



Sentenza n. 7/M/2026

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE UMBRIA

Il Giudice Monocratico per le Pensioni

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio pensionistico iscritto al n. 13011/M del Registro di Segreteria, introdotto con ricorso depositato in data 15.05.2020 proposto da

[Omissis] [Omissis] (C.F. **[OMISSIS]**), nato il **[omissis].[omissis].[omissis]** a **[Omissis] [omissis] [Omissis] ([OMISSIS])** ed ivi residente in Via **[Omissis] [omissis] [Omissis]** n. **[omissis]**, elettivamente domiciliato in Roma, Via Riccardo Grazioli Lante n. 16, presso lo studio dell'Avv. Paolo Bonaiuti (C.F. BNTPLA66B05C745M) che lo rappresenta e difende

contro

Ministero della difesa, in persona dell'on.le Ministro pro tempore, domiciliato in Roma, Viale dell'esercito 186, nonché presso l'Avvocatura distrettuale dello Stato sita in Perugia, via degli uffici 14.

Visto il ricorso introduttivo e le memorie depositate;

Uditi, nella pubblica udienza del 26.02.2026, con l'assistenza del segretario dott.ssa Elisabetta Bodo, l'avv. Bonaiuti per il ricorrente, nessuno presente per il Ministero della difesa.

Ritenuto in

FATTO

I. Con il ricorso in epigrafe, il ricorrente, ex militare di leva, ha impugnato il decreto del Ministero della difesa del 23.01.2020, n. 12, con cui è stata rigettata la sua domanda di aggravamento/interdipendenza relativamente all'infermità grave sofferenza cardiaca connessa a già accertata sofferenza miocardica durante la leva, lamentando, altresì, che detto decreto era stato assunto in assenza della prescritta istruttoria medico-legale presso il C.V.C.S. e nonostante vi fosse «*un chiaro giudicato esterno di tipo giudiziale (..) che ha statuito sulla dipendenza da causa di servizio della "pregressa sofferenza miocardica"*».

Il ricorrente, in data 30.07.1963, subiva il ricovero presso l'Ospedale Militare di [Omissis] per l'infermità "Pleurite basale destra - Segni ecg. di sofferenza miocardica". La Commissione Medica Ospedaliera (di seguito, C.M.O.) di [Omissis] (su delega di quella di [Omissis]), con Processo Verbale Mod AB n.104 in data 18.03.1965, giudicava l'infermità "Pleurite basale destra - Segni ecg. di sofferenza miocardica [in atto 1) Esiti pleurite basale ed apicale destra; 2) Esiti microcalcifici di infiltrato specifico intercleidoilare destra; 3) Pregressa sofferenza miocardica]" dipendente da fatti di servizio e ascrivibile, per cumulo, alla 5^ categoria della tabella A con assegno rinnovabile per anni tre, a decorrere dal congedo. La medesima C.M.O. giudicava l'odierno ricorrente "Non idoneo permanentemente al servizio militare incondizionato". Il ricorrente ha riferito che, a seguito di impugnativa innanzi a questa Corte, gli era stata riconosciuta la pensione di 1^ cat. più assegni di superinvalidità (Tab. E, lett. F) dal 3 giugno 1964 per un biennio e alla scadenza del 2 giugno

