



N°238/2026

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE REGIONALE per il VENETO

in composizione monocratica in funzione di Giudice unico delle pensioni in persona del Cons. Daniela Alberghini ha pronunciato, all'udienza del 6 luglio 2026, la seguente

SENTENZA

nel giudizio iscritto al n. **31762** del registro di Segreteria, promosso da:

R. F., nato a OMISSIS il OMISSIS e residente a OMISSIS, c.f. OMISSIS, rappresentato e difeso in via congiunta e disgiunta dagli Avv.ti Paolo Guerra del Foro di Roma e Maurizio Maria Guerra del Foro di Macerata, con domicilio eletto presso lo Studio Associato Guerra in Tolentino (MC), Galleria Europa n. 14;

CONTRO

MINISTERO DELLA DIFESA – DIREZIONE GENERALE DELLA PREVIDENZA E DELLA LEVA – I REPARTO – 3^A DIVISIONE, in persona del Direttore pro tempore, con sede in Roma, Via dell'Esercito n. 186, rappresentato dalla d.ssa Marzia Lettieri Barbato, Capo del I Reparto;

PER il riconoscimento del diritto al trattamento pensionistico privilegiato di 1^a categoria vitalizia più assegno di superinvalidità Tab. E lett. H per la sola infermità cardiaca, più cumulo di 4^a categoria per le altre infermità;

ESAMINATI gli atti e i documenti di causa;

SENTITI alla pubblica udienza del 6 luglio 2026, tenutasi con l'assistenza del

Segretario Nicoletta Niero, l'Avv. Bettina Zorat per delega degli avv. ti Paolo e Maurizio Guerra, nessuno presente per il Ministero della Difesa.

FATTO

Con ricorso depositato in data 14 giugno 2022 il sig. F. R. esponeva che, posto in congedo per riforma dal 15 novembre 1991, gli era stata riconosciuta, con decreto del Ministero della Difesa n. OMISSIS, la pensione privilegiata di cat. 3^a tab A per le seguenti infermità: *“spondiloartrosi lombare 8^a ctg, iniziale cardiopatia ipertensiva 8^a ctg, lieve insufficienza renale in esiti a glomerulonefrite cronica 5^a ctg e esiti di duodenite bulbare erosiva con positività al test per HP 8^a ctg”*.

Con successivo decreto del Ministero della Difesa n. OMISSIS, su domanda del ricorrente, veniva concessa la pensione di privilegio di 1^a cat. Tab. A dal 1.7.2013 per ulteriore cumulo della sopravvenuta infermità *“infarto subendocardico – arteriosclerosi coronarica”* ritenuta interdipendente con la già riconosciuta *“iniziale cardiopatia ipertensiva 8^a ctg”* e perciò unitamente a questa ascritta alla 5^a cat.

Sosteneva il ricorrente che quest'ultima valutazione diagnostica fosse riduttiva in quanto la sola infermità cardiaca, per la sua gravità, fosse da ascrivere alla 1^a cat. vitalizia con assegno di superinvalidità Tab. E, lett. H.

Sulla scorta delle valutazioni espresse nella perizia allegata al ricorso, infatti, l'infermità avrebbe dovuto essere più correttamente diagnosticata come *“cardiopatia ischemica postinfartuale trattata con quadruplice bypass aortocoronarico e con segnali iniziali di compromissione della funzione di pompa cardiaca (F.E. 58%)”* e, pertanto, da ascrivere alla 1^a ctg. Tab A n. 20 (cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e

permanente insufficienza coronarica ecg accertata) e riconoscimento dei benefici della superinvalidità di cui alla tab. E, lett. H (cardiopatie gravi al punto da richiedere l'applicazione di *pace maker* o il trattamento con *by pass* o la sostituzione valvolare).

Previo esperimento di CTU, formulava, quindi, le seguenti conclusioni nel merito: *“dichiarare il diritto del ricorrente a trattamento pensionistico privilegiato di 1^ ctg tab A vitalizia più assegni di superinvalidità tab. E lett. H per l'infermità “infarto subendocardico: aterosclerosi coronarica, in atto cardiopatia ischemica postinfartuale trattata con quadruplici bypass aortocoronarico e con segnali iniziali di compromissione della funzione di pompa cardiaca (F.E. 58%)” più cumulo di 4^ ctg. per le infermità “spondiloartrosi lombare 8^ctg, lieve insufficienza renale in esiti a glomerulonefrite cronica 5^ ctg e esiti di duodenite bulbare erosiva con positività al test per HP 8^ ctg””*.

