

**CONSIGLIO DI STATO - Sezione III – sentenza n. 2448 del 24 maggio 2017**

**ILLECITO IL DINIEGO AUTORIZZAZIONE PER LA REALIZZAZIONE DI UNA STRUTTURA DI RADIOTERAPIA**

*Il blocco delle nuove autorizzazioni è giustificato, a condizione che: (a) il fabbisogno non sia ancora stato quantificato; (b) oppure, pur essendo stato quantificato il fabbisogno, le strutture già definitivamente o provvisoriamente accreditate, sommate a quelle autorizzate e già in esercizio e interessate ad ottenere l'accreditamento, appaiano in grado di coprirlo interamente.*

*Può ulteriormente ammettersi che, nel calcolo delle strutture idonee a coprire il fabbisogno, rientrino anche le strutture pubbliche eventualmente programmate, anche se non ancora operanti.*

*Qualora, invece, nonostante la considerazione di tutte le predette strutture, permanga una parte di fabbisogno insoddisfatto, verrebbe meno una adeguata giustificazione del blocco, perché impedire l'ingresso di nuovi operatori nel settore comporterebbe una limitazione dell'offerta di prestazioni sanitarie a fronte di una domanda destinata a rimanere insoddisfatta.*

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 6632 del 2015, proposto da:

.....

*contro*

- Regione Campania, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Edoardo Barone, con domicilio eletto presso l'Ufficio di Rappresentanza della Regione Campania in Roma, via Poli, 29;

- Azienda Sanitaria Locale Caserta, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Antonio Tagliafierro, con domicilio eletto presso lo studio Francesco Mangazzo in Roma, via G.G. Belli 39;

- Commissario Straordinario per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Campania, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso i cui uffici è domiciliato in Roma, via dei Portoghesi, 12;

*per la riforma*

della sentenza del TAR CAMPANIA – NAPOLI, SEZIONE I, n. 01900/2015, resa tra le parti, concernente diniego autorizzazione per la realizzazione di una struttura di radioterapia;

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Regione Campania e di Azienda Sanitaria Locale Caserta e di Commissario Straordinario per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Campania;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 23 marzo 2017 il Cons. Pierfrancesco Ungari e uditi per le parti gli avvocati Arturo Umberto Meo, Rosanna Panariello su delega dichiarata di Edoardo Barone, Francesco Mangazzo su delega di Antonio Tagliafierro e l'avvocato dello Stato Tito Varrone;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

### **FATTO e DIRITTO**

1. La controversia origina dalla nota dell'ASL Caserta prot. n. 1835/Dir. Dip. in data 13 marzo 2014, con la quale è stato espresso parere negativo sull'istanza della società odierna appellante di autorizzazione alla realizzazione di una struttura per radioterapia.

2. L'argomento fondamentale alla base dell'atto è la necessità, anche sulla base di quanto disposto dal decreto del commissario ad acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 128 in data 30 dicembre 2013, di attendere il completamento delle procedure di accreditamento istituzionale per le strutture già autorizzate ed accreditate.

3. La società ha impugnato la nota (unitamente al D.C.A. n. 128/2013, nella parte in cui è stato determinato il fabbisogno regionale per la radioterapia in vista del completamento delle procedure di accreditamento istituzionale; ed alla d.G.R. Campania n. 7301/2001, recante la definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private) dinanzi al TAR Campania.

4. In primo grado ha prospettato l'inconferenza del richiamo al D.C.A. n. 128/2013, il superamento del c.d. blocco delle autorizzazioni sanitarie (vale a dire, la sospensione dell'esame delle relative istanze fino al completamento delle procedure di accreditamento istituzionale) per effetto dell'art. 1, comma 60, della L.R. 5/2013, e comunque il contrasto di detto blocco con la libertà di iniziativa economica e con il DL 1/2012, convertito nella legge 27/2012, comportante l'abrogazione di tutte le previsioni che detta libertà comprimono o condizionano indebitamente.

