



IL COLLEGIO

composto da:

CONCETTA BRESCIA MORRA	Presidente
GIOVANNI STELLA	Membro scelto dall'IVASS
MARIA ANNUNZIATA ASTONE	Membro scelto dall'IVASS
GIOVANNI SCHIAVONE	Componente designato dalle imprese di assicurazione
FRANCESCO ZAMPINO	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore GIOVANNI STELLA

Riunione del 04/06/2026

FATTO

Con ricorso del 19 gennaio 2026 (e reclamo del 24 luglio 2025) il ricorrente, tramite procuratore, esponeva che in data 13 dicembre 2024 era stato investito sulle strisce pedonali da un veicolo assicurato con l'impresa convenuta, a seguito di un'improvvisa manovra di retromarcia effettuata dal conducente del veicolo stesso. Nonostante i forti dolori per l'improvviso colpo subito il ricorrente, pur claudicante, si dirigeva verso la sua abitazione con urgenza dovendo portare alla moglie dei medicinali appena acquistati. Le parti si erano comunque scambiate il numero di telefono, in quanto il conducente aveva dichiarato di voler procedere al risarcimento dei danni senza coinvolgere l'impresa di assicurazione.

Successivamente il ricorrente si era rivolto a un ortopedico, che gli aveva diagnosticato una "*gonalgia post-traumatica*" (all'esito della visita del 7 gennaio 2025), ribadita in occasione di una successiva visita (27 gennaio 2025) nella quale il medico avrebbe specificato che lesioni erano connesse all'investimento e prescritto "*riposo per altri 30 gg*" e "*sedute quotidiane di magnetoterapia ginocchio dx per un mese*".

Il ricorrente informava il conducente del veicolo investitore degli esiti degli accertamenti medici e quest'ultimo nel riscontro del 18 febbraio 2025 – dopo aver confermato la dinamica dell'incidente e ammesso il proprio ritardo, giustificato dal tentativo di comporre in via



amichevole la vicenda – comunicava all'assicurato che non avrebbe provveduto direttamente al risarcimento dei danni, fornendo i riferimenti dell'impresa assicuratrice del veicolo e precisando di aver provveduto all'apertura del sinistro.

Il 20 febbraio 2025 il ricorrente comunicava il sinistro all'impresa resistente e in data 5 maggio 2025 otteneva attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con postumi permanenti; l'impresa lo invitava dunque a effettuare visita medico-legale, svolta il 12 giugno 2025. In data 19 giugno 2025, l'impresa comunicava al ricorrente di non poter procedere alla liquidazione del sinistro, in quanto *“la distanza temporale tra l'evento e la prima certificazione medica interrompe il nesso causale diretto tra l'incidente e le lesioni accertate”* e *“in assenza di un nesso causale medico-legale riconosciuto, non risultano riconoscibili postumi invalidanti permanenti né periodi di inabilità temporanea biologica o lavorativa”*.

Con PEC del 24 luglio 2025 il ricorrente contestava tale diniego di copertura, confermato comunque dall'impresa in pari data.

Con le conclusioni il ricorrente chiedeva all'Arbitro di:

“A.1. accertare il [proprio] diritto (...) al rimborso delle spese mediche sostenute per l'importo complessivo di € 1.783,60 con riferimento al sinistro e, per l'effetto,

A.2. disporre a carico [dell'impresa], il pagamento (...) dell'importo complessivo di € 1.783,60;

B.1. accertare il [proprio] diritto (...) al risarcimento dei danni subiti nella misura complessiva di € 8.189,81 o nella diversa somma che risulterà in corso di procedimento e/o verrà ritenuta di ragione e di giustizia e/o liquidata secondo equità e, per l'effetto,

B.2. disporre a carico [dell'impresa] il pagamento (...) dell'importo complessivo di € 8.189,81 o della diversa somma che risulterà in corso di procedimento e/o verrà ritenuta di ragione e di giustizia e/o liquidata secondo equità;

C. in ogni caso, con vittoria delle spese e competenze del presente procedimento, oltre rimborso forfettario per spese generali, CPA ed IVA se dovuta, secondo i valori medi dei parametri di legge ex D.M. 55/2014”.

