

Arbitrato Assicurativo: decisioni e indicazioni operative per le imprese. Prime applicazioni del nuovo sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie assicurative.

LUGLIO 2026



LaScala
■■■■■■■
SOCIETÀ TRA AVVOCATI

www.lascalaw.com - www.iusletter.com

Milano | Roma | Torino | Bologna | Treviso

Diritto e Responsabilità civile | **Diritto Assicurativo** | 7 luglio 2026

Arbitrato Assicurativo: decisioni e indicazioni operative per le imprese. Prime applicazioni del nuovo sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie assicurative.

Con la pubblicazione, il 30 giugno scorso, delle prime decisioni dell'Arbitro Assicurativo, abbiamo ritenuto utile condividere un approfondimento dedicato ai primi orientamenti del nuovo sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie assicurative, operativo dal 15 gennaio 2026.

L'obiettivo è offrire agli operatori del settore uno strumento di lettura pratico, utile non soltanto per valutare l'impatto dell'AAS sul contenzioso assicurativo, ma anche per individuare le possibili ricadute sui processi liquidativi, sulla gestione dei reclami, sulla costruzione del fascicolo documentale e sull'allineamento tra condizioni di polizza, informativa precontrattuale e prassi operative.

L'interesse delle prime pronunce non risiede soltanto nell'esito dei singoli ricorsi, ma soprattutto nel metodo seguito dal Collegio. L'Arbitro mostra un approccio rigoroso sui presupposti di accesso, sulla competenza e sugli oneri probatori, senza tuttavia limitarsi a un controllo meramente formale della domanda: quando il fascicolo lo consente, entra nel merito della condotta dell'impresa e verifica se il diniego sia stato motivato, documentato e coerente con il testo contrattuale.

La fotografia delle prime 56 decisioni pubblicate il 30 giugno 2026 appare complessivamente favorevole alle imprese: solo 13 ricorsi risultano accolti, alcuni solo parzialmente, 25 vengono rigettati o comunque non accolti, 15 sono dichiarati inammissibili e 3 si chiudono con una cessazione della materia del contendere. La maggioranza delle controversie, dunque, non conduce a una pronuncia favorevole al ricorrente; allo stesso tempo, le decisioni di accoglimento intercettano profili che possono avere impatto seriale, come la prova delle comunicazioni in ambito

R.C. Auto, la motivazione dei dinieghi medico-legali, la gestione della tutela legale e la coerenza tra clausole contrattuali e prassi liquidative.

Quanto alle materie esaminate, la R.C. Auto è l'area più rappresentata, con decisioni che riguardano CAI, procedura CARD, compatibilità dei danni, antifrode, classe di merito e bonus protetto. Seguono le polizze infortuni, le garanzie auto diverse dalla R.C., le polizze casa e fabbricato, le coperture CPI e abbinate a mutui o finanziamenti, le garanzie di tutela legale, salute, viaggio, assistenza e responsabilità civile generale.

Questa prima mappatura conferma che l'AAS intercetta controversie spesso di valore contenuto, ma ad alta intensità gestionale, nelle quali la tenuta della posizione dell'impresa dipende in larga misura dalla qualità della documentazione disponibile e dalla capacità di ricostruire in modo ordinato il percorso seguito nella gestione del sinistro o della richiesta di prestazione.

L'approfondimento è quindi articolato distinguendo, da un lato, i profili procedurali e, dall'altro, i profili di merito, ricostruiti per tipologia di contestazione e per ramo assicurativo. L'analisi si concentra sui temi che, in questa prima fase, emergono con maggiore frequenza dalle decisioni esaminate e che consentono di individuare orientamenti già sufficientemente riconoscibili. Restano invece sullo sfondo alcune questioni affrontate, per ora, da un numero più limitato di pronunce, come le polizze viaggio, l'assistenza, alcuni profili fiscali delle polizze vita, la tutela legale e specifiche controversie legate agli intermediari. Si tratta di ambiti che meritano comunque attenzione e che potranno essere approfonditi in modo più compiuto alla luce delle prossime decisioni dell'Arbitro, quando sarà possibile verificare se si tratti di casi isolati o dell'avvio di ulteriori indirizzi applicativi.

* * *

Questioni procedurali

1. Natura documentale del procedimento e impossibilità di svolgere accertamenti tecnici

Un primo profilo trasversale riguarda la conferma della natura documentale del procedimento, che impone al Collegio di decidere sulla base degli atti prodotti dalle parti, senza poter disporre di poteri istruttori assimilabili a quelli del giudice ordinario. Restano quindi escluse l'assunzione di testimonianze, la disposizione di consulenze tecniche e la ricostruzione di dinamiche di sinistro che richiedano accertamenti complessi.