5. Il TAR Campania, con la sentenza appellata (I, n. 1900/2015) ha respinto il ricorso, sottolineando in particolare (sulla base di estesi richiami a quanto affermato da questa Sezione con le sentenze n. 5908/2014 e n. 3762/2014) che:

- le abrogazioni contemplate dal DL 1/2012 al fine delle liberalizzazioni non sono ancora operative perché attendono l'emanazione dei regolamenti attuativi;

- non si coglie alcuna inconferenza nel riferimento al D.C.A. n. 128/2013, posto che esso, oltre ad occuparsi del fabbisogno regionale per l'attività di radioterapia e della procedura per ottenere l'accreditamento istituzionale in tale ambito, disciplina, al punto 3 del dispositivo, il regime da seguire in tema di autorizzazioni per la realizzazione di nuove strutture, in coerenza con la vigente normativa;

- detta normativa conferma il c.d. blocco, posto che l'art.1, comma 60, della L.R. Campania 5/2013 non ha superato il divieto di rilasciare nuove autorizzazioni già contenuto nei D.C.A. n. 21/2009 e n. 31/2011, dovendo invece essere collegato al comma 36, che lascia "ferme le dispo-

sizioni vigenti previste dall'art.1, dal comma 237 bis al comma 237-duovicies" della L.R. 4/2011, e tra esse, il comma 237-quater (secondo il quale, nel testo modificato dalla L.R. 23/2011, ferma restando la sussistenza del fabbisogno, questo va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate, successivamente dalle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante accreditamento di strutture o attività di nuova realizzazione).

6. In sintesi, per il TAR il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione o l'ampliamento di strutture, oltre che l'accreditamento di nuove strutture, è tuttora subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237-quinquies a 237-invicies, della L.R. 4/2011.

7. Il TAR ha anche sottolineato che, allo stato, "è in corso di completamento (se non terminato) l'esame delle domande definitive di accreditamento delle strutture sanitarie accreditate provvisoriamente a carico del servizio sanitario regionale a seguito del quale, secondo le cadenze procedurali poste a livello regionale (soddisfacimento del fabbisogno, prioritariamente, attraverso l'accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante accreditamento di strutture o attività di nuova realizzazione), si procederà all'esame anche delle domande di ampliamento di strutture private", del genere di quella presentata dalla odierna appellante.

8. Nell'appello, la struttura privata deduce un unico motivo di ricorso, articolato nei profili appresso sintetizzati.

8.1. Sostiene che il TAR ha confuso il procedimento di autorizzazione con quello di accreditamento, mentre si tratta di procedimenti distinti e, secondo una corretta applicazione dell'art. 8-ter del d.lgs. 192/1992 e del D.C.A. n. 128/2013, le strutture sanitarie hanno titolo ad ottenere l'autorizzazione alla realizzazione se posseggono i requisiti di cui alla d.G.R. 7301/2001 e se la loro esistenza è compatibile con il fabbisogno territoriale che la Regione accerta attraverso le ASL; invoca al riguardo l'orientamento espresso, in caso analogo, da Cons. Stato, III, n. 3487/2015 (l'istanza di autorizzazione, in assenza del piano di riassetto di settore, deve comunque essere valutata singulatim).

Sottolinea che, nel caso in esame, i requisiti per l'autorizzazione sussistono, mentre il D.C.A. n. 128/2013 ha riconosciuto un fabbisogno assistenziale e programmato di 40 apparecchiature di radioterapia con acceleratore lineare (di cui 6 nel distretto della ASL Caserta, dove attualmente ce ne sono soltanto 3).

8.2. Il TAR erra anche nel ritenere che il parere negativo sia giustificato dalle previsioni di blocco delle autorizzazioni fino all'adozione del piano di riassetto di settore; infatti, la normativa non subordina il rilascio di nuove autorizzazioni a nessun completamento di misure di razionalizzazione dell'offerta e della spesa sanitaria (cfr. Cons. Stato, III, n. 4788/2013).

