

Sul rifiuto di atti d'ufficio per il medico del 118 e sui doveri del personale di emergenza

Commento a sentenza cassazione

Luca Benci

Un medico in servizio presso il 118 di Belluno riceve dall'infermiere della Centrale Operativa la segnalazione di un codice rosso alle ore 19,57. Per regolamento interno alla centrale – a quella centrale – l'intervento in codice rosso viene effettuato con ambulanza medicalizzata dalle ore 8 alle ore 20, mentre nelle restanti ore viene effettuato con ambulanza priva di medico.

L'infermiere di centrale contatta via citofono il medico al pronto soccorso – particolare non trascurabile in quanto con questa modalità non esiste la tracciabilità telefonica – il quale vista l'ora ritiene di non coprire la chiamata in quanto ritiene che “sostanzialmente” sia superato l'orario in cui il servizio viene coperto dal medico. Il servizio viene quindi effettuato con ambulanza con infermiere a bordo e si conclude senza particolari problemi.

Non si tratta quindi di un caso classico di responsabilità professionale per colpa, ma un caso di dolo professionale sostanziatosi nella condanna di rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 codice penale (c.p.).

Lo riportiamo per intero

Art. 328

Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione.

Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la

reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa.

Il medico del 118 in qualità di pubblico ufficiale si è quindi rifiutato di eseguire “un atto del suo ufficio” che per “ragioni di sanità” deve essere compiuto “senza ritardo” come la copertura di una uscita in codice rosso. Ricordiamo che il rifiuto, per essere penalmente irrilevante, deve essere “indebito”.

Tralasciando le questioni legate alla goffa difesa apprestata dal medico – prima negando di essere stato avvertito, poi di non avere avuto dall'infermiere la compiuta rappresentazione della gravità del fatto, poi relativamente all'esatto orario di ricezione della chiamata – ci preme sottolineare in questa sede se vi sia una proporzione e una corrispondenza giuridica tra il fatto e la sua gravità. Lo facciamo con gli elementi conosciuti e riportati dalla sola sentenza della Suprema corte.

Il reato contestato è relativo all'art. 328 c.p. Non vi sono dubbi che il medico del servizio di emergenza extra-sanitaria sia un pubblico ufficiale; non vi sono dubbi sul fatto che il servizio gli stia stato “richiesto”, presupposto fondamentale per aversi poi il rifiuto, come viene sempre sottolineato dalla dottrina giuridica e dalla giurisprudenza; non vi sono dubbi che abbia rifiutato il servizio e, infine, non vi sono dubbi su fatto che il medico avesse il dovere di intervenire da normativa extrapenale integrante il suo “ufficio”.

Quello che suscita perplessità, nel caso di specie, è invece l'aspetto sostanziale relativo alla ratio della norma

relativa alla situazione di pericolo, anche solo potenziale, che si crea con il mancato intervento. Si punisce un pubblico ufficiale in quanto il suo rifiuto lede l'interesse della pubblica amministrazione al corretto e sicuro svolgimento del servizio indipendentemente dall'esito dell'intervento stesso. Il reato di rifiuto di atti d'ufficio è infatti da considerarsi un reato "di pericolo" che quindi non richiede il verificarsi di un danno effettivo né, quindi, impone al giudice l'accertamento volta per volta, se a tale rifiuto sia conseguito un pregiudizio per la struttura pubblica.

Quello che stupisce è infatti una diversa risposta del servizio di emergenza che non viene tarato sulla gravità complessiva del fatto e sulle professionalità adeguate a trattarlo, bensì una suddivisione dell'emergenza in base all'orario della chiamata: nelle ore diurne trattamento dell'emergenza con ambulanza medicalizzata, mentre nelle ore notturne ambulanza senza medico. Tale organizzazione, di puri riflessi economicistici, e non certo dettati da motivi di salute, pone una serie di riflessioni sulla lesione degli interessi che con la norma penale si vogliono tutelare. Il *punctum pruriens* della situazione è proprio questo: se si considera l'intervento dell'equipaggio con il medico e dell'equipaggio con l'infermiere un intervento simile per qualità e professionalità è un conto, se invece non si considera simile allora dovrebbe essere esteso nelle ventiquattro ore l'equipaggio medicalizzato. Nel primo caso il rifiuto del medico difficilmente potrebbe essere considerato "indebito" ai sensi della disposizione codicistica, in quanto comunque il servizio viene coperto da eguale sostanziale professionalità, nel secondo caso invece non si capisce quale sia l'interesse della pubblica amministrazione e a quale ratio sia votata la norma incriminatrice. Se la chiamata fosse giunta quattro minuti più tardi la stessa organizzazione prevede un intervento senza medico a bordo.

