



APPROFONDIMENTI

Il nuovo Arbitro Assicurativo: questioni interpretative e spunti applicativi

Gennaio 2026

Silvia Lolli, Counsel, Hogan Lovells
Davide Valloni, Associate, Hogan Lovells



Silvia Lolli, Counsel, Hogan Lovells

Davide Valloni, Associate, Hogan Lovells

➤ **Silvia Lolli**

Silvia Lolli è counsel di Hogan Lovells nel dipartimento italiano dei Servizi Finanziari dello studio ed è membro dell'insurance practice internazionale da oltre quindici anni. Ha maturato una significativa esperienza nel settore della normativa e della regolamentazione assicurativa e da oltre diciotto anni assiste imprese di assicurazione e riassicurazione ed intermediari assicurativi in merito a questioni di natura regolamentare, contrattuale e societaria attinenti alla loro attività. Fra i clienti di Silvia Lolli sono comprese le principali imprese di assicurazioni e gli intermediari assicurativi italiani e stranieri.

Studio Legale
Hogan Lovells

**Hogan
Lovells**

1. Preambolo

A far data dal 15 gennaio è operativo presso l'IVASS l'Arbitro Assicurativo, il nuovo sistema alternativo di risoluzione delle controversie di natura assicurativa previsto dal Decreto legislativo 30 dicembre 2020, n.187 (il decreto reca disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo del 21 maggio 2018, n. 68, di attuazione della direttiva(UE)2016/97 relativa alla distribuzione assicurativa) che ha modificato il Codice delle Assicurazioni Private (il **"CAP"**) introducendo l'art. 187.1.

Con tali disposizioni – e con il successivo decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy del 6 novembre 2024, n. 215 – il legislatore ha dato attuazione ad un modello di risoluzione stragiudiziale delle controversie che si colloca in continuità sistematica con gli strumenti già operativi nei settori bancario e finanziario.

L'art. 187.1 del CAP prevede l'adesione da parte delle imprese di assicurazione e riassicurazione e degli intermediari assicurativi e riassicurativi ad un sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie con la propria clientela ove relative alle prestazioni e ai servizi previsti dai contratti assicurativi. Il decreto ministeriale n. 215/2024 (il **"Decreto Ministeriale"**) ha poi disciplinato in modo organico i criteri di svolgimento della relativa procedura, i criteri per la composizione dell'organo decidente e la natura delle controversie trattate, demandando all'IVASS l'adozione delle disposizioni tecniche e attuative di dettaglio.

La ratio dell'istituto è duplice. Da un lato, l'Arbitro Assicurativo è espressione dell'esigenza, di matrice europea, di rafforzare la tutela individuale del cliente, mettendo a disposizione uno strumento di risoluzione stragiudiziale delle controversie rapido, economico ed efficace, in linea con il Codice del consumo¹, come modificato dal recepimento della direttiva 2013/11/UE², e con la disciplina sulla distri-

¹ In particolare, la Parte V, Titolo II-bis, del Codice del consumo (Decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206) in materia di risoluzione extragiudiziale delle controversie, introdotta dall'art. 1, comma 1, del decreto legislativo 6 agosto 2015, n. 130.

² Direttiva 2013/11/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 maggio 2013, sulla risoluzione alternativa delle controversie dei consumatori, che modifica il regolamento (CE) n. 2006/2004 e la direttiva 2009/22/CE (Direttiva sull'ADR per i consumatori).

buzione assicurativa (*Insurance Distribution Directive*, di seguito **“IDD”**)³. La tutela dovrebbe risultare rafforzata non solo per la maggior facilità di accesso all’Arbitro rispetto al ricorso all’autorità giudiziaria ordinaria⁴, ma anche perché si auspica che l’Arbitro emetta decisioni omogenee e conformi su determinate questioni comunemente controverse, che dovrebbero portare ad un decremento del contenzioso. Dall’altro, esso risponde all’esigenza di colmare un disallineamento strutturale tra il settore assicurativo e quelli bancario e finanziario, già da tempo dotati di meccanismi arbitrali settoriali (l’Arbitro Bancario Finanziario (**“ABF”**) e l’Arbitro per le Controversie Finanziarie (**“ACF”**)), con evidenti benefici in termini di uniformità della tutela dei rispettivi utenti e di fiducia del pubblico.

Quanto alla natura delle decisioni, il legislatore ha confermato il modello già sperimentato negli altri arbitri di settore: le pronunce dell’Arbitro Assicurativo non sono giuridicamente vincolanti in senso stretto, ma per garantirne l’efficacia è stato concepito un incisivo meccanismo reputazionale. In caso di inadempimento, infatti, è prevista la pubblicazione dell’inosservanza della decisione in un’apposita sezione del sito internet dell’Arbitro per un periodo di cinque anni, nonché sul sito internet (o, in mancanza, mediante affissione di apposita comunicazione all’interno dei locali) dell’operatore interessato per un periodo di sei mesi decorrenti dalla pubblicazione sul sito dell’Arbitro, con potenziali ricadute significative in termini di immagine e di rapporto fiduciario con la clientela. Tale scelta conferma come l’Arbitro Assicurativo sia concepito non solo come strumento di risoluzione delle controversie tra gli operatori del mercato assicurativo e la propria clientela, ma anche come leva per un miglioramento della *compliance* interna e delle prassi di mercato.