Con memoria del 2.11.2022 si costituiva in giudizio il Ministero della Difesa rilevando che, come emerge dal verbale della CMO, *“nessuna infermità sofferta dal ricorrente è stata ritenuta singolarmente ascrivibile alla 1^ categoria, ragion per cui non può ritenersi ammissibile” “l'aggiunta -al trattamento in godimento- dell'assegno di cumulo”*.

Quanto, invece, alla richiesta di miglior classifica osservava che *“da quanto riportato nel P.V. mod. BL/B n. OMISSIS, risulta che l'interessato, pur essendo stato trattato con by-pass aorto-coronarico, ha riportato un'infermità che per la sua entità ed in relazione al grado di invalidità corrispondente, deve essere ascritta alla 5^ ctg. e, solo per cumulo con le altre infermità già pensionate, alla 1^ctg”*: si tratta di un giudizio sanitario

che, per il suo carattere squisitamente tecnico è di per sé insindacabile e dal quale l'amministrazione non può discostarsi.

Concludeva, quindi, per il rigetto del ricorso e, in subordine, per la declaratoria di intervenuta prescrizione quinquennale ex art. 2 del R.D. n. 295/39, come sostituito dall'art. 2 della L. n. 428/85, per i ratei pensionistici precedentemente maturati.

All'esito dell'udienza del 14 novembre 2022 con ordinanza n. 87/2022 è stata disposta l'acquisizione agli atti del giudizio del fascicolo amministrativo integrale inerente alla posizione pensionistica del ricorrente, onerando dell'adempimento il Ministero della Difesa con termine fino al 20 febbraio 2023.

La trattazione del giudizio veniva, quindi, rinviata all'udienza del 13 marzo 2023, concedendo alle parti termini per memorie fino a dieci giorni prima.

Con deposito del 14.2.2023 il Ministero della Difesa ottemperava all'ordinanza.

L'udienza del 13 marzo 2023 veniva rinviata d'ufficio al 25 maggio 2023, impregiudicati i diritti d'udienza.

Parte ricorrente in data 11 maggio 2023 depositava note autorizzate con le quali, in relazione alla documentazione acquisita in esito all'ordinanza n. 87/2022, rappresentava che la domanda di aggravamento presentata dal sig. R. aveva ad oggetto altre infermità già pensionate ed era estranea al perimetro del giudizio.

All'udienza del 25 maggio 2023 il giudizio, su istanza del ricorrente, veniva rinviato all'udienza del 13 novembre 2023.

Con ordinanza n. 19/2024, resa all'esito dello scioglimento della riserva

assunta all'udienza del 13 novembre 2023, in accoglimento della richiesta di parte ricorrente veniva disposta l'acquisizione del parere medico legale dell'U.M.L. presso il Ministero della Salute sul seguente quesito: *"Dica il CTU, letti gli atti e i documenti di causa, 1) quale sia l'esatta qualificazione dell'infermità cardiaca di cui è affetto il ricorrente; 2) in caso affermativo, di quale classificazione sia suscettibile detta infermità, secondo le tabelle allegate al D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 e s.m. e i. anche in ipotesi di cumulo con quelle già definitivamente pensionate"*.

Veniva, quindi, assegnato alle parti il termine di giorni 5 per il deposito nella Segreteria della Sezione dell'atto di nomina dei consulenti di parte.

Il termine per l'inizio delle operazioni peritali veniva fissato in 30 giorni dalla comunicazione dell'ordinanza; di ulteriori 90 giorni per l'invio ai periti di parte ovvero, se non nominati, ai difensori, della bozza di elaborato peritale sulla quale potevano essere formulate eventuali osservazioni nei successivi 15 giorni, decorsi i quali l'elaborato definitivo doveva essere depositato presso la Segreteria della Sezione entro 15 giorni.

Il giudizio veniva rinviato all'udienza del 2 dicembre 2024.

In data 11 settembre 2024 con nota prot. 17185 comunicava, tardivamente, l'impossibilità di dare seguito alla richiesta di parere, rappresentando che *"il parere medico-legale richiesto potrà essere redatto presumibilmente entro il terzo trimestre 2025"*.

Con decreto in data 11 settembre 2024 il G.U.P., ritenuto necessario sentire le parti in merito alla comunicazione pervenuta da parte dell'UML, fissava udienza ad hoc ex art. 92, c. 2, c.g.c. per il 7 ottobre 2024 per l'eventuale adozione dei provvedimenti conseguenti.

In data 25 settembre 2024 il Ministero della Difesa depositava brevi note con le quali, nel comunicare l'impedimento a presenziare all'udienza, si rimetteva alle decisioni del Giudicante, rappresentando, in subordine, che in ipotesi di revoca dell'incarico conferito all'UML, lo stesso avrebbe potuto essere conferito al Collegio Medico Legale della Difesa – Sezione speciale presso la Corte dei Conti.

