



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto da IVASS
ENRICO CAMILLERI	Membro scelto da IVASS
FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI	Membro designato dalle imprese di assicurazione
STEFANO CHERTI	Membro designato dai clienti consumatori

Relatore ENRICO CAMILLERI

Riunione del 21/05/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo del 9 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 3 febbraio 2026), il ricorrente, contraente di una polizza infortuni, contestava la valutazione del sinistro - verificatosi in data 20 marzo 2025 - effettuata dall'impresa convenuta. Nel rinviare alla documentazione allegata, specificava come dal sinistro in contestazione fosse derivata una sua inabilità temporanea certificata, della durata complessiva di circa settanta giorni, laddove invece l'impresa, pur riconoscendo l'operatività della copertura, aveva liquidato un indennizzo limitato a soli quindici giorni.

Al riguardo, il ricorrente evidenziava che il primo accertamento medico era stato effettuato a notevole distanza di tempo dalla chiusura dell'infortunio, con la conseguenza che la sussistenza dell'inabilità temporanea, terminata da quasi un mese, non risultasse più riscontrabile o contestabile.



Lamentava, inoltre, la scorrettezza della condotta di controparte nella gestione del sinistro, con particolare riferimento, non solo alla carenza di accertamenti adeguati, ma anche alle difficoltà riscontrate nell'interlocuzione, caratterizzata da risposte ambigue, tardive e prive di coerenza logica.

Concludeva chiedendo la rivalutazione del sinistro e la corresponsione del corretto indennizzo, quantificato in euro 4.316,77, comprensivo di euro 136,77, a titolo di rimborso delle spese mediche sostenute.

Regolarmente costituitasi, l'impresa riteneva congruo, all'esito dell'istruttoria, il riconoscimento di quindici giorni di inabilità temporanea, per un importo di euro 1.050,00, già corrisposto.

La stessa ricostruiva i fatti evidenziando:

- che il rapporto assicurativo si fosse svolto regolarmente fino al verificarsi dell'evento oggetto di ricorso, avvenuto in data 20 marzo 2025 e consistente in un infortunio causato dal morso di un insetto;
- che espletata l'istruttoria, fosse stata data comunicazione all'assicurato circa le conclusioni medico legali, rilevando, in particolare, l'assenza di postumi permanenti, il riconoscimento di un periodo massimo di inabilità temporanea pari a quindici giorni, nonché il mancato riconoscimento del diritto al rimborso delle spese mediche sostenute, pari ad euro 136,00, in quanto ritenute non causalmente riferibili all'infortunio denunciato;
- che il ricorrente avesse presentato reclamo in data 3 febbraio 2026, sostenendo la sussistenza di un periodo di inabilità temporanea superiore a quello riconosciuto, quantificato in sessantanove giorni;
- che, in riscontro al reclamo, essa impresa, in data 6 febbraio 2026, avesse ribadito la congruità dell'indennizzo corrisposto, determinato sulla base degli accertamenti medico legali e del parere della Consulenza medico centrale, nonché l'impossibilità di procedere al rimborso delle spese mediche sostenute, in quanto riferibili a patologie estranee all'infortunio.

Ciò premesso, la resistente eccepiva l'inammissibilità del ricorso, in quanto concernente una controversia di natura non documentale e richiedente lo svolgimento di accertamenti di natura medico legale.

Nel merito, riteneva che le domande del ricorrente fossero infondate, essendo stato quantificato l'indennizzo sulla base della perizia medico-legale allegata.

Concludeva, dunque, chiedendo:

- in via principale, di dichiarare il ricorso inammissibile;
- in via subordinata, di dichiararne l'infondatezza per le ragioni esposte.

In sede di repliche, il ricorrente, nel precisare che il riconoscimento dell'invalidità permanente non costituiva oggetto di doglianza, osservava preliminarmente come l'impresa avesse riconosciuto il sinistro e la sussistenza di un periodo di inabilità temporanea. Ribadiva, però, di contestare la determinazione del periodo di inabilità riconosciuto



dall'impresa nonché la decisione dell'impresa stessa di non riconoscere il rimborso delle spese mediche sostenute, in particolare con riferimento ai farmaci prescritti in occasione della prima visita presso il pronto soccorso.

Al riguardo, rilevava che, una volta ritenuto l'evento come riconducibile al sinistro denunciato, non risultasse logicamente sostenibile l'esclusione della rimborsabilità delle spese relative a farmaci e accertamenti prescritti nell'immediatezza del fatto, se non assumendo – in modo contraddittorio – l'incongruità delle relative prescrizioni mediche.

Aggiungeva, peraltro, che i farmaci, tra cui gocce per l'apparato uditivo, e gli accertamenti successivamente prescritti dovessero ritenersi congrui anche alla luce di una valutazione non professionale. Conseguentemente, sottolineava l'illogicità della motivazione dell'impresa, nonché la natura ambigua e tardiva delle risposte rese nel corso dell'*iter* valutativo, come comprovato dalla corrispondenza intercorsa.