³ L’art. 15 della IDD prevede infatti che “Gli Stati membri garantiscono che siano istituite, in conformità dei pertinenti atti legislativi dell’Unione e del diritto nazionale, procedure di reclamo e di risoluzione stragiudiziale delle controversie adeguate, efficaci, imparziali e indipendenti, per la risoluzione delle controversie insorte fra i clienti e i distributori di prodotti assicurativi aventi come oggetto i diritti e gli obblighi derivanti dalla presente direttiva, avvalendosi eventualmente di organi già esistenti. Gli Stati membri garantiscono che tali procedure siano applicate ai distributori di prodotti assicurativi nei confronti dei quali sono state avviate le procedure e che agli stessi si estenda la competenza del pertinente organo. Gli Stati membri garantiscono che gli organi di cui al paragrafo 1 collaborino alla risoluzione delle controversie transfrontaliere aventi come oggetto i diritti e gli obblighi derivanti dalla presente direttiva”.

⁴ Il ricorso all’Arbitro Assicurativo non richiede necessariamente l’assistenza di un avvocato, può essere inoltrato personalmente dal reclamante mediante l’apposita procedura on-line con risparmio di costi.

2. Ambito di competenza: dubbi interpretativi e questioni aperte

L’ambito di competenza dell’Arbitro Assicurativo è delineato dall’art. 3 del Decreto Ministeriale che fa riferimento alle controversie derivanti da un contratto di assicurazione, aventi come oggetto l'accertamento di diritti, anche risarcitori, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni e ai servizi assicurativi o l'inosservanza delle regole di comportamento previste dal Codice delle Assicurazioni relative all'esercizio dell'attività di distribuzione assicurativa. La scelta del legislatore è stata quella di adottare una formula ampia, che appare funzionale a evitare esclusioni aprioristiche, fatta eccezione per le controversie riguardanti i sinistri gestiti dal fondo di garanzia delle vittime della caccia e della strada, le controversie relative a fattispecie rimesse alla competenza della CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.p.A.), nonché le fattispecie relative ai grandi rischi⁵, che sono state espressamente escluse dalla competenza dell’Arbitro Assicurativo. Inoltre, qualora la domanda abbia ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro, si applicano specifiche soglie massime a seconda della fattispecie oggetto di ricorso⁶.

⁵ Ai sensi dell’art. 1, comma 1, lettera r) del CAP, si intendono per grandi rischi quelli rientranti nei rami d’i cui all’articolo 2, comma 3, di seguito indicati:

1) 4 (corpi di veicoli ferroviari), 5 (corpi di veicoli aerei), 6 (corpi di veicoli marittimi, lacustri e fluviali), 7 (merci trasportate), 11 (r.c. aeromobili) e 12 (r.c. veicoli marittimi, lacustri e fluviali) salvo quanto previsto al numero 3;
2) 14 (credito) e 15 (cauzione), qualora l’assicurato eserciti professionalmente un’attività industriale, commerciale o intellettuale e il rischio riguardi questa attività;
3) 3 (corpi di veicoli terrestri, esclusi quelli ferroviari), 8 (incendio ed elementi naturali), 9 (altri danni ai beni), 10 (r.c. autoveicoli terrestri), 12 (r.c. veicoli marittimi, lacustri e fluviali) per quanto riguarda i natanti soggetti all’assicurazione obbligatoria ai sensi dell’articolo 123, 13 (r.c. generale) e 16 (perdite pecuniarie), purché l’assicurato superi i limiti di almeno due dei tre criteri seguenti:

1) il totale dell’attivo dello stato patrimoniale risulti superiore ai seimilioni e duecentomila euro;
2) l’importo del volume d’affari risulti superiore ai dodicimilioni e ottocentomila euro;
3) il numero dei dipendenti occupati in media durante l’esercizio risulti superiore alle duecentocinquanta unità.
Qualora l’assicurato sia un’impresa facente parte di un gruppo tenuto a redigere un bilancio consolidato, le condizioni di cui sopra si riferiscono al bilancio consolidato del gruppo.

⁶ In particolare, ai sensi dell’art. 3, comma 4, del DM 215/2024, la domanda può avere ad oggetto anche la corresponsione di una somma di denaro purché essa non superi i seguenti importi:

a) per le controversie relative a contratti di assicurazione sulla vita ai sensi dell’articolo 2, comma 1, del codice delle assicurazioni:

1) euro 300.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) e le prestazioni oggetto del contratto siano dovute soltanto in caso di decesso;



Sotto il profilo procedurale, il procedimento di fronte all'Arbitro Assicurativo è strutturato come integralmente documentale. L'Arbitro non può assumere prove testimoniali o dichiarazioni orali né disporre l'espletamento di perizie tecniche, in virtù della natura sommaria del procedimento. Ne discende che, sotto il profilo oggettivo, le controversie che richiedano valutazioni tecniche approfondite o accertamenti fattuali articolati risultano, in linea di principio, escluse dalla cognizione dell'Arbitro. Questo limite, pur coerente con la finalità di rapidità ed economicità della procedura, impone l'utilizzo a monte di un ulteriore criterio di selezione delle controversie effettivamente deferibili all'Arbitro accanto a quello dell'oggetto della controversia e del soggetto coinvolto.