Comunque, un atto a contenuto programmatico per le prestazioni di radioterapia esiste, in quanto, sulla base del Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico delle malattie del cancro – Anni 2011-2013, redatto dal Ministero della salute, il Commissario ad acta, prima con nota prot. 3439 in data 25 giugno 2013 e poi con il decreto n. 128/2013, ha individuato il fabbisogno regionale, evidenziando la necessità di incrementare l'offerta di prestazioni salvavita.

In ogni caso, secondo la normativa regionale i piani di riassetto avrebbero dovuto essere completati entro il 31 ottobre 2014, e non può ritenersi che l'inerzia delle Amministrazioni al riguardo determini il blocco delle attività dei privati.

9. Nella memoria di costituzione, la ASL di Caserta sostanzialmente riproduce, in senso adesivo, le argomentazioni della sentenza appellata.

10. Dal canto suo, la Regione Campania, pur ribadendo la perdurante applicabilità dell'art. 1, comma 237-quater, della L.R. 4/2011, sottolinea che resta comunque salva, ex art. 8-ter del d.lgs. 502/1992, l'esigenza di valutare la compatibilità della nuova realizzazione con il fabbisogno e che, al riguardo, il D.C.A. n. 50 in data 27 maggio 2015, ha ridotto da 40 a 39 le apparecchiature per la radioterapia, di cui 6 nel distretto di Caserta, ma poiché vi sono 4 strutture private autorizzate (di cui 2 accreditate) e 2 attivabili nel settore pubblico, il fabbisogno è già potenzialmente soddisfatto; senza contare che i Ministeri vigilanti hanno osservato che vi è un sottoutilizzo delle apparecchiature pubbliche, che ARSAN ha stimato che l'efficiamento del settore pubblico consentirebbe di trattare il 20% della domanda attualmente insoddisfatta, e che quindi non appare motivata la scelta di potenziare l'offerta privata (incremento di macchinari pari a 13, rispetto ai 4 delle strutture pubbliche) prima di aver conseguito il pieno utilizzo di quella pubblica.

11. Con memoria, la società appellante, nel ribadire che la verifica di compatibilità con il fabbisogno e di accessibilità al servizio sanitario è comunque doverosa, sostiene che il D.C.A. n. 50/2015 (in via di impugnazione) non può precludere l'accoglimento della propria istanza, in ossequio al principio del tempus regit actum e del principio di irretroattività degli atti sancito dall'art. 12 delle preleggi.

12. Questa Sezione, con ordinanza n. 954/2016, ha disposto istruttoria, per acquisire una documentata relazione nella quale la Regione Campania chiarisca “lo stato delle procedure di accreditamento istituzionale previste e regolate dall'art. 1, comma 237-quinquies e seguenti della legge regionale 4/2011 (con particolare riferimento a quelle relative alle strutture che erogano prestazioni di radioterapia), indichi la stima dei tempi della loro definizione (ove ancora non concluse) e precisi l'attuale disciplina amministrativa del fabbisogno regionale programmato per la radioterapia con acceleratore lineare (anche per mezzo della puntuale indicazione della disponibilità di nuove autorizzazioni nel territorio interessato dalla struttura in questione)”.

13. La Regione Campania ha depositato in giudizio il D.C.A. n. 105 in data 3 ottobre 2016, dal quale si evincerebbe che è stato mantenuto il rinvio delle valutazioni sulle autorizzazioni all'esito dell'accREDITAMENTO in esecuzione del D.C.A. n. 128/2013, e che, quanto al fabbisogno, mentre quello complessivo è salito a 42, quello “disponibile” per nuovi accreditamenti è interamente coperto dalle strutture già operanti.

14. Con memoria finale, l'appellante, sottolinea che in Campania le procedure di accreditamento sono ormai concluse da tempo, che la Regione non ha adempiuto all'incombente istruttorio e che, comunque, il D.C.A. n. 105/2016 conferma che nel distretto vi è un fabbisogno non soddisfatto pari a 2 strutture, e che quindi nulla impedisce il rilascio dell'autorizzazione richiesta.