Con le controdeduzioni l'impresa rappresentava, anzitutto, di non aver mai ricevuto un formale reclamo da parte del ricorrente, con conseguente inammissibilità del ricorso, ex art. 9, comma 1, lett. a, del Decreto del Ministro delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito “Decreto”). Evidenziava, inoltre, che l'istruttoria del sinistro era stata devoluta all'Unità Antifrode e che pertanto l'Arbitro non potrebbe esaminare il merito della vicenda, in considerazione di quanto risultato all'esito della procedura di pubblica consultazione relativa alle Disposizioni tecniche e attuative predisposte dall'IVASS ai sensi dell'art. 13 del Decreto e, in particolare, per la necessità di istruttoria tecnica preclusa all'Arbitro Assicurativo ex art. 11, comma 8, del Decreto. L'impresa eccepeva infine che, avendo il ricorrente formulato una richiesta di condanna per un importo pari complessivamente a euro 9.973,41, sussiste l'incompetenza per valore dell'Arbitro Assicurativo sull'intera domanda (o, in via subordinata, per la parte di domanda eccedente la soglia di competenza) per superamento del relativo limite di euro 2.500,00 previsto



dall'art. 3, 4° comma, del Decreto per le controversie in cui è promossa dal terzo danneggiato azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile.

Con memoria di replica il ricorrente ribadiva di aver presentato formale reclamo all'impresa tramite messaggio di posta elettronica certificata del 24 luglio 2025, allegando la ricevuta di consegna, nonché il relativo riscontro fornito dall'impresa in pari data. Contestava le ulteriori eccezioni di inammissibilità del ricorso sollevate dall'impresa e insisteva per la fondatezza della sua pretesa nel merito, ritenendo che il nesso causale tra l'investimento e le lesioni fosse pienamente dimostrato. Il ricorrente così precisava la domanda: *"1. respingere tutte le eccezioni preliminari sollevate da [l'impresa]; 2. accogliere il ricorso e le domande ivi formulate e, per l'effetto, condannare [l'impresa] al pagamento delle somme richieste, occorrendo nei limiti della competenza dell'Arbitro"*.

Con le controrepliche l'impresa contestava che la comunicazione richiamata dal ricorrente, datata 24 luglio 2025, fosse qualificabile come reclamo e insisteva per la dichiarazione di inammissibilità del ricorso sulla base delle eccezioni sollevate.

DIRITTO

Nella presente controversia sottoposta alla decisione del Collegio il ricorrente, danneggiato in conseguenza di un sinistro causato dalla circolazione di un veicolo, formula una richiesta di rimborso spese mediche e di risarcimento del danno non patrimoniale nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile.

L'impresa con le controdeduzioni eccepisce, anzitutto, l'inammissibilità del ricorso per mancata presentazione del previo reclamo ai sensi dell'art. 8, comma 1, del Decreto, rilevando *"l'assenza di qualsiasi prova dell'avvenuta trasmissione del reclamo"*. In proposito, il ricorrente deduce di aver inviato all'impresa il reclamo in data 24 luglio 2025 e produce copia di una comunicazione PEC indirizzata all'impresa – avente ad oggetto il sinistro del 13 dicembre 2024 – con cui veniva contestato *"formalmente il diniego di risarcimento comunicato con nota del 19 giugno 2025"*.

L'impresa ribadisce anche in sede di controrepliche la propria eccezione di inammissibilità, sostenendo che la comunicazione del ricorrente datata 24 luglio 2025 sarebbe soltanto *"una prima presa di contatto tra il legale del danneggiato e la Compagnia che contiene divergenti valutazioni sull'accaduto"*.