Appare – la sanzionabilità penale in questo specifico caso – eccessiva rispetto al bene da tutelare e la risposta prevista dall'organizzazione. Eccessivamente burocratica è la motivazione del primo giudice che laconicamente stabilisce che se l'organizzazione in quegli orari prevede la presenza medica in ambulanza l'intervento diventa obbligatorio.

L'elemento di incertezza sul contenuto della conversazione tra medico e infermiere – dovuto alla mancata registrazione della conversazione stessa avvenuta, come abbiamo visto, tramite citofono – viene risolto a favore

dell'infermiere. Il medico infatti aveva sostenuto come tesi difensiva la mancata reale rappresentazione della gravità del fatto: tesi ritenuta "priva di credibilità".

Non è la prima volta che nel rapporto tra medici e infermieri questo elemento viene fuori. A volte viene, dai medici, invocata la discrezionalità tecnica del medico rispetto alla chiamata dell'infermiere che spesso viene negata dalla giurisprudenza (cassazione penale, sezione VI, sentenza 39108/2003; vedi anche in senso conforme cassazione penale, sezione VI, 20056/2008). La discrezionalità medica rispetto alla chiamata che provenga sia da professionisti a ciò deputati – centrale operativa 118, infermiere di reparto ecc. – sia da parenti di pazienti viene, in caso di contenzioso, sindacata dal giudice di merito, il quale "ben può controllare l'esercizio della discrezionalità tecnica da parte del sanitario e concludere che esso trasmoda in arbitrio, se tale esercizio non risulta sorretto da un minimo di ragionevolezza ricavabile dal contesto e dai protocolli medici per esso richiamabili".

Per altro in assenza della presenza medica sull'ambulanza viene configurato l'obbligo del medico di guardia medica di salire sull'ambulanza stessa per "prestare ogni possibile soccorso" (cassazione penale, sezione VI, sentenza 2060/2012).

Il rifiuto indebito ex art. 328 c.p. è stato anche riconosciuto anche per situazioni non esattamente di urgenza. La Suprema corte ha avuto modo di precisare che "la funzione dell'intervento del '118' non deve essere limitata ai soli presidi funzionali alla sopravvivenza del paziente, ma anche quelli non meno importanti di una 'presenza terapeutica' o 'lenitiva del dolore' nella fasi terminali dell'exitus" (fattispecie relativa al mancato invio di un ambulanza da parte della centrale operativa per rifiuto da parte di un'infermiere di "triaggiare" il paziente di cui veniva chiesto l'intervento). La Corte ha poi specificato che "che l'obbligo di intervento, diretto ad assicurare al paziente l'assistenza sanitaria riguarda tanto la salute fisica che quella psichica e comprende anche la necessità di alleviare le atroci sofferenze di un malato terminale". In questo caso è stato coinvolto anche il medico coordinatore di centrale in quanto l'infermiere si era a lui rivolta ben due volte per manifestare dubbi e chiedere lumi in ordine alla richiesta da evadere. La Cassazione ha specificato che in questi casi il medico "non ha la semplice facoltà ma il ben diverso obbligo in caso di dubbio, manifestato dall'operatore su quale decisione prendere, non solo di dare consigli ma di avo-

care le telefonate”. In questo caso il medico condivide la responsabilità con l’infermiere in quanto la richiesta dell’infermiere “immette il comportamento del medico a pieno titolo nella complessiva azione omissiva attribuita alla sola infermiera” (cassazione penale, IV sezione penale, sentenza 19759/2013).

E’ evidente che in questo caso di travalichino gli aspetti classici del servizio di emergenza extraospedaliera e le sue funzioni istituzionali.