Sul punto si richiama tra le altre la *Decisione n. [390](#) del 26 maggio 2026* nell'ambito della quale il Collegio precisa che *"Appuntandosi la domanda principale sulla determinazione di un diverso criterio di riparto delle responsabilità nel sinistro occorso, ritiene il Collegio che non già la documentazione in atti possa consentire di addivenire ad una pronuncia in proposito, bensì l'acquisizione previa di un accertamento tecnico, che è tuttavia a questo Collegio precluso, ai sensi del combinato disposto degli artt. 3, comma 3 e 11, comma 8 del Decreto del Ministero delle Imprese e del Made in Italy 6 novembre 2024 n. 215"*

Questo limite ha condotto a diverse declaratorie di inammissibilità, in particolare in materia R.C. Auto, quando la controversia presupponeva verifiche non immediatamente ricavabili dal fascicolo, come la compatibilità dei danni, l'effettiva dinamica dell'evento o la genuinità della denuncia. Le prime decisioni chiariscono però anche l'altro lato del principio: quando il fascicolo contiene elementi sufficienti per valutare la domanda, il Collegio non si arresta davanti alla presenza di profili sanitari, peritali o liquidativi, ma procede all'esame del merito.

Si veda, *Decisione n. [397](#) del 29 maggio 2026* *"Va innanzitutto ribadito che nel procedimento dinanzi a questo Arbitro operano i medesimi principi generali che reggono il processo civile, ivi incluso quello che vuole il giudice peritus peritorum; nessun automatismo si dà dunque tra natura scientifica o tecnica delle questioni da dirimere e necessità di nomina - qui preclusa - di una consulenza tecnica (cfr., da ultimo, Cass. civ., sez. I, 16 maggio 2024, n. 13603), ben potendo infatti 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, 15*

dicembre 2016, n. 10929) e nel rispetto dell'art. 3, comma 3, del Decreto, secondo cui "le controversie sono esclusivamente documentali."

Ne deriva che l'eccezione legata alla natura documentale del procedimento resta centrale, ma deve essere costruita in modo concreto. Non è sufficiente qualificare la controversia come tecnica, medico-legale o connessa a profili antifrode per sottrarla alla cognizione dell'Arbitro; occorre piuttosto chiarire perché, nel caso specifico, la decisione non possa essere assunta sulla base della documentazione disponibile e quali accertamenti ulteriori sarebbero necessari per definire la controversia.

La ricaduta operativa è significativa. Davanti all'AAS, la compagnia deve poter contare su un fascicolo ordinato, completo e immediatamente leggibile, nel quale polizza, documento informativo precontrattuale, condizioni generali e particolari, denuncia di sinistro, perizia, fotografie, consulenza medico-legale, comunicazioni al cliente, prova dell'invio e della ricezione, risposta al reclamo e motivazione del diniego siano coerenti tra loro e consentano di ricostruire il percorso seguito dall'impresa. Un diniego anche astrattamente fondato può infatti indebolirsi se la documentazione è incompleta, disorganica o non permette di comprendere, con sufficiente immediatezza, le ragioni tecniche e contrattuali poste alla base della decisione liquidativa.

(Decisioni di riferimento: [333/2026](#), [390/2026](#), [397/2026](#), [423/2026](#), [443/2026](#), [486/2026](#), [491/2026](#), [522/2026](#) e [533/2026](#). A queste si possono affiancare, per il profilo R.C. Auto e dinamica del sinistro, anche le decisioni [365/2026](#), [392/2026](#), [452/2026](#) e [542/2026](#), che confermano l'attenzione dell'Arbitro alla prova documentale della dinamica, della responsabilità e del danno.)

2. Reclamo preventivo e interpretazione sostanziale del requisito

Un ulteriore profilo riguarda il reclamo preventivo, rispetto al quale il Collegio adotta una lettura sostanziale. In più occasioni viene ribadito che non sono richieste formule sacramentali, né una qualificazione formale della comunicazione come "reclamo"; è invece sufficiente che il cliente abbia manifestato per iscritto una insoddisfazione riconoscibile

rispetto a una prestazione assicurativa, alla gestione del sinistro o alla liquidazione ricevuta, ponendo l'impresa nelle condizioni di esaminare la contestazione e replicare.

Sul punto, tra le altre, si richiama la *Decisione n. [392](#) del 28 maggio 2026* nella quale il Collegio con riferimento alle disposizioni che prevedono il reclamo precisa che *“Disposizioni, queste, che non devono essere intese in senso eccessivamente formale, essendo sufficiente, perché sia soddisfatta la condizione di procedibilità, che il cliente sottoponga all'impresa la propria doglianza e che questa sia messa nelle condizioni di replicare alle contestazioni ricevute.”*

In questa prospettiva, le eccezioni fondate sulla sola mancanza di una qualificazione formale del reclamo appaiono meno efficaci quando la comunicazione, pur non utilizzando espressioni tecniche, consente comunque all'impresa di comprendere la ragione della contestazione. Restano invece utili nelle ipotesi in cui non vi sia stata alcuna previa interlocuzione o quando il ricorso introduca domande realmente nuove rispetto alla doglianza originaria.

