile all'infortunio.

5. Esclusione contrattuale e dichiarazioni inesatte o reticenti

Il rilievo causale della patologia e le dichiarazioni rese dall'*assicurando* nella fase precontrattuale operano su piani diversi. Più nel dettaglio, una patologia può essere stata correttamente dichiarata e assumere comunque rilievo in base alla clausola di polizza che disciplina le conseguenze dell'infortunio. Viceversa, una dichiarazione inesatta o reticente produce gli effetti previsti dagli artt. 1892 e 1893 c.c. soltanto quando l'informazione taciuta o rappresentata in modo inesatto sia stata determinante per la formazione del consenso dell'assicuratore.

L'art. 1892 c.c. riguarda le dichiarazioni inesatte e le reticenze dovute a dolo o colpa grave e consente all'assicuratore, in presenza degli ulteriori presupposti previsti dalla norma, di domandare l'annulla-

mento del contratto. Invece, l'art. 1893 c.c. disciplina le dichiarazioni inesatte e le reticenze senza da dolo o colpa grave e prevede il recesso dell'assicuratore e, quando il sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza siano conosciute o prima del recesso, la riduzione proporzionale dell'indennità. In entrambi i casi l'impresa di assicurazione deve dimostrare la rilevanza della circostanza rispetto alla valutazione del rischio.

In tale contesto, il questionario anamnestico assume un ruolo decisivo nella fase di valutazione e assunzione del rischio. Sicché domande precise, riferite a patologie, diagnosi, esami, trattamenti e periodi determinati consentono all'*assicurando* di comprendere quali informazioni siano rilevanti e rendono più agevole la successiva prova dell'eventuale inesattezza.

Al contrario, domande generiche, come quella diretta a sapere se l'*assicurando* goda o meno di buona salute, espongono la dichiarazione a margini di incertezza.

Per i rischi caratterizzati da una frequente presenza di condizioni pregresse (come nel caso di infortuni che interessano la colonna vertebrale in soggetti che soffrono già di discopatia o artrosi), l'impresa può inoltre valutare coperture opzionali, franchigie o condizioni dedicate, previo accertamento anamnestico coerente e adeguamento del premio. E' di fondamentale importanza che la soluzione sia rappresentata con chiarezza nella documentazione contrattuale e precontrattuale, evitando che una copertura apparentemente ampia sia poi neutralizzata da esclusioni formulate in termini troppo generali.

6. Ricadute sulla pog e sulla documentazione precontrattuale

In base all'art. 6 del Reg. (UE) 2017/2358, i soggetti che realizzano prodotti assicurativi devono eseguire dei test sui prodotti prima di immetterli nel mercato. Tali test servono a valutare se il prodotto assicurativo soddisfa le esigenze, gli obiettivi e le caratteristiche individuate per il mercato di riferimento (target market positivo).

I soggetti che hanno realizzato i prodotti non li immettono sul mercato se i risultati dei test mostrano che essi non soddisfano le esigenze, gli obiettivi e le caratteristiche identificati per il mercato di riferimento. Successivamente, l'art. 7 impone il monitoraggio continuo e la revisione regolare dei prodotti durante il loro ciclo di vita.

L'art. 6 del Reg. IVASS 45/2020 specifica che, nell'individuare il mercato di riferimento e quello negativo, i produttori devono considerare anche le garanzie, le esclusioni e le limitazioni del prodotto. Conseguentemente, per una polizza infortuni la frequenza delle patologie pregresse nella clientela, l'ampiezza delle esclusioni e la comprensibilità dei criteri di liquidazione sono elementi rilevanti già nella fase di progettazione del prodotto.

Ai fini del successivo monitoraggio l'impresa di assicurazione dovrebbe prendere in considerazione anche i dati provenienti dalla fase liquidativa. In particolare, numero e motivazione dei dinieghi, riduzioni dell'indennizzo, reclami, contenzioso e decisioni dell'Arbitro Assicurativo. Una concentrazione di contestazioni sulla medesima clausola potrebbe essere il segnale di un problema di chiarezza, di coerenza con il mercato di riferimento.

Sotto il profilo della trasparenza precontrattuale, l'art. 185-bis CAP richiede che il documento informativo relativo ai prodotti assicurativi dei rami danni (DIP) rappresenti in forma sintetica i principali rischi assicurati e le principali esclusioni.

