

09 NOV 2012

PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. MADONNA Salvatore. – P.O. Castellammare di Stabia.

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E RESPONSABILE UFFICIO A.L.P.I.**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I. aziendale e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Responsabile Ufficio A.L.P.I. a mezzo di sottoscrizione della presente.

PREMESSO:

- Che con deliberazione aziendale n.447 del 23.9.2009 ad oggetto "Adozione Regolamento attività libero professionale intramoenia." E s.m.i., questa Azienda in attuazione della Legge n.120 del 03.8.2007, ha inteso regolamentare l'esercizio dell'A.L.P.I.;
- Che con deliberazione aziendale n.225 del 26.4.2012 il Direttore Generale aziendale ha costituito l'Ufficio A.L.P.I. della ASL NA3 Sud;

RICHIAMATO:

- Il precitato Regolamento aziendale nella parte in cui è stabilito che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'A.L.P.I., ancorchè autorizzati, devono formulare al Direttore Generale istanza per ottenere l'autorizzazione;

VISTA:

- L'istanza inoltrata dal Dr. **MADONNA Salvatore** – Dirigente medico – disciplina **MEDICINA INTERNA** in servizio presso il P.O. di Castellammare di Stabia; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **MEDICINA INTERNA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre del Greco – Via Nazionale n.240 e presso il P.O. di appartenenza**;

VENUTO CONTO:

- Dell'istruttoria effettuata dal Referente Amministrativo A.L.P.I. Dip. Franca Maria Vitiello operante presso il Servizio GRU, anche attraverso la verifica della veridicità delle dichiarazioni rese dal sanitario richiedente, e dalla verifica della disciplina di appartenenza del precitato sanitario richiedente, attestata dalla sigla apposta dal medesimo Referente Amministrativo, in calce all'istanza del sanitario accanto alla verificata disciplina di appartenenza;

RILEVATO:

- Che il Dr. **MADONNA Salvatore**, è **Dirigente medico – disciplina MEDICINA INTERNA presso il P.O. di Castellammare di Stabia**;
- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **MADONNA Salvatore**, dirigente medico-disciplina **MEDICINA INTERNA**, a svolgere l'A.L.P.I. nella sola disciplina di **MEDICINA INTERNA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

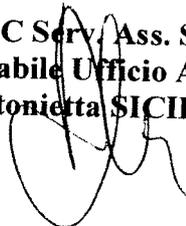
- Di autorizzare il Dr. **MADONNA Salvatore**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia - disciplina **MEDICINA INTERNA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella sola disciplina specialistica di **MEDICINA INTERNA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre del Greco – Via Nazionale n.240 e presso il P.O. di appartenenza**, nel rispetto della normativa vigente;



- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, e relative alla sola disciplina di Medicina Interna,

con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,
- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto.

**Il Direttore UOC Serv. Ass. San. di Base
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.
Dr.ssa Antonietta SICILIANO**



IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto delle dichiarazioni di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., nonché delle dichiarazioni di legittimità tecnica e amministrativa rese dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede e sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- Di autorizzare il Dr. **MADONNA Salvatore**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia- disciplina **MEDICINA INTERNA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella sola disciplina specialistica di **MEDICINA INTERNA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre del Greco – Via Nazionale n.240 e presso il P.O. di appartenenza** nel rispetto della normativa vigente;

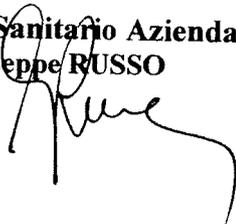
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, e relative alla sola disciplina di Medicina Interna con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto;

- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- Il Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., sarà responsabile in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i conseguenziali adempimenti.

**Il Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Giuseppe RUSSO**



**IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Maurizio D'AMORA**



Prot. 2803/e
del 20/9/12

Regione Campania

Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud

Via Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia

PEC: 0249771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

ASL NAPOLI 3 SUD

Registro di Protocollo - Arrivo

N. 0058485 del 18/09/2012 - 12:10



* 0 0 0 0 0 3 7 7 5 0 9 *

Prot.n.

del

Al Direttore Generale

Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. MADONNA SALVATORE CF MDN SUT62R21L259B

nato il 24/10/1962

In servizio presso l'U.O. di CARDIOLOGIA dell' Ospedale/Distretto/ Servizio SAN LEONARDO

INSE. A.P.P. LA MEDICINA INTERNA *fora*

AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: CARDIOLOGIA MEDICINA INTERNA *fora*

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni.