In data 27 settembre 2024 parte ricorrente depositava brevi note d'udienza con le quali, sottolineando la gravità delle patologie sofferte, veniva rappresentata la necessità dell'acquisizione della consulenza disposta nei termini più brevi possibili, chiedendo che l'incarico venisse conferito al Collegio Medico Legale della Difesa.

Con ordinanza n. 28/2024, quindi, il G.U.P. in accoglimento della richiesta di sostituzione del perito formulata da parte ricorrente, a cui parte resistente non si era opposta, il medesimo organismo tecnico e stante la convergenza in sul Collegio destinatario del nuovo incarico, revocava la propria precedente ordinanza n. 19/24 e, sulla base del medesimo quesito e assegnando i medesimi termini, conferiva l'incarico al Collegio Medico Legale della Difesa, Sezione Speciale presso la Corte dei Conti.

Il giudizio veniva quindi rinviato all'udienza del 10 marzo 2025.

Il Collegio incaricato non provvedeva, tuttavia, a iniziare le operazioni peritali nel termine assegnato e solo in data 6 febbraio 2025 faceva pervenire alla Segreteria della Sezione la nota prot. n. 7818 in pari data, trasmessa alla Corte dei Conti solo per conoscenza, con la quale da un lato veniva indicato nel giorno 26 marzo 2025 l'inizio delle operazioni peritali, ben oltre il termine assegnato (e persino oltre l'udienza di rinvio) e,

dall'altro, veniva chiesta, senza alcun supporto motivazionale, la proroga di giorni 180 per il deposito dell'elaborato peritale.

Alla luce di tale comunicazione il G.U.P. con ordinanza n. 2/2025 resa fuori udienza, considerato che, nell'ipotesi di concessione della proroga, il termine di deposito sarebbe venuto a scadere il 4 settembre 2025 e la prima udienza di trattazione utile sarebbe quella del 15 settembre 2025 e che ciò avrebbe potuto pregiudicare il rappresentato interesse del ricorrente ad una rapida definizione del giudizio, tenuto conto , tuttavia, che l'individuazione del CML era avvenuta anche alla luce del concorde avviso delle parti, riteneva necessario ed opportuno, prima di provvedere in ordine all'istanza formulata dal CML, di sentire le parti in merito all'interesse alla eventuale sostituzione del CTU con professionista iscritto al relativo albo ed onere in capo alla parte richiedente.

Le parti venivano, quindi, invitate a depositare, entro il 17 febbraio 2025, brevi note scritte in merito alla richiesta proroga, eventualmente formulando istanze istruttorie.

Veniva, quindi, riservata la decisione in merito all'istanza di proroga e/o alla sostituzione del CTU.

In data 13 febbraio 2025 parte ricorrente depositava brevi note con le quali dichiarava di nulla opporre alla richiesta di proroga da parte del CML; nel medesimo senso si esprimeva il Ministero della Difesa con le note del 14 febbraio 2025.

Con ordinanza resa fuori dall'udienza n. 37/2025, quindi, veniva concessa la proroga di giorni 180, decorrenti dal 6 febbraio 2025, del termine per il deposito dell'elaborato peritale, rinviando all'udienza del 15 settembre

2025 la trattazione del giudizio.

Con nota del 10 marzo 2025 il CML differiva ulteriormente l'avvio delle operazioni peritali al 2 aprile 2025 e veniva rinnovata la richiesta di proroga di 180 giorni.

Con messaggio PEC in data 21 marzo 2025 il CML comunicava l'ulteriore differimento al giorno 8 aprile 2025 dell'inizio delle operazioni peritali.

In data 10 settembre 2025 parte ricorrente depositava istanza di rinvio dell'udienza del 15 settembre 2025, rappresentando che il CML aveva trasmesso alle parti in data 1 agosto 2025 la bozza di parere, ma non era ancora pervenuto quello definitivo.

In data 12 settembre 2025 il CML depositava il parere definitivo, di talchè all'udienza del 15 settembre, in accoglimento dell'istanza di parte ricorrente, il giudizio veniva rinviato all'udienza del 6 ottobre 2025, concedendo termine alle parti fino a cinque giorni prima dell'udienza per il deposito di memorie limitatamente al predetto parere.