Nel rapporto tra medici prevale invece il principio di gerarchia ragione per cui “integra il delitto di cui all’art. 328, comma primo, cod. pen., il comportamento di un medico in servizio presso un reparto ospedaliero, che rifiuti, contravvenendo alle disposizioni impartite dal direttore del reparto, di espletare il servizio di accompagnamento in autoambulanza di pazienti cardiopatici presso un presidio sanitario ove gli stessi avrebbero dovuto essere sottoposti ad esame medico”. (cassazione penale, sezione VI, sentenza 35526/2011).

Presupposto indefettibile perché comunque si attivi il servizio di emergenza sanitaria è, ovviamente, l’esistenza in vita della persona da soccorrere. Sembra pleonastico sottolinearlo ma il numero di chiamate inappropriate ai servizi di emergenza – guardia medica e centrale operativa 118 impongono anche questa precisazione – lo impone. Sempre la giurisprudenza di legittimità ha statuito che “non integra il reato di rifiuto di atti di ufficio di cui all’art. 328, primo comma, c.p. la condotta del sanitario in servizio di guardia medica che rifiuti di effettuare una visita domiciliare richiesta a seguito di morte del paziente, atteso che, in base all’art. 13 del D.P.R. 25 gennaio 1991, n. 41, detto servizio è diretto a garantire la necessaria ed improcrastinabile assistenza sanitaria in situazioni di emergenza, sicché il relativo obbligo del medico di intervenire ha, come presupposto indefettibile, l’esistenza in vita della persona destinataria della prescrizione richiesta” (Corte di cassazione, sezione VI, sentenza 2930/2000).

La casistica sopra riportata è comunque inerente a situazioni nella quali l’intervento medico si palesa come indifferibile, urgente, insostituibile: condizioni non del tutto presenti nel caso di Belluno oggetto della nostra analisi.

Corte di Cassazione

IV sezione penale

sentenza 26 giugno 2013 n. 27913

Svolgimento del processo

1. S.S. ricorre, a mezzo del suo difensore, avverso la sentenza 27 settembre 2012 della Corte di appello di Venezia, che, in parziale riforma della sentenza 18 dicembre 2008 del G.U.P. presso il Tribunale di Belluno, ha concesso il beneficio della sospensione condizionale della pena confermando nel resto.

2. L’imputato è accusato, del reato p.ep. dall’art. 328 c.p., comma 1, perchè quale medico dell’emergenza sanitaria, di turno di servizio assistenziale presso il Pronto Soccorso di X. , indebitamente rifiutava un atto del suo ufficio che per ragioni di igiene e sanità doveva esser compiuto senza ritardo; in particolare, contattato per richiesta d’intervento in “codice rosso”, rifiutava di uscire con l’equipaggio dell’ambulanza che, pertanto, raggiungeva il luogo d’intervento con il solo personale infermieristico e senza alcun medico a bordo. In X. .

3. Dalla doppia conforme decisione dei giudici di merito risulta che nella serata del X. T.M. aveva chiesto telefonicamente un intervento urgente al pronto soccorso di X. in ragione dei sintomi manifestati dal padre M. il quale aveva evidenziato bava alla bocca e rigidità del corpo: sintomi descritti dalla richiedente all’operatrice del SUEM. Dopo circa 20 minuti giungeva presso il domicilio del malato, situato in una frazione, un’ambulanza del pronto soccorso di X. che raccoglieva il paziente conducendolo presso l’ospedale di X. . Il contenuto della conversazione intercorsa fra la richiedente l’intervento e l’operatrice del X. (tale M.), nonchè la successiva comunicazione fra la predetta e l’operatore di X. (P. in un primo momento e F. in seguito), risultano registrate su un supporto CD, sono state trascritte, nonchè riportate a pagina tre della sentenza del giudice di primo grado: da esse risulta pacificamente che l’operatrice attribui all’intervento un “codice rosso” e che nell’ambulanza non era presente alcun medico.

4. Il servizio d’urgenza prevede la presenza obbligatoria di un medico per gli interventi di codice rosso che si manifestano fra le ore 8:00 e le ore 20:00 dopo di che, anche in caso di manifesta urgenza, l’ambulanza opera con il solo personale infermieristico, da ciò l’evidente rilievo della problematica relativa all’accertamento dell’orario di pervenimento della richiesta di intervento.