Disciplina

Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS

Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. 58633433 Compagnia UNIPOL

La stipula della polizza è necessaria per l'inizio effettivo dell'attività libero professionale

FIRMA

Salvatore Madonna

Alpi/gv

Mod. Asl Napoli 33 LP 1

REC. REG. C. Med. Osp. S. Leonardo

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
 PI/CF 0249771212

UFFICIO ALPI
 Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds
 Al Direttore Amministrativo PO/Ds
 All'Ufficio ALPI

SEDE:

Prestazioni effettuabili dal dr **MADONNA SALVATORE** nato il **21-10-62** matricola **66100**

oppure

dall'equipe

nella disciplina

Unità Operativa/reparto

() ospedale/distretto

Prestazione e/o intervento chirurgico

Tariffa

Tempo (minuti)

VISITA CARDIOLOGICA

50

ECA

30

~~TEST ERGOMETRICO~~

~~100~~

ECOCARDIOGRAMMA

70



Delibera n.447/2009 - art2 - comma 3 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale né tantomeno può comportare per ciascun dipendente un volume di attività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore all'orario di servizio effettivamente prestato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA

Salvatore Madonna

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
PLCE 0249771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 8729502 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr **MADONNA SALVATORE** nato il **21-10-1961**
dirigente di **I** livello, con incarico di _____ presso l'Unità operativa
CARDIOLOGIA dell'Ospedale / ~~Distretto~~ / Servizio Centrale
SAN LEONARDO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ: APP. 20 1 MEMBRANAHIEDEINTERNA

di poter effettuare l'attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il proprio studio professionale

città **TORRE DEL GRECO** prov **NA** CAP **80059**

indirizzo **VIA NAZIONALE 240** tel **081 8472173**

giorni di **MARTEDI**

con orario dalle ore **15.00** alle ore **16.00**

è situato presso una struttura privata non accreditata? no si

2° studio **c/o P.D. SAN LEONARDO**

città **CASTELCAMPARE DI STABIA** prov **NA** CAP **80053**

indirizzo **VIALE EUROPA** tel _____

nei giorni di **VENEDI** (LIMITATAMENTE AL TEST ERGOMETRICO ED ECGCARDIOGRAMMA)

con orario dalle ore **14.30** alle ore **16.30**

è situato presso una struttura privata non accreditata? no si

le tariffe sono quelle comunicate all'azienda

PROF _____ DATA **18-9-2012** FIRMA **Salvatore Madonna**

Il pegg

Mod Asl Napoli 3 - LP 6



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
PI/CF 0249771212
UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr MADONNA SALVATORE nato il 21-10-1962

dirigente di I livello, con incarico di _____ presso l' Unità operativa

CARDIOLOGIA dell' Ospedale / ~~Distretto~~ / Servizio ~~Centrale~~

SAN LEONARDO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,
autorizzato ad effettuare l' attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso
lo studio professionale, sito in _____

Via NAZIONALE n. 240

Cap 80059 Tel. 081-8472173

Comune TORRE DEL GRECO Prov. NA

Si ribadisce che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata o privato accreditato,
comunica in autocertificazione che lo studio professionale

- non rientra tra quelli che necessitano di autorizzazione ai sensi del DGRC 7301/01 (1)
- è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente
- è in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie
- è in regola circa di adempimenti, conformi alla normativa vigente, atti alla gestione di rifiuti speciali e/o pericolosi

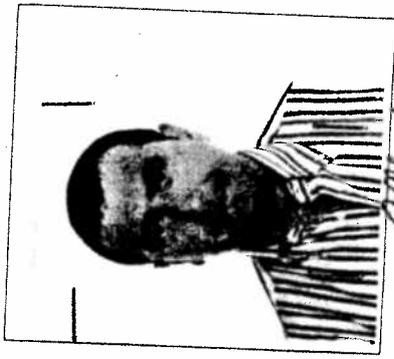
Il sottoscritto, inoltre, dichiara di sollevare l' Azienda da ogni onere economico aggiuntivo e da ogni responsabilità civile, penale e comunque rilevante anche ai fini assicurativi.

