



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

TITOLO: Progetto regionale "Piano di intervento ASST Lariana per la cura Sert del gioco d'azzardo patologico. Quinta annualità" – Infermiere professionale.

DESCRIZIONE: Il Progetto intende potenziare l'attività erogata nel Sert di Appiano Gentile della S.C. Dipendenze in favore dei pazienti affetti da dipendenze attraverso prestazioni di competenza dell'infermiere/a professionale: attività ambulatoriale per trattamenti farmacologici con farmaci stupefacenti, prelievi ematici e urine per accertamenti tossicologici, counselling e screening di patologie correlate. Le prestazioni devono essere erogate integrandosi a livello multidisciplinare con le altre figure professionali Sert ivi operanti nell'ambito di programmi terapeutici individualizzati sui pazienti presi in carico e devono essere registrate nell'apposita cartella clinica informatizzata ivi compresa l'apposita sezione del registro stupefacenti.

UNITA' D'OFFERTA: n. 0,42 unità

FABBISOGNO: € 20.250

CRITERI DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO PER VOLUMI E/O INDICATORI QUALITATIVI:

☐ media di n. 3 accessi settimanali al mattino presso l'ambulatorio del Sert. Delle attività mensilmente il Dirigente Responsabile verificherà e certificherà la % di avanzamento da applicarsi alla rateizzazione del compenso.

COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO: € 20.250

PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO: 1 febbraio/31 dicembre 2024

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della UOC/UOS/UOSD coinvolti con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella UOC/UOS/UOSD interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

IL DIRETTORE F.F.

Dipartimento Gestionale DSMD

dott.ssa Patrizia Conti

IL DIRETTORE F.F.

SC Dipendenze

dott.ssa Teresa Parillo

parte riservata alla compilazione del

LIBERO PROFESSIONISTA

COGNOME: _____ **NOME:** _____ **NATO/A A:** _____ (__) **IL** _____

RESIDENTE A: _____

CODICE FISCALE: _____ **QUALIFICA PROFESSIONALE:** _____

INTERESSE ALLA PARTECIPAZIONE: ☐ SÌ ☐ NO

DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:

☐ media di n. 3 accessi settimanali al mattino presso l'ambulatorio del Sert. Delle attività mensilmente il Dirigente Responsabile verificherà e certificherà la % di avanzamento da applicarsi alla rateizzazione del compenso.

COMPENSO FORFETTARIO RICHIESTO: _____

PROPOSTA DI RATEIZZAZIONE DEL COMPENSO: _____

Data _____

IL PROFESSIONISTA

- Le modalità operative finalizzate all'esecuzione del progetto saranno oggetto di accordo con il Direttore del Dipartimento/SC coinvolto, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/SC coinvolto nella realizzazione del progetto verificherà, con cadenza temporale prestabilita, lo stato di raggiungimento degli obiettivi prefissati dallo stesso, al fine di procedere alla corresponsione dei ratei spettanti al professionista relativamente all'attività prestata per il periodo di tempo oggetto di liquidazione.