In data 30 settembre 2025 parte ricorrente depositava un'articolata memoria con la quale, presa posizione in ordine al parere del CML, concludeva chiedendo la rimessione degli atti allo stesso CML per chiarimenti in merito all'individuazione anche per "equivalenza" della classificazione pensionistica tabellare in ragione della percentuale invalidante dell'infermità cardiaca trattata con quadruplice by pass, che la tab. E lettera H punto 4 della superinvalidità assimila allo "scompenso cardiaco", rilevando la contraddittorietà del riconoscimento della gravità della patologia ma escludendone l'iscrizione alla prima categoria in ragione di un non accertato "scompenso cardiaco", a cui, invece, è assimilato il

trattamento con by pass nel dettato di cui alla Tab. E, lettera H punto 4 del d.P.R. 915/78 e s.m.i. (sostanzialmente sovrapponibile alla voce 20 della Prima Ctg. della Tab. A). In alternativa, chiedeva che fosse disposta CTU specialistica cardiologica, con le garanzie del contraddittorio.

Con ordinanza n. 24/2025, resa all'esito dell'udienza del 6 ottobre 2025, il G.U.P., considerato che il parere del CML aveva dato risposta parziale ai quesiti formulati, in accoglimento dell'istanza formulata in via alternativa dal ricorrente, previa revoca della propria ordinanza n. 19/24, disponeva CTU medico legale, incaricando uno specialista cardiologo, il dr. Paolo Tosi, al quale veniva sottoposto l'integrale quesito già formulato, fissando l'udienza del 10 novembre 2025 per il giuramento di rito.

Contestualmente al deposito della nomina del consulente di parte in data 24 ottobre 2025, il ricorrente chiedeva ad integrazione del quesito che *"l'accertamento sia esteso alla individuazione dell'esatta classificazione tabellare dell'infermità cardiaca anche per "equivalenza" in ragione della percentuale invalidante dell'infermità stessa trattata con quadruplice by pass che la tab. E lettera H punto 4 della legge 915/78 (come integrata dalla legge n. 656/86) assimila allo "scompenso cardiaco"".*

In prossimità dell'udienza del 10 novembre 2025 il CTU comunicava il proprio impedimento a presenziare all'udienza per il giuramento di rito e l'assunzione dell'incarico e, su istanza della parte ricorrente, con ordinanza a verbale d'udienza disponeva che il giuramento e l'accettazione dell'incarico da parte del CTU avvenissero ai sensi dell'art. 193, comma 2 c.p.c., richiamato dall'art. 97 del Codice di giustizia contabile, assegnando al CTU il termine di 60 giorni dall'avvio delle operazioni peritali, da effettuarsi

entro 15 giorni dal giuramento, per la trasmissione ai consulenti di parte o, in difetto, alle parti della bozza dell'elaborato peritale, il termine di 15 giorni alle parti per la formulazione di osservazioni sulla bozza di elaborato e al CTU il termine di ulteriori 15 giorni per il deposito dell'elaborato peritale definitivo presso la segreteria della Sezione.

Il giudizio veniva rinviato all'udienza del 9 marzo 2026.

Il CTU depositava in data 11 febbraio 2026 la propria consulenza fornendo risposta ai quesiti sottopostigli e, in quadrata l'infermità coma *"cardiopatía ischemica cronica post-infartuale con severa coronaropatía trivasale corretta mediante quadruplo By pass AO-Co, con funzione globale del ventricolo sinistro conservata ed assenza di sintomi-segni di scompenso"* perveniva alla seguente conclusione: *"Valutando le infermità descritte nelle*

tabelle sopra menzionate, si ritiene poter inquadrare il Paziente nella tabella A punto 20 in quanto affetto da cardiopatía organica con grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata . La presenza di By Pass, infatti, vicaria le alterazioni di flusso coronarico ma non modificano la valutazione oggettiva di malattia aterosclerotica critica delle coronarie native che esiste indipendentemente dallo stato di compenso.

Diversamente, la diagnosi clinica non potrà trovare un inquadramento nella tabella E punto 4) in quanto all'epoca dei fatti non vi sono elementi clinici atti a definire uno "stato di permanente scompenso", condizione clinica imprescindibile ai fini della ascrivibilità tabellare" e, pertanto, veniva ritenuta l'ascrivibilità "alla 1ª categoria tabella A per la sola cardiopatía, in cumulo con le restanti infermità già riconosciute e classificate in 3ª categoria tabella A . Non è riconoscibile, per le motivazioni sopra esposte,

l'ascrivibilità atta a riconoscere l'assegno di superinvalidità".