1966, fermo restando il precedente beneficio economico per due anni, il diritto alla 7^a cat., più cura per due anni; alla successiva scadenza del 2 giugno 1967 pari trattamento di 7^a categoria più cura per anni quattro e, quindi, pensione vitalizia di pari categoria più cura. Sulla base della ricostruzione dei fatti, ha lamentato che il Ministero della difesa aveva emanato il precitato decreto n. 12 del 23.01.2020 senza investire il C.V.C.S., istituzionalmente deputato a valutare in senso tecnico l'interdipendenza dello scompenso cardiaco originante dalla sofferenza miocardica già conclamata e diagnosticata coevamente al complesso di patologie valutate dipendenti da causa di servizio. Il Ministero, difatti, si era basato sul solo parere del C.M.O. di [Omissis] che, nonostante il quadro clinico investisse due patologie (respiratorie e cardiologica), aveva ommesso di valutare la dipendenza e/o interdipendenza della patologia cardiovascolare anche sotto altri aspetti, quali, ad esempio, ipossia o piccolo circolo e reso un giudizio non coerente con quanto accertato nel corso degli anni. Ciò posto, ha domandato l'accertamento del suo diritto alla pensione privilegiata vitalizia di 1^a cat. Tab. A per il severo scompenso cardiaco (da valutarsi anche a titolo di interdipendenza ex art. 2, lett. m l. n. 261/91 rispetto alla sofferenza miocardica già riconosciuta dipendente da causa di servizio), più cumulo di 4^a cat. Tab. A per il danno funzionale e organico all'apparato respiratorio e relative complicanze, oltre all'assegno di superinvalidità E/H n. 4 o quanto meno trattamento pensionistico di 1^a cat. Tab A più cumulo di 4^a cat. Tab. A ed assegno di superinvalidità E/F n. 8, il tutto con decorrenza dalla data della domanda di aggravamento (11.09.2018)

ed interessi legali e rivalutazione.

II. Il Ministero della difesa si è costituito con rituale memoria depositata

il 12 febbraio 2021, chiedendo il rigetto del ricorso, ritenendo che

“l’analisi della documentazione recente ai fini della valutazione

dell’aggravamento delle infermità già riconosciute dipendenti da causa di

servizio e per le quali l’interessato già gode di trattamento p.p.o. di 7^a categoria

a vita non permette di riconoscere una qualsivoglia maggiorazione tabellare.

Nello specifico la parte respiratoria mantiene un profilo funzionale con un

deficit restrittivo lieve mentre per la parte cardiovascolare viene riportato un

episodio di NSTEMI sottoposto a PTCA e stent nel 2002 in paziente che aveva

riconosciuto esclusivamente pregressa sofferenza miocardica, peraltro

giudicata guarita, e non anche infermità quali ad esempio l’ipertensione

arteriosa che potrebbero nel tempo aver contribuito all’insorgenza del NSTEMI

suddetto con il conseguente scompenso cardiaco documentato.”

In subordine, nell’ipotesi di accoglimento del ricorso, ha chiesto che gli

arretrati pensionistici eventualmente spettanti decorrano ai sensi degli

artt. 70 e 183 del T.U. D.P.R. n. 1092/1973, dal 1° ottobre 2018, primo

giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda (20

settembre 2018) e, in via subordinata, che gli eventuali emolumenti

accessori dovuti sui ratei pensionistici arretrati siano attribuiti in base ai

criteri fissati dalle Sezioni Riunate con sentenze n. 10/2008/QM e n.

6/2008/QM.

III. Con memoria depositata il 12 febbraio 2021 il ricorrente ha ribadito

le proprie richieste, controdeducendo alle difese del Ministero.

