



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
STEFANO CHERTI	Componente designato dai clienti consumatori

Relatore FRANCESCO ALESSANDRO MAGNI

Riunione del 23/07/2026

FATTO

Con ricorso all'Arbitro Assicurativo presentato in data 12 febbraio 2026 (e reclamo presentato il 29 gennaio 2026), il ricorrente deduceva di aver stipulato con l'impresa una polizza sanitaria comprendente garanzie per visite specialistiche e che, in data 24 gennaio 2026, aveva richiesto l'autorizzazione all'effettuazione di una visita oculistica presso il centro ospedaliero. Deduceva che l'impresa, diversamente da quanto normalmente avvenuto in precedenti occasioni, non aveva fornito riscontro entro il consueto termine di tre o quattro giorni, per cui aveva dapprima sollecitato il *call center* dell'impresa e successivamente presentato reclamo. Peraltro, nonostante l'indicazione della struttura sanitaria fosse già contenuta nella richiesta originaria, l'impresa aveva richiesto nuovamente tale informazione. Il ricorrente aveva risposto il giorno successivo ma, alla data di proposizione del ricorso, l'autorizzazione richiesta non era ancora stata rilasciata per cui lamentava che il ritardo nella gestione della pratica aveva determinato un aggravamento della problematica all'occhio, nonché un disagio conseguente alla mancata tempestiva fruizione della prestazione sanitaria. Sulla base di tali premesse, l'assicurato proponeva ricorso e chiedeva l'autorizzazione alla visita specialistica nel più breve tempo possibile nonché il risarcimento



del danno derivante dal ritardo asseritamente imputabile all'impresa nella gestione della pratica.

Con le controdeduzioni, l'impresa eccepiva preliminarmente l'inammissibilità del ricorso ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. e) e h), del Decreto del Ministero delle Imprese e del *Made in Italy*, 6 novembre 2024, n. 215 (di seguito, il "Decreto"), deducendo che il ricorrente non aveva prodotto la documentazione contrattuale e gli elementi necessari a fondamento della domanda, offrendo in comunicazione moduli relativi a coperture assicurative non riconducibili all'impresa stessa. Nel merito, rappresentava che la prestazione sanitaria richiesta sarebbe stata autorizzata in data 16 febbraio 2026, anteriormente alla notifica del ricorso all'impresa, con conseguente cessazione della materia del contendere quanto alla richiesta principale di autorizzazione alla visita specialistica e pertanto chiedeva, in via preliminare, la declaratoria di inammissibilità del ricorso e, nel merito, la declaratoria della cessazione della materia del contendere, nonché il rigetto della domanda risarcitoria, ritenuta infondata e comunque non provata.

Con le repliche, il ricorrente confermava che l'autorizzazione alla visita specialistica era stata rilasciata dall'impresa in data 16 febbraio 2026, ma insisteva nella domanda risarcitoria già formulata in ricorso. In particolare, deduceva che la pratica sarebbe stata gestita con ritardo e in violazione dei doveri di correttezza e diligenza, sostenendo che il comportamento dell'impresa avrebbe determinato disagi e pregiudizi conseguenti al differimento della prestazione sanitaria richiesta.

Con le controrepliche, l'impresa ribadiva integralmente le difese già svolte nelle controdeduzioni, insistendo nell'eccezione preliminare di inammissibilità del ricorso e nella cessazione della materia del contendere quanto alla richiesta di autorizzazione alla visita specialistica, in ragione dell'avvenuto rilascio della stessa in data 16 febbraio 2026. L'impresa insisteva altresì per il rigetto della residua domanda risarcitoria, ritenendola infondata in fatto e in diritto nonché priva di adeguato supporto probatorio.

In conclusione, il ricorrente chiedeva un risarcimento congruo per il ritardo dell'impresa nella gestione del sinistro.

L'impresa chiedeva, in via preliminare, di accertare e dichiarare l'inammissibilità del ricorso, ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. e) e h) del Decreto; nel merito, la declaratoria della cessazione della materia del contendere ed il rigetto dell'istanza risarcitoria formulata dal ricorrente in quanto infondata in fatto ed in diritto e, in ogni caso, non provata.

DIRITTO

Il Collegio osserva innanzitutto che è pacifico tra le parti che l'autorizzazione alla visita specialistica sia stata rilasciata dall'impresa in data 16 febbraio 2026 e che il ricorrente, dato atto di ciò, abbia insistito solo sulla domanda di riconoscimento di un risarcimento per il ritardo dell'impresa nella gestione del sinistro, per cui rispetto alla domanda principale del ricorrente deve essere dichiarata la cessazione della materia del contendere.

Quanto alla domanda di riconoscimento di un congruo risarcimento per la ritardata gestione del sinistro, occorre evidenziare che, ai sensi dell'art. 9, comma 1, lett. h), del Decreto, il ricorso è inammissibile 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". Il Collegio dell'Arbitro Assicurativo ha avuto modo recentemente di chiarire che tale previsione normativa deve essere intesa nel senso che gli "elementi essenziali ricomprendono pertanto anche il petitum, ossia nel caso di specie la somma asseritamente dovuta a titolo di indennizzo e di cui il ricorrente chiede espressamente il pagamento quale unico ed esclusivo oggetto della domanda. La mancata indicazione dell'importo richiesto incide [...] sulla possibilità di individuare adeguatamente il contenuto della pretesa azionata" e che la domanda risulta connotata da genericità e indeterminatezza allorquando non è "indicato l'ammontare del rimborso richiesto né risultando allegata la documentazione essenziale che consenta di individuare quanto meno per relationem l'indennizzo asseritamente dovuto" (Decisione AAS n. 490/2026). Il principio è stato ulteriormente precisato dal Collegio, evidenziando che "poiché all'Arbitro non può essere demandato un compito consulenziale o esplorativo volto a determinare per conto del ricorrente l'ammontare del danno, ma solo di decidere su una domanda specifica e circostanziata, si deve concludere 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" (Decisione AAS, n. 577/26). Ciò, va soggiunto, anche al fine di valutare se il ricorso rientri nella competenza per valore del Collegio ai sensi dell'art. 3, comma 4 del Decreto.

Nella concreta fattispecie, la richiesta di corresponsione di un "risarcimento congruo", senza specificare la somma richiesta per l'asserito danno subito, è generica ed indeterminata né il *petitum* è individuabile - come astrattamente consentito (cfr. Decisione AAS, n. 577/26) - sulla base di un esame complessivo della documentazione in atti, da cui infatti non è possibile in alcun modo evincere l'ammontare della pretesa.

Per tutte le suesposte ragioni, deve essere dichiarata cessata la materia del contendere sulla domanda di autorizzazione alla visita specialistica, mentre la domanda di risarcimento deve essere dichiarata inammissibile per indeterminatezza e genericità.

PER QUESTI MOTIVI

Il Collegio, esaminati gli atti, dichiara in parte cessata la materia del contendere e in parte il ricorso inammissibile.

La Presidente

Firmato digitalmente da
CONCETTA BRESCIA MORRA