La conseguenza pratica è che la risposta al reclamo diventa un passaggio centrale della difesa e non può essere trattata come un adempimento standardizzato. Spesso, infatti, essa costituisce il primo documento attraverso il quale il Collegio valuta la coerenza della posizione dell'impresa, la chiarezza della motivazione e la corrispondenza tra quanto rappresentato al cliente e quanto poi sostenuto nel procedimento davanti al Collegio.

(*Decisioni di riferimento: [335/2026](#), [336/2026](#), [365/2026](#), [383/2026](#), [392/2026](#) e [563/2026](#).)*

3. Carenza di legittimazione, errata individuazione del resistente e limiti della competenza per materia

Un ulteriore ambito procedurale di rilievo riguarda la verifica del perimetro soggettivo e oggettivo del ricorso. Le prime decisioni mostrano che l'Arbitro non si limita a esaminare la fondatezza della pretesa assicurativa, ma verifica preliminarmente se la controversia rientri davvero nella propria competenza e se il procedimento sia stato instaurato da e nei confronti del soggetto corretto. Il tema emerge in fattispecie diverse: ricorsi proposti contro imprese diverse da quella che ha emesso la polizza, domande rivolte a intermediari non obbligati alla

prestazione, controversie relative a servizi commerciali o garanzie convenzionali non qualificabili come assicurative, nonché pretese avanzate da terzi danneggiati nei confronti dell'assicuratore della responsabilità civile generale.

In alcune pronunce il Collegio valorizza anzitutto la necessità che il ricorso sia proposto contro l'impresa effettivamente parte del rapporto assicurativo. Quando il cliente agisce nei confronti di una società diversa da quella con cui ha concluso il contratto, anche se appartenente allo stesso gruppo o coinvolta nella gestione operativa del servizio, il ricorso non può essere esaminato nel merito. L'Arbitro chiarisce, in sostanza, che il procedimento deve svolgersi tra il cliente e il soggetto tenuto alla prestazione assicurativa, salvo che esista uno specifico titolo normativo o contrattuale che consenta di agire nei confronti di un soggetto diverso (*Decisione n. [488](#) del 16 giugno 2026*). Il passaggio è rilevante per i gruppi assicurativi e per le strutture di gestione sinistri affidate a società mandatarie, perché conferma che la mera interlocuzione con un call center, un'agenzia o una società collegata non basta a radicare la legittimazione passiva davanti all'AAS.

Un secondo gruppo di decisioni riguarda la competenza per materia dell'Arbitro. Il Collegio esclude la propria cognizione quando la controversia, pur presentando un collegamento economico o funzionale con un veicolo, con un servizio di assistenza o con una garanzia accessoria, non trae origine da un contratto assicurativo. È il caso delle prestazioni di assistenza post-vendita (*Decisione n. [442](#) del 9 giugno 2026*) o delle garanzie convenzionali (*Decisione n. [447](#) del 9 giugno 2026*) collegate all'acquisto o al noleggio di un veicolo: in tali ipotesi l'Arbitro distingue il contratto assicurativo, che rientra nella propria competenza, dal diverso contratto di servizi o dalla garanzia commerciale, che resta estraneo al perimetro dell'AAS. La circostanza che il servizio richiami, nel linguaggio commerciale, espressioni vicine al mondo assicurativo non è quindi decisiva se manca un'effettiva assunzione di rischio assicurativo da parte di un'impresa di assicurazione.

Lo stesso criterio viene applicato nei confronti degli intermediari. Quando il ricorrente agisce contro il broker o l'intermediario per ottenere il rimborso di una quota di premio non goduto, l'Arbitro verifica se quel soggetto sia effettivamente obbligato alla restituzione. Nelle decisioni esaminate (si veda sul punto *Decisione n. [444](#) del 9 giugno 2026*) il Collegio esclude

la responsabilità dell'intermediario, perché l'obbligazione restitutoria, ove esistente, grava sull'impresa che ha incassato il premio e non sul soggetto che ha svolto attività di intermediazione. Il dato operativo è chiaro: la qualità di intermediario, o l'iscrizione al RUI, non basta a fondare la legittimazione passiva se la domanda riguarda una prestazione o una restituzione dovuta dall'impresa assicuratrice.

Un ulteriore profilo riguarda le controversie che, pur originando da una polizza, hanno ad oggetto materie estranee alla competenza dell'Arbitro. Nella decisione relativa a una polizza vita (*Decisione n. [458](#) del 15 giugno 2026*), il Collegio dichiara inammissibile il ricorso perché la contestazione riguardava il trattamento fiscale applicato dall'impresa in qualità di sostituto d'imposta. In questo caso il rapporto assicurativo costituisce solo il presupposto fattuale della vicenda, mentre l'oggetto effettivo della domanda attiene alla corretta applicazione di norme tributarie, materia che resta fuori dal perimetro dell'AAS. L'orientamento è utile per le compagnie perché conferma che non ogni contestazione collegata a una polizza è, per ciò solo, una controversia assicurativa devolvibile all'Arbitro.

