



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE LAVORO

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. LUCIA ESPOSITO	- Presidente -
Dott. FABRIZIA GARRI	- Consigliere-
Dott. ATTILIO FRANCO ORIO	- Consigliere -
Dott. RICCARDO ROSETTI	- Consigliere -
Dott. LUCA SOLAINI	- Rel. Consigliere -

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso 19102-2021 proposto da:

_____ - _____ in persona del
legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa
dall'avvocato _____;

2026

- ricorrente -

940

contro

■ ■ ■ rappresentata e difesa dagli avvocati

- controrricorrente -

avverso la sentenza n. 934/2021 della CORTE D'APPELLO di
ROMA, depositata il 12/03/2021 R.G.N. 2776/2017;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del
24/02/2026 dal Consigliere Dott. LUCA SOLAINI;

Oggetto

R.G.N. 19102/2021

Cron.

Rep.

Ud. 24/02/2026

PU



udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. STEFANO VISONA' che ha concluso per l'accoglimento;
udito l'avvocato [REDACTED] [REDACTED] per delega verbale
avvocato [REDACTED];
uditi gli avvocati [REDACTED].

R.G. 19102/21

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con sentenza del giorno 12.3.2021 n. 934, la Corte d'appello di Roma respingeva il gravame proposto da [REDACTED] -
[REDACTED] - avverso la sentenza del Tribunale di Roma che aveva accolto la domanda di [REDACTED] [REDACTED] volta a chiedere l'accertamento dell'obbligo di [REDACTED] di versare i contributi previdenziali a suo favore presso il fondo speciale [REDACTED] dei medici ambulatoriali e la condanna di [REDACTED] al pagamento in suo favore di una somma a titolo di risarcimento del danno equivalente agli importi necessari per la costituzione di una rendita vitalizia presso [REDACTED] ai sensi dell'art. 2116 c.c. ovvero la condanna di [REDACTED] al risarcimento del danno.

Il tribunale accoglieva parzialmente il ricorso, limitatamente alla richiesta di condanna generica al risarcimento del danno (rinviando a separato giudizio la quantificazione del danno da liquidarsi in conseguenza dell'omissione contributiva), con rigetto delle altre domande ed assorbimento dell'eccezione di prescrizione.

La Corte d'appello confermava la sentenza di primo grado.

Avverso la sentenza della Corte d'appello, [REDACTED] ricorre in cassazione, sulla base di quattro motivi, mentre [REDACTED] ha resistito con controricorso.



Entrambe le parti hanno depositato memoria.

Il PG ha rassegnato conclusioni scritte nel senso dell'accoglimento del ricorso.

Il collegio riserva sentenza, nel termine di novanta giorni dall'adozione della decisione in camera di consiglio.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con il primo motivo di ricorso, l'ente ricorrente deduce il vizio di violazione di legge, in particolare dell'art. 48 della legge n. 833/78 e del Regolamento █████ del 1983, perché la Corte d'appello aveva erroneamente confermato l'obbligo contributivo in capo ad █████ perché tale obbligo concerneva il personale in rapporto di convenzione, mentre la █████ aveva solo un incarico libero-professionale al quale non poteva estendersi l'art. 48 della legge n. 833 cit. che regola il regime dei medici convenzionati con il SSN., né █████ poteva essere equiparato, negli anni in contestazione, a un ente pubblico del SSN.

Con il secondo motivo di ricorso, l'ente ricorrente deduce il vizio di violazione di legge, in particolare dell'art. 24 Cost. e dell'art. 101 c.p.c., in relazione all'art. 360 primo comma n. 3 c.p.c., perché in violazione della norma di cui in rubrica, la Corte d'appello aveva ritenuto – senza aver provocato alcun contraddittorio sul punto – che il rapporto di lavoro della █████ pur essendo geneticamente libero professionale, in effetti si inseriva in una organizzazione lavorativa identica a quella dei medici che lavorano in regime di convenzionamento con le strutture soggettivamente pubbliche ed essendo anche iscritta al comitato zonale (da cui si attinge per la cernita dei



medici convenzionati), ciò, assimilerebbe la sua posizione a un rapporto di convenzionamento.

Numero registro generale 19102/2021

Numero sezionale 940/2026

Numero di raccolta generale 15465/2026

Data pubblicazione 20/05/2026

Con il terzo motivo di ricorso, l'ente ricorrente deduce il vizio di violazione di legge, in particolare dell'art. 48 della legge n. 833/78, degli artt. 17, 18, 19, 20 e 25 A.C.N. e dell'art. 1 del Regolamento del Fondo di previdenza per gli specialisti ambulatoriali [REDACTED] perché erroneamente la Corte territoriale aveva ritenuto sussistente il regime di convenzionamento, con il relativo trattamento previdenziale che era invece riservato ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito (art. 48 comma 3 n. 3 della legge n. 833/78).

Con il quarto motivo di ricorso, l'ente ricorrente deduce il vizio di violazione di legge, in particolare dell'art. 437 comma 2 c.p.c., in relazione all'art. 360 primo comma n. 3 c.p.c., perché erroneamente, la Corte d'appello avrebbe reputato nuova la domanda subordinata di [REDACTED] di corrispondere, a titolo di risarcimento del danno, le sole eventuali differenze tra l'ammontare pensionistico a cui avrebbe avuto diritto la [REDACTED] considerando il reddito secondo gli Accordi collettivi nazionali e la contribuzione che era stata effettivamente versata al fondo in suo favore, quale lavoratrice autonoma.

Preliminarmente ritiene il Collegio che i rilievi di inammissibilità e improcedibilità mossi dalla controricorrente alle censure articolate nei primi tre motivi di ricorso sono infondati.

Le censure in cui si articola il primo motivo sono ben individuate e specifiche rispetto ai profili denunciati e così anche quelle contenute nel secondo e nel terzo motivo di ricorso, né si può dire che le censure articolate sono state "sovrapposte" o



confusamente sviluppate, le stesse, infatti, appaiono rispettare la regola della chiarezza.

Numero registro generale 19102/2021

Numero sezionale 940/2026

Numero di raccolta generale 15465/2026

Data pubblicazione 20/05/2026

Neppure può dirsi che le stesse si contrappongano acriticamente alla giurisprudenza già formatasi di questa Corte che peraltro si è occupata della natura giuridica dell'Associazione ricorrente su profili che investono specificatamente questioni non sovrapponibili a quelle oggetto del presente ricorso come di seguito si andrà a precisare.

Tanto premesso il primo, secondo e terzo motivo di ricorso, da esaminare congiuntamente a cagione dei collegamenti che presentano per la complessiva soluzione della controversia, devono essere accolti in base alle considerazioni di seguito esposte restandone assorbito l'esame del quarto.

██
██████████ - ████████████████████ ente di diritto pubblico internazionale, svolge nei Centri Antidiabetici da essa gestiti - equiparati ai sensi del D.P.C.M. 16 ottobre 1987 anche a fini previdenziali agli enti pubblici ospedalieri italiani – attività in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale o comunque equiparata ad istituti che operano in tale ambito ed è perciò riconducibile agli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale comunque denominati che sono tenuti al versamento dei contributi ████████████████████

Fin dalla legge n. 833 del 1978 il riconoscimento dell'attività svolta nel quadro dell'assistenza sanitaria dalle istituzioni dello SMOM - realizzato con il D.P.C.M. 16 ottobre 1987 attraverso un sistema di convenzioni - pone tali istituti su un identico piano rispetto alle strutture sanitarie pubbliche italiane. Essi non appartengono né all'amministrazione pubblica né alla sanità privata ma sono piuttosto equiparati ai soggetti del sistema pubblico. A seguito dell'entrata in vigore del d.lgs. n. 502 del



1992, questo assetto normativo si è sviluppato con la previsione della regolamentazione, mediante accordi internazionali, dell'attività svolta dalle anzidette strutture sanitarie secondo un sistema di integrazione con l'attività del servizio sanitario pubblico italiano (cfr. la ricostruzione in Cass. sez. un. n. 11513 del 2012).

Per effetto dell'Accordo del 21 dicembre 2000, ratificato con la legge n. 157 del 2003 [REDACTED] in quanto gestore di strutture ospedaliere, o più in generale sanitarie, è soggetto all'ordinamento sanitario statale e regionale, secondo un sistema - organicamente delineato nel d.lgs. n. 502 del 1992 ispirato al decentramento e al trasferimento alle regioni delle maggiori attribuzioni operative - tendente alla realizzazione della tutela della salute mediante il coinvolgimento degli enti pubblici interessati (strutture e ospedali regionali, aziende sanitarie, enti di ricerca ed enti ecclesiastici gestori di assistenza sanitaria). Il processo di decentramento ("regionalizzazione" e aziendalizzazione" della tutela sanitaria) ha richiesto nuovi accordi dello Stato con gli enti extraterritoriali coinvolti, e tra questi anche [REDACTED]. All'art. 4 del d.lgs. n. 502 del 1992, citato nel preambolo dell'Accordo del 2000, è espressamente riaffermata la preminenza del criterio generale dell'integrazione con il servizio pubblico (art. 2, comma 1) consolidando il potere di vigilanza e di sorveglianza degli organismi pubblici, rimodellato alla stregua del decentramento della programmazione e dei livelli di operatività (Cass. s.u. ult. cit.).

Nella loro attività i CAD si avvalgono di personale in regime di subordinazione - per il quale sono tenuti ad applicare il c.c.n.l. del comparto Sanità stante la detta equiparazione alle strutture



sanitarie di diritto pubblico (cfr. Cass. 26/10/2015 n. 21734)– e anche di liberi professionisti neppure legati da un rapporto convenzionale.

È incontrovertito che in favore dei collaboratori che, come la dott.ssa [REDACTED] hanno lavorato negli anni senza vincolo di esclusività e sono stati pagati a fronte della presentazione di fattura, l'Associazione ha versato i contributi dovuti al Fondo di Previdenza Generale [REDACTED] per i medici libero professionisti.

Occorre stabilire se invece era tenuto al versamento dei contributi al Fondo di Previdenza a favore degli specialisti ambulatoriali.

Il sistema previdenziale [REDACTED] prevede: a) un fondo di previdenza generale, al quale sono iscritti tutti i medici odontoiatri come conseguenza necessaria e automatica della loro iscrizione all'albo professionale, e b) tre Fondi speciali, cui sono iscritti i medici e gli odontoiatri che operano in rapporto di convenzione e/o accreditamento con gli istituti del servizio sanitario nazionale: essi sono b1) il Fondo speciale dei medici di medicina generale; b2) il Fondo degli specialisti ambulatoriali; b3) il Fondo degli specialisti esterni. Anche l'iscrizione ai Fondi Speciali [REDACTED] è automatica e consegue alla stipula delle convenzioni. Il Regolamento [REDACTED] vigente *ratione temporis* e applicabile al caso concreto, prevede che al Fondo speciale per gli specialisti ambulatoriali siano iscritti i medici e gli odontoiatri aventi rapporto professionale con gli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale comunque denominati ed operanti negli ambulatori da questi gestiti ed anche quelli aventi rapporto professionale con altri Istituti sempreché gli accordi per la regolamentazione del loro rapporto professionale recepiscano le



norme dell'Accordo Collettivo Nazionale Unico di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 (cfr. art. 1 comma 2 e ivi il rinvio al successivo comma 3 della stessa norma del Regolamento [redacted] in atti).

[Numero registro generale 19102/2021](#)

[Numero sezionale 940/2026](#)

[Numero di raccolta generale 15465/2026](#)

[Data pubblicazione 20/05/2026](#)

Il terzo comma dell'art. 1 del Regolamento precisa che "la determinazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento è rimessa alle norme dell'Accordo Collettivo Nazionale Unico di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833".

Occorre riempire di significato l'espressione generica contenuta nei commi 1 e 2 dell'art. 1 del Regolamento "rapporto professionale" (ripetuta anche in successive disposizioni: cfr. ad esempio il successivo art. 2 comma 1 lett. a)) per chiarire se essa debba intendersi limitata restrittivamente al personale in regime di convenzione ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833 del 1978 ovvero se debba estendersi a tutti i rapporti intrattenuti anche libero professionali.

Ritiene il Collegio che dell'espressione "rapporto professionale" debba essere necessariamente data una lettura più rigorosa che limita l'obbligo di iscrizione al Fondo speciale ed il conseguente obbligo di versamento dei contributi a quei rapporti che sono riconducibili a quelli convenzionali disciplinati dall'art. 48 della legge n. 833 del 1978.

Come più sopra ricordato le strutture gestite [redacted] devono considerarsi equiparate alle strutture sanitarie pubbliche e rientrano perciò tra gli "altri istituti" i cui medici e odontoiatri sono iscritti al Fondo speciale "semprech  gli accordi per la regolamentazione del loro rapporto professionale recepiscano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale" di cui all'art. 48 della legge n. 833 del 1978 (cfr. Art. 1 commi 2 e 3 del Regolamento



del Fondo di previdenza a favore degli specialisti ambulatoriali.

Si tratta di strutture che, come detto, sono poste su un identico piano rispetto alle strutture sanitarie pubbliche italiane, non appartenendo all'amministrazione pubblica, né alla sanità privata, e sono equiparate ai soggetti del sistema pubblico.

In sostanza per i collaboratori di ambulatori gestiti da "altri istituti" è possibile l'iscrizione al Fondo – previa delibera del Comitato Direttivo [REDACTED] su conforme parere del Comitato Consultivo -a condizione che il rapporto con il medico sia regolamentato dall'Accordo che a norma del primo comma dell'art. 48 citato disciplina in maniera uniforme il trattamento economico e normativo del personale che opera in regime di convenzionamento. L'art. 2 dell'A.C.N. del 1983 disciplina le incompatibilità al conferimento di incarichi in convenzione e tra queste individua l'esercizio della professione medica con rapporto di lavoro autonomo seppur retribuito forfetariamente (Art. 2 comma 1 lett. d)) e alla lett. e) nei riguardi di chi a qualsiasi titolo operi in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N., salve le deroghe possibili per garantire il servizio e la continuità terapeutica.

Coerentemente anche la misura dei contributi e le modalità del loro versamento è demandata poi alla disciplina dettata dai medesimi Accordi (ai sensi dell'art. 37 dell'A.C.N. è stabilita la misura dei contributi – 13 per cento a carico dell'Azienda e 9% a carico del singolo specialista - e le voci retributive su cui vanno calcolati).

Al fine della individuazione dell'obbligo poi non è sufficiente la circostanza che i Centri Antidiabetici gestiti [REDACTED] siano essi legati da un regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale.



Tale circostanza costituisce senz'altro un presupposto che consente di equiparare e ricomprendere tra gli altri istituti potenzialmente destinatari degli obblighi di iscrizione e contributivi che tuttavia restano ancorati al necessario accertamento dell'ulteriore presupposto dell'esistenza di rapporti in regime di convenzione con i medici.

In definitiva è la natura del rapporto intercorso con il CAD a determinare l'insorgenza dell'obbligo di versamento dei contributi.

Tale accertamento è mancato. La sentenza impugnata si è mossa infatti nella prospettiva di una generale estensione dell'obbligo di iscrizione a prescindere dalle modalità con cui in concreto il rapporto si era svolto senza alcuna verifica del suo concreto atteggiarsi e dell'applicazione degli A.C.N. vigenti nel tempo.

Sotto tale profilo è perciò necessario che la sentenza cassata sia rinviata alla Corte di appello perché proceda ad un nuovo esame della controversia applicando il seguente principio di diritto:

"Ai fini della sussistenza dell'obbligo di versamento dei contributi al Fondo speciale di previdenza a favore degli specialisti ambulatoriali in favore dei medici e degli odontoiatri che abbiano un rapporto professionale con Istituti che, come i Centri Antidiabetici [REDACTED] offrano servizi sanitari in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale è necessario che gli accordi per la regolamentazione del rapporto professionale recepiscano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale Unico di cui all'art. 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 ovvero che se ne accerti in concreto l'applicazione".



In conclusione per le ragioni sopra esposte il ricorso deve essere accolto, restando assorbito l'esame della censura mossa con il quarto motivo e la sentenza, cassata in relazione alle censure accolte, deve essere rinviata alla Corte di appello di Roma che in diversa composizione procederà ad un nuovo esame della controversia alla luce dei principi sopra esposti. Alla Corte del rinvio è demandata anche la regolazione delle spese del giudizio di legittimità.

P.QM.

La Corte accoglie il ricorso nei sensi di cui in motivazione.

Cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte di appello di Roma, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità.

Così deciso in Roma il 24 febbraio 2026.

Il Consigliere estensore

Luca Solaini

Il Presidente

Lucia Esposito



Numero registro generale 19102/2021

Numero sezionale 940/2026

Numero di raccolta generale 15465/2026

Data pubblicazione 20/05/2026