IV. Con ordinanza 3 marzo 2021 n. 1, il Giudice Unico delle Pensioni,

	rilevata la natura tecnica delle questioni, ha ordinato all'Ufficio medico	
	legale del Ministero della Salute di esprimere motivato parere medico	
	legale circa l'esatta diagnosi e l'intervenuto, eventuale, aggravamento	
	dell'infermità prospettata dalla parte ricorrente, precisando se esso	
	potesse supportare la concessione del richiesto trattamento	
	pensionistico, precisando in tal caso, la relativa categoria e decorrenza.	
	V. L'Ufficio medico legale presso il Ministero della Salute ha reso il	
	richiesto parere medico-legale, nel quale si è ritenuta <i>"l'infermità</i>	
	<i>tuberculare non aggravata e l'infarto del miocardio non interdipendente da</i>	
	<i>essa"</i> . Il competente Giudice, valutando le motivazioni del citato parere	
	non esaustive e ritenendo che le stesse non tenessero debito conto del	
	carattere articolato del quadro clinico in esame, anche alla luce delle	
	motivate controdeduzioni tecniche fornite dal consulente di parte, con	
	ordinanza n. 8/M/2024 del 15 maggio 2024, ha disposto un	
	supplemento istruttorio, rinnovando il quesito al Collegio Medico	
	Legale (CML) Sezione speciale presso la Corte dei conti.	
	VI. Il predetto CML ha depositato il parere richiesto in data 9 settembre	
	2025, concludendo che <i>"l'infermità a carico dell'apparato respiratorio di cui</i>	
	<i>al presente giudizio diagnostico non risulta aggravata ed appare equamente</i>	
	<i>ascrivibile alla Tabella A in VII categoria ai fini di PPO mentre la patologia a</i>	
	<i>carico dell'apparato cardiovascolare non è interdipendente con quanto in</i>	
	<i>precedenza riconosciuto SI dipendente da causalità di servizio ed occorso</i>	
	<i>durante l'espletamento degli obblighi di leva"</i> .	
	VII. In data 14 novembre 2025 il ricorrente ha depositato delle	
	controdeduzioni sul parere medico legale del CML, redatte dal dott.	
	5	

Cesare Maria Fiorani, in cui si sosteneva che il predetto Collegio aveva, erroneamente, considerato quale unica patologia sopraggiunta una semplice BPCO laddove, invece, tale patologia si accompagnava ad una ipocapnia anziché ipercapnia, come di norma. Detta ipocapnia, a parere del consulente di parte, era dovuta agli esiti fibrostanti post tubercolari di cui al servizio, già considerati da questi dipendenti. Confutava, poi, l'affermazione contenuta nel parere del CML secondo cui l'ossigenoterapia ad alti flussi di O2 avrebbe potuto determinare una iperventilazione a sua volta causa di ipocapnia, poiché errata ed in contrasto con la normale pratica ospedaliera. Inoltre, si affermava che anche la componente restrittiva evidenziata nelle spirometrie effettuate a latere della componente ostruttiva tipica della BPCO era propria delle fibrosi post tubercolari, al pari del deficit della capacità di diffusione alveolare (DLCO). Pertanto, alla data del 2019, la patologia respiratoria, per la sua vastità, inemendabilità e stabilità, avrebbe dovuto essere ascritta alla 4° categoria, ove al n. 10 si riportano gli esiti della tbc polmonare ma clinicamente stabilizzati quando essi, per la loro entità, non determinano grave dissesto della funzione respiratoria. Inoltre, in merito alla patologia cardiaca, si osservava che la sofferenza miocardica era stata presente nella patologia iniziale ed era stata riconosciuta dipendente dalla causa di servizio e che gli esiti delle infermità post-tubercolari avevano assorbito l'interesse medico legale nei diversi ricorsi del [Omissis], non significando che la sofferenza miocardica primitiva non si fosse evoluta autonomamente e, soprattutto, in relazione di interdipendenza con gli esiti pleuro-parenchimali

dell'infermità respiratoria fino ad aggravarsi al punto tale da dover essere trattata con PTCA nel 2016. Detta patologia cardiaca sarebbe, quindi, interdipendente con l'ipossia determinata dalle condizioni respiratorie di fibrosi post-tubercolare e di BPCO che aveva determinato un deficit di nutrimento in ossigeno del circolo coronarico. Concludeva affermando che la gravità della cardiopatia nel 2019 darebbe diritto ad una classifica in 1° categoria e la somma delle disfunzioni polmonari e cardiache comporterebbero, per la loro gravità, l'applicazione della Tabella E (E/F8 o E/H4).

VIII. Con memoria del 1° dicembre 2025, il ricorrente, nel richiamare le conclusioni del parere redatto dal consulente tecnico di parte, insisteva nelle conclusioni già rassegnate.