5. Dalla documentazione relativa al cosiddetto “cartellino emergenze”, redatto dalla centrale operativa del 118, e relativo al giorno 23 maggio 2007, si legge che la telefonata venne ricevuta dall’operatrice B.M. alle ore 19,56 e che l’invio del mezzo venne disposto alle ore 19:57 con partenza effettiva del mezzo alle ore 20:09. In particolare nelle “note evento” viene riportato testualmente “alle

20,03 non avendo avuto la partenza del mezzo, richiesto con uscita medicalizzata, sento al cellulare il collega che mi riferisce essere in viaggio senza il medico in quanto già andato via.

Si tratta del dottor S.”.

6. L’operatrice B.M., sentita a sommarie informazioni confermava tali elementi.

7. Nel corso delle indagini veniva pure sentito l’infermiere D. P.F. che, a sua volta ribadiva la circostanza di aver ricevuto alle ore 19,57 la richiesta di uscita con un mezzo di soccorso per un intervento qualificato con codice rosso il quale precisava:

“contattavo il medico dottor S.S., che si trovava in quel momento, negli ambulatori del pronto soccorso, mediante citofono invitandolo ad uscire con urgenza per portarsi con l’autolettiga nella località dell’intervento. Ho atteso qualche istante e ad un certo punto lo stesso è uscito dall’ambulatorio all’altezza del telefono per le chiamate del 118, ho incrociato il suo sguardo e gli ho ripetuto l’invito che avevo appena annunciato citofono; il predetto mi diceva: “che ore sono?” Al che replicavo “che erano le 19,57; egli, allora, mi diceva: “ormai sono le 20, minuto più, minuto meno, io vado”; pertanto insieme all’autista F. V. mi dirigevo in X. ” 8. L’imputato, in contrasto con tali elementi di segno accusatorio e prendendo posizione sulle contestazioni mossegli dal direttore generale dell’Usl, addebitava l’accaduto a malanimo, serbato dal primario nei suoi confronti affermando, altresì, che egli, alle 19:57 del 23 maggio non era stato affatto chiamato dall’infermiere addetto all’ambulanza.

9. Il Tribunale in sentenza dava poi conto degli elementi offerti dalle indagini difensive e relativi alla divergenza esistente fra l’orario riportato dall’orologio del Suem, quello della macchinetta per la timbratura, nonchè di quelli appesi alle pareti del reparto tutti non sincronizzati fra loro (testi B., Bu. e T.).

10. Il primo giudice, pur dando conto del risultato di tale prova, precisava che “la prestazione professionale garantita dal medico odierno imputato, siccome riferita alle situazioni d’urgenza sanitaria gestita dal Suem, deve essere riferita a date ed orari indicati dallo stesso servizio di urgenza ed emergenza medica...” In definitiva: se il turno è quello organizzato e gestito dal servizio di emergenza territoriale e se tale servizio si avvale di un proprio orologio, demandato a funzioni di rilevanza esterna, va tenuto conto degli orari registrati ed indicati dallo stesso servizio, anche ai fini della considerazione della obbligatorietà dell’intervento da parte del medico incaricato”.

11. Da ciò la conclusione che, essendo pacifico che l’intera vicenda si è sviluppata fra le 19, 56 e le 19,57, il medico era gravato dall’obbligo giuridico di attivarsi e che l’affermazione difensiva, secondo la quale l’infermiere D.P. non avrebbe informato il medico dell’esigenza manifestatasi, era priva di credibilità.

12. Su appello dell’imputato la corte distrettuale con la sentenza

27 settembre 2012 ribadiva il giudizio di responsabilità ex art. 323 c.p..

Motivi della decisione

1. Il ricorso dello S. avverso la sentenza della Corte di appello veneta è articolato in cinque motivi che si fondano su di una basilare e dirimente considerazione per cui una omissione, gravata da una anti giuridicità speciale, deve conseguire non già dalla semplice presenza di un codice rosso, ma da una informata rappresentazione circa la sussistenza ed i caratteri dell’urgenza, che consenta appunto, da parte dell’autore della condotta omissiva, la valutazione consapevole della sua inazione. A tali cinque specifiche doglianze è seguito il deposito, in data 17 maggio u.s., di una memoria difensiva che ha ribadito ed arricchito le argomentazioni a fondamento dell’impugnazione proposta nel ricorso .

