

SENTENZA N. 55/2025



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, in funzione di Giudice unico delle pensioni, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio iscritto al **73037** R.G., su ricorso depositato in data 21.10.2015 ad istanza di **(omissis)**, (c.f. (omissis) nella qualità di coniuge superstite del defunto (omissis) rappresentata e difesa, giusta procura in atti, dall'avv. Enrico Tedeschi ed elettivamente domiciliata presso il suo Studio in Avellino, via Circumvallazione n. 24 (pec: enrico.tedeschi@avvocatiavellinopec.it)

contro

- MINISTERO DELL'INTERNO, - Dipartimento Vigili del Fuoco -, in persona del Ministro p.t, con sede in Piazza del Viminale n. 1, rappresentato e difeso dal proprio Direttore centrale dott. Marsilio (pec: riu.contentzioso@cert.vigilfuoco.it)

nonché contro

	- INPS , in persona del Presidente p.t., con sede in Roma,	
	via Ciriaco De Mita n. 21, rappresentato e difeso, in virtù	
	di procura generale alle liti Rep. n. 77778 del 23.12.2011	
	del notaio Paolo Castellini di Roma, dall'avv. Gianluca	
	Tellone e con il medesimo domiciliato presso il	
	Coordinamento Regionale Legale INPS della Campania in	
	Napoli, via Medina n. 61 (pec:	
	avv.gianluca.tellone@postacert.inps.gov.it)	
	per il riconoscimento	
	del diritto alla corresponsione della pensione privilegiata	
	indiretta, prima categoria, tabella A, unitamente agli	
	arretrati, con interessi e rivalutazione e vittoria di spese;	
	Visti il ricorso introduttivo e gli altri atti di causa;	
	Rilevata la costituzione in giudizio del Ministero	
	dell'Interno con comparsa del 7.2.2022;	
	Rilevata la costituzione in giudizio dell'INPS con	
	memoria del 6.4.2022.	
	FATTO	
	(omiossis), coniuge e dante causa dell'odierna ricorrente,	
	si è arruolato in data 3.4.1991 nel Corpo dei Vigili del	
	Fuoco, dopo aver svolto il servizio militare come Vigile	
	ausiliario di leva dal 6.4.1988 al 4.4.1989;	
	- successivamente al Corso di Addestramento presso la	
	S.C.A. di Roma, il (omissis) veniva assegnato prima al	
	Comando Vigili del Fuoco della Valle d'Aosta, e poi al	
	2	

	Comando Provinciale VVFF di Avellino fino al decesso	
	avvenuto il 14.4.2015;	
	- in data 13.10.2015, (omissis), in qualità di coniuge	
	superstite, presentava istanza di riconoscimento della	
	dipendenza da causa di servizio ai fini della concessione	
	della pensione privilegiata, con equo indennizzo del	
	decesso del congiunto;	
	- in data 12.11.2015, la Commissione Medica	
	Ospedaliera di Bari, con verbale modello BL/B n. 2094,	
	esprimeva il seguente giudizio diagnostico: “ <i>Obesità con</i>	
	<i>dislipidemia. Disturbo del metabolismo glicolipidico.</i>	
	<i>Shock cardiogeno. Exitus”;</i>	
	- con successiva domanda del 25.11.2015, la	
	(omissis)richiedeva all’INPS di Avellino pensione indiretta	
	di privilegio per le patologie: “ <i>Obesità con dislipidemia.</i>	
	<i>Disturbo del metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno.</i>	
	<i>Exitus. Protrusione discale L4-L5 e 35-S1”;</i>	
	- con delibera n. 524, del 25.11.2016, il Comitato di	
	Verifica per le Cause di Servizio, ha ritenuto che:	
	l’infermità “ <i>Obesità con dislipidemia. Disturbo del</i>	
	<i>metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno. Exitus. ...</i>	
	<i>NON può riconoscersi dipendente da causa di servizio in</i>	
	<i>quanto trattasi di affezione la cui etiopatogenesi, secondo</i>	
	<i>gli attuali orientamenti scientifici, deve individuarsi in</i>	
	<i>fattori di ordine costituzionale e legata a individuali</i>	