IX. Alla pubblica udienza del 26.02.2026, il difensore del ricorrente eccepiva la nullità del parere del CML, poiché reso in assenza di contraddittorio sullo schema di relazione, così come previsto dagli artt. 195 c.p.c. e 97 c.g.c., nonché denunciava la mancata coincidenza tra il relatore del parere e chi era presente in sede di accertamento. Nel merito, richiamando le conclusioni del parere medico legale del consulente di parte, confutava l'osservazione contenuta nel parere del CML circa il fatto che il ricorrente fosse un fumatore – posto che lo stesso era un dipendente della Corte dei conti, luogo in cui non si poteva fumare e comunque nel 1994 non fumava - ed insisteva per l'accoglimento del ricorso; in via subordinata, chiedeva che fosse disposta una nuova consulenza tecnica o un completamento della precedente istruttoria in contraddittorio tra le parti.

	Considerato in	
	DIRITTO	
	I. Preliminarmente, occorre soffermarsi sull'eccepita nullità del parere	
	reso dal CML. L'art. 166 c.g.c. prevede che, se la natura della	
	controversia lo richiede, il giudice può nominare uno o più consulenti	
	tecnici ai sensi dell'art. 97. Tale ultima disposizione, disciplinante la	
	consulenza tecnica d'ufficio, prevede altresì la possibilità che il giudice	
	si avvalga di strutture ed organismi tecnici di amministrazioni	
	pubbliche. Inoltre, al fine di garantire il contraddittorio e il diritto di	
	difesa, prescrive che, nei termini indicati dal giudice, il consulente	
	tecnico trasmetta lo schema della propria relazione alle parti o ai loro	
	consulenti, affinché questi possano formulare delle osservazioni di cui	
	il ctu deve tenere conto nella relazione finale.	
	La giurisprudenza di questa Corte ha in più occasioni ribadito che le	
	strutture tecniche abilitate <i>ex lege</i> al rilascio di pareri medico legali	
	(come, appunto, il CML), non sono consulenti tecnici d'ufficio e,	
	conseguentemente, non sono applicabili le norme sulla consulenza	
	tecnico d'ufficio (in tema di giuramento, liquidazione compensi, ecc.	
	Cfr. Sez. App. Sicilia, sent. nn. 43 e 60/2024; Sez. Campania, sent. n.	
	8/2023). Purtuttavia, la giurisprudenza è concorde nel ritenere che	
	debbero essere rispettate le disposizioni poste a presidio del	
	contraddittorio, dovendo questo, anche ove il parere sia reso dalle	
	predette strutture pubbliche, essere pienamente garantito nei termini di	
	cui al precitato art. 97 c.g.c.	
	In relazione al caso di specie, è consolidato l'orientamento secondo cui	
	8	

l'omesso invio alle parti della bozza di relazione dà luogo a un'ipotesi di nullità a carattere relativo, suscettibile di sanatoria quando il contraddittorio sia recuperato dal giudice dopo il deposito della relazione, con la rimessione in termini delle parti per formulare le proprie osservazioni (cfr., *ex multis*, Cass. ord. n. 16196/2023).

Trattandosi di nullità a carattere relativo, al pari del giudizio civile (cfr. art. 157, c. 2 c.p.c.), la stessa è tuttavia assoggettata al rigoroso regime di cui all'art. 45, c. 2, c.g.c., a norma del quale *“soltanto la parte nel cui interesse è stabilito un requisito può opporre la nullità dell'atto per la mancanza del requisito stesso, ma deve farlo nella prima istanza o difesa successiva all'atto o alla notizia di esso”*, sicché la stessa risulta sanata se non eccepita, appunto, nella prima istanza o difesa successiva al deposito (cfr. Sez. I app., sent. n. 79/2023).