In questo contesto, si collocano una serie di questioni interpretative che incidono in modo significativo sull'ambito di operatività del nuovo sistema.

Una questione aperta - emersa anche in sede di consultazione pubblica sul provvedimento dell'IVASS recante disposizioni tecniche e attuative dell'Arbitro - è quella relativa all'estensione della nuova procedura arbitrale alle forme pensionistiche complementari. Sul punto, in alcuni commenti è stato sostenuto che le controversie derivanti da tali prodotti dovrebbero ritenersi estranee alla cognizione dell'Arbitro, valorizzando una pluralità di argomenti di carattere sistematico.

È stato osservato, in primo luogo, che nei fondi pensione chiusi e negoziali il contratto è stipulato tra il fondo pensione e l'impresa di assicurazione, sicché il fondo - in quanto soggetto che svolge attività professionale nel settore previdenziale - non rientrebbe nella nozione di "clientela"⁷ di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), del DM n. 215/2024. Si è argomentato, inoltre, che gli aderenti ai fondi pensione

2) euro 150.000,00 se la controversia riguarda i contratti del ramo I, fermo quanto previsto dal numero 1), e i contratti degli altri rami vita;

b) per le controversie relative a contratti di assicurazione contro i danni ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del codice delle assicurazioni;

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. Su tali controversie l'arbitro assicurativo decide ai sensi dell'articolo 11, comma 5;

2) euro 25.000,00 in tutti gli altri casi.

7 La definizione di "clientela" di cui al DM 215/2024 fa riferimento a "qualsiasi soggetto, diverso da chi svolge in via professionale attività assicurativa o di intermediazione nei settori assicurativo, previdenziale, bancario e finanziario se la controversia attiene a questioni inerenti a detta attività, che ha o ha avuto con un'impresa o un intermediario un

presentano i loro reclami direttamente al fondo pensione, ai sensi della deliberazione COVIP del 4 novembre 2010, che disciplina il registro dei reclami delle forme pensionistiche complementari, la loro trattazione e gli adempimenti informativi verso la COVIP medesima. Analoghe considerazioni sono state svolte con riferimento ai fondi pensione aperti, nei quali la prestazione resa dall'impresa assicurativa è tipicamente riconducibile al ramo vita VI e si sostanzia in un'attività di gestione finanziaria consentita dalla normativa europea, più che in una prestazione assicurativa in senso proprio. Quanto ai Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo (PIP), è stato ribadito che gli aderenti presentano i reclami direttamente alla forma pensionistica complementare, secondo le regole dettate dalla normativa COVIP, il che renderebbe opinabile la riconducibilità di tali fatti specie al circuito dell'Arbitro Assicurativo.

A tal riguardo, se alcune delle argomentazioni avanzate in relazione ai fondi pensione chiusi e aperti appaiono fondate, al fine di escludere le controversie che ne derivano dalla competenza dell'Arbitro Assicurativo, meno condivisibili sono gli argomenti posti alla base di una possibile esclusione delle controversie relative ai cosiddetti PIP dalla competenza dell'Arbitro. Infatti, i Piani Individuali Pensionistici sono contratti che prevedono l'obbligo dell'assicuratore di fornire all'assicurato prestazioni di natura assicurativa/finanziaria rientranti nel Ramo I (contratti di assicurazione sulla vita con prestazioni rivalutabili il cui rendimento è collegato ad una gestione separata) o nel Ramo III (contratti *unit* o *index linked*) o che combinano prestazioni di entrambe le tipologie (prodotti multiramo). La finalità pensionistica complementare dei PIP non fa venir meno la natura assicurativa delle componenti contrattuali ivi previste, ma influenza se mai sul momento in cui l'assicurato ha diritto alle prestazioni e sulle modalità di erogazione delle medesime da parte dell'impresa. Pertanto, qualora la controversia derivi da un PIP e abbia ad oggetto l'accertamento di diritti, obblighi e facoltà inerenti alle prestazioni dell'assicuratore o l'inosservanza delle regole di comportamento in materia di distribuzione assicurativa previste dal CAP e dai relativi regolamenti attuativi in capo agli intermediari, la controversia dovrebbe rientrare in quelle di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale. La definizione di clientela prevista dall'art. 1 del Decreto Ministeriale comprende sicuramente il contraente di un PIP, in quanto parte di un rapporto contrattuale con l'assicuratore e soggetto titolare di un diritto a ricevere prestazioni assicurative.

rapporto contrattuale avente ad oggetto prestazioni o servizi assicurativi o al quale la legge riconosce azione diretta nei confronti dell'impresa, o che ha comunque titolo a ricevere prestazioni assicurative".

