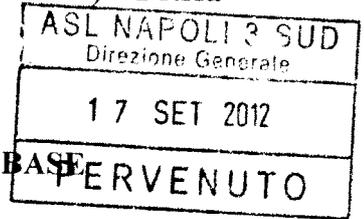




**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr.ssa RIVIGNANI VACCARI Anna Maria . – Distretto Sanitario n.52.**



**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 dalla Dr.ssa **RIVIGNANI VACCARI Anna Maria** – Dirigente medico, disciplina **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** in servizio presso il Distretto Sanitario n.52 di Palma Campania- UOAR Ottaviano; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Terzigno – Via Fiume n.40**;

**TENUTO 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 la Dr.ssa **RIVIGNANI VACCARI Anna Maria**, dirigente medico – disciplina **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** presso il **Distretto Sanitario n.52** è appartenente alla disciplina **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**;

**RITENUTO:**

- Che sussistono i presupposti per autorizzare la Dr.ssa **RIVIGNANI VACCARI Anna Maria**, dirigente medico- disciplina **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**. a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**;

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

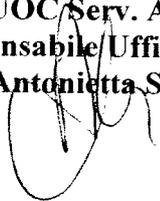
- Di autorizzare la Dr.ssa **RIVIGNANI VACCARI Anna Maria**, Dirigente medico disciplina **MEDICINA FISICA e RIABILITAZIONE** del Distretto Sanitario n.52 di Palma Campania, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **MEDICINA FISICA E**



**RIABILITAZIONE**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Terzigno alla Via Fiume n.40**, 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, 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**

ASL  
3 SUD  
e di Stato

- Di autorizzare la Dr.ssa **RIVIGNANI VACCARI Anna Maria**, Dirigente medico – disciplina **MEDICINA FISICA e RIABILITAZIONE** del Distretto Sanitario n.52 di Palma Campania, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Terzigno alla Via Fiume n.40** nel rispetto della normativa vigente;

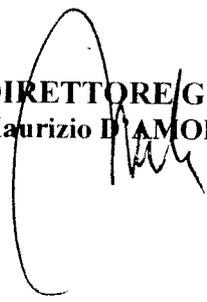
Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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**



**ELENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURALE DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA EQUIPE**

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

Prestazioni effettuabili dal dr. Anna Maria RIVIGNANI-VACCARI, nato il 29.04.64 matricola 12710

oppure

dall'equipe \_\_\_\_\_

nella disciplina FISIATRICA

Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_

Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione c/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
<u>Prima VISITA FISIATRICA</u>	<u>80€</u>	<u>40-60'</u>
<u>VISITA FISIATRICA di CONTROLLO</u>	<u>75€</u>	<u>50'</u>
<u>VISITA FISIATRICA + TERAPIA MANUALE</u>	<u>120€</u>	<u>80-100'</u>
<u>VISITA FISIATRICA di controllo + TERAPIA MANUALE</u>	<u>100€</u>	<u>60-80'</u>
<u>TERAPIA MANUALE MONOSETTIMANALE</u>	<u>75€</u>	<u>40'</u>

Delibera n. 447/2009 - art. 2 - comma 3 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale né tantomeno può comportarsi 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 17.05.2010

FIRMA \_\_\_\_\_



*AM*

*Anna Maria Rivignani-Vaccari*

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

**DOMANDA PER SVOLGERE L' ATTIVITA'  
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE  
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE**

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr RIVIGNANI VACCARI nato il \_\_\_\_\_  
dirigente di I livello, con incarico di Resp. Incaricato sett. Proletti presso l' Unità operativa  
UO AR DA S2 - Ottolenghi dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
\_\_\_\_\_ a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

**CHIEDE**

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

città Tandino prov NA CAP 80040  
indirizzo Via Fiume 40 tel 33 826 71720  
nei giorni di LOREN e GIUGNO  
con orario dalle ore 17.00 alle ore 20.00

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no  si

**2° studio**

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

nei giorni di \_\_\_\_\_

con orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no  si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 17-05-2019 FIRMA \_\_\_\_\_

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 6



**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 4**

Via Naz. Delle Puglie – Insediamento L. 219 – 80038 – POMIGLIANO D'ARCO –  
tel. 081/3171111 C.F. 02955911215

**CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO PER LA  
COPERTURA DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO DI I  
LIVELLO – AREA FUNZIONALE MEDICA E DELLE  
SPECIALITA' MEDICHE - DISCIPLINA MEDICINA FISICA E  
RIABILITAZIONE**

In data 27.07.2004 presso gli Uffici della Direzione Generale,

TRA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 4** con sede in Via  
Nazionale delle Puglie – Insediamento L. 219 – Pomigliano D'Arco (NA) - C.F.  
02955911215 - di seguito denominata Azienda , rappresentata dal Direttore  
Generale Ing. Mauro Francesco Cardone, Assistito dal Direttore Sanitario Dr.  
Pasquale Patriciello

E

D.sa Rivignani Vaccari Anna Maria, nata ad Afragola il 29.04.1964 e residente a  
Caloria – Via Raimondo Paone, 20 – CAP 80026 – CF RVG NMR 64D69 A064F

**PREMESSO**

- Che con deliberazione n. 1387 del 12.05.2004, esecutiva, è stato accordato, ai  
sensi dell'art. 20 del CCNL, il Nulla Osta al trasferimento presso questa Azienda  
Sanitaria al D.sa Rivignani Vaccari Anna Maria, nato ad Afragola il 29.04.1964,



Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

**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. 58219 in data 20 SET. 2012

**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  
*M*

18 SET. 2012

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA \_\_\_\_\_ A:**

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