Orbene, nel caso in esame, sebbene – come correttamente rilevato da parte ricorrente – il CML abbia omesso di inviare lo schema di parere e, quindi, di prendere in considerazione le osservazioni delle parti – nella prima *“istanza o difesa successiva all'atto o alla notizia di esso”* detta nullità non è stata eccepita dal ricorrente, ossia da una delle parti che ne aveva interesse. Difatti, a seguito della comunicazione del parere del CML, come già riportato, il sig. [Omissis] ha depositato dapprima, in data 14.11.2025, un parere del dott. Fiorani in cui si confutavano le conclusioni cui era pervenuto il Collegio e, in data 01.12.2025, delle note di udienza senza, tuttavia, far valere la predetta nullità, laddove, invece, già in tale sede avrebbe dovuto eccepirarla (cfr. Sez. I app., sent. n. 149/2024 dove l'eccezione della nullità è stata, invece, ritenuta

	tempestiva perché proposta nelle note di udienza depositate in esito al	
	parere medico-legale). L'eccezione non può, pertanto, essere accolta	
	perché tardiva.	
	Per quanto concerne, poi, la lamentata non coincidenza tra il relatore del	
	parere e chi era presente in sede di accertamento, anche tale doglianza	
	appare priva di pregio, posto che il verbale delle operazioni peritali - in	
	cui non si è, peraltro, proceduto a visitare l'interessato, avendo avuto	
	carattere principalmente documentale - è firmato dal C.V. Francesco	
	Oristanio, presidente del Collegio che ha reso il suddetto parere.	
	II. Nel merito, il ricorso non merita accoglimento per le ragioni di	
	seguito illustrate.	
	III. Questo Giudice condivide le puntuali ed argomentate valutazioni	
	espresse dal Collegio medico legale nel parere depositato in data 9	
	settembre 2025, ritenendo che il Collegio abbia svolto l'incarico in modo	
	attento, tenendo conto della documentazione in atti, soffermandosi	
	sulla storia clinica del ricorrente e sull'eziologia delle patologie da cui	
	risulta affetto. Di conseguenza, il parere del CML risulta fondato su	
	elementi di fatto attendibili, su argomentazioni logiche e convincenti e	
	su un idoneo supporto medico-scientifico, oltre ad essere	
	adeguatamente e coerentemente motivato. Peraltro, detto parere giunge	
	a seguito di altro precedentemente reso dal Ministero della salute che,	
	sebbene non ritenuto sufficientemente esaustivo dal precedente giudice	
	monocratico reca, comunque, argomentazioni concordi con quelle	
	esposte nel parere reso dal Collegio Medico Legale-Sezione speciale	
	presso la Corte dei conti.	
	10	

	Dalla documentazione versata in atti, come condivisibilmente rilevato	
	dal Ministero della salute -prima- e dal CML -poi, non risultano	
	elementi che possano sostenere l'aggravamento della patologia	
	respiratoria verso un quadro di BPCO, insufficienza respiratoria, o	
	ipertensione polmonare da correlare alla pregressa infezione specifica.	
	Gli esami effettuati dal 1974 al 2017 (rx torace del 3 gennaio 1972, del 1°	
	giugno 1974, del 12 ottobre 1974, del 28 novembre 1977, del 13 luglio	
	1978, del 19 gennaio 1982, del 4 luglio 2008, TC torace del 16 settembre	
	2017) risultano, infatti, concordi nel riscontrare la presenza – stabile – di	
	esiti della pleurite di cui il ricorrente aveva sofferto nel 1963 e già	
	riconosciuta dipendente da causa di servizio. Il Ministero della salute,	
	peraltro, nel riportare che solo processi tubercolari importanti con	
	conseguente fibrotorace possono nel tempo determinare una bronchite	
	cronica, aveva escluso che dai referti prodotti vi fossero evidenze di un	
	quadro di fibrotorace o fenomeni di trazione toracica (posto che solo nel	
	referto della rx torace effettuata il 19 giugno 2019 si rilevavano “aspetti	
	di tipo fibrotico”, non corrispondenti « <i>ad un quadro di fibrotorace, tant'è</i>	
	<i>che alla TAC eseguita due anni prima sempre presso ASL Umbria 1 si parla</i>	
	<i>solo di “lieve ispessimento delle pareti bronchiali in corrispondenza del</i>	
	<i>segmento posterobasale del LID”»).</i>	
	Quadro, questo, emerge dal parere,	
	confermato anche dalle spirometrie presenti nelle cartelle cliniche del	
	2004, da cui risultava sempre un quadro ostruttivo, tipico della BPCO,	
	e non anche restrittivo, tipico delle forme a componente fibrotonica.	
	Inoltre, il CML, condivisibilmente, riporta che il quadro di BPCO è	
	proprio di un soggetto fumatore, quale è stato il ricorrente – non	
	11	

