



SENTENZA N. 314/2024

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO



LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE

CAMPANIA

In composizione monocratica nella persona del dott.
Gabriele Pepe ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nel giudizio iscritto al **71716** R.G., su ricorso depositato
in data 13.3.2019 ad istanza di **(omissis)**, rappresentato
e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. Clementina
Ambrosino e con la stessa elettivamente domiciliato
presso lo Studio dell'avv. Luciana Rossi in Napoli, via
Posillipo n. 66/21 (pec:
avvclementinaambrosino@puntopec.it)

contro

- **CORTE DEI CONTI**, in persona del legale rapp.te p.t.,
con sede in Roma viale G. Mazzini n. 105

nonché contro

- **MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**, in
persona del Ministro p.t., rappresentato e difeso,
congiuntamente e disgiuntamente, dalla dott.ssa

	Valentina Gemignani, dalla dott.ssa Sara Salimbene,	
	dirigente, dai dott.ri Olga Figurelli e Mauro Santoro ed	
	elettivamente domiciliato in Napoli presso la Ragioneria	
	Territoriale dello Stato, via Lauria n. 80 (pec:	
	dcst.dag@pec.mef.gov.it)	
	avverso	
	il decreto del dirigente generale della Corte dei conti n.	
	174 del 25.2.2009 notificato il 30.3.2009;	
	per il riconoscimento	
	del diritto al trattamento di pensione privilegiata per	
	infarto del miocardio e successivo aggravamento, oltre	
	rivalutazione monetaria ed interessi legali;	
	Visti l'atto introduttivo del giudizio, gli altri atti e	
	documenti di causa;	
	Rilevata la costituzione in giudizio del Ministero	
	dell'Economia e delle Finanze in data 5.12.2021.	
	FATTO	
	- l'odierno ricorrente, già dipendente del Ministero delle	
	PPTT in posizione di comando presso la Corte dei conti	
	dal mese di giugno 1988 e dal gennaio 1993 transitato	
	nei rispettivi ruoli, risulta attualmente in pensione;	
	- nel corso degli anni svolgeva plurime attività presso	
	differenti sedi della Corte, anche distanti dalla propria	
	residenza, a fronte di condizioni di salute in progressivo	
	peggioramento;	
	2	

- nello specifico, in data 18.1.2007, all'esito di giornata lavorativa, accusava nella propria abitazione acuti dolori al torace che imponevano il trasporto in ospedale ove gli veniva diagnosticato un infarto in corso trattato con PTCA;

- a seguito di tale episodio, il ricorrente riprendeva il proprio lavoro svolgendo sia mansioni proprie della qualifica a lui assegnata, sia ulteriori e sempre più gravosi incarichi;

- ritenendo la suddetta infermità e/o patologia dipendente da fatti e/o eventi di servizio, in data 9.7.2007, chiedeva formalmente alla Corte dei conti il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio ai fini della concessione di pensione privilegiata;

- con verbale del 17.10.2007, la preposta Commissione Medica, a seguito di visita diretta dell'interessato, esprimeva parere favorevole in ordine al riconoscimento della dipendenza da causa di servizio dell'accertata infermità "*ima non q trattato con stent*" con ascrivibilità della menomazione alla tabella A della categoria 5^;

- nonostante ciò, il Ministero dell'Economia - Comitato di Verifica per le Cause di Servizio - con delibera dell'8.10.2008 riteneva che l'infermità del (omissis) non potesse riconoscersi dipendente da fatti di servizio;

- avverso il parere negativo del predetto Comitato, il

	ricorrente con atto del 1.12.2008 faceva pervenire	
	proprie osservazioni allegando relazione medico-legale ai	
	fini dell'accoglimento della propria istanza;	
	- con decreto del 25.2.2009, oggetto del presente ricorso,	
	notificato al ricorrente in data 30.3.2009, la Corte dei	
	conti respingeva l'istanza presentata dal (omissis)per il	
	riconoscimento della dipendenza da causa di servizio	
	dell'infermità denunciata;	
	- a seguito di domanda d'invalidità avanzata il	
	10.4.2007, la Commissione Medica presso l'INPS, con	
	verbale del marzo 2008, riconosceva il ricorrente	
	<i>"invalido con riduzione permanente della capacità</i>	
	<i>lavorativa del 67%";</i>	
	- successivamente, le condizioni di salute del	
	(omissis)venivano a peggiorare sì da render necessario,	
	nel mese di novembre 2011, un ricovero d'urgenza per	
	<i>"angina pectoris"</i> con intervento nel maggio di 2012,	
	seguito da ricovero per pregresso infarto acuto del	
	miocardio- pregressa angioplastica coronarica e	
	cardiopatía ipertensiva e dislipidemia mista;	
	- a fronte di persistente dispnea e angina da sforzo,	
	stenia, cefalea e dolori articolari diffusi, il ricorrente si	
	sottoponeva nuovamente a visita per l'accertamento	
	dell'invalidità civile e la Commissione medica	
	competente, con verbale del 27.4.2015, lo riconosceva	
	4	

