



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE TERZA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO

composta dai seguenti magistrati:

dott.ssa Giuseppina Maio	Presidente
dott.ssa Giuseppina Mignemi	Consigliere
dott. Antonio Palazzo	Consigliere
dott. Marco Fratini	Consigliere - Relatore
dott.ssa Carola Corrado	Primo Referendario

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso in appello iscritto nel registro di segreteria al n. **59431**
proposto da Antonio GUGOLE, rappresentato e difeso dagli avv.ti
Mauro Contin e Andrea Manzi, elettivamente domiciliato come in atti
contro

Procura Regionale presso la Sezione giurisdizionale per il Veneto;
Procura Generale della Corte dei Conti,

avverso e per la riforma

della sentenza della Sezione giurisdizionale regionale della Corte dei
conti per il Veneto n. 172 del 2021, depositata il 23/06/2021, notificata
in data 28/07/2021.

Visti tutti gli atti e documenti di causa.

Uditi, nella pubblica udienza del 15 gennaio 2025, con l'assistenza della

dott.ssa Paola Rinaldi, il relatore Cons. Fratini, l'avv. Manzi e il Vice
Procuratore generale Cons. Giulio Stolfi.

Ritenuto in

FATTO

1. La Sezione giurisdizionale regionale della Corte dei conti per il Veneto, con la sentenza gravata, in parziale accoglimento della domanda della Procura regionale, ha condannato il sig. Antonio Gugole al pagamento della somma di euro 329.183,52, comprensiva della rivalutazione, oltre interessi dalla sentenza al saldo effettivo, nonché delle spese di giustizia.

La condanna è stata emessa per un danno erariale conseguente allo svolgimento, da parte del dott. Antonio Gugole (medico di medicina generale in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale), di attività libero professionale, con superamento del limite delle cinque ore settimanali, senza comunicare la circostanza alla ULSS n.8 Berica, come prescritto dall'ACN (Accordo Collettivo Nazionale di medicina generale) di riferimento.

La Sezione territoriale ha condannato il Gugole reputando la sua condotta come dolosa in quanto consistita anche in dichiarazioni mendaci e, comunque, nella reiterata violazione degli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 58 dell'ACN.

Il sig. Gugole ha proposto appello avverso la sentenza di primo grado.

Il Gugole ha chiesto a questa Sezione di essere ammesso al rito abbreviato impegnandosi a pagare, in unica soluzione, la somma di euro 235.949,96, pari al 70% della somma richiesta con l'atto di

citazione.

La Procura Generale ha espresso parere negativo sulla richiesta di rito abbreviato, che è stata dichiarata inammissibile con decreto n. 7 del 2024.

Nell'atto di appello, con il primo e con il secondo motivo viene censurata la sentenza nella parte in cui ha ritenuto che il *dies a quo* del diritto al risarcimento del danno, dato l'occultamento doloso del danno medesimo, coincida con il disvelamento, che viene fatto coincidere con gli accertamenti svolti dalla Guardia di Finanza e portati a conoscenza dell'Amministrazione danneggiata in data 12 Giugno 2017.

L'appellante chiede quindi che l'impugnata decisione vada riformata nella parte in cui ha rigettato l'eccezione di prescrizione, non avendo la sentenza fatto corretta applicazione del principio per cui il termine prescrizione decorre da quando il fatto dannoso è divenuto conoscibile per il creditore, secondo ordinari criteri di diligenza.

Nel caso concreto, il termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno, secondo l'appellante, inizia a decorrere dalla data del fatto contestato, inteso come fatto storico obiettivamente realizzato (i.e. data di rilascio della dichiarazione di esercizio della libera professione), poiché era da quel momento che l'amministrazione pubblica avrebbe potuto/dovuto esercitare il proprio potere di controllo ed era da quel momento che la condotta del medico dispiegava i propri effetti, quest'ultimi conosciuti o conoscibili da parte dell'ULSS, qualora avesse adottato una condotta ispirata ad ordinaria diligenza.

Con il terzo motivo l'appellante lamenta l'erroneità della sentenza per

omesso esame di elementi probatori determinanti ai fini della decisione.