In data 24 febbraio 2026 parte ricorrente depositava articolate conclusioni scritte, contestando l'interpretazione della previsione tabellare data dal CTU e sostenendo che ai fini del riconoscimento dell'assegno di superinvalidità non era necessaria la ricorrenza dello scompenso cardiaco, essendo tale condizione meramente equivalente (e pertanto alternativa) al trattamento con bypass. Sollevava, quindi, in via subordinata, eccezione di costituzionalità per violazione degli artt. 3, 32 e 38 della Costituzione della Tab. E lettera H punto 4 del d.P.R. 915/78 come innovata dalla legge 656/86, se interpretata nel senso indicato dal CTU.

All'udienza del 9 marzo 2026 il G.U.P., ritenuta, ai sensi dell'art. 23, comma 2, della legge n. 87 del 1953, pregiudiziale la questione di legittimità costituzionale prospettata dalla parte ricorrente, riservava la decisione in punto *de quo*.

Con ordinanza n. 15/2026 , a scioglimento della riserva assunta, riteneva la questione di legittimità costituzionale prospettata dal ricorrente manifestamente infondata per le seguenti motivazioni:

" -la circostanza che una determinata patologia (e l'infermità che ne deriva) sia inclusa o meno nell'elenco di quelle per le quali può essere riconosciuta una provvidenza di natura assistenziale non è in alcun modo di per sé idonea a "frustrare la finalità" della provvidenza medesima;

-se è indubbio che la tutela del diritto alla salute, tra le altre cose, impone la garanzia dell'accesso alle cure necessarie anche sotto il profilo economico, deve considerarsi l'ordinamento riconosce, attraverso il DPCM del 12 gennaio 2017 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 18 marzo 2017 nel

Supplemento ordinario n. 15) i vari livelli di assistenza e, cioè, le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale e prevede gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket;

-che, con riferimento alle patologie cardiache il sistema prevede diverse tipologie di esenzione e l'accesso, a seconda della gravità degli esiti, anche al riconoscimento dell'invalidità civile (e, ricorrendone i presupposti, alle relative provvidenze economiche);

-che, quindi, esiste, da un lato, un articolato sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni e, dall'altro, l'accesso gratuito alle cure e all'assistenza per determinate patologie croniche e/o di particolare gravità attraverso il sistema delle esenzioni, nonché altre forme di sostegno assistenziale in caso di invalidità;

-che parte ricorrente non ha fornito elementi di valutazione in merito alle cure, necessarie in relazione alla patologia di cui è affetto, che sarebbero escluse dai LEA e LEP e alle quali la provvidenza economica di cui è causa dovrebbe sopperire, di talchè non è chiaro sotto quale profilo il diritto alla salute sarebbe leso;

-che parte ricorrente nell'eccepire il contrasto con l'articolo 3 della Costituzione della (sola) tabella E, lett. h) n. 4 allegata al DPR 915/78, da un lato non ha indicato, sotto il profilo della disparità di trattamento, il tertium comparationis, e, dall'altro, sotto il profilo della irragionevolezza, non ha fornito elementi che ne sostenessero l'occorrenza, limitandosi ad affermare che le "cardiopatie con scompenso" sarebbero equivalenti, per gravità, alla

“grave e permanente insufficienza coronarica” di talchè l’esclusione di quest’ultima dal novero delle patologie per le quali può essere attribuito

l’assegno di superinvalidità risulterebbe irragionevole;

-(....) che i “dati scientifici”, come più volte chiarito anche dalla Corte costituzionale, non possono essere assunti come un parametro a sé del

controllo di legittimità, e che, d’altro canto, nessuna legge in materia

potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica, dovendo

comunque sempre tener conto di quei dati, è di tutta evidenza che non può

esistere una scala assoluta di gravità delle patologie che ne consenta la

comparazione relativa tra due o più, venendo in rilievo plurimi profili di

pertinenza esclusivamente tecnico-specialistica;

-che parte ricorrente non ha fornito, sotto tale ultimo aspetto, alcun

elemento utile di valutazione”.

Non ricorrendo, pertanto, i presupposti di cui all’art. 23 della legge n.

87/1953 per la sospensione del giudizio, ritenuta la causa adeguatamente

istruita per la decisione nel merito, con la medesima ordinanza veniva

fissata l’udienza del 6 luglio 2026 per la prosecuzione e la lettura del

dispositivo.

All’odierna udienza, presente in aula l’avv. Bettina Zorat su delega degli

avv.ti Paolo Guerra e Maurizio Maria Guerra per il ricorrente, nessuno per il

Ministero della Difesa, è stata data lettura del dispositivo.

DIRITTO

1.La questione sottoposta a giudizio attiene alla diversa classificazione

dell’infermità cardiaca sofferta dal ricorrente (infarto subendocardico –

arteriosclerosi coronarica), ascritta dalla CMO (le cui valutazioni sono state

fatte proprie dal Ministero della Difesa nel riconoscere il trattamento di pensione privilegiata) in cumulo con la già riconosciuta “iniziale cardiopatia ipertensiva 8^ ctg”, in quanto con questa ritenuta interdipendente, alla 5^ cat. tab A.