	ritenendosi rilevante sul punto l'obiezione secondo cui, essendo questi	
	stato un dipendente pubblico ed essendo vietato fumare negli uffici	
	pubblici, il fatto che per un periodo della vita il ricorrente sia stato un	
	fumatore non inciderebbe in modo determinante sulle insorte patologie.	
	Riporta il CML, altrettanto condivisibilmente, che la BPCO si presenta	
	in tarda età (all'atto della domanda di accertamento dell'aggravamento	
	e della revisione del trattamento riconosciuto, proposta nel 2018, il	
	ricorrente aveva 76 anni), non potendosi, in assenza di evidenze	
	specifiche ma in presenza di fattori di rischio comuni (appunto età,	
	tabagismo e fattori cardiovascolari come l'ipertensione arteriosa),	
	ritenere che l'insorgenza della BPCO, a circa quarant'anni di distanza	
	dall'episodio della pleurite, risoltosi e già riconosciuto come dipendente	
	da causa di servizio, ne rappresenti un aggravamento e sia a questo	
	direttamente connesso.	
	In merito alla mancata considerazione dell'ipocapnia che, a parere del	
	consulente tecnico di parte - espresso nella memoria del dicembre 2025	
	- era dovuta agli esiti fibrostanti post tubercolari di cui al servizio, già	
	considerati dipendenti da causa di servizio, si osserva che il CML ha	
	preso specificatamente in considerazione tale condizione, ritenendola	
	solo potenzialmente (e non inequivocabilmente, come sembra emergere	
	dalla memoria del consulente di parte) causata da fattori come	
	l'ossigenoterapia ad alti flussi, ovvero connessa ad altri fattori come la	
	presenza di apnee ostruttive del sonno (elemento presente a carico del	
	paziente). Il CML, invero, coerentemente con quanto rilevato nel	
	complesso del parere reso, ha ritenuto l'ipocapnia un dato non	
	12	

indicativo “di profilazione verso una diagnosi correlata agli esiti tubercolari di contro la più verosimile ed acclarata condizione di sofferenza cronica cardiopolmonare in soggetto iperteso, dislipidemico, obeso ed ex fumatore”.

Quanto, poi, alla patologia cardiaca, premesso che dalla documentazione versata in atti non ci sono elementi che provino l’aggravarsi del quadro cardiologico (anzi, dalle radiografie sopra richiamate ed eseguite tra il 1972 e il 2008, sebbene non si tratti di esami specifici, emerge costantemente che l’ombra mediana, ovvero il cuore, il circolo polmonare e i grossi vasi erano nei limiti), si richiama, in quanto condiviso, quanto riportato nel parere del CML, ossia che “La storia cardiologica del soggetto è muta fino all’evento ischemico del 2002 in soggetto ex fumatore, obeso, interessato da un aumento delle resistenze periferiche polmonari in BPCO da fumatore e soprattutto dislipidemico. Anche l’esame coronarografico rende ragione di ciò in quanto sono evidenti le strie dislipidemiche e gli stent vennero all’epoca confezionati in presenza di un albero coronarico aterosclerotico e non già interessato, come riportato alle perizie di parte, da un aumento delle resistenze del circolo arterioso polmonare e da una sofferenza secondaria ischemica da correlare senza alcun dubbio ad un segno ECG non più seguito da alcuna evoluzione patologica a carico del cuore negli anni successivi, se non per la involuzione correlata all’età, all’abitudine tabagica e al quadro di obesità con dislipidemia”. Sul punto, la valutazione è, peraltro, concorde con quella già espressa dal Ministero della salute, che aveva ricondotto le patologie cardiache alla presenza di tutti quei fattori di rischio che sono noti per la cardiopatia ischemica: ipertensione, fumo, dislipidemia, obesità.