15. Il Collegio anzitutto osserva che può convenirsi sull'interpretazione della portata applicativa dell'art. 1 della L.R. 5/2013, e del DL 17/2012, nel senso che non hanno mutato la disciplina previgente.

La questione dirimente è perciò legata alla portata applicativa del c.d. blocco delle autorizzazioni sancito dall'art. 1, comma 237-quater, della L.R. 4/2011 e dai D.C.A. applicativi.

16. Al riguardo, il quadro della giurisprudenza di questa Sezione evidenzia riferimenti non coordinati, che è necessario ricondurre ad un sistema coerente.

16.1. La questione dell'ambito di applicazione dell'art.1, comma 237-quater, della L.R. Campania 4/2011, è stata risolta nel senso dell'applicabilità del c.d. blocco delle autorizzazioni non solo alle procedure di nuovo accreditamento istituzionale, ma anche a quelle di rilascio di autorizzazioni sanitarie svincolate dall'erogazione di prestazioni a carico del SSR (come quella oggi in esame).

A tal fine, è stato sottolineato che detto regime di blocco, comunque, mantiene una congrua ragionevolezza quando le misure di razionalizzazione dell'offerta sanitaria a carico del SSR non sono ancora giunte a compimento, poiché potrebbe rilevarsi che già le strutture accreditate siano in grado di soddisfare i fabbisogni di prestazioni richieste a carico del SSR in una certa area, garantendo una soddisfacente accessibilità al servizio sanitario pubblico, cosicché la eventuale sufficienza dell'offerta di prestazioni da parte delle strutture accreditate, nell'ambito della programmata razionalizzazione del SSR, non risulta una variabile irrilevante anche quando la valutazione di compatibilità riguarda una struttura sanitaria, che, erogando prestazioni non a carico del SSR, non comporta ulteriori oneri finanziari al bilancio regionale (cfr. Cons. Stato, III, n. 3762/2014 e n. 5908/2014, *citt.*, richiamate dalla sentenza appellata).

16.2. Tuttavia, questa Sezione ha anche affermato che la regola di principio sancita dall'8-ter del d.lgs. 502/1992 (che subordina il rilascio del titolo autorizzatorio non all'esistenza di uno strumento pianificatorio generale, ma ad una valutazione dell'idoneità della nuova struttura a soddisfare il fabbisogno complessivo di assistenza, prendendo in considerazione le strutture presenti in ambito regionale, secondo i parametri dell'accessibilità ai servizi ed avuto riguardo alle aree di insediamento prioritario di nuovi presidi), non può risolversi alla luce dell'art. 32 della Costituzione - che eleva la tutela della salute a diritto fondamentale dell'individuo - e dell'art. 41 - teso a garantire la libertà di iniziativa di impresa - in uno strumento ablativo delle prerogative dei soggetti che intendano offrire, in regime privatistico (vale a dire senza rimborsi o sovvenzioni a carico della spesa pubblica, e con corrispettivi a carico unicamente degli utenti), mezzi e strumenti di diagnosi, di cura e di assistenza sul territorio. E che una politica di contenimento dell'offerta sanitaria non può tradursi in una posizione di privilegio degli operatori del settore già presenti nel mercato, che possono incrementare la loro offerta a discapito dei nuovi entranti, assorbendo la potenzialità della domanda. Anche tenuto conto che le valutazioni inerenti all'indispensabile contenimento della spesa pubblica ed alla sua razionalizzazione hanno la loro sede propria nei procedimenti di accreditamento, di fissazione dei "tetti di spesa" e di stipulazione dei contratti con i soggetti accreditati (cfr. Cons. Stato, III, n. 550/2013 e n. 4788/2013, relativamente al rilascio di autorizzazioni nelle Regioni, rispettivamente, Lazio e Sardegna).