	- con comparsa del 6.4.2022, l'INPS ha eccepito	
	l'insussistenza dei presupposti di cui all'art. 92 d.p.r. n.	
	1092/1973;	
	- alla pubblica udienza del 13.1.2023, l'avv. Assante di	
	Cupillo ha chiesto CTU medica concludendo come in atti;	
	l'avv. Tellone si è, invece, riportato alle argomentazioni	
	dei propri scritti; la dott.ssa Imparato, per il Ministero	
	della Difesa, ha insistito per l'accoglimento delle	
	conclusioni rassegnate nella propria memoria;	
	- con ordinanza n. 18/2023, del 23.1.2023, questo	
	Giudice richiedeva all'UML presso il Ministero della	
	Salute in Roma un parere medico-legale sui seguenti	
	quesiti: <i>“dipendenza o meno da causa di servizio delle</i>	
	<i>infermità “obesità con dislipidemia. Disturbo del</i>	
	<i>metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno. Exitus” e</i>	
	<i>“protusione discale L4-L5 e 35-S1”, a carico di De Fazio</i>	
	<i>Antonio ai fini del riconoscimento del trattamento</i>	
	<i>pensionistico privilegiato indiretto in favore del coniuge</i>	
	<i>superstite (omissis). In caso affermativo indicare categoria</i>	
	<i>di ascrizione”;</i>	
	- in data 17.7.2024 perveniva a questa Sezione il	
	richiesto parere medico-legale;	
	- all'odierna udienza, presenti l'avv. Gianpiero Galasso,	
	per delega orale del difensore costituito, per la ricorrente	
	e l'avv. Gianluca Tellone per l'INPS. Entrambe le parti si	
	5	

sono riportate alle proprie difese, concludendo come in
atti;

- la causa è stata trattenuta per la presente decisione.

DIRITTO

1. Il presente giudizio verte sull'accertamento della dipendenza da causa di servizio di due patologie a carico del dante causa (omissis) ai fini del riconoscimento di pensione privilegiata indiretta a beneficio della coniuge (omissis).

2. Ai fini dell'accertamento del requisito sanitario, con ordinanza n. 18/2023, del 23.1.2023, questo Giudice richiedeva un parere medico-legale che l'UML presso il Ministero della Salute formulava e trasmetteva in data 17.7.2024.

Al riguardo, l'incaricato collegio medico, esaminata la documentazione amministrativa e sanitaria in atti ed esperite le operazioni peritali in data 28.5.2024, affermava che: *“Appare utile rammentare che, ai sensi dell'art. 64 del D.P.R. n. 1092/1973 (Approvazione del testo unico delle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti civili e militari della Stato), “le infermità o le lesioni si considerano dipendenti da fatti di servizio solo quando questi ne sono stati causa ovvero concausa efficiente e determinante”. Sempre ai sensi del citato art.*

64 i “fatti di servizio sono quelli derivanti dall’adempimento degli obblighi di servizio”.

Per causa, in medicina legale, si intende quella condizione necessaria e sufficiente perché si verifichi un evento. La necessità indica che senza di essa l’effetto non si produce e la sufficienza rappresenta l’intrinseca attitudine a produrre da solo l’effetto.

Per concausa si intende quella condizione abnorme necessaria ma non sufficiente da sola perché si verifichi un evento, ossia concorre con evidente concretezza ed adeguata intensità, unitamente alle altre, nel determinismo dell’effetto; ai fini del riconoscimento della dipendenza da causa di servizio assume valore giuridico solo la concausa efficiente e determinante, ovvero quella condizione che, tra tutte le concause, ha contribuito in modo prevalente rispetto ai fattori estranei al servizio a determinare l’infermità, assumendo nel processo patogenetico un ruolo preponderante e necessario.

L’occasione è invece una condizione non necessaria e non sufficiente, poiché è sprovvista di capacità lesiva. Si identifica nella sproporzione tra la esiguità dell’azione e la gravità dell’effetto, nella sua genericità e nella sua sostituibilità con qualche altra condizione. Ed in punto di dipendenza da causa di servizio non può valere il criterio di “non potersi escludere”, atteso che per giurisprudenza

costante certamente non risulta sostanziare evidenza di relazione causa/concausale efficiente e determinante.