	invalido con riduzione permanente della capacità	
	lavorativa pari all'80% con limitazioni funzionali dei	
	movimenti articolari;	
	- a seguito di ulteriore aggravamento della patologia	
	accertata, nell'anno 2016 il ricorrente veniva dichiarato	
	totalmente inabile al lavoro e posto in stato di quiescenza	
	per inabilità totale a far data dal 25.11.2016;	
	- con il ricorso in epigrafe il (omissis)ha domandato,	
	previa impugnativa del decreto negativo sopra	
	menzionato, il riconoscimento della pensione privilegiata	
	per l'inabilità al lavoro conseguente all'accertata	
	infermità cardiaca, oltre rivalutazione monetaria ed	
	interessi legali;	
	- con memoria del 5.12.2021, si è costituito in giudizio il	
	Ministero dell'Economia e delle Finanze eccependo,	
	pregiudizialmente, il difetto di giurisdizione di questa	
	Corte e preliminarmente l'inammissibilità della domanda	
	per carenza di previa istanza in sede amministrativa;	
	sempre in via preliminare, ha chiesto l'estromissione dal	
	giudizio per difetto di legittimazione passiva; nel merito	
	ha domandato, in via principale, il rigetto del ricorso per	
	infondatezza ed in via subordinata, l'espletamento di	
	apposita CTU medico-legale per l'accertamento del	
	requisito sanitario;	
	- con note difensive dell'11.1.2022, parte ricorrente ha	

	Hettiyakandage per il MEF - RTS di Napoli si sono	
	riportati agli atti depositati ed alle rispettive conclusioni;	
	- la causa è stata trattenuta per la presente decisione.	
	DIRITTO	
	1. La questione oggetto di scrutinio riguarda	
	l'accertamento della dipendenza da causa di servizio	
	delle infermità lamentate dal ricorrente ai fini del	
	riconoscimento del diritto al trattamento di pensione	
	privilegiata per infarto del miocardio e successivo	
	aggravamento.	
	2. Con ordinanza n. 21/2022, del 17.2.2022, questo	
	Giudice ha chiesto all'UML presso il Ministero della	
	Salute di formulare motivato parere medico-legale sul	
	seguente quesito: <i>"1) dipendenza o meno da causa o</i>	
	<i>concausa di servizio dell'accertata infermità cardiaca del</i>	
	<i>sig. (omissis) individuata in "ima non q trattato con stent";</i>	
	<i>2) in caso di riconoscimento, classifica di pensione da</i>	
	<i>ascrivere alla predetta infermità".</i>	
	Al riguardo, l'incaricato organo peritale, riunitosi in	
	collegio medico integrato da un esperto in cardiologia, ha	
	convocato ritualmente le parti in data 21.9.2023 e	
	sottoposto a visita diretta l'odierno ricorrente assistito	
	dal CTP dott (omissis). Nessuno presente per le	
	Amministrazioni convenute.	
	Dopo aver esaminato, la documentazione,	