Il DIP, le condizioni generali, il questionario sanitario e le regole liquidative interne devono quindi descrivere in modo coerente il rilievo attribuito alle patologie preesistenti. Una rappresentazione della copertura più ampia nel documento informativo rispetto a quella risultante dalle condizioni contrattuali potrebbe generare aspettative non corrispondenti alla garanzia effettiva e successive contestazioni. Tale esigenza di coerenza si collega anche ai doveri di diligenza, correttezza e trasparenza previsti dall'art. 183 CAP.

7. Presidi contrattuali liquidativi

Le decisioni esaminate nel presente contributo permettono di individuare alcuni presidi utili nella progettazione della polizza e nella gestione del sinistro. Per quanto riguarda l'aspetto contrattuale, l'impresa di assicurazione potrebbe valutare:

- una definizione di "patologia preesistente" precisa che sia in grado chiarire se rilevino il momento della diagnosi, la conoscenza, i sintomi o la sola obiettiva esistenza della condizione;

vedi l'articolo online

- la distinzione tra condizioni che concorrono alla produzione della lesione e condizioni che incidono soltanto sulla misura dei postumi; l'indicazione del criterio applicato per determinare le conseguenze che l'infortunio avrebbe prodotto su un soggetto integro;
- il coordinamento tra condizioni di polizza, DIP, questionario anamnestico ed eventuali appendici di inclusione o esclusione;
- la verifica che la clausola conservi alla copertura una concreta utilità per il mercato al quale il prodotto è destinato.

Per quanto riguarda la fase liquidativa, il diniego o la riduzione dell'indennizzo dovrebbero essere fondati su una valutazione medico-legale che distingua con chiarezza:

- la natura e la datazione della lesione;
- la compatibilità della lesione con la dinamica del sinistro denunciata dall'assicurato;
- l'eventuale ruolo della condizione preesistente come concausa della lesione o della menomazione;
- la quota di postumi direttamente riferibile all'infortunio secondo il criterio stabilito dalla polizza.

La motivazione di diniego di indennizzo o di eventuale riduzione rispetto a quanto richiesto dall'assicurato dovrebbe riportare in modo puntuale gli elementi essenziali della valutazione e indicare la clausola applicata. Un generico richiamo a fenomeni degenerativi o alla presenza di una patologia pregressa non è idoneo a dimostrare il fatto impeditivo e aumenta sensibilmente il rischio di contestazione, con inevitabile aumento dei costi per l'impresa di assicurazione la quale verrà coinvolta in un contenzioso dove, in caso di motivazione generica e/o insufficiente, avrà poco margine di successo.

8. Considerazioni conclusive

Le decisioni n. 397 e n. 422 del 2026 confermano che la presenza di una patologia preesistente non determina, di per sé, l'esclusione dell'indennizzo. La sua rilevanza dipende dalla clausola applicabile e dalla prova del contributo causale concretamente esercitato sulla lesione o sulla menomazione.

Il risultato può essere il riconoscimento della copertura, la sua limitazione alle conseguenze direttamente riferibili all'infortunio oppure l'esclusione, quando ne ricorrano e siano dimostrati i presupposti contrattuali. Il principale insegnamento per gli operatori di settore riguarda la coerenza dell'intero processo. La definizione del rischio, l'assunzione delle informazioni sanitarie, la rappresentazione delle esclusioni e la (corretta) valutazione medico-legale del sinistro non possono essere trattate come fasi separate.

Una clausola precisa perde efficacia preventiva se il questionario è generico o se il diniego non dimostra l'incidenza della preesistenza. Allo stesso modo, dati ricorrenti su reclami e controversie devono essere utilizzati nel monitoraggio POG e, quando necessario, nella revisione del prodotto assicurativo.

Una maggiore precisione nella redazione contrattuale e una motivazione liquidativa fondata su accertamenti medico-legali coerenti con la documentazione clinica possono ridurre di molto il contenzioso e rendere più prevedibile l'applicazione della garanzia, senza attribuire alla semplice preesistenza della malattia effetti che il contratto e la prova disponibile non consentono di riconoscerle.

vedi l'articolo online



DB non solo diritto bancario

A NEW DIGITAL EXPERIENCE

dirittobancario.it