Si deve necessariamente evidenziare che, vertendosi in ambito p.p.o. è in carico al ricorrente l'onere della prova circa la dipendenza da causa di servizio delle affezioni richieste e che il parere medico legale espresso nel merito deve essere improntato su parametri di almeno sufficiente probabilità, non essendo idonei criteri meramente possibilistici ovvero presuntivi.

Ciò posto, appare opportuno fornire alcuni elementi clinici di ordine generale sulla eziopatogenesi dell'infermità oggetto del ricorso.

Per cardiopatia ischemica si intende una patologia caratterizzata da ridotto apporto di sangue e quindi di ossigeno al miocardio, ovvero al tessuto muscolare del cuore, dovuta nella stragrande maggioranza dei casi alla aterosclerosi delle coronarie. L'aterosclerosi è un processo degenerativo delle arterie, caratterizzato dalla alterazione della anatomia dell'intima (la porzione interna di un vaso), con infarcimento fibroso e lipidico che si ispessisce nel tempo, tanto da formare ateromi (dal greco "poltiglia") ovvero ispessimenti o placche, più o meno debordanti nel lume, che provocano un progressivo restringimento del vaso, con conseguente riduzione del flusso ematico e mancanza di ossigeno ai tessuti (ischemia). Le placche

aterosclerotiche predispongono poi alla formazione di trombi che vanno ad occludere il lume del vaso per cui i tessuti irrorati dall'arteria occlusa vanno incontro a necrosi. Nel caso di occlusione di una arteria coronarica la conseguenza è l'infarto acuto del miocardio.

L'aterosclerosi riconosce una genesi multifattoriale. I principali fattori di rischio della patologia sono rappresentati da: fattori causali individuali non modificabili (la familiarità, il sesso, l'età, la razza) e modificabili, ovvero le abitudini di vita (tabagismo, alimentazione eccessiva, eccessivo uso di stimolanti quali caffeina, sedentarietà, carattere); presenza d'altre patologie (ipertensione arteriosa, diabete, dislipidemia, obesità, alterazioni dell'aggregabilità piastrinica o dei fattori circolanti della coagulazione). Relativamente poi al ruolo dello "stress" nella genesi o nell'evoluzione della cardiopatia ischemica possono poi valere alcune ulteriori considerazioni generali. Lo stress, che può essere acuto o cronico, può comportare attivazione del sistema nervoso simpatico e liberazione di catecolamine (ormoni del surrene) con aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa sistemica, iperaggregabilità piastrinica. Per stress acuto si può intendere una particolare situazione, eccezionale, che genera nel dipendente una reazione acuta, con una serie di eventi

cardiocircolatori repentini, tali da far precipitare una situazione emodinamica precaria (esempio la rottura di una placca ateromasica con il conseguente infarto acuto del miocardio). La riconducibilità eziopatogenetica della patologia cardiaca acuta allo stress acuto, presuppone che questo evento "particolare e straordinario" debba essere caratterizzato dalla "prossimità" e/o "immediatezza" del fatto con l'evento acuto cardiaco. Lo stress cronico o continuato presuppone fattori ambientali di lavoro particolarmente gravosi, impegnativi, con assunzione di responsabilità, comportanti situazioni di stanchezza e tensione emotiva intensa, continua e prolungata. Per ipertensione arteriosa si intende una affezione caratterizzata da un costante aumento dei valori della pressione arteriosa e rappresenta uno dei principali fattori di rischio della cardiopatia ischemica. Classicamente si distingue l'ipertensione arteriosa essenziale dall'ipertensione arteriosa secondaria, di origine iatrogena (assunzione di farmaci) o quale complicanza di altre patologie (renali, endocrine). L'ipertensione arteriosa essenziale, che rappresenta circa il 90-95% dei casi, è di origine tuttora sconosciuta, fortemente legata a determinanti endogeno-costituzionali e presenta elevata incidenza familiare. Da un punto di vista definitorio, sebbene il decesso del Sig. (omissis) non

