

**Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"**

**D e t e r m i n a z i o n e   D i r e t t o r i a l e**

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
1315	000	PER	11	0151	20 OTTOBRE 2011

**O G G E T T O :**

**EVENTO FORMATIVO: LA RIABILITAZIONE COGNITIVA ATTRAVERSO L'USO DI SOFTWARE.**

**IL DIRETTORE DELLA S.O.C.  
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE**

In virtù della delega conferitagli dal Commissario di cui al provvedimento n. 1/000/COM/11/0001 del 10 gennaio 2011;

Tenuto conto che:

- tra le varie iniziative residenziali di aggiornamento professionale, è stato organizzato dalla S.O.C. di Psicologia un Corso dal titolo: "La riabilitazione cognitiva attraverso l'uso di software", in due edizioni per venticinque partecipanti ognuna e un totale di 12 ore/lezione, la prima edizione il 9 e 23 novembre 2011 presso l'Aula informatica dell'Ospedale Borsalino di Alessandria e la seconda edizione il 14 e 28 novembre 2011 presso l'Aula informatica dell'A.O. CTO Maria Adelaide di Torino (dalle 13,00 alle 19,00) sotto la responsabilità scientifico/organizzativa del dipendente Dott. Daniele SAGLIETTI, Direttore S.O.C. Psicologia;

Considerato che:

- Il corso di propone di favorire l'acquisizione di competenze finalizzate all'utilizzo ed alla sperimentazione di software dedicati alla riabilitazione cognitiva;
- il progetto di sviluppo della rete ARESS coinvolge altre aziende ospedaliere sanitarie della Regione Piemonte nel percorso postacuto delle cerebro lesioni acquisite coinvolgendo tutte le professionalità che per motivi diversi partecipano alla riabilitazione cognitiva;
- la docenza sarà svolta da personale dipendente in orario di servizio e collaboratori esterni coinvolti nel progetto di riabilitazione cognitiva che partecipano al progetto a titolo gratuito;

*Segue determinazione n. 1315/000/PER/11/0151 del 20 ottobre 2011*

- la Commissione Regionale per la Formazione Continua, ha assegnato al suddetto corso n. 12 crediti regionali ECM per Medici, Psicologi, Infermieri Professionali, Fisioterapisti, Logopedisti e Terapisti occupazionali;

Avendo il sottoscritto, in qualità di Responsabile della S.O.S. O.S.R.U. curato l'istruttoria della pratica;

### **D E T E R M I N A**

- di approvare la realizzazione del Corso dal titolo: : "La riabilitazione cognitiva attraverso l'uso di software", in due edizioni per venticinque partecipanti ognuna e un totale di 12 ore/lezione, la prima edizione il **9 e 23 novembre 2011** presso l'Aula informatica dell'Ospedale Borsalino di Alessandria e la seconda edizione il **14 e 28 novembre 2011** presso l'Aula informatica dell'A.O. CTO Maria Adelaide di Torino (dalle 13,00 alle 19,00) sotto la responsabilità scientifico/organizzativa del dipendente Dott. Daniele SAGLIETTI, Direttore S.O.C. Psicologia;
- di autorizzare, in base alla normativa di cui agli artt. 16 bis e seguenti D. Lgs 502/1992, e 23 C.C.N.L./2005 per la dirigenza e gli artt. 29 C.C.N.L./1999, 20 C.C.N.L./2004 e 17 C.C.I.A. per il personale del comparto, la partecipazione dei dipendenti in regime di aggiornamento professionale in orario di servizio, sussistendo il nulla osta dei rispettivi responsabili.

Letto, approvato e sottoscritto.

**IL DIRETTORE DELLA S.O.C.  
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE**  
Franco CANE  
F.TO CANE

*Archivio: IV.2.16.1 – IV.2.16.5  
Cod. delega: PER/OSR/3  
TR/lm*

*Segue determinazione n. 1315/000/PER/11/0151 del 20 ottobre 2011*

<p>Invio al controllo della <b>Giunta della Regione</b>, ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Richiesta chiarimenti da parte della Regione                  prot. n. _____ del _____</p> <p>Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota                  prot. n. _____ del _____,                  ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Provvedimento conclusivo del procedimento                  n. _____ del _____</p> <p><input type="checkbox"/> declaratorio di nullità o decadenza  <input type="checkbox"/> di annullamento o non approvazione  <input type="checkbox"/> di approvazione</p>	<p>Invio al <b>Collegio Sindacale</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p>Invio alla <b>Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci:</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE</b>                  Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____  <b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  _____</p> <p><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>                  Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo dell'A.S.L. CN2, il _____ per quindici giorni consecutivi  <b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI                  Silvia BARACCO                  F.TO BARACCO</p>
<b>CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'</b>	
<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini  <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti <b>non</b> soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile  <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)</p>
<p><b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI                  Silvia BARACCO                  F.TO BARACCO</p>	