In merito, poi, all'affermazione contenuta nel ricorso secondo cui *“sulla dipendenza da c.s. di tale infermità (patologia cardiaca) esiste un chiaro giudicato per effetto di puntuale sentenza della Corte dei conti, sulla quale nulla può essere sostenuto in merito all'assenza di esiti anche di tipo interdipendente con la sofferenza miocardica già accertata e mai messa in discussione da alcuno”*, si osserva che il dispositivo della sentenza citata n. 71460/1988, nell'accogliere i ricorsi promossi dal sig. [Omissis] avverso i decreti n. 1043 del 29 aprile 1966, n. 260 del 28 gennaio 1969 e n. 61 del 7 gennaio 1975 del Ministro della difesa, riconosceva allo stesso il trattamento richiesto *«per le infermità “esiti di pleurite basale e apicale destra” ed “esiti microcalcifici di infiltrato specifico intercleidoilare destro”* », non essendoci menzione di patologie cardiologiche la cui interdipendenza con la pleurite occorsa nel 1963 è stata, comunque, nuovamente oggetto di valutazione da parte del CML nel parere del novembre 2025.

IV. Tanto premesso, il ricorso va rigettato. Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate in euro 300,00 (trecento/00). Nulla per le spese di giudizio.

PER QUESTI MOTIVI

la Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale per la Regione Umbria, in composizione monocratica, con funzione di Giudice delle Pensioni, respinge il ricorso in epigrafe nei termini di cui in motivazione. Condanna il ricorrente al pagamento delle spese di lite, che liquida in favore del Ministero della difesa nella misura di euro 300,00 (trecento/00). Nulla per le spese di giudizio.

Manda alla segreteria per gli adempimenti conseguenti.

	Così deciso in Perugia, nella camera di consiglio del 26 febbraio 2026.	
	Il Giudice	
	Elisabetta Conte	
	<i>(f.to digitalmente)</i>	
	Depositata in Segreteria il 5 marzo 2026.	
	IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA	
	Dott.ssa Elena Errico	
	<i>(f.to digitalmente)</i>	
	DECRETO	
	Il giudice, rilevata la sussistenza dei presupposti di cui all'articolo 52,	
	commi 1 e 2, del D.lgs. n. 196/2003, all'articolo 9, par. 1 e 4, del Reg. (UE)	
	n. 2016/679 e all'articolo 2-septies del D.lgs n. 196/2003, come	
	modificato dal D.lgs. n. 101/2018, dispone che la Segreteria proceda, per	
	qualsiasi ipotesi di diffusione del presente provvedimento,	
	all'oscuramento delle generalità delle parti private a tutela dei loro	
	diritti.	
	Il Giudice	
	Elisabetta Conte	
	<i>(f.to digitalmente)</i>	
	Depositato in Segreteria il 5 marzo 2026.	
	IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA	
	Dott.ssa Elena Errico	
	<i>(f.to digitalmente)</i>	
	In esecuzione del decreto del giudice monocratico, in caso di diffusione:	
	15	

omettere le generalità e gli altri dati identificativi delle parti private.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Dott.ssa Elena Errico

(f.to digitalmente)