amministrativa e sanitaria, in atti, ha ricostruito la
 vicenda nei termini che seguono: Il (omissis), già
 dipendente del Ministero delle Poste e Telecomunicazioni
 risultava in posizione di comando presso la Corte dei
 conti Sez. Giurisdizionale per il Molise dal mese di giugno
 1988. Dal gennaio 1993 transitava nei rispettivi ruoli
 amministrativi della Corte dei conti. In data 18.1.2007,
 avendo accusato precordialgie, veniva trasportato presso
 l'A.O. Rummo di Benevento ove gli veniva diagnosticato
 un infarto acuto del miocardio nonQ che veniva trattato
 con PTCA. Ritenendo tale infermità dipendente da causa
 di servizio, in data 9.7.2007 chiedeva alla Corte dei conti
 il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio
 ai fini della concessione di pensione privilegiata. Con
 verbale del 17.10.2007, la preposta Commissione
 medica, a seguito di visita diretta dell'interessato,
 esprimeva la seguente diagnosi "*Ima nonQ trattato con
 stent*" con ascrivibilità dell'infermità alla 5^ ctg. Tab. A.
 Il Ministero dell'Economia - Comitato di Verifica per le
 cause di servizio con delibera dell'8.10.2008 riteneva che
 l'infermità del (omissis) non potesse riconoscersi
 dipendente da fatti di servizio. Avverso il parere negativo
 del predetto Comitato, il ricorrente in data 1.12.2008
 faceva pervenire proprie osservazioni allegando relazione
 medico-legale ai fini dell'accoglimento della propria

istanza. Il CMV ribadiva il parere negativo. Con decreto del 25.2.2009, oggetto del presente ricorso, veniva respinta la domanda.

A seguito di visita diretta, l'organo peritale diagnosticava, a carico, *“cardiopatìa ischemica cronica in soggetto sottoposto a PTCA con stent, dislipidemico, iperteso, ed ex fumatore”*.

Ciò premesso, formulava le seguenti considerazioni: *“la cardiopatìa ischemica, di cui l'infarto del miocardio e l'angina pectoris sono la tipica espressione clinica, riconosce come patogenesi una insufficiente irrorazione del miocardio per riduzione del flusso ematico coronarico, a sua volta derivante da restringimento o subocclusione del lume vasale per fatti ateromatosi dell'intima della parete arteriosa. L'ateromatosi vasale deriva a sua volta da una etiologia multifattoriale: familiarità, obesità, iperlipidemia, diabete mellito, ipertensione arteriosa, abitudini voluttuarie (fumo di sigarette, abuso di caffè) ed infine particolari condizioni di stress psico-fisico. Va ricordato tuttavia che nel determinismo di episodi ischemici, lo stress deve essere continuo, intenso, fonte di patema per l'individuo, assorbente sotto il profilo psichico e fisico, aspetto non riconducibile nell'ambito di qualsivoglia attività lavorativa e tale da poter assurgere a vero e proprio fattore usurante per il muscolo cardiaco e la*

funzione circolatoria. Per quanto concerne le mansioni svolte, sia pure con dedizione e attaccamento al lavoro, presso la Corte dei Conti sez. giur.le per la Reg. Molise, queste non appaiono intrise di particolari connotazioni stressanti. (...) Né risulta che il ricorrente effettuasse mansioni di tipo giuridico-decisionale, ma solo di tipo esecutivo. Né l'aver partecipato a corsi di formazione o l'aver imparato/studiato nozioni di informatica per l'espletamento delle proprie funzioni può rappresentare oggettivamente un fattore di stress psico-fisico. Ciò posto, non si può non osservare che, pur tenendo presente che la risposta individuale ad un evento stressante è in rapporto alla percezione dei livelli di allarme che l'evento pone al singolo individuo, dovendosi quindi ammettere una componente soggettiva dello stress, nella fattispecie di cui si discute si devono evidenziare quegli aspetti insiti negli eventi lavorativi che possano obiettivamente e comunemente ammettersi idonei a procurare uno stato di stress, che qui non sono effettivamente presenti. Nel caso in esame si osserva che nell'attività svolta dal (omissis) non possono rilevarsi condizioni eccedenti le attribuzioni connesse alla sua qualifica e comunemente richieste nell'espletamento dell'attività lavorativa in relazione alla formazione culturale e professionale della categoria. Non risulta inoltre l'esposizione a particolari

eventi eccezionali o eccedenti il servizio che possano essere considerati “psicotraumatizzanti” e capaci di determinare lo stato di stress come risposta psicofisica tale da indurre un danno funzionale organico. In conclusione, non è possibile ammettere che le mansioni svolte possano assurgere a fattore di rischio concausale nella genesi dell’affezione in esame che si è manifestata in un soggetto con preminenti fattori di rischio endogeni quali l’ipercolesterolemia e l’ipertensione ed esogeni quali l’abuso tabagico”.