Con riferimento alle condizioni di ammissibilità del ricorso all'Arbitro e in particolare all'avvenuta proposizione di un reclamo da parte della clientela, la circostanza che le regole sui reclami relativi ai PIP siano dettate dalla COVIP e non dall'IVASS non dovrebbe essere un elemento rilevante ai fini di determinare la competenza dell'Arbitro Assicurativo, considerando che il reclamo deve essere inviato all'assicuratore o all'intermediario presunto colpevole dell'inosservanza della normativa di settore. Sulla base di tali premesse, si dovrebbero comprendere nella competenza dell'Arbitro le controversie derivanti dalle polizze assicurative individuali con finalità previdenziale, anche perché una loro esclusione comporterebbe non solo una disparità di tutela tra la clientela a sfavore dei contraenti dei PIP, ma anche un vuoto normativo e regolamentare.

L'IVASS per ora si è limitato a non affrontare direttamente il tema e a ricondurre la questione delle forme pensionistiche complementari su un piano eminentemente interpretativo, rimettendo alla prassi decisionale del Collegio decidente e alla sottoscrizione di specifici protocolli d'intesa tra le autorità competenti la progressiva definizione del perimetro applicativo.

In questa prospettiva, non può escludersi che anche talune controversie, pur afferenti a fondi pensione aperti o chiusi, possano - in seguito ad una valutazione da svolgersi caso per caso - rientrare nella competenza dell'Arbitro Assicurativo ove afferiscano direttamente al rapporto tra aderente e impresa di assicurazione e presentino profili riconducibili a prestazioni assicurative in senso stretto.

La scelta dell'IVASS di non cristallizzare a livello regolamentare un'esclusione generalizzata dei prodotti pensionistici conferma, più in generale, l'impostazione del nuovo sistema. Un approccio che da un lato consente una maggiore flessibilità applicativa e dall'altro accentua l'importanza delle prime decisioni dell'Arbitro, chiamate a svolgere un ruolo decisivo nel chiarire i confini effettivi della competenza e nel ridurre le incertezze operative per imprese, intermediari e clienti.

3. La linea di confine rispetto alle competenze dell'Arbitro Bancario Finanziario e dell'Arbitro per le Controversie Finanziarie

Un altro profilo di complessità interpretativa del ruolo del nuovo Arbitro Assicurativo riguarda il coordinamento con gli altri sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie già operativi nei settori bancario e finanziario, in particolare l'ABF e l'ACF.

Il tema assume rilievo non solo teorico, ma eminentemente pratico, alla luce delle innovazioni dei prodotti offerti e dei modelli distributivi utilizzati, che rendono sempre meno netta la distinzione tra servizi assicurativi e servizi bancari o finanziari e soprattutto il susseguirsi di leggi nel tempo che non sempre hanno consentito un'agevole delimitazione dell'ambito di applicazione dei compatti normativi che li regolano.

Le osservazioni pervenute in sede di pubblica consultazione sul recente provvedimento dell'IVASS in materia di Arbitro Assicurativo hanno messo in evidenza il rischio di sovrapposizione di competenze in relazione ai prodotti assicurativi a contenuto finanziario (in particolare polizze unit-linked e multiramo), alle polizze CPI (credit protection insurance) abbinate a mutui o contratti di finanziamento e alle fattispecie distributive che coinvolgono intermediari iscritti in sezioni diverse del Registro degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi (RUI), anche attraverso modelli di collaborazione orizzontale. Si pensi, ad esempio, a dispute che abbiano ad oggetto l'attività distributiva di polizze assicurative a contenuto finanziario posta in essere da intermediari assicurativi iscritti alla sezione D del RUI (ad es. le banche) attraverso la collaborazione con intermediari assicurativi iscritti in diversa sezione (ad es. agenti e broker). In tali ipotesi, sarebbe possibile che la medesima condotta distributiva venga scrutinata, a seconda del punto di vista, da organismi ADR differenti (l'ACF e l'Arbitro Assicurativo per esempio). Ne deriverebbe un rischio di duplicazione procedimentale e di decisioni non pienamente allineate.

Di fronte a tali rilievi, l'IVASS ha adottato una posizione di particolare cautela. Nelle risposte agli operatori, l'Istituto ha chiarito che la delimitazione dei confini di competenza tra l'Arbitro Assicurativo e gli altri organismi ADR del settore bancario-finanziario costituisce una questione interpretativa, che esula dall'ambito delle disposizioni tecniche e attuative adottate ai sensi dell'art. 13 del Decreto Ministeriale. Appare evidente che una regolazione ex ante troppo rigida del riparto di competenze rischierebbe di risultare inadeguata rispetto alla varietà delle fattispecie concrete e all'evoluzione dei prodotti. Per tale ragione, l'Istituto ha ritenuto preferibile rinviare la definizione dei criteri di coordinamento alla prassi applicativa dei collegi e a forme di collaborazione interistituzionale tra le Autorità competenti (IVASS, Banca d'Italia, CONSOB).