16.3. Inoltre, approfondendo la problematica, è stato successivamente posto in evidenza che la situazione normativa della regione Campania non contraddice tale diverso orientamento, che attiene, appunto, a realtà regionali diverse (cfr. Cons. Stato, III, n. 3807/2015 e n. 3487/2015).

Tuttavia, anche con riferimento alla situazione della Campania, si è comunque ritenuto di poter superare il regime di blocco, affermando che l'istanza di autorizzazione dovrà essere esaminata dal Comune competente "sulla base della verifica attuale di compatibilità col fabbisogno e accessibilità territoriale al servizio sanitario, compiuta a livello regionale, tenendo conto delle prescrizioni poste dai provvedimenti commissariali, e cioè valutando il fabbisogno alla luce dell'eventuale adottato piano di riassetto [di settore: in quel caso, si trattava della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale] ove sopravvenuti". E che, "In difetto, dovrà, comunque, l'amministrazione regionale sanitaria compiere una valutazione puntuale, attinente al caso specifico, a prescindere da qualsivoglia attività programmatica o pianificatoria, non potendosi condizionare negativamente l'attività economica privata al mancato esercizio di poteri doverosi" (cfr. sentt. n. 3807/2015 e n. 3487/2015, citt.).

17. A questo punto, sembra necessario precisare il contenuto della priorità assicurata dall'art. 1, comma 237-quater, cit., alle strutture già accreditate, e poi a quelle già autorizzate, rispetto a quelle richiedenti nuove autorizzazioni.

17.1. Dall'art. 237-quater, primo periodo ("... il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1° luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l'accreditamento delle strutture o attività di nuova realizzazione"), si evince inequivocamente una priorità, ai fini del soddisfacimento del fabbisogno, delle strutture provvisoriamente accreditate alla data del 1° luglio 2007 rispetto a quelle già in esercizio ma non accreditate, e di quest'ultime rispetto a quelle di nuova realizzazione da accreditare.

17.2. È vero che il secondo periodo afferma che "Il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione, nonché l'accreditamento di nuove strutture è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237-quinquies a 237-unvicies"; tuttavia, la portata apparentemente assoluta di tale scansione temporale va considerata alla luce della ratio della disposizione.

Il terzo periodo, infatti, aggiunge che "In caso di sussistenza di ulteriore fabbisogno verificato agli esiti della definizione dei procedimenti di accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie ai sensi dell'articolo 1, commi da 237-bis a 237-tervicies della legge regionale n. 4/2011, le strutture sanitarie e socio-sanitarie già autorizzate ed in possesso dei requisiti tecnico-sanitari, nonché in possesso degli ulteriori requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale (...) possono essere accreditate fino alla copertura del fabbisogno ...".

Vale a dire, la priorità per le strutture accreditate, e per quelle già operative, è testualmente riferita all'obiettivo dell'accreditamento definitivo, ed è collegata all'esigenza di non saturare il fabbisogno prima di aver definito l'accreditamento delle strutture che godono della priorità.

17.3. La giurisprudenza di questa Sezione, come esposto, ha poi valorizzato la formulazione testuale del secondo periodo del comma 237-quater, individuando una ratio che consente di inten-

derla come riferita anche al blocco delle autorizzazioni non collegate o non collegabili con un accreditamento con il SSR.

17.4. Tuttavia, un'interpretazione così ampia, comporta la necessità di considerare con particolare attenzione l'esigenza di non tenere immotivatamente ferma un'iniziativa privata in possesso dei requisiti strutturali e funzionali previsti per ottenere l'autorizzazione.

Un blocco immotivato, non collegato, cioè, alla corretta copertura del fabbisogno programmato, farebbe riemergere quei dubbi di illegittimità costituzionale che finora si è ritenuto di poter superare.