Sostiene il ricorrente, in ciò avvalorato dalla perizia di parte, che la patologia dovrebbe essere, più correttamente, qualificata come “*infarto subendocardico- aterosclerosi coronarica, in atto cardiopatia ischemica postinfartuale trattata con quadruplici bypass aortocoronarico e con segnali iniziali di compromissione della funzione di pompa cardiaca (F.E. 58%)*” e, pertanto, essere, da sola, ascritta alla 1^ cat. Tab A. n. 20.

Stante, poi, l’equivalenza, per gravità, della patologia alle cardiopatie elencate nella Tab. E, lett. H), dovrebbe essere anche riconosciuto l’assegno di superinvalidità: secondo parte ricorrente, infatti, l’unica lettura costituzionalmente orientata del punto 4 della Tab. E lettera H del d.P.R. 915/78 integrata dalla legge 656/88 è quella per cui tutte le patologie ivi considerate costituiscono ipotesi autonome di riconoscimento del diritto all’assegno di superinvalidità.

2. In relazione alla corretta (ri)qualificazione dell’infermità sofferta dal ricorrente ai fini dell’iscrizione a tabella (oggetto del primo dei due quesiti posti al CTU), le conclusioni a cui è giunto il CTU nominato, secondo cui si tratta di “*Cardiopatia ischemica cronica post-infartuale con severa coronaropatia trivasale corretta mediante quadruplo By pass AO-Co, con funzione globale del ventricolo sinistro conservata ed assenza di sintomi-segni di scompenso*” -ed anche il CML aveva concluso per una “*cardiopatia ischemica cronica con insufficienza mitralica di grado moderato in soggetto*

con storia ipertensiva e pregresso infarto del miocardio in N-STEMI

precedentemente trattato con quadruplice by-pass in buon compenso

farmacologico ed emodinamico (FE 58%)” - vi è stata adesione del ricorrente

e nessuna opposizione da parte del Ministero.

Nonostante la sostanziale corrispondenza della qualificazione della

malattia, la CTU e il parere della CML divergono in relazione alla ascrivibilità

a tabella.

Secondo il CTU si può *“inquadrare il Paziente nella tabella A punto 20 in*

quanto affetto da cardiopatia organica con grave e permanente

insufficienza coronarica ecg accertata. La presenza di By Pass, infatti, vicaria

le alterazioni di flusso coronarico ma non modificano la valutazione

oggettiva di malattia aterosclerotica critica delle coronarie native che esiste

indipendentemente dallo stato di compenso” e, quindi, ascrivere l’infermità

alla prima categoria (*“Tab. A, 1 categoria, punto 20) Cardiopatie organiche*

in stato di permanente scompenso o con grave e permanente insufficienza

coronarica ecg accertata”).

Secondo il CML, invece, la circostanza che il ricorrente presentasse, agli

accertamenti diagnostici, una FE del 58% denota un buon compenso

emodinamico che, unitamente ad altre condizioni quali la stabilità di cinesi

cardiaca, l’assenza di problematiche elettriche di conduzione e la corretta

irrorazione garantita dai by-pass coronarici, riconduce l’infermità alla voce

12 della 5^a cat. della tab. A (che ricomprende *“Le malattie organiche di*

cuore senza segno di scompenso”).

Le medesime argomentazioni del CML sono state fatte proprie dal

Ministero della Difesa, che nelle osservazioni alla bozza di elaborato peritale

del CTU ha rappresentato che *“la distinzione tra 1^ ctg e 5^ ctg. è cruciale e si basa sulla gravità oggettiva e funzionale della patologia al momento della valutazione”*, essendo riservata la 1ª Cat. a patologie che causano "grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata" oppure che sono in uno "stato di permanente scompenso", mentre la 5ª Cat. si riferisce a "malattie organiche di cuore *“senza segno di scompenso”* che è appunto il caso del ricorrente, in cui benchè la malattia aterosclerotica di base sia grave e abbia richiesto un quadruplice bypass, l'intervento chirurgico ha consentito di ripristinare un *“buon compenso emodinamico”*.