In assenza di una delimitazione regolamentare puntuale, assume rilievo centrale il criterio sostanziale della controversia. In particolare, ai fini dell'individuazione dell'organismo ADR competente, assumerà

rilievo la natura del rapporto giuridico dedotto in giudizio e il contenuto concreto della dogianza.

In questa prospettiva, potranno essere attratte nella competenza dell'Arbitro Assicurativo le controversie che, pur coinvolgendo prodotti assicurativi a contenuto finanziario (cd. *insurance-based investment products*, IBIPs), abbiano ad oggetto profili tipicamente assicurativi (ad esempio: liquidazione della prestazione, interpretazione delle condizioni di polizza, correttezza nella gestione del sinistro) o che comunque attengono agli obblighi dell'emittente/impresa di assicurazioni sia in sede pre-contrattuale (es. contenuto del KID o del DIP aggiuntivo) che nell'esecuzione del rapporto contrattuale o, ancora, all'inosservanza delle regole di condotta previste dal CAP e dalla regolamentazione secondaria da parte di intermediari assicurativi tradizionali il cui operato è soggetto alla vigilanza dell'IVASS (agenti, brokers, produttori diretti, collaboratori e intermediari a titolo accessorio). Viceversa, laddove la dogianza riguardi prevalentemente obblighi informativi pre-contrattuali o la valutazione dell'adeguatezza da parte di un intermediario iscritto alla sezione D del RUI soggetto alla vigilanza della CONSOB (ad esempio le banche o le SIM) e, più in generale, il rispetto delle regole di comportamento in fase di distribuzione di prodotti di investimento assicurativi, si dovrà ritenere competente l'ACF, essendo tale competenza il riflesso della vigilanza assegnata alla CONSOB sui predetti intermediari.

Tale approccio, se da un lato consente una maggiore flessibilità applicativa, dall'altro impone agli operatori un'attenta valutazione sia in fase di redazione della documentazione precontrattuale e contrattuale, sia nella gestione dei reclami, orientando correttamente il cliente verso il canale ADR appropriato. Inoltre, la coesistenza di più sistemi ADR potenzialmente competenti solleva il tema del *forum shopping*. In assenza di regole espressamente codificate, il cliente potrebbe essere incentivato a scegliere l'organismo percepito come più favorevole rispetto ad una determinata questione, con possibili effetti distorsivi. Gli esiti della consultazione mostrano come l'IVASS sia consapevole di tale rischio, ma ritenga che esso debba essere governato principalmente attraverso la chiarezza dell'informativa resa alla clientela, la coerenza delle prassi decisionali e il coordinamento tra Autorità.

Con riferimento all'informativa alla clientela sulle procedure di ricorso all'Arbitro Assicurativo (e, in generale, ai sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie), l'IVASS ha recentemente adottato il Provvedimento n. 163 del 25 novembre 2025 recante alcune modifiche e integrazioni ai Regolamenti IVASS n. 40/2018 e 41/2018 in materia di informativa sul distributore e sul prodotto disciplinata dai citati

Regolamenti, prevedendo l'obbligo di integrare il c.d. MUP (Modulo unico precontrattuale) e i Documenti informativi precontrattuali aggiuntivi (DIP aggiuntivi) con le informazioni concernenti le modalità di ricorso all'Arbitro Assicurativo o al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET⁸ cui le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi aderiscono o sono sottoposti. È altresì richiesto l'aggiornamento dei siti internet e dei profili di *social network* delle imprese e degli intermediari. Le imprese avevano tempo fino al 14 gennaio 2026 per adeguare la documentazione e i siti.

La convivenza tra Arbitro Assicurativo, ABF e ACF appare destinata a rappresentare uno dei principali banchi di prova del nuovo sistema. È prevedibile che le prime decisioni dell'Arbitro Assicurativo, soprattutto in materia di prodotti assicurativi a contenuto finanziario e di distribuzione complessa, contribuiscano in modo determinante a delineare i confini operativi tra i diversi organismi.

In questa prospettiva, la scelta dell'IVASS di qualificare il tema come interpretativo e di rinviare a futuri protocolli di collaborazione appare coerente con l'esigenza di preservare la flessibilità del sistema, pur a costo di un'iniziale incertezza applicativa. Sarà tuttavia essenziale che tale fase transitoria sia accompagnata da un dialogo costante tra Autorità e da un attento monitoraggio delle prassi, al fine di evitare sovrapposizioni disfunzionali e garantire una tutela effettiva, semplice e prevedibile per la clientela.