L'eccezione dell'impresa non appare fondata.

In base all'art. 1, comma 1, lett. i), del Decreto il reclamo è *"una dichiarazione scritta di insoddisfazione della clientela, avente ad oggetto una prestazione o un servizio assicurativo o un comportamento relativi ad un contratto assicurativo, ricevuta da un'impresa o da un intermediario"* (cfr. anche art. 8, comma 1, dello stesso Decreto).

Il Collegio osserva che nella suddetta lettera inviata il 24 luglio 2025 (avente oggetto il sinistro del 13 dicembre 2024 oggetto dell'odierno ricorso) il procuratore del ricorrente fa riferimento a una comunicazione del 19 dicembre 2025 con cui l'impresa aveva negato la copertura del sinistro medesimo, contesta espressamente tale comunicazione e insiste nella



richiesta di liquidare l'indennizzo previsto dalla polizza (in fase di reclamo limitato al rimborso delle spese mediche).

Tanto premesso, il Collegio ritiene che la detta comunicazione del ricorrente possa essere qualificata come reclamo ai sensi della normativa vigente in materia, atteso che il cliente-assicurato ha inviato in forma scritta all'impresa odierna resistente una dichiarazione diretta a contestarne il diniego dell'indennizzo previsto dalla polizza, così come prescritto dal art. 1, comma 1, lett. i), del Decreto (tanto più che, come documentato dal ricorrente, tale comunicazione ha ottenuto immediato riscontro da parte dell'impresa che, sempre in data 24 luglio 2025, ha confermato il diniego).

Ciò chiarito si pone l'ulteriore questione pregiudiziale, sollevata dall'impresa, dell'inammissibilità del ricorso per deferimento del sinistro alle strutture antifrode e conseguente applicabilità dell'art. 11, comma 8, del Decreto, che preclude a questo Collegio di entrare nel merito della controversia quando sono necessari gli accertamenti istruttori che esso non può disporre ai sensi dell'art. 3, comma 3, del medesimo Decreto. L'eccezione risulta sollevata sia con le controdeduzioni che con le controrepliche, sebbene l'impresa non abbia motivato e dedotto specificamente sull'asserita devoluzione del sinistro all'Unità antifrode.

A sostegno dell'assunto, l'impresa riporta la Risoluzione n. 4 dell'IVASS in occasione della pubblica consultazione del 23 maggio 2025 relativa al Documento n. 1/2025, concernente l'emanazione delle Disposizioni tecniche e attuative predisposte ai sensi dell'articolo 13 del Decreto, secondo cui *"l'Arbitro Assicurativo non può in nessun caso esprimersi in merito alla fraudolenza di un sinistro, non disponendo di strumenti idonei ad effettuare il relativo accertamento che, pertanto, va rimesso all'Autorità giudiziaria. Pertanto, laddove l'istruttoria relativa al sinistro sia stata devoluta all'Unità antifrode dell'impresa (cc.dd. Aree Speciali), come comunicato dalla stessa in sede di controdeduzioni senza la necessità di ulteriori dettagli nel merito, il collegio adotterà le opportune risoluzioni sul ricorso"*.

Questo Collegio, pur consapevole delle ragioni sottostanti a quanto sostenuto dall'IVASS negli esiti della pubblica consultazione, ritiene che non vi debba essere un mero automatismo (*sub specie* di necessaria declaratoria di inammissibilità del ricorso) tra l'assegnazione di un sinistro alle *"aree speciali"* da parte dell'impresa e la decisione finale che è rimessa ad una valutazione complessiva del Collegio stesso alla luce di tutto quanto dedotto e controdedotto dalle parti.

La rimessione alle *"aree speciali"* deve essere supportata da una ancorché minima argomentazione, pur nel rispetto delle esigenze difensive delle imprese, a tutela del principio del contraddittorio dinanzi a questo Arbitro.