17.5. Pertanto, il blocco delle nuove autorizzazioni è giustificato, a condizione che:

(a) - il fabbisogno non sia ancora stato quantificato;

(b) - oppure, pur essendo stato quantificato il fabbisogno, le strutture già definitivamente o provvisoriamente accreditate, sommate a quelle autorizzate e già in esercizio e interessate ad ottenere l'accreditamento, appaiano in grado di coprirlo interamente.

Può ulteriormente ammettersi che, nel calcolo delle strutture idonee a coprire il fabbisogno, rientrino anche le strutture pubbliche eventualmente programmate, anche se non ancora operanti.

17.6. Qualora, invece, nonostante la considerazione di tutte le predette strutture, permanga una parte di fabbisogno insoddisfatto, verrebbe meno una adeguata giustificazione del blocco, perché impedire l'ingresso di nuovi operatori nel settore comporterebbe una limitazione dell'offerta di prestazioni sanitarie a fronte di una domanda destinata a rimanere insoddisfatta.

18. Tornando al caso in esame, secondo quanto sembra desumibile dagli atti acquisiti al giudizio, una valutazione del fabbisogno per il settore della radiologia sembra effettivamente essere stata effettuata mediante il D.C.A. n. 128/2013 (e poi mediante il D.C.A. n. 50/2015 ed il D.C.A. n. 105/2016).

Si è già detto, nel solco di quanto affermato da questa Sezione con precedenti sentenze (le n. 3807/2015 e n. 3487/2015, più volte citate), che l'eventuale mancanza di un piano di riassetto di settore non potrebbe impedire la valutazione dell'istanza di autorizzazione presentata dall'appellante.

18.1. Quanto alla valutazione del fabbisogno, le parti hanno tratto spunti dai D.C.A. suddetti per desumere l'esistenza di una capienza per nuove strutture, oppure per negarla.

18.2. Il Collegio non è in grado di valutare tale aspetto, che risulta condizionato dall'interpretazione delle categorie utilizzate nelle tabelle contenute nei D.C.A., suscettibile di opzioni diverse, e in ordine alle quali, comunque, non vi è stato un compiuto contraddittorio.

Pertanto, mentre non si può escludere (in ragione della copertura integrale del fabbisogno previsto) un interesse concreto della società appellante a vedersi motivatamente presa in esame la propria istanza di autorizzazione, di contro non può neanche affermarsi che sussista il presupposto della capienza di un fabbisogno non soddisfatto da parte delle strutture già operative o programmate.

19. La pronuncia deve quindi limitarsi all'annullamento dell'atto negativo adottato dalla ASL, in quanto basato su un'interpretazione troppo estesa della portata del blocco delle (nuove) autorizzazioni e sull'errata considerazione della mancanza di una attuale quantificazione del fabbi-

sogno di strutture di radiologia; sussistendo, di contro, i presupposti perché l'istanza della società appellante venga valutata con riferimento al parametro del fabbisogno, previsto dalla normativa.

20. In questi termini l'appello risulta fondato e dev'essere accolto, con conseguente riforma della sentenza appellata, ed annullamento del provvedimento negativo della ASL impugnato in primo grado.

La ASL di Caserta e la Regione Campania sono conseguentemente tenute a valutare l'istanza di autorizzazione presentata dalla società appellante.

21. Le spese del doppio grado di giudizio, considerato il faticoso sviluppo della normativa e dell'interpretazione giurisprudenziale, possono essere compensate tra le parti.

### **P.Q.M.**

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo accoglie, e, per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, accoglie il ricorso proposto in primo grado ed annulla il provvedimento con esso impugnato, nei sensi e limiti indicati in parte motiva.

Spese del doppio grado di giudizio compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 23 marzo 2017 con l'intervento dei magistrati:

Franco Frattini,	Presidente
Lydia Ada Orsola Spiezia,	Consigliere
Massimiliano Nocelli,	Consigliere
Pierfrancesco Ungari,	Consigliere, Estensore
Stefania Santoleri,	Consigliere

L'ESTENSORE

Pierfrancesco Ungari

IL PRESIDENTE

Franco Frattini