Particolarmente netto è poi l'orientamento sulle domande proposte dal terzo danneggiato nei confronti dell'assicuratore della responsabilità civile generale. In due pronunce (*Decisione n. [445](#) del 9 giugno 2026 e n. [508](#) del 16 giugno 2026*), relative rispettivamente a una caduta in un esercizio commerciale e al morso di un cane, l'Arbitro ribadisce che il terzo danneggiato non dispone di azione diretta nei confronti dell'assicuratore R.C.T. al di fuori delle ipotesi espressamente previste dalla legge. Il fatto che la compagnia abbia gestito il sinistro, richiesto documentazione, formulato un'offerta o messo a disposizione una somma non modifica la struttura soggettiva del rapporto assicurativo, che resta tra assicuratore e assicurato, né attribuisce al terzo la qualità di cliente legittimato a proporre ricorso davanti all'AAS.

Nel complesso, questo insieme di pronunce è favorevole alle imprese perché conferma che l'Arbitro presidia con rigore i limiti soggettivi e oggettivi del proprio intervento. La difesa della compagnia può quindi valorizzare, a seconda dei casi, l'errata individuazione del resistente, il difetto di legittimazione del ricorrente, l'assenza di un contratto assicurativo, la natura meramente commerciale o di servizio della prestazione richiesta, oppure l'estraneità della materia rispetto al perimetro assicurativo. Si tratta però di eccezioni che devono essere

costruite in modo documentato e non meramente formale: occorre produrre il contratto, chiarire la struttura del rapporto, individuare il soggetto effettivamente obbligato e spiegare perché la domanda non riguarda una prestazione assicurativa devolvibile all'AAS.

(Decisioni di riferimento: [442/2026](#), [444/2026](#), [445/2026](#), [447/2026](#), [458/2026](#), [488/2026](#) e [508/2026](#).)

4. Domanda indeterminata, petitum non chiaro e limiti di valore

Un altro tema procedimentale ricorrente riguarda la necessità che il ricorso sia costruito in modo sufficientemente determinato, sia quanto alla prestazione richiesta, sia quanto alla garanzia azionata, sia, quando rilevante, quanto all'importo domandato. Le prime decisioni confermano che l'Arbitro, pur muovendosi in una sede caratterizzata da maggiore snellezza rispetto al giudizio ordinario, non può supplire alla mancanza degli elementi essenziali della domanda. Quando il ricorrente si limita a chiedere genericamente la liquidazione dell'indennizzo, il risarcimento integrale del danno o l'accertamento di una responsabilità senza indicare con chiarezza il titolo contrattuale, la garanzia invocata, il quantum richiesto o i documenti da cui desumerlo, il ricorso può essere dichiarato inammissibile.

Il principio emerge con particolare evidenza nelle controversie relative alle coperture abbinate a mutui e finanziamenti, nelle quali l'Arbitro richiede che sia individuata con precisione la garanzia azionata, distinguendo, ad esempio, tra copertura per morte, invalidità permanente, inabilità o perdita d'impiego, e che sia indicato o comunque ricostruibile l'importo richiesto (tra le altre, *Decisione n. [333](#) del 13 maggio 2026* e *n. [382](#) del 20 maggio 2026*). Analoga attenzione si ritrova nei sinistri R.C. Auto (*Decisione n. [335](#) del 13 maggio 2026* e *n. [533](#) del 22 giugno 2026*), soprattutto quando il ricorrente cumula domande di accertamento della responsabilità, risarcimento del danno patrimoniale, danno morale, lucro cessante o fermo tecnico senza fornire una quantificazione chiara e una documentazione idonea a sostenerla.

Accanto al tema della determinatezza della domanda, le prime decisioni affrontano anche quello dei limiti di valore. In alcune pronunce, l'Arbitro ha dichiarato l'inammissibilità del

ricorso quando la domanda aveva ad oggetto il pagamento di un indennizzo superiore alla soglia prevista per le controversie relative alle assicurazioni danni, con particolare riferimento alle garanzie invalidità permanente da malattia abbinate a mutui o finanziamenti. In questo ambito, il Collegio ha ricondotto tali coperture al ramo danni e ha ritenuto applicabile il relativo limite di competenza (*Decisione n. [457](#) del 15 giugno 2026*).

La lettura non è però automatica. Un passaggio importante emerge quando la domanda non è formulata come richiesta di condanna al pagamento di una somma determinata, ma come domanda di accertamento dell'illegittimità del diniego e del diritto all'attivazione della copertura. In questa ipotesi, l'Arbitro ha escluso che il limite di valore possa operare in modo meccanico, valorizzando il *petitum* sostanziale e la natura della domanda proposta. Per le compagnie, il punto è particolarmente rilevante: l'eccezione di incompetenza per valore conserva piena utilità quando il ricorrente chiede il pagamento di un importo superiore alla soglia, ma deve essere valutata con maggiore cautela quando il ricorso è costruito come domanda di accertamento.