Convincono, in punto *de quo*, le argomentazioni di replica del CTU, il quale, premesso che l'iscrizione a 1^ cat. può essere riconosciuta già per la sola insufficienza coronarica (prevedendo il n. 20, in effetti, di due ipotesi alternative una delle quali -lo stato di permanente scompenso cardiaco- è stata esclusa dallo stesso CTU), ha precisato che *“la presenza di by-pass vicaria la severa coronaropatia da cui risulta affetto il Sig. R. permettendo, come riportato con note di letteratura anche nella consulenza del Collegio Medico Legale presso la Corte dei Conti, una aspettativa quam e quod vitae maggiore ma senza eliminare il rischio di eventi avversi e tanto meno la patologia di base, ossia la grave aterosclerosi coronarica di cui soffre il Sig. R.. La norma potrebbe prestarsi a interpretazione nella misura in cui si dovesse ritenere l'applicazione dei By pass un corrispettivo di “guarigione”, purtuttavia l'intervento terapeutico è finalizzato ad ottenere una stabilità clinica del paziente, ridurre il rischio di nuovi eventi ma non certo a guarire.”*

Come correttamente rilevato dal CTU, infatti, il testo del punto n. 20 della Tab. A non lascia adito a dubbio interpretativo alcuno: rientrano nell'ipotesi

ivi prevista le “cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata”: si tratta di due ipotesi alternative e, pertanto, non ricorrendo la prima delle due (sul punto CTU e parere del CML convergono: la presenza di una FE al 58% consente di escludere lo stato di permanente scompenso cardiaco), la patologia cardiaca cronica del ricorrente (in merito alla qualificazione della quale CTU e parere del CML convergono: si tratta di una cardiopatia ischemica cronica conseguente ad un infarto e applicazione di quadrupliche by-pass) rientra nella seconda, poiché l'intervento di by-pass coronarico, pur avendo ripristinato un compenso emodinamico accettabile, ha meramente stabilizzato la condizione clinica del paziente, ma non ha escluso malattia cronica.

In conclusione, la domanda del ricorrente volta alla miglior classifica dell'infermità cardiaca deve essere accolta e l'infermità “Cardiopatia ischemica cronica post-infartuale con severa coronaropatia trivasale corretta mediante quadruplo By pass AO-Co, con funzione globale del ventricolo sinistro conservata ed assenza di sintomi-segni di scompenso” deve essere ascritta alla 1^a cat. Tab. A n. 20.

3. Non può, invece, essere accolta la domanda avente ad oggetto il riconoscimento dell'assegno di superinvalidità ai sensi del punto 4 della Tab. E lettera H del d.P.R. 915/78 integrata dalla legge 656/88 (“*Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso con grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata o gravi al punto da richiedere l'applicazione di pace-maker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare.*”)

La CTU ha escluso che la patologia del ricorrente potesse rientrare nella previsione in ragione dell'assenza della condizione di permanente scompenso cardiaco, presupposto comune a tutte le ipotesi contemplate dalla norma ("con grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata" o "gravi al punto da richiedere l'applicazione di pace-maker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare"); in altre parole, *"per poter attribuire la qualifica di superinvalidità i due stati morbosi (scompenso permanente e insufficienza coronarica severa, indipendentemente dal trattamento terapeutico praticato e dalla funzionalità cardiaca residua, non richiama dalla norma) devono coesistere"*.

Parte ricorrente, pur non contestando l'assenza del "permanente scompenso cardiaco", non ha condiviso la lettura del testo del punto 4 della lett. H della Tab. E, ritenendo, anche sulla base della sua evoluzione storica in linea con quella clinica e fisiopatologica cardiaca, che il legislatore abbia inteso incorporare nei provvedimenti compensativi dei pazienti cardiopatici gravi non solo lo scompenso cardiaco, ma anche i quadri di malattia rappresentati dalle funzioni coronariche, valvolari e di conduzione dello stimolo lese e compromesse al punto da richiedere i rimedi più recentemente introdotti (pace maker, by pass e sostituzione valvolare).

Secondo il ricorrente, quindi, i requisiti dell'insufficienza cardiaca e dello scompenso cardiaco devono essere considerati alternativi trattandosi di due condizioni esprimenti livelli di compromissione clinica equivalenti sotto il profilo della gravità e del rischio prognostico e, quindi, poiché nel suo caso ricorre quello della gravità con conseguente applicazione di bypass, spetterebbe il riconoscimento dell'assegno.

Osserva il Giudicante, in primo luogo, che nella prospettazione del ricorrente le due ipotesi, il punto 20 della tab. A e il punto 4 della lett. H della tab. E, si sovrappongono quasi integralmente, prevedendo entrambe le due medesime ipotesi alternative: la prima consistente nello scompenso cardiaco (in entrambi i casi la norma parla di “Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso”) e la seconda legata all’insufficienza coronarica (“con grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata” in entrambi i casi, nel secondo sono previste anche le ipotesi dei trattamenti conservativi conseguenti a tale condizione).