Segnatamente, l'appellante lamenta che quelli che il giudice di primo grado ha ritenuto costituire "*elementi di fatto noti ed oggettivi*", dai quali far discendere il fatto ignoto che si doveva dimostrare, in definitiva finiscono essi stessi per essere fatti ignoti, i quali avrebbero dovuto essere preventivamente dimostrati, verificati ed accertati in contraddittorio o comunque costituire fatti storicamente certi e non contestabili.

Si tratta: i) degli appuntamenti segnati nelle agende del sanitario; ii) delle informazioni assunte dai pazienti; iii) delle fatture non registrate emesse dal professionista ed in particolare dalla progressione cronologica e numerica delle stesse (c.d. dati di coerenza esterna).

Quanto agli appuntamenti segnati sull'agenda del sanitario, il giudice non avrebbe considerato che nelle agende (i) venivano annotati, in corrispondenza dei relativi orari, i nominativi delle pazienti con i recapiti telefonici, non necessariamente corrispondenti ad una visita specialistica ginecologica, ivi risultando indicati anche gli appuntamenti di medicina generale convenzionati; (ii) risulta solamente annotato il nominativo del paziente, unitamente alla relativa utenza telefonica, senza specificazione della relativa prestazione, la quale, in numerosissimi casi, si concretizzava in un consulto solo telefonico o nella consegna di referti, o nella semplice attività di lettura di analisi, etc); (iii) non vi sono riferimenti temporali, tant'è che le 18 prestazioni rese nei confronti dei pazienti i cui nominativi risultano

trascritti in dette pagine, non risultano potersi, neppure con ragionevolezza, quantificarsi nel tempo di una giornata lavorativa; (iv) gli orari in cui risultano le iscrizioni in agenda erano indicativi e corrispondevano ad un numero di persone assolutamente incompatibile con il numero di visite che la G.d.F. assume essere state eseguite dal medico nell'arco di una giornata. Numerosi nominativi indicati in agenda risultavano peraltro interlineati, ad ulteriore riprova che gli adempimenti riferiti a quel nominativo non risultavano essere stati mai eseguiti. In numerosi casi accanto al nominativo del paziente risultava appuntata la sigla NV, riferita al fatto che i pazienti non erano stati contattati dal dottore o non si erano presentati alla visita; (v) all'inizio di alcune pagine vi sono annotazioni relative ai pazienti che il medico visitava in medicina generale *"al di fuori degli orari ambulatoriali"*, senza nulla chiedere, per mera comodità del paziente.

L'appellante ha altresì affermato di aver precisato, già in sede di giudizio di primo grado, che, nella gamma delle prestazioni ambulatoriali (sia di medicina generale che specialistica in ginecologia), risultano esservi prestazioni mediche più complesse e consulti medici molto semplici e veloci, giungendo quindi ad affermare che per ogni prestazione si debba conteggiare un tempo medio ambulatoriale di 20 minuti circa, anziché i 30 minuti indicati dalla Procura.

Così argomentando, si è ritenuto che il conteggio del tempo destinato dal sanitario alla libera professione debba comunque essere rideterminato, quindi ricalcolato in 15.600 minuti annui, pari a 300 minuti alla settimana, risultando in definitiva ampiamente inferiore a

quello consentito.

Quanto, poi, alla documentazione contabile, la quale dimostrerebbe, a giudizio del Collegio, la produzione di ricavi superiori a quelli derivanti dall'attività di medico convenzionato, l'appellante lamenta che, parte della documentazione contabile acquisita dagli accertatori non è stata allegata alla nota di contestazione dell'addebito, cosicché non si comprende come il Collegio di prime cure sia stato in grado di verificare la veridicità dei prospetti riepilogativi degli orari di effettiva presenza del dott. Gugole presso gli ambulatori ove prestava libera professione.

L'appellante afferma anche di aver minuziosamente contestato l'attendibilità/veridicità dei dati contabili forniti dalla G.d.F., evidenziando le singole contraddizioni ed imprecisioni.

Si conclude che l'esistenza di una contabilità parallela a quella ordinaria, in assenza del suo rinvenimento e sulla scorta di alcune fatture riportanti numerazione non coerente cronologicamente, esprime un approdo errato dal punto di vista logico deduttivo, frutto di un processo para-istruttorio espulso dal nostro ordinamento giuridico poiché privo di sufficiente verosimiglianza.