2.1. Nel corso delle operazioni peritali, il legale del ricorrente, con nota del 13.12.2023, formulava osservazioni critiche nei termini che seguono: *“il sig. (omissis) ha sempre svolto mansioni diverse/superiori rispetto alla qualifica. Inoltre, compiva molti chilometri al giorno, circa 150, per raggiungere e tornare dalla sede di lavoro, in quanto espressamente autorizzato. Il servizio, pertanto ha rappresentato un fattore concausale importante nella genesi della malattia coronarica monovasale riscontrata alla coronografia per la quale è stato sottoposto ad angioplastica con PTCA”*). Aggiungeva che lo svolgimento di dette mansioni, talvolta diverse e/o superiori rispetto alla qualifica, risultasse provato dai contestuali ordini di servizio allegati al ricorso. Peraltro, sottolineava come uno dei fattori stressogeni di maggior

	rilievo, fosse rappresentato dal fatto che il paziente,	
	espressamente autorizzato dalla propria	
	Amministrazione, si vedesse quotidianamente costretto a	
	percorrere circa 150 km in auto, dalla propria abitazione	
	al posto di lavoro e ritorno, con tutte le possibili	
	condizioni metereologiche (anche le più avverse attesa la	
	localizzazione geografica delle due località) e di traffico.	
	Reputava, quindi, innegabile che tale condizione,	
	ripetuta quotidianamente (dal lunedì al venerdì di ogni	
	settimana) e protratta nel tempo (ovvero per un periodo	
	di circa 20 anni), avesse costituito fonte di elevatissimo	
	stress psico-fisico; a riprova di ciò, la circostanza che	
	l'infarto miocardico del 19.1.2007 si è clinicamente	
	manifestato, (anche se probabilmente già in corso da	
	diverse ore), con necessità di immediato ricovero	
	ospedaliero e tempestivo trattamento terapeutico,	
	proprio al ritorno del (omissis)presso la propria	
	abitazione, al termine dell'attività lavorativa quotidiana e	
	del relativo, lungo e tortuoso, percorso in auto. È stato	
	evidenziato dalla ricerca inglese IMC Research che la	
	guida può avere un'influenza nefasta sull'organismo, e	
	sull'equilibrio psico-fisico del soggetto, fino a provocare	
	lo sviluppo di una vera e propria patologia psico-fisica,	
	talmente seria e invalidante da condurre, nel tempo, a	
	danni fisici e psicologici. È scientificamente provato che,	
	12	

a seguito dell'esposizione di circa 20 minuti ad una situazione di traffico sostenuto i livelli di cortisolo, l'ormone dello stress, aumentano in modo esponenziale ed in particolare nel genere maschile. Si assiste alla modificazione dei parametri fisiologici già dopo la soglia della mezz'ora (aumento della pressione sanguigna, incremento della frequenza respiratoria e alterazione del battito cardiaco); è in questa situazione che il corpo si prepara per quella che viene definita come reazione di "fight or flight". In sostanza ci si mette in allarme, in modo inconscio, e ci si prepara ad affrontare un pericolo. Ritene che tali meccanismi fisiopatologici, si siano più volte messi in atto, ripetendosi indefinitamente nel tempo, anche nel caso del (omissis), e che siano da considerarsi preminenti rispetto ad altri possibili fattori di rischio per patologia cardiaca ischemica. Inoltre, il (omissis) all'epoca del fatto (anno 2007) era ex fumatore da circa 10 anni.

Precisava poi che: *“la cardiopatia ischemica è una malattia caratterizzata da un ridotto apporto di sangue al muscolo cardiaco per l'ostruzione o il restringimento dei vasi coronarici. Le due principali forme cliniche della malattia sono rappresentate dall'angina e dall'infarto. L'angina pectoris è caratterizzata da un afflusso ematico al cuore non adeguato alle momentanee esigenze*

metaboliche con conseguente scarsa ossigenazione del miocardio. In genere, essa è sostenuta da una occlusione parziale del vaso coronarico che in condizioni di riposo può anche non compromettere il normale funzionamento del muscolo cardiaco ma che non riesce a soddisfare le richieste di ossigeno quando queste aumentano. Nell'infarto, invece, l'occlusione del vaso coronarico è completa con assenza di ossigenazione del tessuto cardiaco a valle dell'occlusione e necrosi dello stesso. Fattori di rischio predisponenti allo sviluppo della malattia sono la familiarità, l'ipertensione arteriosa, il fumo di sigaretta, l'ipercolesterolemia, l'assenza di attività fisica e lo stress. La malattia è più frequente nel sesso maschile e aumenta con l'età. Il restringimento del vaso coronarico, che è alla base della ischemia miocardica, può essere di natura organica, come nel caso della aterosclerosi coronarica, ma può essere anche di natura funzionale come nel caso dello spasmo coronarico. Lo spasmo coronarico è ritenuto la causa più frequente della cosiddetta angina primaria, quella angina cioè, non legata allo sforzo fisico, che si manifesta spesso a riposo o per sforzi lievi in soggetti che in genere tollerano sforzi fisici di entità anche considerevole. Lo stress mentale, la depressione, l'ansia sono stati in molti studi associati ad un maggior rischio di sviluppo di malattia coronarica così