2. Con un primo motivo di impugnazione viene dedotta inosservanza ed erronea applicazione della legge, nonchè vizio di motivazione sotto il profilo che il rilievo della Corte d’appello che “nella fattispecie si trattava di un soggetto settantaduenne, già colpito in precedenza da un ictus, in preda ad una crisi epilettica ed incosciente” e che la “situazione (era) di assoluta gravità, correttamente riconosciuta dall’operatrice Suem B.M. come grave, e confermata, successivamente al ricovero ospedaliero”, sarebbe del tutto apodittico e soprattutto non corrisponderebbe a quanto asseritamente rappresentato al medico (a parte la considerazione che alla fine si trattava di un attacco epilettico tranquillamente trattato).

Con un secondo motivo si lamenta vizio di motivazione, con riferimento alla prova del rifiuto indebito da parte dell’imputato e del dolo che avrebbe informato la condotta omissiva contestata.

Con un terzo motivo si prospetta violazione e falsa applicazione dell’art. 546 c.p.p., lett. e), in relazione al mancato esame del documento in allegato 9, atti P.M., dal quale risulta una discrepanza tra le due schede di intervento a firma dell’infermiere D.P..

Con un quarto motivo si evidenzia vizio di motivazione sul positivo giudizio di attendibilità del teste D.P..

Con un quinto motivo si sostiene ancora vizio di motivazione quanto all’ora del fatto e dunque alla sussistenza dell’obbligo ed alla sua conoscibilità.

3. Tanto premesso, ritiene il Collegio che, nella specie, debba pronunciarsi l’inammissibilità del ricorso, in adesione alle conclusioni del Procuratore generale in udienza, atteso l’evidente tentativo della difesa di prospettare, in questa sede, una ricostruzione della scansione degli eventi, “alternativa e contraria” a quella oggetto di doppia conforme narrazione da parte dei giudici di merito, attraverso una convergente ed abile opera: di svalutazione della attendibilità intrinseca ed estrinseca, in particolare del teste D.P.; di ipervalorizzazione della discrepanza di alcuni dati documentali e dei tempi registrati della condotta; di negazione della soggettività dell’operatore deputato all’intervento medico e dell’affermazione della non vincolatività, ai fini dell’accompagnamento in ambulan-

za, del “codice o bollino rosso”.

Nessuna di tali prospettazioni critiche, pur tra loro correlate, appare ragionevolmente fondata e, comunque, ammissibile in sede di legittimità, posto che tutte (come peraltro ribadito nella memoria difensiva 17 maggio 2013) postulano la soluzione, nella lettura alternativa e più favorevole proposta dal ricorrente, del triplice dubbio: a) che il dr S. non avesse ricevuto l’ordine di servizio prima delle ore 20.00; b) che, comunque, al di là della siglatura in codice o bollino rosso, non sia stata rappresentata all’imputato la concreta situazione del paziente; c) che non vi sia stata da parte del ricorrente la consapevolezza dell’illecito ma una semplice leggerezza sulla verifica dell’ora o sul recepimento della chiamata.

Trattasi di dubbi peraltro non diversamente solubili in questa sede, posto che il loro superamento, in assenza di provati travisamenti dei fatti e/o delle prove, od illogicità ed incoerenze manifeste nella ricostruzione ed attribuibilità degli eventi, esige da parte del giudice di legittimità una non consentita intromissione sul merito della vicenda e la fondatezza dell’accusa, in un quadro normativo e giurisprudenziale che, pacificamente, esclude la possibilità che la verifica sulla correttezza e completezza della motivazione si possa tramutare in una nuova valutazione delle risultanze acquisite, da contrapporre a quella effettuata dal giudice di merito (Cass. Pen. Sez. 4[^], 35683/2007 Rv. 237652 Servidei).

4. Ritiene infatti la Corte che gli elementi di prova, ritualmente acquisiti ed introdotti nel processo, siano stati correttamente utilizzati dai giudici di merito i quali li hanno posti a fondamento della attività logico inferenziale ed il successivo finale giudizio di conclusione probatoria sulla responsabilità, in un contesto decisorio connotato da un doppia conforme ed argomentato giudizio di colpevolezza.