4. Rapporto tra ricorso all'Arbitro Assicurativo e reclamo all'IVASS ex Reg. ISVAP n. 24/2008

Elemento cardine del nuovo sistema è il rapporto tra il ricorso all'Arbitro Assicurativo e la procedura di reclamo disciplinata dal Regolamento ISVAP n. 24/2008. Il previo esperimento del reclamo all'assicuratore e/o al distributore costituisce il presupposto comune a entrambe le procedure. Al fine del ricorso all'Arbitro, da trasmettersi esclusivamente in via telematica attraverso l'apposito portale messo a disposizione sul sito internet dell'Arbitro secondo una procedura guidata, il reclamo deve avere

⁸ Si tratta della rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello spazio economico europeo, istituita sulla base della raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

il medesimo oggetto del successivo ricorso (salvo la possibilità di formulare richiesta di risarcimento del danno, purché tale danno sia rappresentato nel ricorso come conseguenza immediata e diretta del comportamento evidenziato nel reclamo) e deve essere stato oggetto di omesso o insoddisfacente riscontro da parte dell'impresa o dell'intermediario (riscontro che, ai sensi del citato Regolamento ISVAP n. 24/2008, deve essere fornito entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo). Il ricorso deve in ogni caso essere inoltrato all'Arbitro entro il termine di dodici mesi dalla presentazione del reclamo all'impresa o all'intermediario interessato.

È tuttavia fondamentale distinguere la funzione dei due strumenti. Il reclamo all'IVASS assolve principalmente a una funzione pubblicistica, consentendo all'Autorità di esercitare i propri poteri di vigilanza e, se del caso, sanzionatori nei confronti dei soggetti vigilati dalla stessa autorità. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo, invece, è espressione di una tutela individuale, volta a ottenere una decisione sulla presenza del cliente. Pur potendo avere ad oggetto la stessa condotta, dunque, i due strumenti seguono binari paralleli e rispondono a differenti finalità, che – come chiarito anche dall'IVASS in sede di consultazione – possono avere dei riflessi sui rispettivi esiti (ad esempio, il ricorso all'Arbitro Assicurativo potrebbe concludersi con un accordo tra le parti, oppure una condotta illegittima dell'intermediario potrebbe essere non rilevante a fini sanzionatori e tuttavia esporlo a responsabilità nei confronti del singolo cliente).

Nel caso di attivazione contemporanea dei due strumenti di tutela per la medesima controversia, l'IVASS ha chiarito che la trattazione degli aspetti di tutela individuale è riservata all'Arbitro Assicurativo, mentre il reclamo prosegue unicamente per i profili di vigilanza ed eventualmente sanzionatori. Tale impostazione, ispirata a criteri di economicità ed efficienza, comporta tuttavia per le imprese l'esigenza di una gestione coordinata dei flussi informativi e delle risposte, al fine di evitare incoerenze e duplicazioni.

Peraltro, secondo quanto affermato dall'IVASS, non sembrano nella pratica realizzabili situazioni in cui il procedimento sanzionatorio si concluda prima della decisione dell'Arbitro Assicurativo, data la diversa tempistica dei due procedimenti (i.e. il collegio dell'Arbitro, ricevuto il fascicolo del ricorso, decide entro novanta giorni, salvo proroga di ulteriori novanta giorni in caso di controversie particolarmente complesse, mentre nel caso in cui l'IVASS accerti la sussistenza di profili sanzionatori a seguito di

istruttoria condotta in relazione a un reclamo presentato al medesimo Istituto, il relativo procedimento sanzionatorio si conclude entro il termine di due anni dalla data del suo avvio), con la conseguenza che gli stessi possono procedere in parallelo senza particolari rischi di incoerenza.

5. Imprese e intermediari UE operanti in Italia in libera prestazione di servizi e adesione alternativa a sistemi FIN-NET

Il principio generale sancito dalla disciplina dell'Arbitro Assicurativo è quello dell'adesione automatica al nuovo sistema per le imprese e gli intermediari che operano in Italia. Secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale, infatti, le imprese e gli intermediari assicurativi con sede legale o residenza in Italia, le rappresentanze in Italia di imprese con sede legale in uno Stato terzo e le imprese e gli intermediari con sede legale o residenza in uno Stato aderente allo Spazio Economico Europeo (SEE) operanti in Italia in regime di stabilimento o libera prestazione di servizi aderiscono all'Arbitro Assicurativo senza necessità di alcuna comunicazione, per effetto dell'iscrizione all'albo delle imprese o al RUI o ai relativi elenchi annessi al RUI.

Un diverso regime è previsto per le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi con sede in altro Stato dello Spazio Economico Europeo che operano in Italia in regime di libera prestazione di servizi e che risultino già aderenti o sottoposti, nel Paese di origine, a un diverso sistema di risoluzione alternativa delle controversie appartenente alla rete FIN-NET. In tali ipotesi, è riconosciuta a tali soggetti la facoltà di non aderire all'Arbitro Assicurativo, a condizione che venga effettuata una specifica comunicazione all'IVASS, indicando il sistema ADR alternativo cui si aderisce. Le modalità di tale comunicazione sono state definite dall'IVASS nel proprio provvedimento recante le disposizioni tecniche e attuative dell'Arbitro: la comunicazione andava effettuata ad un apposito indirizzo di posta elettronica entro il 30 luglio 2025, specificando il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie FIN-NET cui le imprese e intermediari interessati aderiscono e l'indirizzo del relativo sito internet. Le imprese e gli intermediari che iniziano o che abbiano iniziato a operare in Italia in libera prestazione di servizi successivamente alla data di adozione delle disposizioni tecniche e attuative dell'IVASS e che non intendono aderire all'Arbitro Assicurativo sono tenute a darne comunicazione all'IVASS entro quarantacinque giorni dalla data di avvio della loro operatività con le medesime modalità.