Con il quarto motivo di appello, si chiede di riformare integralmente il capo della sentenza impugnato nella parte in cui è stato condannato l'appellante al pagamento, in favore della AULSS n. 8 di Vicenza, delle somme di euro 6.707,16 e di euro 7.817,54, trattandosi di somme che in realtà non sarebbero state indebitamente percepite, ma correttamente erogate dal SSN quale indennità relativa a collaboratore di studio

medico e personale infermieristico, cioè a costi inerenti ad una prestazione professionale di assistenza effettivamente svolta in relazione a 1500 pazienti.

La Procura generale ha depositato le proprie conclusioni chiedendo il rigetto dell'appello per infondatezza delle censure e la conseguente conferma della sentenza di primo grado.

Per quanto attiene al primo motivo di gravame, la Procura evidenzia che esso punta ad affermare che il sanitario non avrebbe alcun obbligo non solo di osservare, ma nemmeno di conoscere fondamentali previsioni dell'accordo collettivo nazionale che regola lo svolgimento della propria professione.

La realtà dei fatti, secondo la Procura, è che il dott. Gugole ha sempre dichiarato, come risulta in atti, di non superare il limite di 5 ore settimanali di attività libero professionale; ha omesso di informare l'AUSL "Berica" dell'esistenza di studi e strutture ulteriori rispetto a quelli da lui dichiarati, presso i quali egli svolgeva l'attività di ginecologo. In ciò si sostanziano le dichiarazioni correttamente ravvisate dai primi giudici come mendaci, e ben distanti, quindi, da un irenistico paradigma di "incolpevole omissione" di talune informazioni che il medico non sarebbe stato nemmeno tenuto a sapere di dover comunicare all'Azienda.

Del pari non convincente, secondo la Procura, risulta l'argomento, efficacemente refutato dalla Sezione territoriale, secondo cui la sussistenza di un potere-dovere di controllo dell'AUSL sulle autocertificazioni di fatto eliderebbe ogni obbligo di correttezza e

veridicità in capo al dichiarante.

Non merita accoglimento, secondo la Procura, neppure il secondo motivo di gravame, in quanto il compendio probatorio presente nel caso di specie è stato vagliato dal Giudice di prime cure con una robustezza analitica e un procedimento logico-critico che vanno del tutto esenti da censure.

Quanto all'ultimo motivo di gravame, esso, secondo la Procura, si rivela fragile sia da un punto di vista giuridico, sia da un punto di vista fattuale: in primo luogo, la Procura rammenta che il Gugole non avrebbe potuto accedere ai massimali di pazienti in convenzione che effettivamente – ma indebitamente – contava; sicché, egli ha lucrato un indebito obiettivo, perché, insieme con il numero dei pazienti convenzionati ai quali non aveva diritto, non avrebbe potuto nemmeno avere l'indennità per il personale di studio; parimenti, va rammentato che tale personale era, in concreto, addetto a una attività che si svolgeva, secondo calcoli non smentiti efficacemente (e, di vero, neanche contestati) dall'attuale appellante, per una quota pari a circa il 55-60% del volume complessivo, all'attività privata, libero-professionale: sicché, l'indennità di mano pubblica andava a remunerare infermieri e collaboratori, che, in proporzione maggioritaria e comunque assai consistente del proprio tempo lavorativo presso lo studio del Gugole, lo supportavano in una pratica del tutto estranea al rapporto di convenzione.

Per tali ragioni la Procura ha rassegnato le proprie conclusioni chiedendo il rigetto integrale dell'appello

All'odierna udienza le parti hanno concluso come in atti.

DIRITTO

1. Si procede, in base all'ordine delle questioni prospettato nell'atto di appello, all'esame delle censure relative alla prescrizione.

L'appellante contesta, in primo luogo, la ricostruzione dei fatti operata dal giudice di primo grado in tema di occultamento doloso delle attività extra-convenzionali svolte dal dott. Gugole: si afferma che quest'ultimo non avrebbe dispiegato alcuna specifica attività volta all'occultamento, né avrebbe avuto consapevolezza di celare attività incompatibili con quella convenzionale, né avrebbe svolto attività fraudolenta volta a occultare l'asserito danno erariale.

Si lamenta ancora che, affinché al medico convenzionato possa imputarsi una dolosa condotta omissiva, si sarebbe dovuta fornire preventivamente dimostrazione che l'Ulss abbia precisato (con propria normativa interna) tempi e modalità di comunicazione degli aggiornamenti suddetti e che gli effetti della loro violazione fossero conosciuti o conoscibili.