Ciò, tuttavia, non appare coerente né con il tenore letterale delle disposizioni tabellari, né con la loro *ratio*: le provvidenze legate all’ascrivibilità all’una e all’altra tabella, infatti, sono ontologicamente diverse (l’assegno di superinvalidità è una prestazione aggiuntiva ed accessoria, di natura assistenziale e non previdenziale, tanto che non è soggetto a reversibilità) e si differenziano persino in rapporto ai criteri applicativi (Criteri per l’applicazione delle Tabelle A, B, E Allegati al D.P.R. 30 dicembre 1978, n. 915, modificati dall’art.2 della legge 8 agosto 1991, n. 261: lett. a) *“il criterio dell’equivalenza previsto dal quarto comma dell’articolo 11 del presente testo unico, applicabile per le tabelle A e B, non va esteso alle infermità elencate nella tabella E, avendo detta elencazione «carattere tassativo» (...)”*).

E proprio il carattere tassativo delle ipotesi previste dalla tabella E (che si giustifica in relazione alla loro peculiare gravità), normativamente stabilito, porta ad escludere la fondatezza dell’opzione ermeneutica prospettata dal ricorrente: quest’ultima, infatti, sovrapponendo l’ambito di applicazione del

punto 20 della tab. A con quello del punto 4 della lett. H della tab E, stabilisce una sorta di automatismo nel riconoscimento del diritto all'assegno di superinvalidità che, quindi, finirebbe per spettare ogni qualvolta ricorresse una delle ipotesi previste dal n. 20 della tab. A., per l'applicazione del quale, però, vale l'opposto -e non conciliabile con il primo (cfr. sul punto, anche Sez. II App. n. 308/2012)- criterio dell'equivalenza (art. 11, comma 4 del DPR 915/78: *"Le infermità non esplicitamente elencate nelle tabelle A e B debbono ascriversi alle categorie che comprendono infermità equivalenti tenendo conto di quanto indicato nei criteri di applicazione delle tabelle A e B allegati al presente testo unico"*).

La giurisprudenza di questa Corte ripetutamente ha, quindi, escluso la spettanza dell'assegno di superinvalidità ai sensi del punto 4 della lett.H in assenza del presupposto dello scompenso cardiaco (*ex aliis*, Sez. Campania n. 511/2022, Sez. Emilia Romagna n. 9/2025; n. 73/2024), in quanto *"non può condividersi, quindi, la lettura proposta da parte ricorrente che richiede la concessione di 1^ categoria di pensione facendo leva sul testo della lettera H, punto 4, della citata tabella E, nella parte in cui si considerano alternativi tra loro, con riferimento alle "cardiopatie organiche", da un lato lo "stato di permanente scompenso con grave e permanente insufficienza coronarica accertata con elettrocardiogramma" e, dall'altro lato, "la gravità tale da richiedere l'applicazione di pace-maker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare"*(Sez. Abruzzo, n. 2/2017).

4. Quanto alle spese legali, la novità delle questioni trattate costituisce motivo sufficiente per disporre l'integrale compensazione tra le parti costituite. Non è luogo a provvedere sulle spese di giudizio, stante la

gratuità del rito.

Ciò premesso e considerato,

PER QUESTI MOTIVI

La Corte dei Conti, Sezione giurisdizionale per la Regione Veneto, in
composizione monocratica ai sensi dell'art. 151 c.g.c., definitivamente
pronunciando sul ricorso iscritto al n. **31762** del Registro di Segreteria

promosso da **F. R.** contro **Ministero della Difesa**

Accoglie parzialmente il ricorso limitatamente all'ascrivibilità della infermità
cardiaca alla prima categoria, Tab A punto 20.

Respinge la domanda di riconoscimento dell'assegno di superinvalidità tab.
E lett. H.

Pone a carico del ricorrente le spese di CTU che liquida come da separato
decreto.

Spese legali compensate.

Così deciso in Venezia, all'esito dell'udienza del 6 luglio 2026.

IL G.U.P.

Cons. Daniela Alberghini

(firmato digitalmente)

Depositato in Segreteria il 04/09/2026

Il Funzionario Preposto

(firmato digitalmente) Nadia Tonolo

Il Giudice, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'art. 52 del d. lgs. 30 giugno 2003, n.196, dispone che a cura della Segreteria venga apposta l'annotazione di cui al comma 3 di detto articolo 52 nei riguardi delle parti private e, se esistenti, del dante causa e degli aventi causa.

Il Giudice

Cons. Daniela Alberghini

(firmato digitalmente)

Il Funzionario Preposto

Nadia Tonolo