Ciò premesso, nel caso di specie – nonostante l'assenza di motivazione specifica nelle deduzioni dell'impresa – il Collegio ritiene non necessario chiedere all'impresa un'integrazione delle argomentazioni e/o della documentazione relative alla rimessione all'Aree Speciali. A prescindere, infatti, dall'esame delle ragioni della rimessione del sinistro alla sezione speciale antifrode, sussistono già agli atti del procedimento elementi che



inducono questo Collegio a ritenere inammissibile, sia pure per altra ragione, la domanda del ricorrente.

Al riguardo deve infatti considerarsi fondata l'eccezione dell'impresa resistente secondo cui l'art. 3, comma 4, del Decreto dispone, a pena di inammissibilità del ricorso (cfr. art. 9, comma 1, dello stesso Decreto), che la domanda di corresponsione di una somma di denaro non può superare l'importo di euro 2.500,00 per le controversie in cui è promossa dal terzo danneggiato azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile, mentre nel caso di specie il ricorrente ha richiesto il pagamento di euro 1.783,60 per spese mediche e di euro 8.189,81 a titolo di danno biologico, per un totale di euro 9.973,41.

Osserva il Collegio che il ricorrente con le conclusioni formulate nel ricorso richiede in effetti, fra l'altro, di *“disporre a carico [dell'impresa], il pagamento (...) dell'importo complessivo di € 1.783,60”*, a titolo di rimborso delle spese mediche; nonché di *“disporre a carico [dell'impresa] il pagamento (...) dell'importo complessivo di € 8.189,81 o della diversa somma che risulterà in corso di procedimento e/o verrà ritenuta di ragione e di giustizia e/o liquidata secondo equità”*, a titolo di risarcimento dei danni subiti (per un importo complessivo pari a euro 9.973,41).

Siffatta domanda esorbita dal limite della competenza per valore di questo Arbitro previsto dall'art. 3, comma 4, del Decreto nella parte in cui dispone che: *“La domanda può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro purché essa non superi i seguenti importi: (...) 1) euro 2.500,00 se la controversia riguarda il diritto al risarcimento del danno per responsabilità civile ed è promossa dal terzo danneggiato titolare di azione diretta nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile. (...)”*.

Questa valutazione del Collegio sembra trovare conferma anche nelle disposizioni del codice di procedura civile sulla determinazione del valore della causa ai fini della competenza, ferma naturalmente la distinzione fra il rito civile della giustizia ordinaria e il procedimento davanti a un organismo di risoluzione stragiudiziale delle controversie quale è l'Arbitro Assicurativo.

A norma dell'art. 10 cod. proc. civ. *“Il valore della causa, ai fini della competenza, si determina dalla domanda a norma delle disposizioni seguenti”* (comma 1) e *“A tale effetto le domande proposte nello stesso processo contro la medesima persona si sommano tra loro, e gli interessi scaduti, le spese e i danni anteriori alla proposizione si sommano col capitale”* (comma 2).

La norma fissa il principio c.d. del “cumulo oggettivo”: quando un attore propone più domande contro la stessa parte nello stesso processo, il valore della causa è dato dalla somma aritmetica di tali domande. Di conseguenza nel caso di specie, ai fini della determinazione del valore della causa, le due domande - rispettivamente, a titolo di rimborso di spese mediche e di risarcimento del danno - proposte dal ricorrente contro un'unica controparte (l'impresa resistente) devono essere sommate, con il risultato finale di euro 9.973,41.