La non immediata conoscibilità della citata disciplina impedirebbe di qualificare la condotta del dott. Gugole come dolosa: quest'ultimo si sarebbe limitato a fornire le dichiarazioni che la stessa ULSS chiedeva, non essendo, e non potendo ragionevolmente essere, a conoscenza della sussistenza di un autonomo obbligo di fornire regolari dichiarazioni di aggiornamento circa il quantitativo orario svolto in attività di libera professione.

A confutazione di quanto affermato dal Collegio di prime cure,

l'appellante sostiene che l'attività di controllo da parte dell'Ulss n°8 sul contenuto delle dichiarazioni rese dal dott. Gugole, oltre che a sostanzarsi in verifiche presso la sede di svolgimento dell'attività libero professionale, avrebbero potuto/dovuto svolgersi anche presso la sede di svolgimento dell'attività di medico convenzionato.

Le censure formulate dall'appellante non possono essere accolte.

Il giudice di primo grado ha correttamente richiamato, a sostegno della propria decisione, la giurisprudenza, anche delle Sezioni di Appello, di questa Corte: precedenti che ben si attagliano al caso di specie.

Nella fattispecie in esame, infatti, il sanitario, pur svolgendo attività libero professionale strutturata presso due studi privati propri (uno in Chiampo, l'altro in Montecchio Maggiore), nonchè presso il Centro Medico Palladio di Vicenza fin dal 2007, non ha adempiuto all'obbligo dichiarativo incombente in forza dell'art. 58 ACN.

Le diverse dichiarazioni presentate nel 2001, nel 2013, nel 2014 e nel 2015 sono tutte parziali: e l'incompletezza si appalesa come il frutto di una deliberata scelta volta a non manifestare il carattere strutturale (e non già occasionale) dell'attività libero professionale effettivamente svolta. E' ciò che si evince dall'analisi:

i) della dichiarazione presentata nel 2001, avente ad oggetto lo svolgimento solo occasionale dell'attività libero professionale;

ii) della dichiarazione del 2013, in cui è stato omissivo di indicare uno dei due studi professionali personali (quello di Montecchio Maggiore) e il Poliambulatorio di Marostica,

	gestito da ASI s.r.l. ove pure veniva svolta attività libero	
	professionale in via continuativa;	
	iii) delle dichiarazioni del 2014 e del 2015, in cui è stata omessa	
	l'indicazione dell'attività presso i due studi professionali	
	personali di Chiampo e Montecchio Maggiore.	
	Alla luce di ciò, il Collegio condivide la valutazione operata dalla	
	sentenza di primo grado in ordine all'individuazione del <i>dies a quo</i> del	
	termine di prescrizione, che viene fatto coincidere con la trasmissione	
	dell'informativa della Guardia di Finanza all'ASL n. 8 Berica, momento	
	in cui quest'ultima ha avuto conoscenza dell'illecito (12.6.2017).	
	E si appalesa del tutto infondata la censura dell'appellante volta ad	
	escludere una dolosa condotta omissiva, sull'assunto che si sarebbe	
	dovuta fornire preventivamente dimostrazione che l'Ulss abbia	
	precisato (con propria normativa interna) tempi e modalità di	
	comunicazione degli aggiornamenti suddetti e che gli effetti della loro	
	violazione fossero conosciuti o conoscibili.	
	Dagli accordi collettivi nazionali di lavoro scaturisce un preciso	
	contenuto obbligatorio in capo al sanitario la cui eventuale ignoranza	
	non può che essere inescusabile. Nel caso di specie, peraltro, le	
	circostanze e gli elementi di fatto evidenziano tutt'altro che una	
	ignoranza dei precetti.	
	La dinamica delle sopra richiamate dichiarazioni rese dal sanitario,	
	connotate da incompletezza e parzialità, evidenziano una strategia	
	dichiarativa volta a celare la reale consistenza dell'attività libero	
	professionale svolta.	

Tale rilievo rende inconsistente anche l'ulteriore profilo di censura mosso dall'appellante, che a fronte di un proprio comportamento doloso, vorrebbe porre a carico dell'ente pubblico un inesigibile dovere di controllo volto a disvelare una realtà giuridico-fattuale diversa da quella artificiosamente rappresentata.

