



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lariana

**TITOLO:** Progetto regionale " Piano di intervento ASST Lariana per la cura Sert del gioco d'azzardo patologico – Quarta annualità" Medico.

**DESCRIZIONE:** Il Progetto intende potenziare l'attività erogata nei Sert dell'U.O.C. Dipendenze in favore dei pazienti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo anche associato a Disturbo da Uso di sostanze attraverso prestazioni mediche individuali o di gruppo. Le prestazioni inerenti la progettualità devono essere erogate integrandosi a livello multidisciplinare con le altre figure professionali Sert ivi operanti al fine di definire programmi terapeutici individualizzati sui pazienti presi in carico e devono essere registrate nell'apposita cartella clinica informatizzata. Il consulente dovrà altresì erogare prestazioni atte a sviluppare l'integrazione Ospedale/Territorio per favorire la diagnosi precoce e l'invio ai servizi di cura Sert.

**UNITA' D'OFFERTA:** n. 27,63 unità

**FABBISOGNO:** € 21.000

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

☐ media di n. 2 accessi settimanali. 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:** € 21.000

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** 01/01/2023 – 31/12/2023 eventualmente rinnovabile e rimodulabile in presenza di idoneo finanziamento regionale

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**

Dipartimento Gestionale DSMD

f.to dott. Carlo Fraticelli

**IL DIRETTORE**

UOC Dipendenze

f.to dott.ssa Raffaella Olandese

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. 2 accessi settimanali. 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/UOC coinvolto, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC 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.