Dispone inoltre l'art. 14, 1° comma, cod. proc. civ. che *“Nelle cause relative a somme di danaro o a beni mobili, il valore si determina in base alla somma indicata o al valore*



dichiarato dall'attore; in mancanza di indicazione o dichiarazione, la causa si presume di competenza del giudice adito". Per costante giurisprudenza, "il valore della causa, ai fini della competenza, deve essere determinato in base, non al decisum, ma al deductum e valutando la domanda con ogni suo accessorio al momento della relativa proposizione, sicché, in ipotesi di domanda di risarcimento dei danni, occorre avere riguardo non già ai limiti entro cui questa potrebbe essere accolta, bensì alla somma complessivamente pretesa dall'attore, sommando con il capitale gli interessi già scaduti e, limitatamente al periodo tra l'evento dannoso e la domanda stessa, l'indennizzo del danno da svalutazione monetaria" (così Cass. civ., sez. III, 8 agosto 1984, n. 4639; cfr. anche Cass. civ., Sez. III, 27 giugno 1990, n. 654).

Anche dal punto di vista processualcivilistico la domanda risulterebbe, pertanto, esorbitante rispetto al limite della competenza per valore di questo Arbitro.

Né a una diversa conclusione del Collegio può indurre la formula di chiusura della richiesta utilizzata dal procuratore del ricorrente *"o la diversa somma che risulterà in corso di procedimento e/o verrà ritenuta di ragione e di giustizia e/o liquidata secondo equità"*. Tale dicitura non appare idonea a contenere la domanda nell'ambito della competenza per valore fissata dal Decreto, risultando piuttosto una *"formula di stile"*, da gergo forense. Dal tenore del ricorso non si può desumere infatti che il ricorrente intendesse limitare la domanda nei limiti di competenza di valore dell'Arbitro, posto che nelle conclusioni lo stesso quantifica esattamente la domanda di condanna al rimborso delle spese mediche e al risarcimento del danno non patrimoniale.

Anche secondo l'orientamento consolidato dei Collegi dell'Arbitro Bancario Finanziario (con riferimento quindi a un procedimento soggetto a un regime normativo analogo a quello applicabile alla presente controversia), formule quali *"la maggiore o minore somma ritenuta di giustizia"* o altra equipollente, ove accostate alla richiesta di una determinata somma esorbitante dai limiti di competenza per valore fissati dal regolamento di funzionamento dell'Organismo, avrebbero il significato di mere *"clausole di stile"* non idonee a contenere la competenza dell'Arbitro nei limiti prescritti (Coll. Bologna, 22 ottobre 2021, n. 22005; Coll. Palermo, 17 febbraio 2021, n. 4095).

Sul punto questo Collegio ha ben presente che, invero, nella più recente giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass. civ., sez. VI, 2 febbraio 2023, n. 3142 che richiama Cass. 18 gennaio 2018, n. 1210), in sede di interpretazione della seconda parte del comma 1 dell'art 14 cod. proc. civ., si è affermato che *"ove l'attore integri e completi una richiesta specificamente quantificata nel suo ammontare, con una ulteriore sollecitazione rivolta al giudice a determinare il dovuto 'in quella somma maggiore o minore che verrà ritenuta di giustizia', questa seconda indicazione ha un contenuto sostanziale (e non è rilevante che essa corrisponda alla prassi, per cui possa essere definita 'di stile')". La formula in questione manifesta cioè la ragionevole incertezza della parte sull'ammontare del danno effettivamente da liquidarsi e ha lo scopo di consentire al giudice di provvedere alla giusta liquidazione senza essere vincolato all'ammontare della somma determinata che viene indicata nelle conclusioni specifiche; ne discende che la suddetta richiesta alternativa si risolve nella mancanza di indicazione della somma domandata, con la conseguenza che la*



domanda, ai sensi della seconda proposizione dell'art. 14 c.p.c., si deve presumere di valore eguale alla competenza del giudice adito (...)" (nel caso di specie tale conclusione risultava rafforzata dal fatto che parte attrice aveva rinviato la determinazione del *quantum* spettante a titolo risarcitorio all'esito di una CTU tecnica eventualmente da espletarsi; il che confermava che il valore della richiesta risarcitoria era stato espresso in una fase del processo in cui non poteva affatto dirsi raggiunta la certezza in ordine al quantum del risarcimento).