2. Non può essere accolto neppure il motivo di appello con cui si lamenta l'erroneità della sentenza per omesso esame di elementi probatori determinanti ai fini della decisione.

Il Collegio ritiene che gli elementi valutati dal giudice di primo grado siano sufficientemente idonei a sostenere la prova della responsabilità amministrativa dell'appellante.

Sul piano generale, sebbene il legislatore lasci il giudice libero di valutare le prove secondo il suo convincimento, imponendogli soltanto l'obbligo di motivazione, egli è comunque guidato da (e vincolato al rispetto di) criteri normativamente fissati. Tali criteri non possono considerarsi delle vere eccezioni al libero convincimento, perché non impongono un risultato, ma vincolano il giudice orientandolo nell'esercitare la sua valutazione: questi non può discostarsi da quei criteri, pur potendo trarne dalla loro applicazione le conclusioni che più lo convincono.

Si tratta di linee guida che intervengono sul valore della prova, collegando l'efficacia probatoria all'esistenza di determinati requisiti; dell'esistenza di questi il giudice deve sempre dar conto in motivazione.

La prova critica (o indiretta), fondata sull'utilizzazione degli elementi indiziari, consiste essenzialmente nella deduzione di un fatto ignoto da

un fatto noto attraverso un procedimento gnoseologico che poggia su massime di esperienza – ricavate cioè dall’osservazione del normale ordine di svolgimento delle vicende naturali ed umane – alla cui stregua è possibile affermare che il fatto noto è legato al fatto da provare da un elevato grado di probabilità ovvero di frequenza statistica, che rappresenta la base giustificativa della regola di inferenza, su cui poggia il metodo logico-deduttivo della valutazione degli indizi.

L'indizio è un fatto certo dal quale, per interferenza logica basata su regole di esperienza consolidate e affidabili, si perviene alla dimostrazione del fatto incerto da provare secondo lo schema del c.d. sillogismo giudiziario, il quale richiede che il passaggio dal fatto probatorio (fonte e contenuto della prova) al fatto da provare venga giustificato rendendo esplicito il criterio di valutazione che si esprime nella massima di esperienza (regola di inferenza) adottata.

Poiché, nella valutazione della prova indiziaria, manca una forza argomentativa che possa definirsi deduttivamente incontrovertibile, il sistema ordinamentale pone una generica affermazione di sfiducia nei giudizi basati su legami logici eccessivamente deboli come quelli delle congetture plausibili ma considerate isolatamente.

Precisati i tratti distintivi che connotano questo tipo di prova, il procedimento logico di valutazione degli indizi si articola in due distinti momenti: 1) il primo è diretto ad accertare il maggiore o il minore livello di gravità e di precisione di ciascun indizio isolatamente considerato; 2) il secondo momento del giudizio di valutazione è costituito da un esame globale e unitario del quadro indiziario tendente

a dissolverne la relativa ambiguità (*quae singula non probant, simul unita probant*), posto che nella valutazione complessiva ciascun indizio si somma e, di più, si integra con gli altri, talché il limite della valenza di ognuno risulta superato e l'incidenza positiva probatoria viene esaltata nella composizione unitaria, sicché l'insieme può assumere il pregnante e univoco significato dimostrativo, per il quale può affermarsi conseguita la prova del fatto.

Nella fattispecie in esame, nel valutare la documentazione probatoria, il giudice di primo grado ha fatto buon governo del procedimento logico di valutazione degli elementi di fatto, quali: i) gli esiti dell'attività di osservazione direttamente condotta dalla Guardia di Finanza; ii) le evidenze raccolte dai soggetti assunti a S.I.T.; iii) l'analisi delle ricevute e parcelle non dichiarate, ma acquisite nel corso dell'attività di indagine.

Si tratta di elementi che, congiuntamente, compongono un quadro probatorio provvisto di gravità, precisione e concordanza. Tali elementi sarebbero già da soli sufficienti a fornire la prova del fatto contestato all'odierno appellante.

Ciò spiega l'infondatezza delle censure mosse dall'appellante, volte a contestare l'attendibilità dei dati e la valutazione di elementi probatori quali: i) gli appuntamenti segnati nelle agende del sanitario; ii) le informazioni assunte dai pazienti; iii) le fatture non registrate emesse dal professionista ed in particolare dalla progressione cronologica e numerica delle stesse.