data 18-9-2012

Salvatore Madonna

(1) " sono soggetti ad autorizzazione all'esercizio gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportano un rischio per il paziente ai sensi del D.Lgs 2209/09 - art.8/ter comma 2"

Cognome **MADONNA**
 Nome **SALVATORE**
 nato il **21/10/1962**
 (atto n. **1393** P. 1 S. A. **1962**)
 a **TORRE DEL GRECO (NA)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **TORRE DEL GRECO**
 Via **VIA CEMAGLIA 29 INT. 13 P. 4**
 Stato civile
 Professione
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **178**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare.....

Salvatore

DEL GRECO li **04/09/2012**

Impronta del dito
IL SINDACO

Dr Giuseppe Castano

M. 333 04-09-2012 N0051

CI 030 E. 5,16

SE 011 E. 0,26

TOTALE F. 5,42

TORRE

10/10/2012

Handwritten mark

Protocolli Smistati

Smistamento effettuato dal 18/09/2012 al 18/09/2012
da SC-AFFARI GENERALI - PROTOCOLLO a SC-ASSISTENZA DI BASE

Anno/N°	Data	Modalità	Oggetto	Mittente / Destinatario
2012 / 58485	18/09/2012	ARR	RICHIESTA SVOLGIMENTO LIBERA PROFESSIONE - ALPI	MADONNA SALVATORE
2012 / 58559	18/09/2012	ARR	RICHIESTA AUT.NE ALPI	CAIAZZO ARMANDO
2012 / 58560	18/09/2012	ARR	RICHIESTA AUT.NE ALPI	ANTONIO PERILLO

Tot. Protocolli 3



**U.O.C. SERVIZIO ASSISTENZA
SANITARIA DI BASE ASL NAPOLI 3 SUD
UFFICIO A.L.P.I.**
Direttore: Dr.ssa A. Siciliano
C.so A. de' Gasperi, 167 – 80053 –
Castellammare di Stabia (NA) tel e fax 081 8729098
P.e.c.: ass.base@pec.aslnapoli3sud.it

Prot. n.2833/CS
Del 24.9.'12

Al Direttore Serv. GRU
Al Resp. Settore Giuridico
LORO SEDI



OGGETTO: Richiesta verifica disciplina di appartenenza **Dr. MADONNA Salvatore n.21.10.'62.**

Dovendo procedere alla verifica della disciplina di appartenenza al fine di poter valutare se concedere la eventuale autorizzazione all'esercizio A.L.P.I., al sanitario in epigrafe; si chiede di comunicare la disciplina di appartenenza del suindicato sanitario, allo stato in servizio presso U.O. di CARDIOLOGIA c/o P.O. C/MMARE.

Si resta in attesa di cortese sollecito riscontro in merito, anche a margine della presente e stesso mezzo. Cordialità



**Il Responsabile UOC Ass. San. di Base
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.
Dr.ssa A. SICILIANO**
AZIENDA SANITARIA LOCALE NA 3 SUD
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD
Responsabile Dr.ssa A. SICILIANO

RISCONTRO

Prot. n. del

Visti gli atti, si certifica che la disciplina di appartenenza del sanitario di cui alla presente è _____

_____. Tanto ad evasione della presente.

RAPPORTO VERIFICA TRASMISSIONE

ORA : 24/09/2012 16:02
NOME : UOC ASS BASE NA3SUD
FAX : 0818729098
TEL : 0818729098
SER. # : 000B0N391707

DATA, ORA 24/09 16:01
FAX N./NOME 3063
DURATA 00:00:22
PAGINE 01
RISULT OK
MODO STANDARD
ECM



regione campania
aslnapoli3sud

Stampa circolare: ASL NA 3 SUD
Stampa rettangolare: PROT. N. 2833/CS DEL 24.9.12

**U.O.C. SERVIZIO ASSISTENZA
SANITARIA DI BASE ASL NAPOLI 3 SUD
UFFICIO A.L.P.I.**

Direttore: Dr.ssa A. Siciliano
C.so A. de' Gasperi, 167 - 80053 -
Castellammare di Stabia (NA) tel e fax 081 8729098
P.e.c.: ass.base@pec.aslnapoli3sud.it