Infine, considerato che tra la data del sinistro e la chiusura dell'inabilità temporanea fossero intercorsi circa tre mesi, osservava che gli accertamenti medici finalizzati alla valutazione dell'inabilità temporanea avrebbero potuto e dovuto essere effettuati prima del 9 luglio 2025, data in cui l'inabilità temporanea risultava già cessata.

L'impresa, nel ribadire quanto già esposto, rappresentava, in sede di controrepliche, che la richiesta di indennizzo di un periodo di inabilità temporanea di settanta giorni non fosse accoglibile, essendosi determinato in quindici giorni, all'esito della fase istruttoria, il periodo massimo riconoscibile; ed ancora, che le spese mediche non fossero da ritenere causalmente riferibili all'infortunio denunciato.

L'impresa ribadiva dunque di ritenere che la somma di euro 1.050,00, già corrisposta, fosse pienamente soddisfattiva delle ragioni del ricorrente. Ciò premesso, ribadiva l'eccezione di inammissibilità del ricorso, in quanto avente ad oggetto una controversia di natura non documentale, tale da richiedere lo svolgimento di accertamenti di natura medico-legale.

DIRITTO

La controversia sottoposta alla attenzione del Collegio concerne la pretesa del ricorrente all'ottenimento di un indennizzo da invalidità conseguente a infortunio, maggiore rispetto a quello liquidato dall'impresa, perché a suo avviso da calcolare su un periodo di settanta giorni anziché di quindici; ed ancora, la domanda di rimborso delle spese sostenute per farmaci e viste mediche.

Rilievo preliminare presenta, nondimeno, l'eccezione sollevata dall'impresa, volta ad ottenere la declaratoria di inammissibilità del ricorso, ai sensi dell'art 11, comma 8, del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy* 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito "Decreto"), secondo cui "il Collegio dichiara l'inammissibilità del ricorso quando, ai fini della decisione, sono necessari gli accertamenti istruttori che ai sensi dell'articolo 3, comma 3, non può disporre".

L'eccezione non merita di essere accolta.



Va innanzitutto ribadito che il procedimento dinanzi a questo Arbitro è retto dai principi generali del processo civile, incluso quello che vuole il giudice quale *peritus peritorum*; nessun automatismo si dà dunque tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e necessità di nomina – qui, certo, comunque preclusa - di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo 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, n. 10929/2016), oltre che nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto, secondo cui “le controversie sono esclusivamente documentali”.

Ciò premesso, il Collegio ritiene che la controversia insorta tra le parti verta essenzialmente sulla interpretazione da dare alle clausole di polizza, alla stregua di elementi fattuali resi pienamente intellegibili dal ricco compendio documentale in atti, come risultante all'esito della richiesta di integrazione disposta dal Collegio nel corso della riunione del 21 aprile 2026, giusta provvedimento comunicato alle parti in data 23 aprile 2026.

Di qui, dunque, la non necessità di consulenza tecnica e la non accoglibilità dell'eccezione sollevata dall'impresa.

Nel merito, la pretesa del ricorrente si appunta sulla asserita spettanza di un indennizzo da parametrare ad un più cospicuo periodo di inabilità rispetto a quello stimato (e indennizzato) dall'impresa, giacché pari a settanta giorni anziché a quindici; ed ancora, sulla pretesa al rimborso delle spese mediche e farmaceutiche sostenute.

Deve innanzitutto rilevarsi come risulti pacifico tra le parti che il sinistro rientri nello spettro di copertura della polizza, alla stregua delle CGA (artt. 2.4.2 e 2.4.6), oltre che del “Dip aggiuntivo Danni”.

Oggetto di controversia è piuttosto la determinazione dell'entità della invalidità temporanea di cui è stato vittima l'assicurato, da cui dipende l'indennizzo liquidabile (cfr. art. 2.4.6 CGA), nonché la richiesta di rimborso delle spese sostenute per farmaci e visite mediche, pure in astratto rimborsabili alla stregua dell'“Atto di variazione Rate Future” del 31 ottobre 2024, ma rispetto a cui l'impresa ha sollevato un'eccezione di merito avente ad oggetto la loro pertinenza rispetto al tipo di lesione riportata dal ricorrente.

Quanto alla durata dell'invalidità temporanea, il ricorrente - benché nel modulo di ricorso indichi un periodo complessivo di “circa settanta giorni” - fa rinvio al reclamo, nel corpo del quale il dedotto periodo di inabilità temporanea da infortunio viene meglio precisato come compreso dall'11 aprile al 18 giugno 2025 (per un totale, dunque, di giorni sessantanove). Ancora il ricorrente fornisce poi puntuale ricostruzione del susseguirsi di fatti e accertamenti medici a sostegno della propria pretesa, riassumibili come segue:

- 20 marzo 2025: data del sinistro. Accesso in pronto soccorso, a seguito della puntura di un insetto, per otalgia e cefalea; prescritta visita otorinolaringoiatrica (di seguito “ORL”)
- 21 marzo 2025: visita ORL in pronto soccorso condotto uditivo esterno (di seguito “CUE”) destro marcatamente iperemico, suggerita terapia con farmaci