abbia avuto una acclarata conferma diagnostica, stante la
 non effettuazione del riscontro diagnostico –
 indispensabile in tali fattispecie per un giudizio causale di
 morte scevro da dubbi – ma potendo con ogni
 verosimiglianza ipotizzare una genesi cardiocircolatoria
 nel determinismo del decesso, si fa presente che la morte
 improvvisa Cardiaca (MIC) è una tragica complicazione
 delle malattie cardiache coronariche e non coronariche e
 nei giovani può essere la conseguenza di anomalie
 genetiche. È la cardiopatia ischemica a dare il maggior
 contributo numerico alle morti a tutte le età. Il fenomeno
 che genera l'evento è quasi sempre l'arresto cardiaco per
 tachiaritmia indotta da disfunzione elettrolitica. La
 prevalenza, nel mondo, è stimata in tre milioni di persone
 per anno. La prevenzione e la strategia terapeutica sono
 tanto più efficaci quanto più attenta è la stratificazione del
 rischio. Esistono a tale scopo metodiche invasive,
 attualmente sempre meno usate, e non invasive (alcune
 basate sull'evidenza) generalmente molto efficaci. La
 stratificazione del rischio di MIC presenta delle differenze
 a seconda della malattia sottostante all'evento ed è anche
 differente a seconda dell'età dei soggetti esposti. Negli
 adulti da 45 a 75 anni la MIC è sostenuta
 prevalentemente dalla malattia coronarica ed in minima
 parte da altre malattie cardiache; nei giovani oltre a cause

coronariche la morte aritmica è sostenuta da difetti ereditari dei geni responsabili delle alterazioni dei canali di membrana; nei bambini vanno considerati anche fattori ambientali e di postura in culla. Il rischio del post-infarto, che è il più numeroso, richiede alcuni parametri specifici e complessi. Analoga situazione per l'Insufficienza cardiaca. In considerazione dei differenti meccanismi eziopatogenetici responsabili, il termine di Morte Improvvisa va distinto in morte per cause cardiache e morte per cause non cardiache. La MIC è quella morte per la quale viene inequivocabilmente dimostrata la causa cardiaca. Va altresì tenuto separato il termine di MIC da Arresto Cardiaco (AC). L'improvvisa perdita dell'attività elettromeccanica del cuore che precede, per qualche minuto, la vera morte cerebrale o è reversibile è, appunto, l'Arresto Cardiaco. Quando l'evento fisiopatologico terminale è dovuto ad un improvviso impedimento della progressione del sangue, si definisce Morte improvvisa non aritmica e Morte Improvvisa aritmica quando l'evento terminale è un episodio aritmico. Tutte le cardiopatie possono generare morte improvvisa cardiaca e l'evento, in massima parte, si verifica quando gli impulsi cardiaci generano anomalie del ritmo. Il meccanismo più frequente è la Tachiaritmia, ed in particolare nel 75/80% la Tachicardia Ventricolare (TV) o Fibrillazione Ventricolare

(FV); 15/20% Bradicardia; 5% Dissociazione Elettromeccanica, e nel 5/7%, generalmente, si verifica in assenza di malattie cardiache. È noto che nella maggior parte delle morti istantanee, come nell'IMA, l'episodio responsabile sia la Tachiaritmia ma è anche chiaro che altri meccanismi possono portare a morte improvvisa come l'aneurisma sia del cuore che dell'aorta. Il meccanismo della Fibrillazione Ventricolare non del tutto chiarito, appare, tuttavia, essere multifattoriale. Le indagini epidemiologiche ci informano che in Italia muoiono di MIC 3 persone ogni tremila abitanti ed in totale 55.000 per anno, pari al 10% di tutte le morti cardiache (557.000); il dato tende ad aumentare per le donne e decrescere per i maschi nei quali è stato registrato un decremento tra 2 e 8%. La MIC che si verifica fuori dell'ospedale varia con l'età, con la presenza o meno di malattie CV, con Fattori di Rischio (FR) e col sesso. Nella civiltà occidentale la MIC ha il rapporto di 3 a 2 tra M e F. Negli uomini tra 60 e 69 anni con storia di cardiopatia si registra l'8 per mille di morti per anno. Nei paesi industrializzati gli studi condotti hanno evidenziato che i fattori di rischio della MIC sono gli stessi della malattia coronarica aterosclerotica e comprendono: l'età avanzata, il sesso maschile; la familiarità; l'aumentato livello di Colesterolo LDL; il fumo; l'ipertensione ed il diabete; sono stati presi in