Al Direttore Serv. GRU
Al Resp. Settore Giuridico
LORO SEDI

OGGETTO: Richiesta verifica disciplina di appartenenza **Dr. MADONNA Salvatore n.21.10.'62.**

Dovendo procedere alla verifica della disciplina di appartenenza al fine di poter valutare se concedere la eventuale autorizzazione all'esercizio A.L.P.I., al sanitario in epigrafe; si chiede di comunicare la disciplina di appartenenza del suindicato sanitario, allo stato in servizio presso U.O. di **CARDIOLOGIA c/o P.O. C/MMARE.**

Si resta in attesa di cortese sollecito riscontro in merito, anche a margine della presente e stesso mezzo. Cordialità

**Il Responsabile UOC Ass. San. di Base
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.
Dr.ssa A. SICILIANO**
AZIENDA SANITARIA LOCALE NA 3 SUD
SERVIZIO ASSISTENZA DI BASE ASL NA 3 SUD
Responsabile Dr.ssa A. SICILIANO

RISCONTRO

APESS - Servizio di fatto in Inquadramento

di **MADONNA SALVATORE** * **661000**

Del: **01/01/2007** I

Evento: **06012** **RIENTRO DA INCARICO**
IFR Titolare

Sostituto:

Note: **- PROV. GIUR. DEL 01/01/2007**

Provvedimento:

Figura: **MEDDIR1L** **Dirigente medico**

Contratto: **MEDV** **USL - Medico Veterinario**

Qualifica: **M18+SE2** **Medico Liv. Dir. Ex 9^o +5 anni - fino 57,5 anni**

Tipo Rapporto:

Attività: **4015** **MEDICINA INTERNA**

Ore Settimanali:

Centro di Costo: **10100000** Funzionale

Trattamento: **MED**

Suddivisione: **ANAS** **01.01.10.06** **Rec.Ass.Cont.** **0**

Gestione: **ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5** **Aggiornamento**

STRUTT: **01 - PRES. OSPED. - PRESIDI OSPEDALIERI**

UOC: **01.01.10.00 - P.O. SANLEONARDO - CMARE** **Date:** **12/01/2009** I

UOS: **01.01.10.06 - CARDIOLOGIA - P.O. SANLEONARDO** **Utente:** **STARACE**

Sede: **PO001** **P.O. SANLEONARDO**

AI



di MADONNA SALVATORE # 661000

Data: 01/01/2007 Al:

Evento: 06012 RIENTRO DA INCARICO
TFR Titolare

Sostituto:

Note: - PROV. GIUR. DEL 01/01/2007

Provvedimento:

Figura MEDDIR1L Dirigente medico

Contratto: MEDV USL - Medici e Veterinari

Qualifica M19+5E2 Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn 5/15 anni

Tipo Rapporto:

Attività: 4015 MEDICINA INTERNA

Ore Settimanali:

Centro di Costo: 10100000 Funzionale: Trattamento: TMED

Suddivisione

ANAS 01.01.10.06 Rec.Ass.Cont: 0

Gestione: ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5

STRUTT: 01 - PRES. OSPED. - PRESID. OSPEDALIERI

UOC: 01.01.10.00 - P.O. - SAN LEONARDO - CMARE I

UOS: 01.01.10.06 - CARDIOLOGIA - P.O. - SAN LEONARDO

Sede PO001 P.O. SAN LEONARDO



[Handwritten mark]

8/11/2002

Il dott. Madonna è inglobato nella
funzione di Medico Interno.
La Cardologia non è equipollente alla
funzione Interna.

[Handwritten signature]

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Fullo)

Marco Fullo

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 7571 in data 16/1/12

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

13

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 15 **NOV. 2012** / _____ **A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO COMITATO ETICO	
	COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
	SERV. GABINETTO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
	SERV. AFFARI GENERALI	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
	SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	SERV. ANAL. E MONIT. FLUSSO INFOR	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	EX A.S.L. NA 4
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	EX A.S.L. NA 5
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 56	
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 58	
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	DISTRETTO N. 59	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RISK MANAGEMENT	OO.RR. AREA STABIESE	