L'appellante fornisce una interpretazione di questi dati che non è

compatibile con (e che anzi è contraddetta da) gli altri elementi che compongono il quadro probatorio, ai quali si è fatto riferimento poco sopra.

E' proprio l'univocità e la convergenza dei dati probatori verso la medesima direzione a rendere irrilevante la censura dell'appellante, il quale lamenta che, parte della documentazione contabile acquisita dagli accertatori non è stata allegata alla nota di contestazione dell'addebito, cosicché non si comprenderebbe come il collegio di prime cure sia stato in grado di verificare la veridicità dei prospetti riepilogativi degli orari di effettiva presenza del dott. Gugole presso gli ambulatori ove prestava libera professione.

Sul punto, si ribadisce che non è un singolo indizio ad aver determinato la formazione della prova, bensì un complesso di elementi univoci e unidirezionali, forniti di gravità, precisione e determinatezza.

3. Con l'ultimo motivo, si chiede di riformare integralmente il capo della sentenza impugnato nella parte in cui è stato condannato l'appellante al pagamento, in favore della AULSS n. 8 di Vicenza, delle somme di euro 6.707,16 e di euro 7.817,54, trattandosi di somme che in realtà non sarebbero state indebitamente percepite, ma correttamente erogate dal SSN quale indennità relativa a collaboratore di studio medico e personale infermieristico, cioè a costi inerenti ad una prestazione professionale di assistenza effettivamente svolta in relazione a 1500 pazienti.

La censura è fondata.

In base all'art. 59, commi 6 e 7, dell'ACN del 2005, ai medici di

assistenza primaria che utilizzano un collaboratore di studio professionale è corrisposta *un'indennità annua nella misura di Euro 3,50 per assistito in carico*, mentre è corrisposta *un'indennità annua nella misura di Euro 4,00 per assistito in carico*, in ragione dell'utilizzo di un infermiere professionale.

La disciplina collega la corresponsione dell'indennità alla regolare assunzione del collaboratore e/o dell'infermiere secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per categoria. La stessa disciplina determina il *quantum debeatur* in rapporto al numero degli assistiti in carico, prevedendo una quota fissa per ciascuno di essi.

Le indennità percepite nel periodo di riferimento (2007-2016) dal dott. Gugole sono state calcolate sul numero effettivo di assistiti, pari mediamente a 1500.

Tale indennità non può essere commisurata sul numero virtuale di persone che il sanitario avrebbe dovuto assistere in ragione delle limitazioni previste dall'ACN del 2005: le somme non sono erogate al medico convenzionato quale diretto compenso per l'attività professionale da lui prestata, ma quale indennità a parziale rimborso dei costi sostenuti per essersi avvalso della competenza di un collaboratore di studio professionale e di un infermiere professionale, al fine di garantire un servizio assistenziale e di cura efficiente e continuato.

Non essendovi alcuna contestazione sul servizio assistenziale erogato dal sanitario, che risulta aver effettivamente prestato la propria assistenza a mediamente circa 1500 soggetti, l'impugnata decisione

	deve essere riformata, decurtando dalla liquidazione del danno erariale	
	le somme di euro 6.707,16 e di euro 7.817,54, trattandosi di somme che	
	in realtà non sarebbero state indebitamente percepite.	
	Spese in dispositivo.	
	P.Q.M.	
	la Corte dei conti, Sezione Terza Centrale d'appello, definitivamente	
	pronunciando, accoglie parzialmente l'appello, nei sensi di cui in	
	motivazione e, per l'effetto, condanna Antonio Gugole al pagamento in	
	favore dell'AUSL 8 "Berica" della somma di euro 314.658,82	
	comprensivi della rivalutazione monetaria, oltre interessi al saldo	
	effettivo.	
	Le spese di giudizio sono poste a carico dell'appellante e sono liquidate	
	in euro 208,00 (euro duecentotto/00).	
	Manda alla segreteria per gli adempimenti conseguenti.	
	Così deciso in Roma, nella Camera di Consiglio del 15 gennaio 2025.	
	L'estensore	Il Presidente
	Marco Fratini	Giuseppina Maio
	F.to digitalmente	F.to digitalmente
	Depositata in Segreteria il 07/04/2025	
	Il Dirigente	
	F.to digitalmente	
		17