Tuttavia, questo principio interpretativo della Suprema Corte, elaborato con riferimento alla determinazione della competenza per valore nel processo civile, appare modellato specificamente sulla struttura e sul funzionamento del giudizio ordinario e non potrebbe certamente essere trasposto automaticamente al ben differente procedimento stragiudiziale innanzi all'Arbitro Assicurativo.

Nel giudiziario ordinario la competenza per valore non è concepita e prevista dal legislatore come un limite della tutela giudiziaria, bensì quale criterio (fra gli altri) per distribuire le cause tra diversi uffici giudiziari (Giudice di Pace, Tribunale); viceversa, nel sistema dell'Arbitro Assicurativo (ADR) gli importi che – in base all'art. 3, comma 4 del Decreto – la domanda di corresponsione di una somma di denaro non può superare, costituiscono un preciso limite a tale strumento di tutela stragiudiziale e quindi un presupposto di ammissibilità della stessa domanda.

Inoltre, come si desume proprio dalla giurisprudenza da ultimo menzionata, nel giudizio ordinario la somma indicata e quantificata dall'attore con l'atto introduttivo è suscettibile, in modo elastico, di evolversi in diminuzione o in aumento in conformità all'espletamento dell'istruttoria sulla base dell'ampio spettro dei diversi mezzi di prova previsti nel processo civile (si pensi, ad esempio, all'esperimento di una consulenza tecnica di ufficio). Nel procedimento di natura stragiudiziale dell'Arbitro Assicurativo questa evenienza è fisiologicamente meno probabile alla luce della limitata fase istruttoria prevista in questa sede (al riguardo è d'uopo richiamare l'art. 3, comma 3, 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"*). Pertanto anche sotto questo profilo il Collegio ritiene – sulla base del tenore delle richieste del ricorrente, dei fatti esposti e delle prove concretamente offerte (allegazione di documentazione dettagliata su un asserito credito al rimborso e risarcimento di preciso ammontare), nonché tenuto conto dei circoscritti poteri istruttori di questo Arbitro – che la formula adottata relativa *"o della diversa somma che risulterà in corso di procedimento e/o verrà ritenuta di ragione e di giustizia e/o liquidata secondo equità"*, debba essere interpretata quale istanza generica e *"di stile"*, non già come un'effettiva e concreta riserva per il conseguimento dell'eventuale diversa somma che possa risultare dovuta all'esito dell'istruttoria.

Neppure può incidere sulla valutazione di inammissibilità della domanda per incompetenza per valore di questo Arbitro, la circostanza che solo in sede di memoria di replica il ricorrente, dopo aver richiamato le conclusioni del ricorso, abbia chiesto di *"condannare [l'impresa] al pagamento delle somme richieste, occorrendo nei limiti della competenza dell'Arbitro"*.



In proposito, il Collegio osserva che l'inciso contenuto nelle repliche, pur manifestando la disponibilità del ricorrente a una decisione entro la soglia di competenza dell'Arbitro, interviene successivamente alla proposizione del ricorso (e all'eccezione di incompetenza per valore sollevata dall'impresa) ed è comunque formulato in termini eventuali, innestandosi su conclusioni che continuano a richiamare in via principale gli importi già indicati nel ricorso introduttivo per complessivi euro 9.973,41.

A conferma di quanto sopra si consideri che anche secondo l'orientamento consolidato dei Collegi dell'Arbitro Bancario Finanziario, la riduzione della domanda in sede di repliche al solo scopo di ricondurre alla competenza per valore dell'ABF una domanda che, senza tale contenimento, non vi rientrerebbe non assume rilievo ai fini dell'ammissibilità del ricorso (cfr. Collegio Palermo, 17 febbraio 2021, n. 4095; Collegio Napoli, 27 marzo 2019, n. 8472).

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio dichiara il ricorso inammissibile.

La Presidente

--