

Tribunale di Brescia
Sentenza n. 2544/2026 del 06-03-2026

REPUBBLICA ITALIANA IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI BRESCIA ### nella persona del Giudice Unico Dott. ### ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. 2123/2025 del ruolo generale degli affari contenziosi civile, promossa con ricorso ex art. 281 decies cpc in data ### da ### - nata in ###, il ###, CF. ###, residente ###, elettivamente domiciliat ###, Via S. ### n. 1/D, presso lo ### dell'Avv. ### (C.F. ###, fax ###, e-mail: ###, PEC: ###), che la rappresenta e difende - R i c o r r e n t e contro ### S.P.A. - C.F. e P.IVA ###-###, rappresentata e difesa dall'Avv. ### (C.F. ###), con studio in ### - Via ### Settembre n.40, quale proc. dom. di ### s.p.a. (giusta procura rilasciatagli, in calce alla comparsa di costituzione, dal legale rappresentante (procuratore "ad negotia") Dott. ### - R e s i s t e n t e
Oggetto: pagamento somma per indennizzo assicurativo

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con ricorso ex art. 281 decies cpc in data 27/### chiamava in giudizio ### S.P.A. per sentirla condannare al pagamento della somma di € 25.133,04, quale indennizzo di tutte le spese sostenute per intervento e cure oltre al maggior danno subito derivato per la necessità di utilizzo di risorse proprie e per il patema d'animo derivato dal rifiuto di erogare la relativa prestazione da parte dell'### Affermava l'attrice di essere beneficiaria di contratto di assicurazione stipulato con ### che vedeva come contraente B.I.T. ### ed assicurati i sigg.ri. ### e ### stipulato in data ### (doc. n. 1) che prevedeva la garanzia cd. ACUORE SUPER; si trattava, precisava l'attrice, di una assicurazione sanitaria che copriva (### A) le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che avessero reso necessario un ricovero in ### di cura, erano altresì garantite (### B) le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie (visite, trattamenti).

In data ### ed in data ###, la sig.ra. ### subiva intervento e trattamenti sanitari e di cura, di natura urgente presso la ### - ### dei ### in ###, con un costo complessivo di € 9.285,04 (fatt. 12961/I, del 22.12.2023, doc. n. 2); veniva sottoposta a radioterapia, oltre a visite di riscontro e verifica, sopportando un costo di € 14.002,00 (fattura di spesa n. 3119/I del 28.03.2024, doc. n. 3).

La Sig.ra ### rivolgeva richiesta di pagamento ad ### che però, tramite il proprio servizio call-center, negava il pagamento. Non potendo postergare gli interventi la ###ra. ### provvedeva autonomamente al pagamento della prima fattura e successivamente interveniva il proprio difensore che inviava diffida ad ### (doc. n. 5).

La Sig.ra ### provvedeva al pagamento anche delle spese relative alla somministrazione di ciclo di radioterapia, il difensore provvedeva quindi ad inviare una seconda diffida (doc. n. 6), priva di riscontro.

La ricorrente introduceva procedimento di mediazione civile ai sensi del D.Lgs. 28/2010, avanti alla ### di ### presso l'Ordine degli Avvocati di ### che si concludeva con esito negativo in conseguenza della mancata partecipazione e dell'assenza di ogni comunicazione da parte della resistente ### (Verbale Negativo di ### (doc. n. 7).

Introduceva pertanto il presente giudizio chiedendo, in principalità, che fosse accertata e dichiarata l'applicabilità al caso di specie delle disposizioni di cui al D.Lgs. 206/2005, nonché fosse accertato e dichiarato il diritto della ricorrente a vedersi indennizzare di tutte le spese sostenute e documentate per la complessiva somma di euro 25.133,04 nonché ogni maggior danno, anche di natura morale e soggettiva, derivato dalla necessità di utilizzo di risorse proprie e dal patema d'animo soggettivo in conseguenza dell'illegittimo rifiuto di erogare la relativa prestazione da parte dell'### di ### ovvero nella miglior quantificazione, minore o maggiore, che il Giudice ritenesse di giustizia ed equità, nonché al ristoro di tutte le spese, tecniche, legali e di procedura sostenute e sostenende dalla ricorrente maggiorate di interessi e rivalutazione monetaria; Si costituiva la ### di assicurazione affermando che il contratto in esame escludeva dalla garanzia "le conseguenze dirette di infortuni nonché le

malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto" (doc. n. 1 pag.4), che a questo proposito l'obbligo di informazione, con riferimento alle circostanze del rischio, l'art.12 delle condizioni generali, pone a carico del contraente o dell'assicurato (pag.10), e che, dall'esame peritale dell'allegata documentazione clinica, (docc. 2 - 3) risultava che "la recidiva linfonodale di neoplasia mammaria citata è da ritenere conseguenza diretta di neoplasia mammaria esordita e trattata nel 2011. Risulta infatti che nel 2011 all'assicurata fu diagnosticato un carcinoma mammario destro che veniva asportato con quadrantectomia prima e, per residuo tumorale ancora presente, a mastectomia radicale poi, seguita da chemio e radioterapia".

Chiedeva, pertanto il rigetto della domanda, rilevando che, comunque, in ordine al "quantum" della pretesa avversaria, questo fosse ridotto, poiché: a] che le spese di soggiorno a ### esposte al punto 7 del ricorso, non sono rimborsabili a termini di polizza, in quanto la copertura ivi prevista riguarda esclusivamente l'ipotesi del ricovero in struttura ospedaliera; b] per i tre giorni di degenza collegati all'intervento chirurgico del 18/12/23, l'importo teoricamente indennizzabile ammonta a complessivi € 1.200/00 (in ragione di euro 400 pro die, come previsto dall'art.22 lettera D delle c.g.a.), contro i 1.500 richiesti da controparte; c] a fronte dell'importo di €.14.002/00, indicato al paragrafo 5) del ricorso quale spesa per i trattamenti radioterapici, il limite massimo di indennizzo previsto dall'art.34 delle c.g.a. in relazione a tale tipo di terapia risulta di €.5.000/00.

Le parti precisavano le conclusioni come da fogli depositati telematicamente.

La causa veniva indi trattenuta in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda è fondata, l'importo richiesto a titolo di rimborso spese mediche e cura va tuttavia ridotto.

La clausola contrattuale richiamata da ### inserita alla ### - ### 2 - del contratto, prevede che: l'assicurazione non è operante per le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e

gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto".

Il contratto in esame, con riferimento alle malattie tumorali come quella patita dalla ricorrente, alla ### "### Esclusi", indica come persone non assicurabili i soggetti che al momento della stipula del contratto abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie: "### insorti nei 5 ### anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza".

Ove il termine indicato di anni 5 ### rappresenta il periodo di rischio scientificamente determinato. La clausola sopra richiamata e l'esclusione dalla garanzia vanno lette insieme e confrontate. ###. 1363 Cod. Civ., prevede che: "Le clausole del contratto si interpretano le une per mezzo delle altre, attribuendo a ciascuna il senso che risulta dal complesso dell'atto".

La giurisprudenza citata da parte attrice sul punto risulta appropriata: "Le clausole di polizza, che delimitino il rischio assicurato, ove inserite in condizioni generali su modulo predisposto dall'assicuratore, sono soggette al criterio ermeneutico posto dall'articolo 1370 c.c., e, pertanto, nel dubbio, devono essere intese in senso sfavorevole all'assicuratore medesimo" (Cass., 3, n. 668 del 18/1/2016); "Nell'interpretazione del contratto di assicurazione, che va redatto in modo chiaro e comprensibile, il giudice non può attribuire a clausole polisenso uno specifico significato, pur teoricamente non incompatibile con la loro lettera, senza prima ricorrere all'ausilio di tutti gli altri criteri di ermeneutica previsti dagli articoli 1362 c.c. e ss., e, in particolare, a quello dell'interpretazione contro il predisponente, di cui all'articolo 1370 c.c." (Corte di Cassazione Civile, sent. n. 18324/2019).

Nell'interpretazione delle precedenti clausole ed esclusioni va tenuto conto anche che il canone interpretativo di cui all'art. 1370 c. c. stabilisce che le clausole ambigue inserite in condizioni generali, moduli o formulari, predisposti da uno solo dei contraenti, si interpretano a favore dell'altro (contraente più debole). Chiaramente questo principio mira a tutelare chi aderisce al contratto. ### citato si applica quando le clausole sono state predisposte unilateralmente da una parte (es. banche, assicurazioni, contratti standard) e il significato non è chiaro. ### negativa del contratto effettuata

da parte resistente circa la non indennizzabilità di quanto richiesto dalla ricorrente in ragione della precedente malattia subita nell'anno 2011 si pone in contrasto anche con norme imperative di legge, con riferimento alle norme poste a tutela del consumatore, contenute nelle disposizioni di cui al D.Lgs. 206/2005, come rilevato dalla ricorrente e non oggetto di contestazione da parte della resistente. ###. 2 co.1 della Legge n. 193/2023 sul cd. "Obligo Oncologico", prevede che: "Ai fini della stipulazione o del rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi nonché nell'ambito della stipulazione di ogni altro tipo di contratto, anche esclusivamente tra privati, quando, al momento della stipulazione del contratto o successivamente, le informazioni sono suscettibili di influenzarne condizioni e termini, non è ammessa la richiesta di informazioni relative allo stato di salute della persona fisica contraente concernenti patologie oncologiche da cui la stessa sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta".

A questo proposito si intende che la somministrazione di terapia ormonale adiuvante (come il tamoxifene o gli inibitori dell'aromatasi) non è considerata trattamento attivo ai fini del calcolo dei termini per il diritto all'obbligo oncologico stabilito dalla ### n. 193/2023 secondo le interpretazioni correnti e le linee guida applicative della norma.

La fine del trattamento attivo si riferisce alla conclusione delle terapie "principali" volte alla rimozione o distruzione delle cellule tumorali, come l'intervento chirurgico, la chemioterapia o la radioterapia.

La terapia ormonale viene classificata come terapia di mantenimento o profilassi a lungo termine per prevenire le recidive. Pertanto, i 10 anni (o 5 anni se la patologia è insorta prima dei 21 anni) iniziano a decorrere dalla fine dei trattamenti acuti, anche se la terapia ormonale è ancora in corso.

Ciò significa che gli ex pazienti non sono tenuti a fornire informazioni sulla loro pregressa malattia oncologica se la guarigione è avvenuta nei tempi sopra indicati. Le aziende non possono utilizzare tali informazioni per imporre contratti più onerosi o discriminatori.

Lo scopo della norma in esame, è bene sottolinearlo, è di evitare la discriminazione del contraente debole; infatti, la legge del 2023 ha vietato ad assicurazioni, banche, datori di lavoro e autorità pubbliche di discriminare le persone già affette da tumore e guarite (cioè con nessuna recidiva da almeno 10 o 5 anni, a seconda della patologia, dall'ultimo trattamento).

Il cosiddetto "oblio oncologico" è assoluto e le compagnie di assicurazione non possono più acquisire informazioni dai clienti né da qualunque altra fonte riguardo al rischio di patologia oncologica del contraente o dell'assicurato e dello stato di salute dei suoi familiari. È quanto prevede il provvedimento n. 169 del 15/01/2026 dell'### (### di vigilanza sulle assicurazioni), che attua l'articolo 2, comma 7, della legge 193/2023, relativa alla tutela della discriminazione delle persone guarite da patologie oncologiche.

Il termine dato dalla legge 193/2023, detto "oblio oncologico", quindi, è stato introdotto a tutela del contraente debole, ma non a suo sfavore e non può essere letto al contrario come lasso di tempo in cui la malattia non solo non doveva essersi ripresentata, curata attivamente o con terapia ormonale di prevenzione. ###, alla stipula del contratto, aveva terminato anche la terapia preventiva ormonale da alcuni anni e poteva ritenersi guarita.

La Sig.ra ### non aveva alcun obbligo giuridico di dichiarare la precedente vicenda del 2011 all'atto della stipula del contratto in oggetto nell'anno 2022.

Non risulta in atti che la ricorrente abbia reso dichiarazioni inesatte per dolo, colpa grave o negligenza.

La domanda proposta dall'attrice va quindi accolta, l'importo richiesto dalla sessa va tuttavia ridotto, ed ### andrà condannata al pagamento delle seguenti somme: - la somma di € 9.282,04, relativa all'intervento, sala operatoria, degenza, analisi ecc, prestazioni come elencate nella fattura della ### n. 12961/ I del 22/12/2023, viene ridotta di € 120,01, poiché la polizza di assicurazione prevede il rimborso della somma di € 400,00 per ogni giorno di degenza e nella fattura sopra citata è indicata la somma di € 909,00 oltre IVA al 10% per due giorni degenza, la somma dovuta corrisponde invece ad € 800, 00 oltre IVA al 10% quindi va ridotta di € 120,00 e quindi € 9.282,04 - 120,01 = €

9.162,03; - al pagamento della somma di € 5.000,00 a titolo di spesa per radioterapia, come assicurato nella polizza in atti, anziché quanto chiesto dall'attrice per € 14.002,00 come indicato nella fattura n. 3119/I del 28/03/2024, non vanno corrisposte le spese per il soggiorno a ### presso l'albergo ### per i giorni di somministrazione di radioterapia, in quanto non previsti nella polizza.

All'attrice andrà inoltre corrisposta una somma a titolo di ristoro come maggior danno, anche di natura morale e soggettiva, derivato dalla necessità di utilizzo di risorse proprie e dal patema d'animo soggettivo in conseguenza del rifiuto di erogare la relativa prestazione da parte dell'### di ### che si liquida, in via equitativa, in € 5.000,00.

Non viene riconosciuta rivalutazione monetaria in quanto non dimostrato il conseguente pregiudizio. Va tenuto conto che l'attrice ha promosso il procedimento di mediazione civile ai sensi del D.Lgs. 28/2010, avanti alla ### di ### presso l'Ordine degli Avvocati di ### che si concludeva con esito negativo in conseguenza della mancata partecipazione e dell'assenza di ogni comunicazione da parte della resistente ### che viene pertanto condannata al pagamento di una sanzione pecuniaria pari al doppio del contributo unificato e al rimborso delle spese sostenute dalla ricorrente per tale procedimento.

Le spese di lite seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di ### ogni diversa istanza od eccezione disattesa, definitivamente pronunciando, - accoglie la domanda di parte attrice ### - condanna la convenuta ### S.P.A. in persona del suo procuratore speciale pro tempore, al pagamento della somma di € 14.162,03, oltre interessi legali dalla domanda al saldo, in favore dell'attrice ### - condanna la convenuta ### S.P.A. in persona del suo procuratore speciale pro tempore, al pagamento in favore dell'attrice ### della somma equitativamente determinata di € 5.000,00, a titolo di maggior danno; - condanna la convenuta ### S.P.A. alle spese di lite in favore dell'attrice ### che liquida € 4.700,00 oltre a spese esenti, oltre al 15% per spese generali, IVA e ### oltre alle spese sostenute dalla ricorrente per il procedimento di mediazione; - condanna la convenuta ### S.P.A. in persona del suo procuratore

speciale pro tempore, al pagamento di una sanzione pecuniaria pari al doppio del contributo unificato; - Sentenza esecutiva.

Così deciso in ### lì, 04 Marzo 2026. Il Giudice Dott. ###

██
██