come è stato osservato che la depressione condiziona sfavorevolmente il decorso delle cardiopatie. Jiang in una recentissima review di molti studi condotti sulla associazione tra depressione e cardiopatie, ha focalizzato l'attenzione sulla ischemia miocardica indotta dallo stress mentale. Tramite monitoraggio elettrocardiografico ambulatoriale si è visto che l'ischemia miocardica è fenomeno transitorio di frequente riscontro nella vita quotidiana, si verifica in genere in coincidenza con bradicardia, è del tutto silente e asintomatica, non sottende necessariamente una intensa attività fisica ed in genere si verifica in occasione di emozioni negative. Lo stress mentale ha la capacità di provocare, in pazienti affetti da cardiopatia ischemica documentata, una ischemia miocardica per molti aspetti diversa da quella indotta dallo sforzo fisico. Infatti, il più delle volte è silente e raramente induce conclamati segni elettrocardiografici. Lo stress mentale, inoltre, si accompagna ad alterazioni della funzione ventricolare sinistra che sono più frequenti e più marcate e, al contrario dello sforzo fisico, induce un più spiccato incremento della pressione diastolica a fronte di un modesto incremento della frequenza cardiaca. Il meccanismo d'azione con cui lo stress mentale indurrebbe l'ischemia miocardica sarebbe rappresentato da una vaso-costrizione coronarica transitoria epinefrina-indotta.

Dunque, sono ormai numerosi i dati di letteratura che depongono per una significativa correlazione tra stress occupazionale e cardiopatia ischemica suggerendo che lo stress è in grado di predisporre, scatenare o aggravare tale malattia fino all'infarto miocardico acuto. La patologia si osserva soprattutto in quelle situazioni in cui le condizioni stressanti tendono a persistere nel tempo, ed in cui si registrano carichi di lavoro eccessivi, scarsa capacità di controllo, mancanza di supporto sociale, alta conflittualità, organizzazione che interferisce con i ritmi biologici (lavori a turni). Altrettanto rischiose sono le occupazioni in cui è richiesto un elevato livello attentivo, vi è elevata responsabilità verso gli altri o sono richieste decisioni immediate, in cui l'errore può rivelarsi catastrofico. In sostanza, è posto l'accento sull'organizzazione lavorativa, evidenziando carichi di lavoro decisamente pesanti e ritmi elevati e sugli aspetti emozionali individuali legati al grado di responsabilità ed alla gravità delle conseguenze dell'errore; inoltre, la comparsa della malattia coronarica, in assenza di qualsivoglia fattore di rischio extra-lavoro ed in stato di completo benessere enfatizza il ruolo causale dello stress nel determinismo della patologia. La cardiopatia ischemica stress-correlata, quindi, è patologia non tabellata ed in quanto tale, la tutela previdenziale è

disciplinata dalla sentenza della CC 179/88. Secondo i principi giurisprudenziali che sottendono alla suddetta sentenza, la malattia può essere riconosciuta di natura professionale laddove sia dimostrato, se non con certezza quantomeno con elevata probabilità, il legame eziopatogenetico con lo stress occupazionale. Il riconoscimento dell'origine professionale della cardiopatia ischemica, quindi, deve necessariamente procedere per gradi e soddisfare tutti i requisiti imposti dalla criteriologia medico-legale che caratterizza il nesso di causa. La ricostruzione del nesso di causa si snoda attraverso i due binari fondamentali rappresentati dalla valutazione del rischio e dalla diagnosi di malattia. La valutazione del rischio prevede in primis l'anamnesi lavorativa dettagliata mirata a valutare il lavoro svolto nel suo complesso con riguardo agli aspetti organizzativi, gestionali, carichi, competenze, etc.; è importante l'acquisizione della documentazione tecnico-sanitaria, che va richiesta al datore di lavoro, comprendente il DVR e la scheda sanitaria e di rischio dell'assicurato. Per le peculiarità già ampiamente descritte del rischio stress-correlato è raccomandato l'espletamento di una indagine ispettiva che permetterà di acquisire dati oggettivi circa l'organizzazione aziendale, le caratteristiche del lavoro, le dinamiche relazionali, e così via. La diagnosi di malattia

comprende l'anamnesi familiare e personale volta ad individuare eventuali fattori di rischio extra-lavoro.