Tale attività cognitiva e valutativa dei giudici dei due gradi ha così consentito l’espressione di un risultato di prova, sulla idoneità e sufficienza dei fatti secondari (elementi, mezzi e/o fonti di prova, fatti notori), nonché dei conseguenti risultati e relative inferenze, privo di incoerenze, illogicità od invalidità apprezzabili in relazione ai vizi di cui all’art. 606 c.p.p..

Va in proposito ancora rammentato (cfr. cass. pen. sez. 4[^], 26660/2011 Rv. 250900) che la sentenza di merito non è tenuta a compiere un’analisi approfondita di tutte le deduzioni delle parti e a prendere in esame dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni del convincimento, dimostrando - come avvenuto nella specie- che ogni fatto decisivo è stato tenuto presente, si da potersi considerare implicitamente disattese le deduzioni difensive che, anche se non espressamente confutate, siano logicamente incompatibili con la decisione adottata.

Regola questa da applicarsi alla doglianza del 3[^] motivo dianzi trascritta.

5, In particolare, nel ribadire la pronuncia di inammissibilità,

questa Corte intende chiarire che la corte distrettuale non ha operato una automatica corrispondenza od equazione di cogenza tra codice rosso ed obbligo di intervento del medico, considerato che l’esito interpretativo della motivazione del giudice della condanna si è fondata e ha tratto il suo ragionevole ed insuperabile convincimento, sia dalla completa informazione data al medico, sia dalle stesse dichiarazioni rese dal sanitario (non si dimentichi in proposito, quanto ripreso dal primo giudice - pag.5 - sulla negazione radicale dello S. di ogni avviso da parte dell’infermiere e sulla attribuibilità della vicenda al malanimo del Primario nei suoi confronti, malanimo poi esteso anche al teste D.P.).

Inoltre la credibilità del teste chiave della vicenda, il D.P. è stata oggetto di una precisa ed accurata disamina da parte dei giudice di merito nel rispetto della regola consolidata secondo cui, nel nostro sistema, le dichiarazioni di un testimone, per essere positivamente utilizzate dal giudice, devono risultare credibili, oltre che ad avere per oggetto fatti di diretta cognizione e specificamente indicati. Pertanto, contrariamente ad altre fonti di conoscenza - come le dichiarazioni rese da coimputati o da imputati di reati connessi - esse non abbisognano di riscontri esterni, l’eventuale ricorso ai quali è funzionale soltanto al vaglio di credibilità’ del testimone laddove necessario (cfr. ex plurimis:

Cass. pen. sez. 1[^], n. 06502 del 17/12/1998 - 08/02/1999 e successive conformi).

Infine il giudice, pur essendo indubbiamente tenuto a valutare criticamente, verificandone l’attendibilità, il contenuto della testimonianza, non è però certamente tenuto ad assumere come base del proprio ragionamento l’ipotesi che il teste dica scientemente il falso o si inganni su ciò che forma l’oggetto essenziale della propria deposizione, salvo che sussistano specifici e riconoscibili elementi atti a rendere fondato un sospetto di tal genere. Ciò significa che, in assenza di siffatti elementi, il giudice, come avvenuto nella fattispecie, deve partire invece dal presupposto che il teste, fino a prova contraria, riferisca correttamente quanto a sua effettiva conoscenza e deve perciò limitarsi a verificare se sussista o meno incompatibilità fra quello che il teste riporta come certamente vero, per sua diretta conoscenza, e quello che emerge da altre eventuali fonti probatorie di pari valenza (ex plurimis: Cass. pen. sez. 1[^] sentenza 03754 del 13/03/1992 - 27/03/1992 e successive conformi).

6. Il ricorso quindi, alla stregua di quanto sopra argomentato, va dichiarato inammissibile.

Alla decisa inammissibilità consegue, ex art. 616 c.p.p., la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali e di una somma, in favore della Cassa delle ammende, che si stima equo determinare in Euro 1000,00 (mille).

P.Q.M.

Dichiara inammissibile il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di Euro 1.000,00 in favore della Cassa delle ammende.