considerazione anche la Frequenza Cardiaca (FC) e l'abuso di alcol. La più alta prevalenza di aterosclerosi coronarica, nei Paesi occidentali, si osserva nei soggetti di età media avanzata; la malattia coronarica è abbastanza frequentemente asintomatica ed accade anche che non vengano riconosciuti l'infarto (assai raramente) e la disfunzione ventricolare (più volte); questi soggetti non vengono sottoposti ad alcuna misura di prevenzione. Intanto i soggetti asintomatici coronaropatici appaiono a rischio più elevato rispetto alla popolazione generale ed ovviamente i pazienti con malattia sintomatica sono a rischio ancora maggiore. Nella stratificazione del rischio di MIC ed anche ai fini di un più corretto intervento terapeutico negli adulti vanno distinte le morti coronariche dalle morti non coronariche. Tra le cause soprattutto l'Infarto Miocardio Acuto (IMA) ed il Postinfarto (POSTIMA). Infatti, il 35% degli infartuati muore prima di raggiungere l'ospedale ed il 50% dei sopravvissuti muore di morte improvvisa. Oltre i soggetti a rischio è indispensabile stratificare anche i segni ed i sintomi di rischio di cui i più temibili sono: le aritmie di origine sconosciuta, l'insolita tachicardia alternante presente anche a riposo, episodi di sincope ad eziologia sconosciuta, $FE < 40\%$, o ancor più pericolosa la FE bassa associata a tachicardia ed Onda T alternante.

Per quanto concerne la specifica attività lavorativa svolta dal Sig. (omissis), giova rammentare che lo stesso, come desunto dal rapporto informativo e dal foglio matricolare allegati agli atti, il de cuius iniziava a lavorare presso il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco in data 03/04/1991. Precedentemente, nel periodo dal mese di Aprile del 1988 al mese di aprile del 1989, svolgeva il servizio militare sempre come Vigile del Fuoco Ausiliario di leva.

Nel mese di Agosto del 1991 era assegnato al Comando della Valle d'Aosta. Nel mese di settembre del 1992 era trasferito presso il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Avellino, ove rimaneva svolgendo regolare servizio fino al giorno del decesso, occorso in data 14/04/2015. In particolare, dal 1991 al 2013 operava con la qualifica di Vigile del Fuoco Operativo; a decorrere dal 26/11/2013 e fino al giorno del decesso del 14/04/2015 ha prestato servizio con la qualifica di Capo Squadra.

Ha svolto la sua attività sia all'interno della sede di appartenenza (dedicata al mantenimento dell'attività fisica, al controllo degli automezzi e del materiale tecnico, alla partecipazione a vari corsi di formazione), sia all'esterno, eseguendo interventi di vario genere, fra i quali si annoverano gli incendi boschivi, alberi pericolanti, incendi di capannoni, recupero di automezzi, incendi di sterpaglie, allagamenti, alluvioni, etc.

	Ha inoltre partecipato ad alcuni interventi esterni di particolare rilevanza (“missioni di emergenza”):	
	1997.- terremoto in Umbria e Marche.	
	1998 e 1999.- conseguenze alluvionali interessanti i Comuni di Quindici e Cervinara.	
	2000.- alluvione nel Comune di Noverato (CZ).	
	2012.- nevicata in Irpinia.	
	Nel corso dell’esistenza professionale, il Sig(omissis) è stato costantemente sottoposto ad accertamenti specialistici e laboratoristici con finalità idoneativa, dai quali è possibile rilevare – specie con decorrenza a far data dal 2012 - alcune condizioni compatibili con un aumentato rischio di malattie quali il diabete tipo 2, le malattie cardiovascolari, le malattie articolari da sovraccarico, le disfunzioni ormonali, i tumori:	
	1) obesità di classe I (indice di massa corporea iscritto in un range compreso fra 30.00 e 34.99);	
	2) disturbi del metabolismo glucidico;	
	3) disepatismo con modesta ipertransaminasemia;	
	4) dislipidemia.	
	Ad ulteriore dato si riportano le refertazioni effettuate dall’Esperto della materia Dott. Sabino Carbotta, Specialista in Cardiologia, degli esami elettrocardiografici cui il Sig. (omissis) fu sottoposto nel corso degli	

accertamenti idoneativi, rispettivamente nel 2012 e nel 2014:

Referto ECG del 06/04/2012.- “Ritmo sinusale di frequenza 70 bpm assiogramma, tempo di conduzione a-v, ventricologramma e ripolarizzazione ventricolare ai limiti della norma. Paziente obeso, dislipidemico”.