(*Decisioni di riferimento: [333](#)/2026, [335](#)/2026, [382](#)/2026, [457](#)/2026, [490](#)/2026 e [533](#)/2026, e, in via integrativa, [392](#)/2026.*)

* * *

Questioni di merito

L'analisi dei profili di merito si concentra sui temi che, in questa prima fase, emergono con maggiore frequenza dalle decisioni esaminate e che consentono di individuare orientamenti già sufficientemente riconoscibili. Restano quindi sullo sfondo alcune questioni affrontate, per ora, solo da un numero più limitato di pronunce, ma che meritano comunque attenzione e potranno essere approfondite alla luce delle prossime decisioni dell'Arbitro, quando sarà possibile comprendere se si tratti di casi isolati o dell'avvio di ulteriori indirizzi applicativi.

1. R.C. Auto: dinamica del sinistro, CAI, compatibilità dei danni, CARD e malus

La R.C. Auto rappresenta l'area più ricorrente tra le prime decisioni e offre alcune indicazioni operative di immediato interesse per le compagnie. Le pronunce mostrano anzitutto che l'Arbitro attribuisce rilievo centrale alla natura documentale del procedimento: quando la controversia richiede di ricostruire la dinamica del sinistro, valutare la compatibilità tecnica dei danni, verificare l'attendibilità di dichiarazioni testimoniali o svolgere accertamenti peritali, il ricorso tende a non trovare accoglimento o a essere dichiarato inammissibile. Il modulo CAI, anche quando presente, non viene considerato un elemento automaticamente decisivo, perché la compagnia può contestarne gli effetti quando emergano incongruenze tra la dinamica dichiarata, i punti d'urto, la tipologia dei danni e gli ulteriori elementi raccolti in fase istruttoria (*Decisioni n. [423](#) dell'8 giugno 2026 e n. [449](#) dell'11 giugno 2026*). In questa prospettiva, la posizione dell'impresa è tanto più solida quanto più il diniego risulti fondato su una valutazione tecnica chiara, documentata e comprensibile, e non su una generica affermazione di incompatibilità.

Un'ulteriore direttrice riguarda la procedura CARD e il corretto canale di gestione del risarcimento diretto (*Decisioni n. [425](#) dell'8 giugno 2026 e n. [535](#) del 22 giugno 2026* relativa a un sinistro contestato in ambito CARD debitore, nella quale il Collegio valuta l'attività istruttoria svolta dall'impresa e la documentazione acquisita per verificare la legittimità dell'addebito). L'Arbitro conferma che, quando ricorrono i presupposti del risarcimento diretto, la fase stragiudiziale e il procedimento davanti all'AAS devono essere coerenti con la struttura del sistema CARD, con conseguente rilievo della posizione della compagnia. Il principio è utile per le imprese perché consente di presidiare il corretto instradamento del reclamo e del ricorso, evitando che il danneggiato utilizzi l'AAS per superare le regole proprie della procedura di risarcimento diretto.

Particolarmente significativa è poi l'attenzione dedicata ai sinistri sconosciuti, ai cosiddetti 'sinistri fantasma' e all'applicazione del *malus* (*Decisioni n. [489](#) del 16 giugno 2026 e n. [535](#) del 22 giugno 2026*). Da un lato, l'Arbitro riconosce la legittimità della posizione della compagnia quando l'impresa dimostri di avere svolto una reale attività istruttoria, acquisendo elementi e documenti idonei, effettuando verifiche tecniche e valutando la compatibilità del contatto tra i veicoli. Dall'altro lato, il Collegio censura la gestione dell'impresa quando non sia provata

in modo adeguato la comunicazione all'assicurato dell'apertura del sinistro e della possibilità di formulare osservazioni prima dell'applicazione della variazione peggiorativa. Il passaggio è rilevante perché chiarisce che, nei sinistri destinati a incidere sulla classe di merito, la prova dell'invio non basta se non è accompagnata da una prova affidabile della ricezione e del contenuto della comunicazione.

Anche il richiamo all'antifrode viene valutato con un approccio non automatico. L'assegnazione del sinistro ad aree speciali o antifrode può certamente rilevare, soprattutto quando la controversia richieda verifiche non compatibili con il procedimento documentale; tuttavia, la compagnia deve evitare formule meramente assertive e indicare, sia pure in modo sintetico e nel rispetto delle esigenze di riservatezza, quali elementi rendano necessaria un'attività istruttoria ulteriore. In mancanza di questa minima argomentazione, il rischio è che l'Arbitro consideri l'eccezione insufficiente e proceda comunque a valutare il fascicolo disponibile (Decisioni n. [533](#) del 22 giugno 2026, cui si può affiancare la n. [486](#) del 16 giugno 2026).

