



LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Oggetto

MARCO ROSSETTI	Presidente
PASQUALINA A. P. CONDELLO	Consigliere Rel.
RAFFAELE ROSSI	Consigliere
ALBERTO CRIVELLI	Consigliere
SALVATORE SAIJA	Consigliere

Assicurazione –
rischio assicurato –
nuova malattia

Ud. 28/11/2025 CC
Cron.
R.G.N. 12651/2023

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 12651/2023 R.G. proposto da:

██████████ rappresentata e difesa, giusta procura in calce al
ricorso, dall'avv. ██████████, con domicilio digitale come per legge
- *ricorrente* -
contro

██████████ S.P.A., in persona dei legali rappresentanti, rappresentata e
difesa, giusta procura in calce al controricorso, dall'avv. ██████████
██████████ con domicilio digitale come per legge
- *controricorrente* -

avverso la sentenza della Corte d'appello di Venezia n. 2511/2022,
pubblicata in data 25 novembre 2022;
udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 28



novembre 2025 dal Consigliere dott.ssa Pasqualina A. P. Condello.

Fatti di causa

1. [REDACTED] _[REDACTED] _ricorre, sulla base di cinque motivi, per la cassazione della sentenza della Corte d'appello di Venezia n. 2511/2022, pubblicata il 25 novembre 2022, che, confermando la sentenza di primo grado, ha rigettato la domanda di pagamento dell'indennizzo avanzata nei confronti di [REDACTED] s.p.a.

[REDACTED] s.p.a. resiste mediante controricorso.

1.1. Espone la ricorrente, in punto di fatto, che, essendo titolare di una polizza malattia denominata "08 - Garanzia Sanitaria - Invalidità permanente da malattia", stipulata con [REDACTED] s.p.a., nell'anno 2011 aveva ottenuto un indennizzo pari ad euro 30.000,00, essendo stata colpita da malattia tumorale al seno.

Nel 2015 aveva scoperto di essere affetta nuovamente da malattia tumorale al seno destro, tanto che era stata sottoposta ad intervento di mastectomia per neoplasia. A seguito di denuncia di sinistro inoltrata alla compagnia assicuratrice, con richiesta di indennizzo pari ad euro 140.000,00 corrispondente al 70% di invalidità permanente riconosciuta dal medico legale, non avendo ricevuto alcun riscontro, aveva convenuto in giudizio, dinanzi al Tribunale di Vicenza, la società di assicurazione, la quale, nel chiedere il rigetto della domanda, aveva eccepito che la malattia denunciata dall'assicurata nel 2015 era collegata a quella manifestatasi nel 2011, per cui doveva ritenersi già indennizzata.

Disposta la c.t.u., il Tribunale adito rigettava la domanda, rilevando che l'accertamento tecnico svolto aveva evidenziato che *"dall'esame della documentazione clinica, dei rilievi anamnestici, dei dati di letteratura e sotto il profilo probabilistico (cd. "criterio del più*



probabile che non") causale, è più plausibile che la malattia diagnosticata nel 2015 sia una recidiva della neoplasia che si era manifestata nel 2011".

1.2. La Corte d'appello di Venezia ha rigettato il gravame proposto dalla soccombente.

In sintesi, ha osservato che la clausola n. 7 delle condizioni generali della polizza, ed in particolare il terzo comma, che si riferiva proprio alla specifica ipotesi di concorrenza di più malattie o alla doppia valutazione della stessa malattia, escludeva radicalmente la possibilità di reiterare la valutazione di una patologia che fosse già stata oggetto di un precedente accertamento, con ciò negando che la medesima malattia potesse comportare l'insorgere di un doppio obbligo indennitario a carico della compagnia assicuratrice. Disattendendo, inoltre, le contestazioni mosse dall'appellante alle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, la Corte territoriale ha respinto la richiesta di rinnovazione della c.t.u., evidenziando che l'accertamento tecnico svolto teneva conto anche delle osservazioni dei consulenti tecnici di parte; ha, inoltre, ritenuto del tutto legittimo l'impiego del criterio del "più probabile che non " al fine di verificare se l'evento morboso del 2015 dovesse o meno considerarsi "nuovo" rispetto alla patologia curata nel 2011.

Accertato il carattere recidivante del tumore manifestatosi nel 2015, i giudici d'appello hanno ritenuto applicabile il comma 3 della clausola n. 7 delle condizioni generali di polizza, concludendo che la seconda malattia denunciata non poteva formare oggetto di una ulteriore valutazione a fini assicurativi, con conseguente infondatezza della domanda avanzata dalla assicurata.

2. In data 16 maggio 2024 è stata formulata proposta di definizione accelerata ex art. 380-*bis* cod. proc. civ., con la quale è stata prospettata la inammissibilità del ricorso, ed in data 19 giugno



2024 la parte ricorrente ha chiesto la decisione del ricorso.

3. Il ricorso è stato avviato alla trattazione in camera di consiglio ai sensi dell'art. 380-*bis*.1. cod. proc. civ., in prossimità della quale entrambe le parti hanno depositato memorie illustrative.

Ragioni della decisione

1. Con il primo motivo la ricorrente denuncia, in relazione all'art. 360, primo comma, n. 3, cod. proc. civ., <<Violazione e falsa applicazione di norme di diritto: violazione dell'art. 1362 cod. civ. e art. 2697 cod. civ., per aver statuito la corretta esclusione dell'indennizzo richiesto nella sentenza di prime cure>>.

Sostiene che la Corte d'appello avrebbe mal interpretato il testo della clausola n. 7 della polizza malattia, che non escludeva tra le malattie assicurabili "la recidiva" di una patologia tumorale, come previsto ai commi 1 e 4 della stessa clausola.

Deduce pure che █████ s.p.a., non assolvendo all'onere probatorio sulla stessa gravante, non avrebbe fornito prova che la patologia tumorale del 2015 non fosse "singola" malattia, essendosi limitata ad asserire come la malattia denunciata nel 2015 fosse la stessa di quella manifestatasi nel 2011, senza supportare tale affermazione con idonea documentazione medica.

1.1. Il motivo è inammissibile sotto tutti i profili denunciati.

1.2. Varrà premettere che va data continuità al consolidato orientamento di questa Corte in punto di censura dell'ermeneutica contrattuale (tra le molte, Cass., 08/06/2017, n. 14268; Cass., n. 22318/2023), a mente del quale l'interpretazione delle clausole contrattuali rientra tra i compiti esclusivi dei giudici di merito ed è insindacabile in cassazione se rispettosa dei canoni legali di ermeneutica ed assistita da congrua motivazione, potendo il sindacato di legittimità avere ad oggetto non già la ricostruzione della



volontà delle parti, bensì solo l'individuazione dei criteri ermeneutici del processo logico del quale il giudice di merito si sia avvalso per assolvere la funzione a lui riservata, al fine di verificare se sia incorso in vizi del ragionamento o in un errore di diritto (cfr. Cass., sez. 3, 29/07/2016, n. 15763; Cass., sez. 3, 14/02/2012, n. 2109; Cass., sez. 3, 01/04/2011, n. 7557; Cass., sez. 2, 22/08/2019, n. 21576; Cass., sez. 6 – 1, 07/08/2018, n. 20634).

Pertanto, al fine di far valere una violazione sotto i due richiamati profili, il ricorrente deve non solo fare esplicito riferimento alle regole legali di interpretazione mediante specifica indicazione delle norme asseritamente violate ed ai principi in esse contenuti, ma è tenuto, altresì, a precisare in quale modo e con quali considerazioni il giudice del merito si sia discostato dai canoni legali assunti come violati o se lo stesso li abbia applicati sulla base di argomentazioni illogiche od insufficienti, non essendo consentito il riesame del merito in sede di legittimità (Cass., sez. L, 09/10/2012, n. 17168; Cass., sez. 3, 11/03/2014, n. 5595; Cass., sez. 6 – 3, 27/02/2015, n. 3980; Cass., sez. 3, 19/07/2016, n. 14715; Cass., sez. 3, 08/01/2025, n. 353).

Di conseguenza, per sottrarsi al sindacato di legittimità, non è necessario che quella data dal giudice sia l'unica interpretazione possibile, o la migliore in astratto, sicché, quando di una clausola siano possibili due o più interpretazioni, non è consentito alla parte, che aveva proposto l'interpretazione disattesa dal giudice, dolersi in sede di legittimità del fatto che ne sia stata privilegiata un'altra (Cass., sez. 1, 22/02/2007, n. 4178; Cass., sez. 2, 03/09/2010, n. 19044; Cass., sez. 3, 10/05/2018, n. 11254; Cass., sez. L, 03/07/2024, n. 18214).

Ebbene, la censura in esame, nella parte in cui si denuncia la (presunta) violazione dell'art. 1362 cod. civ., non si confronta con il percorso argomentativo che sorregge la sentenza impugnata e,



soprattutto, si limita a prospettare l'incongruità della soluzione ermeneutica fatta propria dalla Corte d'appello, omettendo di indicare per quale motivo quella prescelta dai giudici d'appello si pone in contrasto con la disposizione evocata in rubrica di cui si lamenta la violazione e le ragioni dell'insanabile contraddittorietà del ragionamento.

Il giudice d'appello, difatti, facendo propria la ricostruzione ermeneutica resa dal Tribunale, ha posto in rilievo, da un lato, che il primo comma dell'art. 7 delle condizioni generali di polizza ricollega l'obbligo indennitario all'insorgenza della singola malattia denunciata, ossia "ad una malattia la cui genesi sia del tutto autonoma ed indipendente"; dall'altro, che il comma 1 deve essere posto in relazione con il terzo comma della stessa clausola, che, riferendosi alla specifica ipotesi di concorrenza di più malattie o alla doppia valutazione della stessa malattia, esclude la possibilità di reiterare la valutazione di una patologia che sia già stata oggetto di un precedente accertamento, così negando che la medesima malattia possa determinare un doppio obbligo indennitario a carico della compagnia assicuratrice.

L'odierna ricorrente, nel muovere critiche a tale soluzione interpretativa, contrappone ad essa altra e diversa interpretazione, trascurando, tuttavia, di considerare che la Corte d'appello non ha negato che la patologia tumorale rientri tra quelle coperte dalla garanzia assicurativa, ma, attenendosi al contenuto letterale della clausola n. 7, ha reputato che le parti con tale pattuizione abbiano inteso escludere che, una volta liquidato un indennizzo per una malattia, l'eventuale aggravamento della stessa patologia che si dovesse manifestare successivamente possa giustificare la domanda di un ulteriore indennizzo oltre a quello già liquidato.

L'interpretazione adottata dal giudice d'appello, del tutto



plausibile e non fondata su considerazioni illogiche o insufficienti, non risulta, dunque, idoneamente censurata dall'odierna ricorrente, che si è affidata alla mera contrapposizione di un risultato diverso sulla base di dati asseritamente più significativi o di regole di giustificazione prospettate come più congrue (in termini: Cass., n. 18375 del 2006).

1.3. Il motivo incorre nella sanzione dell'inammissibilità anche nella parte in cui si denuncia la violazione dell'art. 2697 cod. civ. Questa Corte ha reiteratamente ribadito che la violazione del precetto di cui all'art. 2697 cod. civ. si configura se il giudice del merito abbia applicato la regola di giudizio fondata sull'onere della prova in modo erroneo, cioè attribuendo l'*onus probandi* a una parte diversa da quella che ne è onerata secondo le regole di scomposizione della fattispecie basate sulla differenza fra fatti costitutivi ed eccezioni, non anche quando abbia valutato le prove proposte dalle parti attribuendo maggior forza di convincimento ad alcune piuttosto che ad altre (Cass., 05/09/2006, n. 19064; Cass., 17/06/2013, n. 15107; Cass., 21/02/2018, n. 4241; Cass., sez. 3, 29/05/2018, n. 13395).

Nel caso di specie, premesso che l'onere di provare i fatti costitutivi dell'obbligo di indennizzo spettava alla odierna ricorrente, il giudice del merito non ha operato un'indebita inversione di tale onere, ma ha piuttosto ritenuto che lo stesso non fosse stato debitamente assolto, dalla odierna parte ricorrente, all'esito della valutazione delle prove offerte e delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, dalla quale era emerso che la malattia diagnosticata nel 2015 fosse una "recidiva della neoplasia che si era manifestata nel 2011" e non una nuova e singola malattia.

2. Con il secondo motivo, deducendo, in relazione all'art. 360, primo comma, n. 4, cod. proc. civ., violazione degli artt. 132, secondo comma, n. 4, cod. proc. civ. e 156 cod. proc. civ., la



ricorrente lamenta che la Corte territoriale avrebbe reso una motivazione carente nella parte in cui aderisce acriticamente alle conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio senza fornire congrue argomentazioni sulle ragioni che l'hanno indotta a non tenere conto delle valutazioni espresse nelle perizie di parte e senza svolgere una adeguata valutazione della cartella clinica relativa alla patologia manifestatasi nel 2015.

2.1. La censura è infondata.

2.2. Occorre ribadire, come precisato dalle Sezioni Unite (Cass., sez. U, n. 16599 e n. 22232 del 2016; Cass., sez. U, 07/04/2014, n. 8053 e n. 8054), che il vizio di motivazione meramente apparente ricorre allorquando il giudice della sentenza impugnata, in violazione di un preciso obbligo di legge, costituzionalmente imposto, omette di esporre concisamente i motivi in fatto e diritto della decisione, di specificare ed illustrare le ragioni e l'iter logico seguito per pervenire alla decisione assunta, e cioè di chiarire sulla base di quali argomentazioni è pervenuto alla propria determinazione, in tal modo consentendo anche di verificare se abbia effettivamente giudicato *iuxta alligata et probata*. La motivazione è solo apparente (e, pertanto, la sentenza è nulla perché affetta da *error in procedendo*) quando, benché graficamente esistente, non renda, tuttavia, percepibile il fondamento della decisione, perché recante argomentazioni obiettivamente inidonee a far conoscere il ragionamento seguito dal giudice per la formazione del proprio convincimento.

2.3. Il vizio radicale individuato dai suddetti arresti non è riscontrabile nel caso di specie, nel quale la Corte d'appello ha adeguatamente esplicitato il percorso argomentativo che l'ha condotta a ritenere la c.t.u. completa ed adeguatamente argomentata. Sul punto, ha, in particolare, spiegato che il consulente



tecnico d'ufficio aveva preso in considerazione le osservazioni espresse dai consulenti tecnici di parte attrice, peraltro del tutto generiche, soffermandosi "sul tema della differenza fra il fenomeno del carcinoma duttale in situ e quello del carcinoma duttale infiltrante, per poi affermare che il carcinoma operato nel 2015 si dovrebbe ritenere una evoluzione dell'isotipo della neoplasia operata nel 2011 e non un carcinoma *ex novo*, giustificando tale asserzione in base ai dati di letteratura ivi riportati". Con riguardo, poi, alle osservazioni dell'altro consulente di parte (dott. [REDACTED]), ha ulteriormente precisato che quest'ultimo si era limitato a parlare di "maggiore aggressività della malattia", caratteristica che, a suo giudizio, consentiva di qualificare la patologia in questione come nuovo evento ai fini assicurativi, senza però formulare una compiuta critica alle motivazioni espresse dal consulente tecnico d'ufficio.

La motivazione della sentenza impugnata si pone dunque sicuramente al di sopra del cd. "minimo costituzionale" e non rientra affatto in una di quelle sole gravi anomalie argomentative individuate dalle Sezioni Unite (cfr. Cass., n. 8053 e n. 8054/2014, cit.).

3. Con il terzo motivo è dedotto, ai sensi dell'art. 360, primo comma, n. 5, cod. proc. civ., «omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti: l'emersione documentale della singolarità e diversità ontologica delle patologie subite dalla signora [REDACTED] nel 2011 e nel 2015 tale da giustificare la legittimità della domanda giudiziale in esame».

Secondo la ricorrente la Corte d'appello non avrebbe esaminato i dati clinici rilevanti emergenti dal parere espresso dal consulente tecnico di parte, il quale aveva ricoperto anche il ruolo di ausiliario del c.t.u., né i documenti nn. 4 e 6 citati dallo stesso consulente di parte nel proprio elaborato che confermavano la diversità delle malattie manifestatesi nel 2011 e nel 2015 e, dunque, il suo diritto ad essere



indennizzata. Evidenza, al riguardo che, mentre il carcinoma duttale *in situ* (quello del 2011), per definizione scientifica si sviluppa all'interno del dotto e non ha potenzialità di metastatizzazione, per cui una volta eliminato, la malattia è risolta, viceversa il carcinoma infiltrante (quello del 2015) è una malattia più aggressiva che oltrepassa la membrana basale e può diffondersi per via linfatica e/o ematogena.

3.1. Anche il terzo motivo è inammissibile.

3.2. Il vizio denunciato non si misura con la preclusione processuale di cui all'art. 348-ter, ultimo comma, cod. proc. civ., operante in presenza di cd. "doppia conforme", né la ricorrente ha specificato in ricorso le ragioni di fatto poste rispettivamente a fondamento della decisione di primo e di secondo grado, dimostrando che esse sono tra loro diverse (Cass., sez. 1, 22/12/2016, n. 26774; Cass., sez. L, 06/08/2019, n. 20994; Cass., sez. 3, 28/02/2023, n. 5947; diversità che comunque questa Corte non riscontra).

4. Con il quarto motivo, censurando la decisione gravata per <<violazione e falsa applicazione di norma di diritto: violazione dell'art. 2697 cod. civ. nell'applicazione del criterio probabilistico>>, la ricorrente, rimarcando che l'esame della documentazione medica prodotta dimostrava che la patologia manifestatasi nel 2015 aveva natura "singola" ed autonoma e non aveva alcun collegamento con la patologia tumorale precedente, lamenta che la Corte d'appello non avrebbe dovuto avallare il ricorso ad argomentazioni probabilistiche come quelle prospettate dal consulente tecnico d'ufficio.

4.1. La censura non sfugge alla declaratoria d'inammissibilità, in quanto, sotto l'apparente deduzione di un errato riparto dell'onere probatorio, tende surrettiziamente a sollecitare una rivisitazione delle questioni di merito, adducendo l'erroneità dell'accertamento compiuto dal giudice di merito e della valutazione del corredo probatorio, che è



allo stesso riservata.

4.2. Il ricorrente per cassazione non può, infatti, rimettere in discussione, contrapponendone uno difforme, l'apprezzamento in fatto dei giudici del merito, tratto dall'analisi degli elementi di valutazione disponibili ed in sé coerente, atteso che l'apprezzamento dei fatti e delle prove è sottratto al sindacato di legittimità, in quanto, nell'ambito di quest'ultimo, non è conferito il potere di riesaminare e valutare il merito della causa, ma solo quello di controllare, sotto il profilo logico formale e della correttezza giuridica, l'esame e la valutazione del giudice di merito, a cui resta riservato di individuare le fonti del proprio convincimento e, all'uopo, di valutare le prove, controllarne attendibilità e concludenza e scegliere, tra esse, quelle ritenute idonee a dimostrare i fatti in discussione (tra le molte, Cass., sez. 5, 22/11/2023, n. 32505).

5. Con il quinto motivo, deducendo, in relazione all'art. 360, primo comma, n. 5, cod. proc. civ., «omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti: la valutazione letterale della clausola numero 7 delle condizioni generali di contratto», la ricorrente sostiene che il ragionamento su cui poggia la decisione impugnata sarebbe contraddittorio.

Evidenzia, al riguardo, che anche se si volesse ritenere che le patologie tumorali siano connesse ontologicamente, il ripresentarsi di una patologia tumorale configura una patologia più grave, che non può non comportare il riconoscimento della corresponsione dell'indennizzo previsto al quarto comma della clausola n. 7 CGA, avallata dall'art. 10 delle CGA. Precisa che tale ultima clausola, trascurata dai giudici di merito, proprio con riferimento alle malattie neoplasiche prevede: *“i postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscono, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione: -gli esiti obiettivi a carico dell'organo o*



apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche; - le prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche A) se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi appartati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nella presente tabella..."

Secondo la ricorrente, anche riconoscendo che la patologia riscontrata nel 2015 integra una "ripresentazione" - "evoluzione" della patologia del 2011, la compagnia assicuratrice avrebbe dovuto quanto meno provvedere, in conformità alle previsioni di polizza, alla corresponsione della differenza tra l'indennizzo pagato nel 2011 e quello spettante per il sinistro del 2015.

5.1. Il motivo è inammissibile.

5.2. La censura, come già precisato con riguardo al terzo motivo, incorre nella preclusione di cui all'art. 348-ter, ultimo comma, cod. proc. civ.

Avvalendosi dello schermo formale della censura di omesso esame di fatti decisivi, parte ricorrente nella sostanza domanda un diverso accertamento dei fatti posti a fondamento della domanda, non evidenziando alcun vizio logico del lineare percorso argomentativo della sentenza impugnata, che, come si è già precisato, ha confermato la reiezione della domanda in forza del decisivo ed essenziale rilievo che la malattia che aveva colpito l'odierna ricorrente nel 2015 non poteva essere considerata come "nuovo" evento, integrante autonoma malattia, ma doveva invece ritenersi riacutizzazione della patologia tumorale già manifestatasi nel



2011; e su tali basi ha, quindi, escluso che essa potesse essere indennizzata alla luce delle condizioni contrattuali.

6. Il ricorso deve, per le ragioni esposte, essere rigettato.

Le spese del presente giudizio di cassazione seguono la soccombenza e sono liquidate nella misura indicata in dispositivo.

La definizione del giudizio in conformità alla proposta ex art. 380-*bis* cod. proc. civ. comporta l'applicazione del terzo e del quarto comma dell'art. 96 cod. proc. civ., come testualmente previsto dal citato art. 380-*bis*, ultimo comma, cod. proc. civ. (Cass., sez. U, 27/12/2023, n. 36069).

7. Infine, per la natura della *causa petendi*, va di ufficio disposta l'omissione, in caso di diffusione del presente provvedimento, delle generalità e degli altri dati identificativi della ricorrente, ai sensi dell'art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

P. Q. M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al rimborso, in favore della controricorrente, delle spese del giudizio di cassazione, che si liquidano in euro 3.800,00 per compensi, oltre agli esborsi, pari ad euro 200,00, alle spese generali nella misura forfettaria del 15 per cento ed agli accessori di legge, nonché al pagamento, in favore della ricorrente, ai sensi del terzo comma dell'art. 96 cod. proc. civ., dell'ulteriore somma di euro 1.000,00 ed al pagamento, in favore della Cassa delle ammende, ai sensi del quarto comma dell'art. 96 cod. proc. civ., dell'importo di euro 1.500,00.

Dispone che, ai sensi dell'art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, 196 del 2003, in caso di diffusione del presente provvedimento siano omesse generalità ed altri dati identificativi della ricorrente.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1-*quater*, del d.P.R. n. 115 del 2002, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il



versamento, da parte della ricorrente, al competente ufficio del merito dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto per il ricorso, a norma del comma 1-*bis* dello stesso articolo 13, se dovuto.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione civile, il 28 novembre 2025.

IL PRESIDENTE

Marco Rossetti