Referto ECG del 13/10/2014.- “Ritmo sinusale a frequenza 90 bpm. Un battito ectopico ventricolare. Ripolarizzazione ventricolare nei limiti della norma”.

Sulla base di quanto considerato finora, è di tutta evidenza che sulla base della documentazione presa in visione, dall’inizio del suo servizio in qualità di vigile del fuoco operativo e successivamente come capo squadra dei vigili del fuoco, svolto apparentemente con regolarità, il Sig(omissis) ha svolto attività lavorativa da considerarsi ordinaria fino a prova del contrario, dal momento che, ad eccezione delle situazioni cosiddette “emergenziali” sopra citate e risultate decisamente diluite nel tempo le une con le altre, la documentazione visionata non ha posto in essere neppure ipoteticamente – oltre al normale ordinario servizio – eventuali problematiche in termini di carenza del personale, di faticenza termica delle strutture di lavoro, della necessità di coprire numerosi turni vacanti sia diurni che notturni, ben oltre il normale orario di servizio, fatti questi che avrebbero potuto indurre ad ipotizzare - qualora

rilevanti quantitativamente e cronologicamente - una connotazione stressogena dell'attività lavorativa svolta.

Al contrario, il Sig. (omissis) risulta aver svolto in maniera del tutto congrua ed adeguata le mansioni previste dal proprio servizio di istituto ed era costantemente sottoposto ad una corretta sorveglianza sanitaria, così come previsto dalla legge 626/94 e successivamente modificata e sostituita dalla legge 81/2008.

Pertanto, considerati i compiti istituzionali espletati, si può escludere l'impropria formula utilizzata e spesso standardizzata nelle relazioni di tal guisa ovvero che i turni ordinari si siano protratti "ben oltre il normale orario di servizio", ovviamente in assenza di documentazione probante e scevra da dubbi.

Si deve nuovamente evidenziare che, vertendosi in ambito p.p.o., è in carico al ricorrente l'onere della prova circa la dipendenza da causa di servizio delle affezioni richieste e che il parere medico legale espresso nel merito deve essere improntato su parametri di almeno sufficiente probabilità, non essendo idonei criteri meramente possibilistici ovvero presuntivi.

In merito alla sussistenza di fattori endogeno costituzionali ed extralavorativi, si conferma che nel caso di specie trattasi di morte cardiaca improvvisa in soggetto con obesità di I grado, disturbi del metabolismo glucidico,

disepatismo con modesta ipertransaminasemia e dislipidemia, condizioni queste potenzialmente responsabili della patologia scleroateromasica dell'apparato vascolare e quindi anche dei vasi cardiaci.

In definitiva, la patologia infartuale punto di questione non è valutabile dipendente da causa di servizio, trattandosi nella fattispecie di soggetto portatore di multipli fattori di rischio, quali l'eccesso ponderale, i disturbi del metabolismo glucidico, il disepatismo con modesta ipertransaminasemia e la dislipidemia, condizioni queste collegate a determinanti endogeno-costituzionali ed agli stili di vita.

Relativamente poi al ruolo dello "stress" nella morte improvvisa cardiaca, si rimanda a quanto già escusso in premessa, ribadendo che la riconducibilità eziopatogenetica della patologia cardiaca acuta allo stress acuto, presuppone che questo evento "particolare e straordinario" debba essere caratterizzato dalla "prossimità" e/o "immediatezza" del fatto con l'evento acuto cardiaco.

L'attività lavorativa, spesso, viene annoverata tra i fattori di rischio della morte cardiaca e, seppur vero che in talune categorie professionali le mansioni ricoperte comportano carichi eccessivi di responsabilità, per generare uno stress cronico e/o continuato si presuppone la coesistenza di

fattori ambientali particolarmente gravosi ed impegnativi, ad elevato impatto psichico, che vanno ben al di là dei normali disagi lavorativi, comportanti assunzioni di responsabilità importanti, situazioni di stanchezza e tensione emotiva intensa, continua e prolungata, foriera di patema d'animo anche al di là del normale servizio.