Nel complesso, le prime pronunce in materia R.C. Auto confermano che l'AAS non è la sede adatta per accertamenti tecnici complessi sulla dinamica del sinistro, ma al tempo stesso impongono alle compagnie un elevato standard di tracciabilità e motivazione. La difesa dell'impresa risulta efficace quando il fascicolo contiene perizie, fotografie, rilievi, comunicazioni e risposte al reclamo coerenti tra loro; diventa invece più esposta quando il diniego si fonda su motivazioni generiche, su richiami non documentati all'antifrode o su comunicazioni al cliente non tracciate, soprattutto nei casi in cui dalla gestione del sinistro derivino conseguenze sulla classe di merito dell'assicurato.

(Decisioni di riferimento: [335](#)/2026, [365](#)/2026, [387](#)/2026, [423](#)/2026, [425](#)/2026, [449](#)/2026, [486](#)/2026, [489](#)/2026, [491](#)/2026, [533](#)/2026, [534](#)/2026 e [535](#)/2026.)

2. Infortuni e salute: patologie preesistenti, nesso causale e prova medico-legale

Un'area di merito particolarmente significativa riguarda le controversie in materia di polizze infortuni, salute e malattia, nelle quali l'Arbitro è chiamato a valutare il rapporto tra evento

denunciato, documentazione sanitaria, condizioni patologiche pregresse, nesso causale e perimetro della garanzia. Le prime decisioni mostrano un approccio equilibrato: il Collegio non accoglie automaticamente le richieste dell'assicurato solo perché è presente una documentazione medica, ma non ritiene neppure sufficiente, per escludere l'indennizzo, un richiamo generico da parte della compagnia a patologie pregresse, fenomeni degenerativi o condizioni cliniche anteriori (*Decisioni n. [397](#) del 29 maggio 2026 e n. [422](#) dell'8 giugno 2026*).

Il principio che emerge è che la patologia preesistente può certamente assumere rilievo, ma deve essere collegata in modo specifico all'evento e alle conseguenze lamentate. Non basta affermare che l'assicurato presentava alterazioni degenerative o un quadro clinico già compromesso; occorre dimostrare che quella condizione abbia concretamente escluso, interrotto o assorbito il nesso causale tra l'infortunio e la lesione denunciata, oppure che abbia inciso sulla misura dell'indennizzo secondo le previsioni contrattuali. In mancanza di questa dimostrazione, il diniego rischia di apparire meramente assertivo.

Allo stesso tempo, l'Arbitro conferma che l'onere probatorio resta in capo al ricorrente per quanto riguarda il fatto costitutivo della pretesa. L'assicurato deve quindi provare l'evento, la lesione, il collegamento causale, la durata dell'inabilità o la misura dell'invalidità, nonché la riconducibilità delle spese mediche o riabilitative alla garanzia. Quando la documentazione sanitaria è insufficiente, contraddittoria o non consente di dimostrare la natura patologica dell'intervento, l'inclusione della prestazione tra quelle coperte o il quantum richiesto, la domanda viene respinta (*Decisione n. [456](#) del 15 giugno 2026*).

Un passaggio importante riguarda anche il rapporto tra natura medico-legale della controversia e ammissibilità del ricorso. Le prime decisioni chiariscono che la presenza di profili tecnici o sanitari non comporta automaticamente l'inammissibilità davanti all'AAS. Se il fascicolo contiene documenti chiari e sufficienti, l'Arbitro può decidere nel merito; se invece la controversia richiede accertamenti specialistici ulteriori, incompatibili con la natura documentale del procedimento, la questione può non essere trattabile in quella sede. Per le compagnie, questo significa che l'eccezione di inammissibilità per necessità di accertamenti medico-legali deve essere argomentata in concreto e non formulata in modo generico.

Nelle polizze salute e nei piani sanitari emerge, infine, un ulteriore profilo di attenzione: la coerenza del testo contrattuale. L'Arbitro valorizza la struttura della polizza, il rapporto tra prestazione principale e spese accessorie, la decorrenza della copertura, l'eventuale collegamento con eventi anteriori e la formulazione delle esclusioni. Se l'intervento principale non rientra tra quelli coperti, anche le spese collegate possono restare fuori garanzia; al contrario, quando un'esclusione è prevista in una sezione della polizza ma non in un'altra, tale disallineamento può essere letto a favore dell'assicurato (*Decisione n. [483](#) del 15 giugno 2026*).

Per le compagnie, il dato operativo è chiaro: nelle controversie infortuni e salute, il diniego deve essere costruito su una motivazione medico-legale specifica, coerente con la documentazione acquisita e allineata al testo contrattuale. La difesa è solida quando distingue con precisione tra mancanza di prova dell'evento, assenza di nesso causale, operatività di franchigie o esclusioni, non rimborsabilità delle spese e preesistenze rilevanti. È invece più esposta quando si fonda su formule generiche, su richiami non approfonditi a patologie pregresse o su clausole non coordinate tra le diverse sezioni della polizza.

(*Decisioni di riferimento: [397/2026](#), [422/2026](#), [443/2026](#), [456/2026](#), [462/2026](#), [483/2026](#), [542/2026](#) e [561/2026](#)*)

3. CPI, mutui, prestiti e garanzie abbinate: valore, carenza, preesistenze e corretta individuazione della copertura

Le coperture CPI e, più in generale, le polizze abbinate a mutui, prestiti e finanziamenti costituiscono un'area particolarmente sensibile, perché concentrano questioni diverse ma strettamente collegate tra loro: la qualificazione della garanzia, il limite di valore, la corretta individuazione della prestazione richiesta, l'operatività delle clausole di carenza, la rilevanza di patologie o eventi anteriori alla decorrenza della copertura e il rapporto tra indennizzo e debito residuo.

Dalle prime decisioni emerge anzitutto che, quando la garanzia azionata riguarda l'invalidità permanente da malattia collegata a un mutuo o a un finanziamento, l'Arbitro tende a ricondurla al ramo danni, con conseguente applicazione del limite di valore previsto per

questa tipologia di controversie. Ne deriva che, se il ricorrente chiede direttamente il pagamento di un indennizzo superiore alla soglia di competenza, parametrato ad esempio al debito residuo, l'eccezione di inammissibilità per valore può rappresentare una difesa efficace per la compagnia (*Decisioni* n. [382](#) del 20 maggio 2026 e n. [457](#) del 15 giugno 2026).

Questa impostazione, tuttavia, non opera in modo automatico in ogni fattispecie. Quando la domanda non è formulata come richiesta di condanna al pagamento di una somma determinata, ma come domanda di accertamento dell'illegittimità del diniego e del diritto all'attivazione della copertura, l'Arbitro può ritenere non decisivo il solo profilo del valore e procedere all'esame del merito. Per le compagnie, questo passaggio è rilevante perché impone di non affidare la difesa esclusivamente all'eccezione preliminare, ma di costruire comunque una posizione solida sulla garanzia, sulla decorrenza della copertura, sui presupposti contrattuali e sugli eventuali fatti impeditivi.

Un ulteriore aspetto riguarda la determinatezza della domanda e la corretta individuazione della copertura azionata. In prodotti spesso strutturati su più garanzie (morte, invalidità permanente, inabilità temporanea, perdita d'impiego, protezione del debito o protezione della rata)- l'Arbitro richiede che il ricorrente individui con sufficiente precisione quale prestazione intenda ottenere e su quale clausola fondi la propria richiesta. Quando la domanda resta generica, non quantificata o costruita su riferimenti incerti a garanzie diverse, il ricorso può essere dichiarato inammissibile, perché non consente né all'impresa né al Collegio di ricostruire il *petitum* e il titolo contrattuale della pretesa (*Decisione* n. [490](#) del 16 giugno 2026).

Particolare attenzione deve poi essere riservata alle clausole di carenza e alle preesistenze. Le prime decisioni mostrano che la compagnia, quando ne invoca l'operatività, deve provare in modo puntuale il fatto impeditivo della garanzia. Non è sufficiente richiamare accertamenti medici, sospetti clinici, controlli diagnostici o sintomi emersi nel periodo di carenza, se la clausola richiede una malattia già diagnosticata o un evento già verificato in termini giuridicamente e contrattualmente rilevanti. La distinzione tra sospetto, approfondimento diagnostico, diagnosi vera e propria e manifestazione della malattia diventa quindi decisiva,

soprattutto quando il diniego si fonda sulla anteriorità della patologia rispetto alla piena operatività della copertura (*Decisione n. [333](#) del 13 maggio 2026*).

Lo stesso approccio rigoroso si ritrova nelle garanzie collegate alla perdita d'impiego o ad altri eventi della vita lavorativa. In questi casi, l'Arbitro tende a valorizzare il testo contrattuale, le franchigie, i periodi minimi di disoccupazione, le condizioni di continuità dell'evento e gli eventuali fatti che interrompono o impediscono il diritto alla prestazione. Anche qui, la posizione della compagnia è più solida quando il diniego non si limita a richiamare la clausola, ma ricostruisce in modo chiaro la sequenza temporale degli eventi e dimostra perché, alla luce delle condizioni di polizza, la garanzia non possa operare (*Decisione n. [386](#) del 25 maggio 2026*).

Nel complesso, questo gruppo di decisioni suggerisce alle compagnie un approccio difensivo particolarmente accurato. Le eccezioni preliminari - limite di valore, indeterminatezza del ricorso, errata individuazione della garanzia - restano strumenti utili e, in diversi casi, decisivi; tuttavia, quando il ricorso supera il vaglio procedurale, la tenuta della posizione dell'impresa dipende dalla qualità del fascicolo contrattuale e medico-documentale. Nei prodotti CPI e nelle coperture abbinate a mutui o finanziamenti, occorre quindi produrre e coordinare modulo di adesione, condizioni di polizza, debito residuo, documentazione sanitaria o lavorativa, periodo di carenza, franchigie e comunicazioni di diniego, così da rendere immediatamente comprensibile il percorso logico e contrattuale che ha condotto alla mancata liquidazione.

(*Decisioni di riferimento: [333](#)/2026, [382](#)/2026, [386](#)/2026, [457](#)/2026 e [490](#)/2026.*)

* * *

Conclusioni operative

Le decisioni pubblicate il 30 giugno 2026 restituiscono l'immagine di un sistema pragmatico, rigoroso sul piano procedurale e fortemente ancorato alla prova documentale. La ricognizione degli esiti appare, nel complesso, favorevole alle imprese, dal momento che gli accoglimenti rappresentano una quota minoritaria rispetto ai rigetti, alle declaratorie di

inammissibilità e alle cessazioni della materia del contendere. Il dato va però letto con attenzione, perché le pronunce favorevoli alle compagnie dipendono spesso da carenze della domanda del ricorrente, da difetti di prova, da profili di inammissibilità o dalla necessità di accertamenti incompatibili con la natura documentale del procedimento; le decisioni sfavorevoli, invece, intercettano criticità interne alle imprese che, proprio perché legate a processi, clausole, comunicazioni e modalità di gestione del sinistro, possono riproporsi in modo seriale.

Il messaggio centrale di questa prima fase applicativa riguarda la qualità del fascicolo. Davanti all'AAS, la compagnia deve poter dimostrare la correttezza della propria posizione in modo ordinato, comprensibile e documentalmente verificabile. Non è sufficiente che il diniego sia astrattamente fondato o che trovi una giustificazione tecnica nella valutazione interna dell'impresa; quella valutazione deve poter essere ricostruita attraverso la polizza, le condizioni contrattuali, la documentazione informativa, la denuncia di sinistro, la perizia, l'eventuale consulenza medico-legale, le comunicazioni intercorse con il cliente e la risposta al reclamo. La motivazione del diniego diventa quindi uno degli elementi decisivi della difesa, perché consente all'Arbitro di verificare se la posizione dell'impresa sia coerente con il contratto, con i documenti disponibili e con il percorso liquidativo seguito.

Assume rilievo anche la corretta qualificazione della ragione posta a fondamento del rigetto della richiesta. La compagnia deve distinguere se il sinistro non rientra nel rischio assicurato, se opera una esclusione, se manca la prova del danno, se non è dimostrato il nesso causale, se il ricorrente non è legittimato, se la domanda supera il limite di valore o se la controversia richiede accertamenti tecnici non compatibili con il procedimento documentale. Una motivazione generica, costruita intorno alla formula secondo cui il sinistro 'non è in copertura', rischia infatti di indebolire anche posizioni astrattamente difendibili, mentre una ricostruzione puntuale della clausola applicata, del fatto rilevante e del documento che lo prova rafforza sensibilmente la tenuta della posizione dell'impresa.

Sul piano strategico, le prime decisioni suggeriscono un approccio selettivo. La resistenza appare opportuna e difendibile nei casi in cui emergano profili di incompetenza dell'Arbitro, difetto di legittimazione del terzo danneggiato nell'ambito della responsabilità civile,

indeterminatezza della domanda, mancato acquisto della garanzia, assenza di prova dell'evento o necessità di accertamenti tecnici incompatibili con la sede AAS. Quando invece la documentazione del cliente è solida, la clausola presenta margini di ambiguità, la comunicazione non è adeguatamente tracciata, la risposta al reclamo è generica o l'errore liquidativo appare riconoscibile, può essere preferibile valutare una soluzione anticipata o una rettifica tempestiva, anche per evitare che una decisione sfavorevole consolidi un orientamento richiamabile in fattispecie analoghe.

In definitiva, l'Arbitro Assicurativo non appare, almeno alla luce di queste prime pronunce, come una sede pregiudizialmente sfavorevole alle imprese, ma come un banco di prova della qualità dei processi assicurativi. Le decisioni pubblicate consentono già di individuare i punti sui quali può essere opportuno intervenire: clausole contrattuali, comunicazioni con il cliente, gestione dei reclami, costruzione del fascicolo liquidativo e modelli organizzativi interni. In questa prospettiva, l'AAS può diventare non solo un nuovo canale di contenzioso stragiudiziale, ma anche uno strumento utile per prevenire controversie seriali e rafforzare la relazione con assicurati, beneficiari e intermediari.

Autore:

Laura Pelucchi – l.pelucchi@lascalaw.com

Contatti: redazione@iusletter.com



www.lascalaw.com - www.iusletter.com

Milano | Roma | Torino | Bologna | Treviso