L'anamnesi patologica remota e prossima dovrà essere integrata dall'acquisizione di tutta la documentazione sanitaria utile per escludere eventuali patologie preesistenti.

Meritevoli di attenta considerazione sono gli esiti degli accertamenti strumentali effettuati in occasione delle prime prestazioni sanitarie erogate. Più specificamente la negatività del test ergometrico o l'assenza di circoli collaterali alla coronarografia sono due elementi cogenti per escludere sofferenza miocardica cronica. La visita medico-legale dovrà avvalersi della consulenza specialistica cardiologica ed altrettanto importante sarà anche la valutazione psicologica integrata da test psicometrici per escludere patologie preesistenti. Il riconoscimento di una relazione causale tra stress occupazionale e cardiopatia ischemica sicuramente oggi necessita ancora di una attenta valutazione caso per caso, trattandosi di un argomento che abbisogna di ulteriori approfondimenti, ma le evidenze scientifiche sono tali da far ritenere il fenomeno tra i più interessanti per il prossimo futuro”

Concludeva che per il (omissis)i fattori occupazionali, in particolare lo stress lavoro-correlato, così come

ampiamente comprovati anche dal punto di vista documentale, avessero costituito fattore causale o quanto meno concausale preponderante nel determinismo della patologia cardiaca (cfr. *“IMA non Q trattato con stent”*) insorta nel novembre dell’anno 2007. e che, pertanto, detta patologia fosse da considerarsi riconducibile a causa di servizio ed ascrivibile alla *“V categoria tabella A delle infermità da causa di servizio”*. Nel fornire puntuale riscontro alla illustrata nota difensiva, l’UML presso il Ministero della Salute osservava che: *“lo svolgimento di mansioni superiori autorizzate non vuol dire che la guida fosse attività di servizio e certamente nelle mansioni svolte dal ricorrente non possono essere annoverate quelle di autista”*, sicché *“non è possibile ammettere che le mansioni svolte possano assurgere a fattore di rischio concausale nella genesi dell’affezione in esame che si è manifestata in un soggetto con preminenti fattori di rischio endogeni quali l’ipercolesterolemia e l’ipertensione ed esogeni quali l’abuso tabagico. Decade pertanto il quesito in merito alla classifica”*. Concludeva negando la sussistenza di un nesso causale determinante tra l’attività di servizio e l’infermità cardiaca in diagnosi.

3. Le valutazioni compiute in questa sede dall’UML presso il Ministero della Salute risultano condivisibili in

	quanto prive di vizi logici e supportate da esauriente e	
	congrua motivazione; né altri elementi per un diverso	
	convincimento possono desumersi da quanto dedotto ed	
	eccepito dal legale ricorrente nei propri scritti difensivi in	
	particolare a mezzo osservazioni del proprio consulente	
	alla bozza peritale del 13.12.2023 in cui il medesimo ha	
	genericamente contestato gli esiti della CTU, con	
	argomentazioni inidonee a porne in discussione l'iter	
	argomentativo; peraltro, l'incaricato UML, già in sede di	
	operazioni peritali, aveva ad esse puntualmente replicato	
	in modo coerente e circostanziato. Né ulteriori elementi	
	sono desumibili dalle successive note difensive	
	depositate dal ricorrente in data 20.5.2024.	
	4. Alla stregua dei motivi illustrati, questo Giudice	
	respinge il formulato ricorso sul presupposto che	
	l'accertata infermità cardiaca a carico di (omissis) non	
	risulti dipendente da causa di servizio.	
	5. Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come	
	da dispositivo.	
	P.Q.M.	
	La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione	
	Campania, in qualità di Giudice unico delle pensioni,	
	definitivamente pronunciando:	
	1. Respinge il ricorso;	
	2. Condanna parte soccombente al pagamento, in favore	

[illegible]