Dalla documentazione allegata al fascicolo e presa in esame nella sua interezza, si può ritenere che, nel caso in esame, l'attività svolta dal ricorrente non presentava requisiti qualitativi e quantitativi tali da potersi rappresentare come fonte di notevole e continuo stress psicofisico, operante sull'individuo fino a determinare, alla lunga, una condizione di stress cronico tale da determinare a sua volta la patologia cardiaca di cui sopra, né risulta alcun evento di servizio, connotabile con le caratteristiche dello stress acuto, in prossimità dell'evento acuto descritto.

In conclusione, l'infermità obesità con dislipidemia. Disturbo del metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno. Exitus' NON può essere riconosciuta dipendente da causa di servizio. Si omette pertanto qualsivoglia valutazione in termini di ascrivibilità tabellare relativa.

Quanto alla infermità "protrusione discale L4-L5 e L5-S1", sulla base delle caratteristiche lavorative si può ritenere Si dipendente da causa di servizio, ed ascrivibile ad una

Tabella A, ottava categoria, di cui alle tabelle allegate al DPR 834/81, in linea con quanto stabilito dai Sanitari della Commissione Medica di Verifica e confermato successivamente dal Comitato di Verifica per le Cause di Servizio”.

3. Le valutazioni del ridetto organo peritale appaiono, in questa sede, condivisibili in quanto immuni da vizi logici e sorrette da esauriente e congrua motivazione; né altri elementi per un diverso convincimento possono desumersi da quanto *ex adverso* dedotto ed eccepito per carenza di allegazioni e produzioni documentali idonee ad evidenziare aporie, contraddizioni o profili di irragionevolezza nelle valutazioni espresse dall'organo peritale.

In particolare, con riferimento alla *l'infermità obesità con dislipidemia. Disturbo del metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno. Exitus* ritenuta non dipendente da causa di servizio, risulta indimostrato il nesso di causalità tra i fatti di servizio e l'invocata patologia a carico della ricorrente, diversamente da quanto dalla medesima affermato anche sulla base del parere del 21.12.2015 a firma della dott.ssa Teresa Suero. Al riguardo, non può trovare applicazione alcuna presunzione di dipendenza dal servizio degli eventi morbosi dei quali sia provato soltanto che si verificarono

durante la prestazione del servizio, incombendo, per contro, sull'attore l'onere di dimostrare puntualmente l'imputazione causale della patologia insorta all'attività lavorativa prestata, onere non assolto nel caso in esame.

4. Sulla base delle considerazioni illustrate, in parziale accoglimento del ricorso, accertata la dipendenza da causa di servizio dell'infermità *protrusione discale L4-L5 e L5-S1*, questo Giudice riconosce in favore della ricorrente il diritto alla pensione privilegiata indiretta 8° cat., tab. A, d.p.r. n. 834/1981.

Per il resto, respinge il ricorso ritenendo l'infermità "obesità con dislipidemia. Disturbo del metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno. Exitus" non dipendente da causa di servizio.

Compensa le spese di lite tra le parti alla stregua del principio della soccombenza reciproca.

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Campania in composizione monocratica, in funzione di Giudice Unico delle pensioni, definitivamente pronunciando, in parziale accoglimento del ricorso:

1. Con riferimento all'infermità *“protrusione discale L4-L5 e L5-S1”*, riconosce in favore di (omissis) il diritto alla pensione privilegiata indiretta 8° cat., tab. A, d.p.r. n. 834/1981;

2. In relazione all'infermità *“obesità con dislipidemia. Disturbo del metabolismo glicolipidico. Shock cardiogeno. Exitus”*, respinge la formulata domanda di pensione privilegiata.

3. Compensa le spese di lite tra le parti.

Manda alla Segreteria per il seguito di competenza.

Così deciso in Napoli, nella camera di consiglio del 10 febbraio 2025.

Il Giudice Unico

(Gabriele Pepe)

Firma digitale

Depositata in Segreteria il giorno 17.02.2025

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

(Maurizio Lanzilli)

Firma digitale