Le conseguenze per il cliente non sono trascurabili: dal momento che l'art. 9 del Decreto Ministeriale non contempla nell'elenco delle cause di inammissibilità⁹ del ricorso l'ipotesi in cui lo stesso sia presentato nei confronti di un'impresa o di un intermediario che abbia deciso di non aderire all'Arbitro Assicurativo, si ritiene che sarà la segreteria tecnica dell'Arbitro – ossia l'unità organizzativa dell'IVASS che svolge l'attività di supporto all'Arbitro medesimo – dopo averne verificato la regolarità, la tempestività e la completezza della documentazione, a comunicare l'improcedibilità del ricorso al ricorrente, sicché quest'ultimo dovrà rivolgersi al sistema ADR estero competente, con potenziali difficoltà in termini di lingua, accessibilità e conoscenza delle procedure.

In questo contesto, assume un ruolo centrale l'informativa precontrattuale e quella resa attraverso i canali digitali. I recenti interventi di modifica dei Regolamenti IVASS nn. 40 e 41 sopra menzionati rafforzano gli obblighi informativi in materia di gestione dei reclami e di sistemi ADR attivabili, nella prospettiva di consentire al cliente una scelta consapevole e informata.

Inoltre, con riguardo alle imprese assicurative operanti in Italia in libera prestazione di servizi è stato

fatto notare, in sede di pubblica consultazione, come nell'Elenco II tenuto dall'IVASS in appendice all'Albo delle imprese, potrebbero essere iscritte anche le sedi secondarie stabilite in uno Stato aderente al SEE di imprese aventi sede legale in altro Stato aderente al SEE. Allo scopo di individuare il sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie appartenente alla rete FIN-NET, alternativo all'Arbitro Assicurativo, al quale le predette imprese aderiscono o sono sottoposte nel Paese di origine, l'IVASS ha chiarito che deve prendersi in considerazione il sistema alternativo presente nello Stato in cui ha sede legale l'impresa che ha istituito la sede secondaria che opera in libera prestazione di servizi in Italia, non lo Stato ove è ubicata la sede secondaria medesima.

6. Prime indicazioni operative per imprese e intermediari

Sul piano operativo, l'avvio dell'Arbitro Assicurativo impone alle imprese di assicurazione e agli intermediari assicurativi una revisione complessiva dei processi di gestione dei reclami e della fase pre-contrattuale. È necessario assicurare un adeguato coordinamento tra la fase di gestione del reclamo e l'eventuale fase arbitrale, anche mediante la designazione – richiesta espressamente dalle disposizioni tecniche e attuative dell'IVASS – di un referente dedicato per le interlocuzioni con l'Arbitro.

Particolare attenzione deve essere prestata ai profili reputazionali connessi all'eventuale inadempimento delle decisioni dell'Arbitro. La pubblicità dell'inosservanza costituisce un potente incentivo alla compliance da parte degli operatori del settore, ma richiede anche un'attenta valutazione delle strategie difensive e delle politiche di gestione del rischio legale.

Da ultimo, merita specifica attenzione la disciplina transitoria prevista dal decreto Ministeriale, che assume rilievo non marginale sotto il profilo operativo. Il regolamento stabilisce infatti che, qualora il reclamo sia stato presentato all'impresa o all'intermediario anteriormente alla data di avvio dell'operatività dell'Arbitro Assicurativo – fissata al 15 gennaio 2026 – il ricorso al medesimo possa essere proposto entro dodici mesi da tale data, e dunque fino al 15 gennaio 2027.

Tale previsione avrebbe l'effetto di ampliare in modo significativo la platea dei potenziali ricorrenti nella fase iniziale di funzionamento del sistema, consentendo di fatto a chiunque abbia presentato un reclamo prima del 15 gennaio 2026 che non sia stato riscontrato dall'impresa o dall'intermediario o il cui esito sia ritenuto insoddisfacente di adire l'Arbitro Assicurativo, fermi restando i requisiti di ammissibilità

⁹ Il Presidente dichiara inammissibile il ricorso nelle ipotesi previste dall'art. 9 del DM n. 215/2024, da ritenersi tassative, ossia quando:

- a) è presentato senza la previa proposizione del reclamo;
- b) è presentato dopo la scadenza dei termini di cui all'articolo 8, comma 2;
- c) ha ad oggetto fatti accaduti o comportamenti posti in essere, oppure di cui il ricorrente sia venuto a conoscenza, prima di tre anni dalla data di proposizione del reclamo;
- d) è presentato con modalità diverse da quelle indicate dall'articolo 8, comma 4, o da un soggetto non legittimato;
- e) è presentato senza documentazione;
- f) ha ad oggetto controversie diverse da quelle indicate dall'articolo 3 o non derivanti dalla conclusione di un contratto di assicurazione;
- g) è privo dell'esatta individuazione del ricorrente, dell'impresa o dell'intermediario;
- h) 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;
- i) è proposto nei confronti di un soggetto che, alla data di presentazione del ricorso, ha perso la qualifica di impresa o di intermediario a seguito di provvedimenti emanati ai sensi del codice delle assicurazioni che ne hanno disposto la revoca o la decadenza dall'autorizzazione all'esercizio o la liquidazione coatta amministrativa o la cancellazione dal registro unico degli intermediari;
- j) ha ad oggetto una controversia che, alla data di presentazione del ricorso, era già pendente davanti all'autorità giudiziaria o all'arbitro assicurativo, o per la quale è pendente altra procedura di risoluzione alternativa della controversia.

sotto il profilo temporale previsti dalla disciplina generale e quindi che il ricorso abbia ad oggetto fatti accaduti o comportamenti posti in essere - ovvero di cui il ricorrente sia venuto a conoscenza - non prima di tre anni dalla data di presentazione del reclamo.

Tuttavia, il sito internet dell'Arbitro Assicurativo riporta nelle indicazioni operative per presentare un ricorso diverse istruzioni - rese pubbliche soltanto attraverso questa modalità e senza alcuna decisione o provvedimento formale da parte dell'IVASS - che introducono una significativa limitazione all'ammissibilità dei ricorsi nel primo anno di operatività dell'Arbitro, escludendo quelli preceduti da reclami presentati all'impresa di assicurazione e/o all'intermediario assicurativo interessati anteriormente al 15 gennaio 2025. Ne deriva che, in base a tale indicazione, risulterebbero ammissibili in via transitoria soltanto i ricorsi fondati su reclami presentati nel periodo compreso tra il 15 gennaio 2025 e il 15 gennaio 2026, fermo restando il termine di dodici mesi per la proposizione del ricorso decorrente dall'avvio dell'operatività dell'Arbitro.

Tale soluzione, pur non emergendo espressamente dal dato testuale del Decreto Ministeriale e delle disposizioni tecniche e attuative dell'IVASS, appare ispirata all'esigenza di contenere l'impatto sulla struttura organizzativa dell'Arbitro nella fase di avvio del sistema ed evitare quindi l'afflusso massivo di ricorsi fondati su reclami risalenti nel tempo.

Sul piano strettamente giuridico, l'interazione tra la disciplina transitoria dettata dal Decreto Ministeriale e l'indicazione operativa fornita sul sito web dell'Arbitro Assicurativo, suscita non poche perplessità sotto il profilo delle fonti del diritto.¹⁰ Ad ogni modo, l'assetto che ne deriva impone agli operatori un'attenta attività di cognizione dei reclami ricevuti nel corso del 2025 e più recenti e potenzialmente rilevanti ai fini arbitrali, nonché un rafforzamento dei presidi organizzativi e delle strutture deputate alla gestione del contenzioso stragiudiziale, al fine di fronteggiare in modo efficiente l'eventuale incremento del carico procedimentale nella fase iniziale del nuovo sistema.

¹⁰ A tal riguardo, si noti che nell'ambito della pubblica consultazione delle Disposizioni Tecniche e Attuative dell'IVASS, quest'ultimo - a fronte delle critiche sollevate da alcuni operatori in merito alla disciplina transitoria prevista dal Decreto Ministeriale - non si era espresso nel merito, affermando che esulava dalle competenze dell'Istituto la modifica dei termini previsti dall'art. 14, comma 1 del Decreto Ministeriale.

7. Considerazioni conclusive e prospettive evolutive

L'Arbitro Assicurativo si configura come un sistema importante, anche dal punto di vista dell'interpretazione delle norme e delle prassi di mercato, destinato a incidere in modo significativo sull'attività degli operatori del mercato assicurativo. La sua effettiva capacità di incidere sul contenzioso e sulle prassi di mercato dipenderà, in larga misura, dalla qualità delle prime pronunce e dalla capacità degli operatori di integrarne il contenuto in modo coerente nei propri modelli organizzativi. Inoltre, le prime decisioni del collegio saranno determinanti per definire il perimetro effettivo della competenza dell'Arbitro, chiarire i dubbi interpretativi e orientare il coordinamento con le autorità di vigilanza dei settori bancario e finanziario e con gli altri sistemi di risoluzione alternativa delle controversie.

In attesa del consolidarsi di una prassi applicativa e dell'adozione di protocolli tra Autorità competenti, l'avvio dell'Arbitro Assicurativo rappresenta comunque un passo importante per la tutela della clientela, chiamato a bilanciare esigenze di rapidità ed economicità della risoluzione delle dispute con la complessità intrinseca dei rapporti assicurativi.



DB non solo
diritto
bancario

A NEW DIGITAL EXPERIENCE

➤ **dirittobancario.it**