- 28 marzo 2025: nuova visita specialistica ORL riscontra sintomi persistenti, assenza iperemia, suggerita visita audiometrica
- 8 aprile 2025: visita audiometrica riscontra ipoacusia
- 11 aprile 2025: inizio inabilità temporanea totale all'attività professionale. Il medico di medicina generale (di seguito "MMG") prescrive trenta giorni di riposo
- 15 aprile 2025: consulto neurologico conferma cefalea, suggerita TAC (di seguito "TC") studio vasi intracranici e assunzione farmaci, nuovo consulto a diagnostica svolta
- 12 maggio 2025: MMG prorogava il riposo per ulteriori dieci giorni
- 15 maggio 2025: svolta angio TC vasi intracranici, esito negativo. Nuovo consulto neurologico in programma da svolgersi
- 22 maggio 2025: MMG prorogava il riposo per ulteriori dieci giorni
- 30 maggio 2025: MMG prorogava il riposo per ulteriori venti giorni
- 18 giugno 2025: chiusura inabilità temporanea

Per contro, l'impresa, disposta una visita medica (effettuata il 9 luglio 2025), una consulenza specialistica (resa il 30 ottobre 2025) e l'acquisizione di un'ulteriore Consulenza Medica Direzionale, ha riconosciuto dapprima (novembre 2025) soli otto giorni di inabilità temporanea del ricorrente ed un indennizzo pari ad euro 560,00; successivamente, nel mese di gennaio 2026, senza addurre specifiche motivazioni sul punto, ha riconosciuto la indennizzabilità di un ulteriore periodo di quindici giorni, liquidando così l'indennizzo totale in euro 1.050,00.

Orbene, mentre risultano versati in atti i documenti e le certificazioni sulla cui scorta l'impresa ha effettuato la propria stima liquidativa, non altrettanto può dirsi per le certificazioni richiamate da parte ricorrente, nel senso che questi ha prodotto unicamente il referto del 21 marzo 2025 e la relativa prescrizione farmacologica di pari data, dando per il resto evidenza dell'invio a controparte, a mezzo mail, di un più corposo compendio documentale, tuttavia non depositato.

Ciò considerato, valutato il rilievo decisivo di tale documentazione ai fini della soluzione della controversia, il Collegio, con provvedimento del 21 aprile 2026, comunicato alle parti il 23 aprile 2026 e adottato ai sensi dell'art. 3 comma 3, del Decreto, ha invitato il ricorrente a "depositare la certificazione medica di cui è stata comprovata la trasmissione all'impresa con mail dell'11 aprile 2025, del 12 maggio 2025, del 20 maggio 2025 e del 21 novembre 2025" nonché a depositare altresì "la documentazione attestante la spesa relativa ai farmaci di cui alla prescrizione del 21 marzo 2025 (in atti)".

Il ricorrente, in data 24 aprile 2026, ha quindi inoltrato la documentazione integrativa richiesta e la stessa è stata trasmessa, in data 28 aprile 2026, alla controparte.

Con riferimento alla contestata determinazione del periodo di invalidità temporanea, il Collegio rileva che la documentazione integrativa fornita dal ricorrente consente di delineare un quadro inequivoco in cui, mediante un susseguirsi di certificati medici (dell'11 aprile, 12 maggio, 22 maggio e 30 maggio), si è avuta una successione di proroghe del periodo di



prognosi (segnatamente di giorni “di riposo e cure”), prive di soluzione di continuità e tali, per quel che rileva in questa sede, da comprovare il protrarsi dell’invalidità temporanea per un periodo complessivo di giorni sessantanove.

In ordine alla richiesta di rimborso delle ulteriori spese per visite specialistiche e acquisto farmaci, pari a complessivi euro 136,77, il ricorrente ha parimenti fornito idonea documentazione comprovante gli esborsi sostenuti, non avendo invece l’impresa, onerata ex art. 2697, comma 2, cod. civ., comprovato i fatti a sostegno della sollevata eccezione di merito, di non pertinenza delle visite e delle prescrizioni farmacologiche rispetto alla lesione occorsa e al periodo di convalescenza conseguite.

Tanto considerato, nel rideterminare l’indennizzo dovuto secondo termini di polizza e nel computare altresì l’importo per visite mediche e farmaci, pari ad euro 136,77, esclusi complessivi euro 3,00 a titolo di commissioni, occorre tenere conto dell’importo già liquidato dall’impresa, pari ad euro 1.050,00, così da pervenire ad un importo ancora dovuto dall’impresa pari ad euro 3.263,77.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio accoglie parzialmente il ricorso e dispone che l’impresa corrisponda alla parte ricorrente la somma di euro 3.263,77, oltre interessi dal reclamo al soddisfo.

Il Collegio dispone inoltre, ai sensi della vigente normativa, che l’impresa corrisponda a IVASS la somma di euro 200,00, quale contributo alle spese della procedura, e alla parte ricorrente la somma di euro 20,00, quale rimborso della somma versata alla presentazione del ricorso.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA