REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SEZIONE LAVORO CIVILE

composta dagli ill.mi sigg.ri Magistrati

Dott. [redacted] - Presidente

Dott. [redacted] - Consigliere

Dott. [redacted] - Relatore

Dott. [redacted] - Consigliere

Dott. [redacted] - Consigliere

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso iscritto al n. 2691/2024 r.g., proposto

da

[redacted], in persona del legale rappresentante pro tempore, in qualità di

successore di [redacted], elett. dom.to in V.le Giulio Cesare n. 2, Roma, rappresentato e difeso dagli avv.ti [redacted] e [redacted].

ricorrente

contro

[redacted], nella qualità di unico erede di [redacted], elett. dom.to presso la Cancelleria di questa Corte,

rappresentato e difeso dall'avv. [redacted].

controricorrente

avverso la sentenza della Corte d'Appello di Trento n. 20/2023 pubblicata in data

28/07/2023, n. r.g. 105/2022.

Udita la relazione svolta all'udienza del giorno 01/10/2026 dal Consigliere dott.

[redacted].

Viste le conclusioni scritte depositate dal P.M., in persona del Sostituto Procuratore

Generale dott.ssa [redacted].

Udita la discussione dei difensori delle parti.

Fatto

1.- [redacted] – fratello ed unico erede della [redacted], medico in convenzione per la continuità

assistenziale presso l'azienda sanitaria [redacted], deceduta in data 30/03/2020 per

COVID-19, pochi giorni dopo aver scoperto, mediante tampone del 18/03/2020, di a ver

contratto il relativo virus a seguito della visita domiciliare di un paziente eseguita il

14/03/2020, paziente che a sua volta era deceduto il giorno dopo la visita – adiva il

Tribunale di Trento per ottenere l'accertamento del suo diritto all'indenniz zo previsto dalla

polizza assicurativa n. (Omissis), stipulata dalla [redacted] per "morte in

conseguenza di infortunio" e la conseguente condanna della Società [redacted] di

Assicurazione Spa, in solido con [redacted], al pagamento della somma di Euro

125.000,00.

2.- Costituitosi il contraddittorio, il Tribunale, rigettata l'eccezione di incompetenza

funzionale sollevata dalla società assicuratrice – ritenendo che ai sensi dell'art. 442 c.p.c.

rientrassero nella competenza del giudice del lavoro anche le controvers ie previdenziali

relative a forme di previdenza previste dall'autonomia collettiva, come nel caso in esame, in

cui la polizza stipulata fra [redacted] e [redacted] (e [redacted] al 40%) risultava stipulata in

esecuzione dell'obbligo scaturente dall'art. 72, co. 4, de ll'accordo collettivo nazionale del

2009 – accoglieva la domanda.

3.- Con la sentenza indicata in epigrafe la Corte d'Appello rigettava l'appello proposto da

[redacted].

Per quanto ancora rileva in questa sede, a sostegno della sua decisione la Corte territoriale

affermava

a) il Tribunale, sul presupposto pacifico che il decesso fosse avvenuto a causa di polmonite

da SARS Coronavirus associato, ha ritenuto che, pur volendo prescindere dalla previsione

negoziale dell'estensione della copertura assicurativa ai rischi extraprof essionali, era "più

probabile che non" che il virus fosse stato contratto dall'assicurata in occasione dello

svolgimento della professione medica, essendo peraltro risultato che ella aveva visitato un

paziente risultato positivo con tampone effettuato il 15/03/2020, e la [redacted] si era a sua volta

sottoposta al tampone risultato positivo il 18/03/2020;

b) il Giudice di primo grado ha quindi ritenuto il decesso cagionato da Covid come "morte in

conseguenza di infortunio", trattandosi di evento occorso all'assicurata "dovuto a causa

fortuita violenta ed esterna", con produzione di lesioni fisiche obiettiva mente constatabili;

dunque ha escluso che si trattasse di "malattia";

c) sulla scorta delle elaborazioni della dottrina medico -legale, tale conclusione si impone,

poiché "causa violenta" è da considerare anche il contagio da virus di origine puramente

ambientale, anche se non mediato da energie meccaniche, trattandosi di una penetrazione

nell'organismo di fattori virali che ne determinano l'alterazione dell'equilibrio anatomo -

fisiologico;

d) questa conclusione è da condividere, perché conforme alla giurisprudenza di legittimità,

secondo cui nell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro "costituisce causa violenta

anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organis mo umano, ne

determinino un'alterazione dell'equilibrio anatomo -fisiologico, sempre che tale azione, pur

se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo, sia in rapporto con lo svolgimento

dell'attività lavorativa anche in difetto di una specifica cau sa violenta alla base

dell'infezione" (Cass. ord. n. 29435/2022);

e) dunque nessun rilievo ostativo può essere riconosciuto alla "lungo latenza" – peraltro nel

caso in esame molto contenuta – dell'affezione, non essendo esigibile, ai fini del requisito

della "violenza", il requisito traumatologico della repentinità dell' evento infausto;

f) non è necessario neppure invocare la clausola interpretativa di favore dell'art. 1370 [redacted],

dal momento che nella giurisprudenza penale l'art. 437 c.p. viene interpretato nel senso di

ricomprendere nell'omissione di cautele antinfortunistiche anche quel le riguardanti le

"malattie-infortunio", quale quella asbesto -correlata, ordinariamente connotata da un

lunghissimo periodo temporale di latenza (Cass. pen. n. 5273/2017);

4.- Avverso tale sentenza [redacted], nella sua qualità di successore della Società

[redacted], ha proposto ricorso per cassazione, affidato a tre motivi (e

notificato ad [redacted] ai soli dichiarati fini di denuntiatio litis).

5.- [redacted] ha resistito con controricorso.

6.- Il P.G. ha depositato memoria, con cui ha concluso per l'accoglimento del secondo e del

terzo motivo di ricorso, nonché per il rigetto del primo.

7.- Le parti hanno depositato memoria.

Diritto

1.1.- In via preliminare va esaminata l'eccezione di rito sollevata dal controricorrente, il

quale, nella memoria ex art. 378 c.p.c., ha contestato la legittimazione processuale della

società sia in qualità di successore della precedente società assicuratr ice (che aveva

stipulato la polizza rilevante in causa), sia con riguardo alla procura speciale sostanziale

alla persona fisica che ha poi conferito la procura speciale alle liti ai difensori per la

proposizione del ricorso per cassazione.

A sua volta la società ricorrente ha depositato, unitamente alla tempestiva memoria ex art.

378 c.p.c., sia l'atto notarile di fusione per incorporazione, con cui ha acquisito la precedente

società assicuratrice, sia la procura notarile sostanziale conferita alla persona fisica (dott.

[redacted]), che poi ha a sua volta conferito la procura speciale alle liti ai difensori per la

proposizione del ricorso per cassazione.

Il controricorrente eccepisce l'inammissibilità del ricorso per cassazione, sostenendo la

tardività della produzione documentale sopra ricordata. In particolare eccepisce che il

deposito di quei documenti avvenuta, da parte della ricorrente, solo in data 21/09/2026 con

la memoria ex art. 378 c.p.c. sarebbe tardiva, in quanto inosservante del termine di quindici

giorni prima dell'udienza, imposto dall'art. 372 c.p.c.

1.2.- La questione sollevata dal contr00oricorrente attiene a due profili la qualità di

successore di [redacted] a seguito di incorporazione della Società [redacted] di

Assicurazione Spa; la qualità del procuratore speciale della predetta società (dott. [redacted]), il

quale ha conferito la procura speciale alle liti ai difensori per proporre ricorso per

cassazione.

1.3.- L'eccezione è infondata in relazione ad entrambi i profili.

Con riguardo al primo, questa Corte effettivamente ha affermato che in tema di

impugnazione per cassazione, al fine di evitare l'inammissibilità del ricorso, il soggetto che

non è stato parte del giudizio di merito deve allegare la propria legitimatio ad c ausam e

fornire la dimostrazione di essere subentrato nella medesima posizione del proprio dante

causa. Pertanto, ove ricorrente sia una società che assuma di derivare, per fusione o

trasformazione, da altra società che aveva partecipato al giudizio, deve forni re la

dimostrazione della sua derivazione dalla società preesistente e tale prova è consentita

anche nel giudizio di legittimità, mediante produzione documentale, da effettuarsi nei modi

di cui all'art. 372 c.p.c., qualora la relativa questione sia stata sollevata per la prima volta in

tale sede (Cass. ord. n. 15414/2017).

Nondimeno occorre che la questione sia stata, appunto, sollevata dal controricorrente nel

controricorso. Al riguardo questa Corte ha più volte affermato che il successore a titolo

particolare nel diritto controverso è legittimato a impugnare la sentenza re sa nei confronti

del proprio dante causa allegando il titolo che gli consenta di sostituire quest'ultimo,

essendo a tal fine sufficiente la specifica indicazione dell'atto nell'intestazione

dell'impugnazione, qualora il titolo sia di natura pubblica e, quindi, di contenuto accertabile,

e sia rimasto incontestato o non idoneamente contestato dalla controparte (Cass. ord. n.

8975/2020; Cass. n. 9250/2017; Cass. n. 17470/2013). In particolare, nel giudizio di

cassazione, il fatto che il controricorrente non abbia sollevato alcuna eccezione in ordine

alla legittimazione del ricorrente e si sia difeso nel merito dell'impu gnazione vale come

riconoscimento implicito della dedotta legittimazione attiva e ne preclude la rilevabilità con

la successiva memoria ex art. 378 c.p.c. (Cass. ord. n. 8975/2020 cit.). E se questo principio

vale per il successore a titolo particolare, a maggior ragione deve valere per quello a titolo

universale, posto che in quest'ultima fattispecie la precedente persona giuridica non esiste

più e quindi non vi è il rischio di partecipazione al giudizio di una parte piuttosto che

dell'altra. Questa Corte ha affermato che la fusione mediante incorporazione dà luogo ad

una vicenda estintivo -successoria a titolo universale analoga al decesso della persona

fisica (Cass. ord. n. 13685/2023; Cass. ord. n. 14414/2024), sebbene talora qualificata

invece come vicenda derivativo-modificativa, sia pure ai soli fini del regime dell'interruzione

del processo (Cass. Sez. un. n. 21970/2021). In ogni caso, qualunque sia la qualificaz ione

giuridica resta ferma la conclusione sopra esposta, poiché, in presenza di fusione per

incorporazione ex art. 2504 bis [redacted] (come modificato dal D.Lgs. n. 6/2003), intervenuta nel

corso di giudizio o della pendenza del termine di impugnazione, la legittimazione attiva (e

passiva) all'impugnazione spetta unicamente alla società incorporante cui sono stati

trasferiti i diritti e gli obblighi della società incorporata e che prosegue in tutti i rapporti,

anche processuali, anteriori alla fusione facenti capo alla società incorporata (Cass. ord. n.

4803/2026).

Se dunque la questione della legittimazione processuale non è stata sollevata con il

controricorso, ma solo con la memoria ex art. 378 c.p.c., deve ritenersi che l'eccezione sia

inammissibile perché tardiva e comunque ormai preclusa, poiché l'eventuale viz io

processuale risulta sanato dal fatto che, costituendosi e difendendosi sui motivi di

impugnazione, il controricorrente ha mostrato – sia pure implicitamente, ma univocamente

– di ritenere ammissibile il ricorso, ossia sussistente la legitimatio ad causam, che risulta,

quindi, non contestata (Cass. Sez. un. n. 11650/2006, secondo cui "il fatto che la parte

resistente nel controricorso non abbia sollevato alcuna eccezione in ordine alla

legittimazione della società ricorrente e abbia proposto esclusiv amente difese sul merito

del ricorso, vale come riconoscimento implicito della dedotta legittimazione attiva e ne

preclude la rilevabilità con la successiva memoria ex art. 378 c.p.c.").

Nel caso in esame sussistono entrambe le condizioni nell'epigrafe del suo ricorso per

cassazione [redacted] ha espressamente indicato gli estremi (notaio rogante,

numero di repertorio, numero di raccolta, data) dell'atto pubblico notarile di fusio ne e

scissione del 21/06/2023, con cui ha incorporato [redacted]; il

[redacted], nel suo controricorso, non ha contestato la predetta vicenda successoria (o derivativo-

modificativa) e, quindi, la qualità di parte della società ricorre nte, ma si è difeso nel merito

dei motivi di ricorso, sollevando la relativa questione solo nella memoria ex art. 378 c.p.c.

Si aggiunga che la contestazione da lui sollevata in memoria è generica, in violazione

pertanto dei requisiti prescritti all'art. 3 66, co. 1, n. 6), c.p.c., essendosi egli limitato ad

insistere nel rilievo della mancata prova documentale della successione societaria, ma non

prospettando alcun elemento idoneo ad ingenerare dubbio circa la veridicità o la pertinenza

delle specifiche ind icazioni contenute nell'epigrafe del ricorso per cassazione.

1.4.- Con riguardo al secondo profilo (attinente alla qualità della persona fisica indicata

come procuratore speciale sostanziale della società, che ha conferito la procura speciale

alle liti ai difensori per proporre il ricorso per cassazione), questa Corte ha già affermato che

la contestazione relativa alla legittimazione processuale del rappresentante del ricorrente

deve essere proposta con il controricorso e non può essere sollevata solo con la memoria,

come conferma decisivamente anche il fatto che lo sfalsamento del termine per il deposito

ex art. 372 c.p.c. non consentirebbe alla controparte, destinataria del rilievo, di replicare

attivamente (Cass. ord. n. 3191/2026). Ed in ogni caso anche la procura speciale

sostanziale, qualora conferita mediante atto pubblico (nella specie notarile), gode di quel

regime processuale sopra visto, del quale i due elementi costitutivi sono l'indicazione dei

relativi estremi nell'epigrafe del ricorso e la mancata contestazione nel controricorso. Nel

caso in esame, come sopra visto, sussistono entrambi tali elementi costitutivi.

In conclusione, il ricorso per cassazione è ammissibile.

2.- Con il primo motivo, proposto ai sensi dell'art. 360, co. 1, nn. 2), 3) e 4), c.p.c. la ricorrente

lamenta falsa applicazione degli artt. 442, 409 e 427 c.p.c. per avere la Corte territoriale

omesso di rilevare d'ufficio l'incompetenza funzionale del giudice del lavoro.

Il motivo è inammissibile.

Come risulta dallo storico di lite, il Tribunale rigettò la medesima eccezione, sollevata in

primo grado dalla Società [redacted] Assicurazione Spa. E, a fronte di quell'espresso e

motivato rigetto, la società non propose motivo di appello, come ammette pure la ricorrente

(v. ricorso per cassazione, p. 10). Ciò ha determinato il passaggio in giudicato (c.d. interno)

di quella statuizione, con conseguente inammissibilità della doglianza fatta valere in questa

sede e, comunque, sua infondatezza a fronte del giudicato interno, alla Corte territoriale era

precluso l'esercizio di qualunque potere, anche officioso, relativo a quella questione.

3.- Con il secondo motivo, proposto ai sensi dell'art. 360, co. 1, n. 3), c.p.c. la ricorrente

lamenta falsa applicazione degli artt. 2 D.P.R. n. 1124/1965, 1322 e 1362 [redacted] per avere la

Corte territoriale aderito ad un'interpretazione della nozione di "infortunio" elaborata in

materia di assicurazione obbligatoria. Assume che, diversamente, la polizza in esame non

rientra in tale materia, essendo una polizza privata, sia pure stipulata dall'[redacted]. Addebita

alla Corte territoriale anche di avere omesso di individuare la nozione di "infortunio" come

voluta dai contraenti della polizza.

Il motivo è in parte inammissibile, in parte infondato.

3.1.- È inammissibile nella parte in cui la ricorrente addebita ai Giudici d'appello di non avere

interpretato la nozione di "infortunio" secondo il significato attribuito dalle clausole della

polizza, non confrontandosi con quella parte della motivazione, in cui la Corte territoriale ha

dichiarato espressamente di condividere la puntuale ed analitica interpretazione offerta dal

Tribunale relativa proprio a quelle clausole.

Inoltre, pur avendo adempiuto l'onere di riportare tali clausole (v. ricorso per cassazione, p.

22), nondimeno la ricorrente si limita a contrapporre la propria interpretazione a quella

scelta dai giudici di merito. Va ricordato in proposito che il control lo di legittimità sugli atti

di autonomia negoziale individuale non può scadere nel controllo di merito ed anteporre a

quella prescelta dai giudici d'appello una differente interpretazione solo perché reputata più

plausibile ad opera della stessa parte ric orrente. Come è noto, anche l'accertamento della

volontà negoziale si sostanzia in un accertamento di fatto (ex multis Cass. n. 9070/2013;

Cass. n. 12360/2014), riservato all'esclusiva competenza del giudice del merito (Cass. n.

17067/2007; Cass. n. 11756/2006). Ne consegue che le valutazioni del giudice di merito

soggiacciono sì, nel giudizio di cassazione, ad un sindacato circa la verifica del rispetto dei

canoni legali di ermeneutica contrattuale, ma la denuncia della violazione delle regole che

presiedono all'interpretazione dei contratti non può certo risolversi nella mera

contrapposizione di un'interpretazione diversa da quella criticata (tra le innumerevoli Cass.

n. 18375/2006; Cass. n. 12468/2004; Cass. n. 22979/2004, Cass. n. 7740/2003; Cass. n.

12366/2002; Cass. n. 11053/2000). Dunque non integra violazione di legge la mera

contrapposizione, da parte del ricorrent e, di una propria lettura alternativa della clausola

contrattuale, né è sindacabile in cassazione l'opzione ermeneutica possibile e non

implausibile di una clausola contrattuale, compiuta dal giudice del merito (Cass. n.

18214/2024; Cass. n. 27136/2017; Ca ss. n. 6125/2014; Cass. n. 16254/2012; Cass. n.

24539/2009; Cass. n. 3644/2007; Cass. n. 10131/2006).

3.2.- Per il resto il motivo è infondato.

Già sul piano del presupposto da cui muove il ragionamento della ricorrente si evince l'errore

di escludere che quella in esame sia una polizza rientrante nella materia dell'assicurazione

obbligatoria. Infatti, la stessa ricorrente riconosce che si è tratt ato di un'assicurazione

(sebbene indicata come "privata") stipulata da [redacted] "per adempiere agli obblighi di tutela

impostigli dall'ACN" (v. ricorso per cassazione, p. 17). Si tratta dell'obbligo derivante

dall'accordo collettivo nazionale del 2009 (art. 72, co. 4), ossia da quella peculiare "fonte" di

disciplina dei rapporti di lavoro con i medici di medicina generale stipulato ai sensi dell'art.

8 del D.Lgs. n. 502/1992 (applicabile anche al rapporto di lavoro della de cuius), ricordato

dal Tribunale, come riportato dalla Corte territoriale. In virtù di tale accordo a carico

dell'azienda sanitaria locale presso cui opera il medico è previsto un obbligo contributivo –

di cui è stabilita precisamente la misura percentuale rispetto al compenso professionale del

medico – in favore di [redacted], specificamente destinato alla copertura assicurativa,

garantita dal predetto ente mediante la stipula di apposita polizza. Dunque il rapporto

giuridico assicurativo – nei confronti del medico a ssicurato – non è facoltativo, bensì

obbligatorio.

In tal senso, nella polizza oggetto di causa, stipulata in esito a "Gara pubblica con il criterio

dell'offerta economicamente più vantaggiosa – Lotto unico – Affidamento del servizio

assicurativo" (doc. 3B depositato dalla ricorrente), i contraenti, dopo a ver ricordato in

premessa il citato accordo economico collettivo del 2009, dichiarano che la polizza viene

stipulata "per tutti i settori della Categoria di Medici di Medicina Generale e per quelli a cui

si applica l'Accordo Collettivo nazionale per la medicina generale e per le quali il Contraente

(ossia [redacted]) riceve il contributo in conformità a quanto disposto dagli Accordi Collettivi

Nazionali di categoria e ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa".

3.3.- La natura obbligatoria dell'assicurazione in esame si apprezza anche sotto altro profilo

l'attività assicurativa in favore dei propri iscritti (che peraltro sono obbligatoriamente iscritti

v. infra) rientra nei compiti istituzionali di [redacted], che svo lge esclusivamente funzioni di

previdenza e di assistenza obbligatoria dei medici e degli odontoiatri.

Si impone, pertanto, il preliminare esame della natura di questo ente. Secondo la

giurisprudenza di questa Corte, "... l'attività ricostruttiva della natura giuridica di un ente è

compito del giudice di legittimità che vi provvede, anche d'ufficio, in osse quio al principio

iura novit curia, laddove tale natura fondi la propria essenza in disposizioni di legge

(operazione, questa, che non trova limite, pertanto, in differenti prospettazioni o posizioni

delle parti)..." (Cass. n. 28060/2020; nello stesso senso Cass. n. 35421/2022). Tale attività

ricostruttiva è, invero, indispensabile giacché la natura giuridica (pubblica, privata o "mista")

dell'ente condiziona l'individuazione della normativa applicabile alla fattispecie (in tal senso

v. pure Cass. ord. n. 11979/2024).

3.4.- È opportuno allora ricordare che l'[redacted] nacque a seguito del decreto legislativo del

Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233 (intitolato "Ricostituzione degli

Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse"),

che, all'art. 21, introduceva il principio della contribuzione obbligatoria per tutti i

professionisti iscritti agli Ordini. Il decreto prevedeva, altresì, la necessità di istituire un ente

nazionale di previdenza e assistenza per ci ascuna categoria sanitaria.

Per i medici e gli odontoiatri venne quindi emanato il D.P.R. 27/10/1950, che trasformò la

preesistente Cassa di Assistenza dei Medici in un ente di diritto pubblico (ente pubblico non

economico) con la denominazione ufficiale di E.N.P.A.M. (Ente Nazionale di Previdenza ed

Assistenza Medici e Odontoiatri).

A decorrere dal 1 gennaio 1958 l'attività dell'Ente – originariamente concepita come attività

solo assistenziale – fu riconfigurata come attività di previdenza e di assistenza ad opera

del nuovo Statuto, approvato con D.P.R. 02/09/1958 n. 931 (successivame nte modificato

con D.P.R. 09/01/1971 n. 142).

Con legge 20/03/1975 n. 70 (intitolata "Disposizioni sul riordinamento degli enti pubblici e

del rapporto di lavoro del personale dipendente"), l'[redacted] fu inquadrato tra gli enti gestori

di "forme obbligatorie di previdenza e di assistenza", in tal senso q ualificato dalla tabella

allegata alla predetta legge e richiamata dal suo art. 1, ult.co. ("La tabella allegata alla

presente legge contiene lo elenco degli enti individuati e classificati, sulla base delle funzioni

esercitate, in categorie omogenee...").

In attuazione della delega conferita dall'art. 1, co. 32, L. 24/12/1993, n. 537, in materia di

trasformazione, in persone giuridiche private, di enti gestori di forme obbligatorie di

previdenza e assistenza, è stato emanato il D.Lgs. n. 30/06/1994, n. 509, ai sensi del quale

l'[redacted] ha deliberato la sua trasformazione in persona giuridica privata, assumendo la

forma giuridica di fondazione a decorrere dal 1° gennaio 1995 (a seguito del decreto

interministeriale 24/11/1995, con il quale, ai sensi del D.Lgs. n. 509 cit., è stato approvato il

nuovo Statuto della [redacted] deliberato contestualmente alla propria

trasformazione in fondazione di diritto privato).

3.5.- La Corte Costituzionale (sentenza n. 248/1997) – sia pure pronunziando in relazione

al diverso ma analogo ente ENPAV (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Veterinari)

– ha evidenziato che, a seguito della c.d. privatizzazione compiuta ai sensi della citata

normativa degli anni 1993 -1994, l'ente risultante dalla trasformazione resta di interesse

pubblico, poiché svolge, sia pure in forma privatistica, una funzione pur sempre di rilievo

pubblicistico. In particolare la Consulta ha affermato "2.2. -... deve escludersi che la

trasformazione dell'ENPAV in associazione privata... abbia inciso nel senso prospettato dal

giudice a quo sulla natura dell'attività svolta dall'ente medesimo, così determinando una

sostanziale modificazione dei caratteri del ra pporto previdenziale in esame. Con l'art. 1,

commi 32 e 33, lettera a), punto 4, della legge n. 537 del 1993 è stata conferita delega al

Governo per riordinare o sopprimere enti pubblici di previdenza ed assistenza, ed è stata in

particolare prevista la po ssibilità di privatizzare - nelle forme dell'associazione o della

fondazione - gli enti che non usufruiscono di finanziamenti pubblici, con garanzie di

autonomia ma "ferme restando le finalità istitutive e l'obbligatoria iscrizione e contribuzione

agli stessi degli appartenenti alle categorie di personale a favore dei quali gli enti stessi

risultano istituiti". In attuazione di tale delega, l'art. 1 del decreto legislativo n. 509 del 1994

contempla siffatto tipo di trasformazione, condizionandolo all'assenz a di finanziamenti

pubblici ed esplicitamente sottolineando la continuità della collocazione dell'ente nel

sistema, come centro d'imputazione dei rapporti e soprattutto come soggetto preposto a

svolgere le attività previdenziali ed assistenziali in atto.

All'autonomia organizzativa, amministrativa e contabile riconosciuta ai singoli enti in

ragione della loro mutata veste giuridica fanno riscontro un articolato sistema di poteri

ministeriali di controllo sui bilanci e d'intervento sugli organi di amministrazione, nonché

una generale funzione di controllo sulla gestione da parte della Corte de i conti. Particolare

attenzione ha poi posto il legislatore al fine di prevenire situazioni di crisi finanziaria e

dunque di garantire l'erogazione delle prestazioni è stato così sancito il vincolo d'una riserva

legale a copertura per almeno cinque anni de lle pensioni in essere (art. 2, comma 2, del

decreto legislativo n. 509 del 1994) e, più recentemente in sede di riforma del sistema

pensionistico generale, è stata prevista l'obbligatorietà della predisposizione di un bilancio

tecnico attuariale per un ar co previsionale di almeno quindici anni (art. 3, comma 12, della

legge 8 agosto 1995, n. 335). Il già citato comma 4 dell'art. 2 consente inoltre, nel caso di

disavanzo economico finanziario, la nomina di un commissario straordinario che adotti i

provvedimenti necessari per il riequilibrio della gestione; e solo ove sia accertata

l'impossibilità di tale operazione, dopo un triennio dalla suddetta nomina, è previsto

l'intervento di un commissario liquidatore con i poteri attribuiti dalle norme in materia di

liquidazione coatta amministrativa.

2.3. - Dal quadro così tracciato emerge che la suddetta trasformazione ha lasciato immutato

il carattere pubblicistico dell'attività istituzionale di previdenza ed assistenza svolta dagli

enti, articolandosi invece sul diverso piano di una modifica degli s trumenti di gestione e

della differente qualificazione giuridica dei soggetti stessi l'obbligo contributivo costituisce

un corollario, appunto, della rilevanza pubblicistica dell'inalterato fine previdenziale..." (parr.

2.2. e 2.3. del "Considerato in diritto"). Inoltre la Consulta ha sottolineato "la permanente

vigenza del fine pubblicistico generale dell'attività che gli enti svolgono" (v. incipit del par.

2.5. del "Considerato in diritto").

3.6.- Dunque, come evidenziato dalla Corte Costituzionale, pur a seguito della c.d.

privatizzazione dell'ente, persistono natura e rilevanza pubblicistiche dell'attività svolta, di

cui l'obbligo contributivo (nel caso in esame previsto dall'accordo economi co collettivo del

2009 a carico del datore di lavoro) costituisce un'inevitabile conseguenza.

In tal senso, peraltro, milita univocamente una pluralità di indici normativi l'obbligatorietà

dell'iscrizione previdenziale all'[redacted] e della relativa contribuzione (art. 1, co. 3, D.Lgs. n.

509/1994 "Gli enti trasformati continuano a svolgere le attività previdenziali e assistenziali

in atto riconosciute a favore delle categorie di lavoratori e professionisti per le quali sono

stati originariamente istituiti, ferma restando la obbligatori età della iscrizione e della

contribuzione..."); l'espressa previsione della "natura pubblica dell'attività svolta" (art. 2, co.

1, D.Lgs. n. 509 cit.), che rende funzionalizzata anche l'autonomia gestionale, organizzativa

e contabile pur riconosciuta all'ente all'esito della trasformazione in soggetto formalmente

privatistico (fondazione); la sottoposizione dell'ente trasformato sia alla vi gilanza del

Ministero del Lavoro, che in taluni casi si esercita di concerto col Ministero del Tesoro, sia

al controllo della Corte dei Conti (art. 3, co. 5, D.Lgs. n. 509 cit.); l'obbligo di costituire una

riserva legale preordinata ad assicurare la continuità nell'erogazione delle prestazioni (art.

1, co. 4, lett. c), D.Lgs. n. 509 cit.), ed a garantire l'equilibrio di bilancio; l'espressa

qualificazione giuridica dell'[redacted] come "organismo di diritto pubblico" nell'allegato IV del

codice dei contratti pubblici (D.Lgs. n. 50/2016 ; ma v. già l'allegato III del D.Lgs. n.

163/2006).

Proprio sulla base di tali indici normativi questa Corte, a Sezioni unite, pronunziando su un

regolamento preventivo di giurisdizione, ha affermato che le controversie relative alla

responsabilità degli amministratori per danni cagionati al patrimonio della fondazione

[redacted] appartengono alla giurisdizione della Corte dei conti, atteso che tale Ente -

quantunque trasformato in fondazione con personalità giuridica di diritto privato e c on

autonomia gestionale, organizzativa e contabile - ha mantenuto un carattere pubblicistico,

essendo chiamato a svolgere l'attività istituzionale (che si colloca nel quadro tutelato

dall'art. 38 Cost.) di previdenza ed assistenza obbligatoria in favore di una particolare

categoria di lavoratori, alla quale si accompagna l'obbligatorietà dell'iscrizione e della

contribuzione da parte degli iscritti e, come tale, è sottoposto ad una penetrante vigilanza

ministeriale nonché al controllo della Corte dei conti, oltre ad essere qualificato organismo

di diritto pubblico e compreso tra le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico

consolidato (Cass. Sez. un. ord. n. 7645/2020). In motivazione si è evidenziato, come

premessa generale, che "... si esercita attività amministrativa non solo quando si svolgono

pubbliche funzioni e poteri autoritativi, ma anche quando, nei limiti consentiti

dall'ordinamento, si perseguono le finalità proprie dell'amministrazione pubblica mediante

un'attività disciplinata in tutto o in parte dal diritto privato..." (v. pp. 6 -7).

3.7.- Peraltro, ai fini dell'esatta individuazione dei compiti istituzionali dell'ente rileva anche

il suo statuto, atteso che la potestà statutaria è non solo espressamente prevista dall'art. 1,

co. 4, D.Lgs. n. 509 cit., ma altresì sottoposta a controllo pubblicistico mediante

approvazione del Ministero del lavoro, dal Ministero del tesoro, nonché dagli altri Ministeri

rispettivamente competenti ad esercitare la vigilanza per gli enti trasformati (art. 3, co. 2,

D.Lgs. n. 509 cit., richiamato dall'art. 1, co. 4, D.Lgs. cit.).

Ebbene, ai sensi dell'art. 5, co. 2, dello Statuto [redacted] dell'01/03/2025 (approvato con

Decreto interministeriale 01/04/2025), "La Fondazione può inoltre prestare ai propri iscritti

e pensionati, nei limiti consentiti dalla legge, forme di tutela sanitaria integrativa, anche

mediante la stipulazione di polizze assicurative annuali o poliennali". Identiche previsioni

esistevano nei precedenti statuti (quello approvato con decreto interministeriale del

17/06/2015 e quello approvato con decreto interministeria le del 21/02/2000).

In tal modo anche l'assicurazione sanitaria rientra negli scopi istituzionali dell'ente. E proprio

nel perseguimento di tali scopi la [redacted], in esito al predetto accordo

economico collettivo, ha stipulato apposita polizza per assicurare gli iscr itti contro i rischi

di malattia e di infortunio.

Ne consegue che, quand'anche – per adempiere a tale obbligo istituzionale – lo strumento

utilizzato dalla [redacted] sia stata un'assicurazione c.d. privata, comunque la sua

stipula è avvenuta pur sempre per assicurare la cura dell'interesse pubblico affidato

istituzionalmente all'ente medesimo.

3.8.- La conseguente funzionalizzazione di una polizza c.d. privata, in quanto destinata ad

assicurare la cura di un interesse pubblico, trova conferma anche nell'art. 1886 [redacted], che,

rubricato "Assicurazioni sociali", dispone "Le assicurazioni sociali son o disciplinate dalle

leggi speciali. In mancanza si applicano le norme del presente capo". E fra le norme di tale

capo, dichiarate applicabili anche alle assicurazioni sociali, vi sono pure quelle relative alla

formazione del contratto di assicurazione (l'art. 1887 [redacted] sull'efficacia della proposta, l'art.

1888 [redacted] sulla prova del contratto etc.) e quella relativa all'assicurazione per conto altrui o

per conto di chi spetta (art. 1891 [redacted]). Ciò significa che l'elemento qualificante di

un'assicurazione co me "sociale" non è la fonte istitutiva (o costitutiva) del rapporto

assicurativo, la quale, pertanto, non deve essere necessariamente legale o normativa,

potendo essere anche contrattuale.

Ai fini della qualificazione di un'assicurazione come "sociale" rilevano, invece, altri indici

l'obbligatorietà del rapporto assicurativo, nel senso che le parti del rapporto di lavoro non

sono libere di decidere se coprire o meno i rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività

lavorativa; la rispondenza del rapporto assicurativo ad una precipua funzione costituzionale,

riconosciuta nell'art. 38, co. 2, Cost. a tutti i lavoratori, a prescindere dalla subordinazione; il

sistema di finanziamento, caratterizzato dal versamento di contributi a carico del datore di

lavoro oppure ripartiti tra datore di lavoro e lavoratore (anche autonomo o "a convenzione"),

che rappresentano la provvista per il pagamento del "premio" versato all'assicuratore;

l'affidamento della gestione del rapporto assicurativo ad un ente pubblico o comunque che

svolge un'attività pubblicistica (come la [redacted]).

4.1.- Alla luce della necessaria ed inevitabile funzionalizzazione della polizza c.d. privata

stipulata dalla [redacted] per il perseguimento di scopi pur sempre di natura

pubblicistica, è manifestamente coerente con tale conformazione – e quindi

significativamente plausibile – l'interpretazione della polizza assicurativa e del termine

"infortunio" ivi adoperato, offerta dai giudici di merito.

Infatti, premesso che nel caso in esame la distinzione fra malattia e infortunio è rilevante,

poiché solo per il secondo la polizza copre anche il rischio di decesso dell'assicurato,

nell'accertamento e nella ricostruzione della comune intenzione dei contr aenti (art. 1362

[redacted]) il giudice deve tenere conto, fra l'altro, della natura dei soggetti che si accingono a

contrarre, degli scopi reciprocamente noti per i quali vogliono concludere il contratto,

nonché del procedimento di formazione e di conclusione d el contratto.

Nel caso in esame la Corte territoriale (così come già il Tribunale) ha evidentemente fondato

il proprio convincimento sul presupposto della natura dell'[redacted] e dell'attività istituzionale

svolta (nei termini sopra visti), dello scopo istituzionale per il quale tale ente ha stipulato la

polizza assicurativa, nonché del procedimento seguito, ossia della gara pubblica, volta

appunto a dare pubblica evidenza delle ragioni di pubblico interesse per le quali [redacted]

intendeva concludere il contratto di assicurazio ne, sia pure secondo lo strumento c.d.

privatistico della polizza per conto altrui o per conto di chi spetta, regolato – in mancanza

di leggi speciali (art. 1886 [redacted]) – dall'art. 1891 [redacted]

Alla luce di tali presupposti i Giudici d'appello (così come il Tribunale) hanno coerentemente

ritenuto che il termine "infortunio" fosse stato volutamente adoperato dai contraenti nel

significato conforme a quello espresso dal "diritto vivente" formatosi in relazione all'art. 2

D.P.R. n. 1124/1965, ossia nel significato fatto proprio dall'elaborazione giurisprudenziale

consolidata (pluridecennale) relativa al sistema dell'assicurazione obbligatoria per i

lavoratori subordinati, parimenti funzionalizzato ad un interesse pubblico. Come per i

lavoratori subordinati, infatti, anche nel caso dei medici "a convenzione" il rischio assicurato

è specifico, perché strettamente legato all'attività lavorativa, all'ambiente di lavoro

caratterizzato dall'altruità dell'organizzazione, dei mezzi di lavoro e del relativo controllo,

nonché al contatto con terzi (i pazienti e gli altri utenti del servizio sanitario pubblico).

Questa interpretazione è anche coerente con l'istituzione dell'[redacted] ed il suo scopo

istituzionale, ente e scopo rispondenti al principio costituzionale di cui all'art. 38, co. 2, Cost.,

che appunto riserva ai "lavoratori" (a prescindere dalla subordinazione) una particolare

forma di tutela contro rischi specifici, quindi una forma di tutela "qualificata" (giustificata

dalla specificità del rischio) e perciò distinta dalla generica assistenza prevista dal co. 1 del

medesimo art. 38 in favore dei soggetti non lavoratori.

4.2.- Orbene, a tal proposito questa Corte ha più volte affermato che, nell'assicurazione

obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, costituisce causa violenta (ai sensi dell'art. 2

D.P.R. n. 1124/1965) anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando

nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomo - fisiologico,

sempreché tale azione – pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo – sia in

rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa, anche in difetto di una specifica causa

violenta alla base dell'infezione, che di per sé è causa violenta (Cass. sez. lav., ord. n.

29435/2022; Cass. sez.lav., n. 9968/2005; Cass. sez. lav., n. 6899/2004; Cass. sez. lav., n.

7306/2000; Cass. sez. lav., n. 6390/1998; Cass. sez. lav., n. 3090/1992; Cass. sez. lav., n.

8058/1991; Cass. sez. lav. n. 5764/1982). Dunque, secondo il "diritto vivente", nelle

assicurazioni obbligatorie per i lavoratori dipendenti la penetrazione di un virus, un batterio

o un parassita nell'organismo umano è un fatto biologico che agisce in un preciso e

concentrato momento temporale, sicché rappresenta una causa traumatica e, dunque,

violenta.

Nel caso in esame i Giudici d'appello (e prima ancora il Tribunale) si sono limitati ad

interpretare le previsioni contrattuali – secondo cui il termine "infortunio", utilizzato nella

polizza, va inteso come "evento occorso all'assicurato dovuto a causa fo rtuita, violenta ed

esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili" (v. ricorso per cassazione,

p. 22) – dandovi un significato conforme a quello formatosi nel "diritto vivente" sopra

ricordato, in virtù del quale la "causa virulenta" è essa stessa (o equivale a) "causa violenta".

In particolare hanno ritenuto che i contraenti della polizza avessero voluto recepire, nel loro

regolamento negoziale, proprio la nozione di infortunio conforme al "diritto vivente". Si tratta

di un'interpretazio ne non implausibile, anzi significativamente plausibile, perché logica e

rigorosamente coerente con il rischio specifico – oggetto dell'assicurazione – cui sono

esposti i lavoratori assicurati (medici "a convenzione") in relazione all'attività lavorativa d a

loro prestata per un terzo (non necessariamente in regime di subordinazione). In tal senso,

dunque, si tratta di un'interpretazione conforme a diritto e alle regole ermeneutiche invocate

dalla ricorrente.

5.- Questo Collegio è consapevole del diverso convincimento espresso da altra Sezione di

questa Corte di legittimità, la quale, sempre in relazione a polizza assicurativa stipulata

dall'[redacted], ha affermato che in tema di contratto di assicurazione contro g li infortuni

mortali, ove la polizza definisca l'infortunio come un "evento dovuto a causa fortuita,

violenta ed esterna", il rischio di "morte causata da infezione" non rientra tra quelli oggetto

di copertura se la malattia infettiva non è stata provocata da un evento traumatico. A

sostegno di tale conclusione si evidenzia che, nelle assicurazioni private, le malattie e gli

infortuni sono rischi compresi in rami diversi (art. 2, co. 3, nn. 1 e 2, cod.ass.), che pertanto,

per espressa previsione di legge, non possono essere considerati omogenei, mentre

l'irrilevanza giuridica della distinzione tra i due eventi, stabilita dalla Corte costituzionale con

sentenza n. 179 del 1988, attiene esclusivamente al campo dell'assicurazione obbligatoria

contro gli infortuni sul lavoro (Cass. sez. 3, n. 3016/2025, seguita da Cass. sez. 3, n.

22774/2026).

Si tratta del principio di diritto espressamente invocato dalla società ricorrente, che appunto

cita quel precedente di questa Corte.

5.1.- Tuttavia, deve evidenziarsi che le argomentazioni di quei precedenti di legittimità non

possono essere condivise, perché, pronunciandosi su giudizi di appello in cui i giudici di

merito avevano rigettato le domande degli eredi dei medici assicurati, interpretando le

domande e valutando la fattispecie, ma non considerando i vari profili sopra esposti (ossia

natura pubblica dell'attività istituzionale dell'[redacted] e degli scopi perseguiti; carattere

obbligatorio del rapporto assicurativo in favore del med ico; rischio specifico cui è esposto

il medico proprio in conseguenza dell'attività lavorativa svolta, espressamente considerata

nella polizza), avevano limitato il proprio sindacato di legittimità solo entro rigorosi e ristretti

limiti, in virtù dei quali "non integra violazione di legge la mera contrapposizione, da parte

del ricorrente, di una propria lettura alternativa della clausola contrattuale" (Cass. sez. 3, n.

22774 cit., pag. 6, e l'ulteriore giurisprudenza di legittimità ivi citata). In tale pros pettiva si

era giunti alle determinazioni di quei precedenti, oggi non condivise.

Infatti, è pur certamente apprezzabile il rilievo per cui "Tanto la polizza infortuni, quanto la

polizza malattia indennizzano un pregiudizio alla salute. Quel che cambia tra l'una e l'altra è

la genesi di quel pregiudizio. Nell'assicurazione infortuni il pregiudizio, per patto

contrattuale, deve derivare da una "lesione" violentemente provocata ab externo ;

nell'assicurazione malattia il pregiudizio deve derivare non da un atto violento, né da una

"lesione" dell'integrità psicofisica, ma da una "alterazione patologica"" (Cass. sez. 3, n. 3016

cit., par. 1.4. della motivazione). Ma è altresì vero che, second o il "diritto vivente" di questa

sezione lavoro, sopra ricordata, la penetrazione di un virus, un batterio o un parassita

nell'organismo umano è un fatto biologico che agisce in un preciso e concentrato momento

temporale, sicché rappresenta – appunto – una causa traumatica e, dunque, violenta (Cass.

n. 5764/1982 e tutte le successive).

D'altronde, anche la polizza in esame, come si è detto, è strumento per adempiere un obbligo

istituzionale della [redacted] e quindi è un'assicurazione obbligatoria; è destinata

a proteggere l'assicurato (ossia gli iscritti obbligatoriamente all'ENPA M) non contro gli

infortuni (anche mortali) genericamente intesi, derivanti da un rischio generico, bensì

proprio contro gli infortuni sul lavoro (sia pure non subordinato, ma "a convenzione")

derivanti da un rischio specifico.

Dunque vi sono molti punti in comune con il sistema assicurativo obbligatorio del lavoro

dipendente (di cui al D.P.R. n. 1124/1965), che giustificano e rendono significativamente

plausibile l'interpretazione offerta dalla Corte territoriale nella sentenza in questa sede

impugnata.

Inoltre, è vero che nell'assicurazione di fonte contrattuale i rischi assicurati sono stabiliti

dalle parti (mentre in quella di fonte legale i rischi sono individuati ed assicurati dalla legge),

sicché il problema principale è quello di interpretazione de l contratto e non della legge e si

concentra in primo luogo sull'accertamento e sulla valutazione della comune intenzione dei

contraenti (art. 1362 [redacted]). Ma è altresì vero che, in quest'opera ermeneutica, non possono

restare irrilevanti la natura dei sogg etti che si accingono a contrarre, gli scopi

reciprocamente noti per i quali vogliono concludere il contratto, nonché il modus procedendi

della formazione e della conclusione del contratto connotato dal procedimento di evidenza

pubblica ("gara pubblica con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa" v.

supra).

Infine, il fatto che nel codice delle assicurazioni private (D.Lgs. 07/09/2005, n. 209)

l'assicurazione contro gli infortuni e quella contro le malattie costituiscano rami diversi (art.

2) è del tutto irrilevante riprendendo e condividendo un significativo passaggio della

pronunzia di questa Corte sopra ricordata (Cass. s ez. 3, n. 3016 cit., pag. 8), ai fini

dell'insorgenza degli obblighi contrattuali nulla vieta alle parti di stabilire in via pattizia cosa

debba intendersi per infortunio. E nel caso di specie la Corte territoriale ha ricostruito la

comune intenzione delle parti in modo significativamente plausibile, perché l'unica coerente

con la necessaria funzionalizzazione che assiste la predetta polizza, destinata – si ribadisce

– a tutelare non un assicurato dal rischio generico di morte per infortunio, ma un assicurato

esposto al rischio specifico derivante dal suo lavoro (sebbene "a convenzione" e non

subordinato).

Questa interpretazione è inoltre significativamente plausibile anche alla luce della

consapevolezza che la compagnia assicuratrice certamente aveva di questa destinazione

funzionale della polizza, poiché ha stipulato il contratto con l'[redacted] rendendosi

aggiudicataria della gara pubblica, all'inizio della quale era stata data pubblica evidenza

degli scopi pubblicistici per cui la fondazione si accingeva a contrarre.

6.- Con il terzo motivo, proposto ai sensi dell'art. 360, co. 1, n. 3), c.p.c. la società ricorrente

lamenta la falsa applicazione degli artt. 1362, 1368, 1370 e 1891 [redacted]

Il motivo è inammissibile, perché la Corte territoriale non ha utilizzato l'argomento fondato

sull'art. 1370 [redacted], che invece era stato utilizzato dal Tribunale. Anzi, richiamando

espressamente la giurisprudenza penale, i Giudici d'appello hanno dichiaratamente escluso

la necessità di applicare l'art. 1370 [redacted] Mancando, dunque, una statuizione sul punto, il

motivo si rivela inammissibile per inesistenza del suo oggetto.

Per gli altri profili di censura valgano le argomentazioni e le ragioni sopra esposte in

relazione al secondo motivo.

7.- Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo.

8.- In caso di diffusione dovrà essere omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati

identificativi del controricorrente e della de cuius sopra indicata, coinvolta nel presente

giudizio, ai sensi dell'art. 52 D.Lgs. n. 196/2003.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso; condanna la ricorrente a rimborsare al controricorrente le spese

del presente giudizio di legittimità, che liquida in Euro 5.500,00, oltre Euro 200,00 per

esborsi, oltre rimborso forfettario delle spese generali e accessori di legge.

Dà atto che sussistono i presupposti processuali per il versamento, da parte della

ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, ai sensi dell'art. 13, co. 1

quater, D.P.R. n. 115/2002 pari a quello per il ricorso a norma dell'art. 13, co. 1 bis, D.P.R.

cit., se dovuto.

In caso di diffusione dispone che sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati

identificativi del controricorrente e della sua de cuius, ai sensi dell'art. 52 D.Lgs. n.

196/2003.

Così deciso in Roma l'1 ottobre 2026.