

## CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

redatto in forma di DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA D.P.R. 445/2000

La sottoscritta Monticelli Anna Paola

Nata a [redacted] Prov. [redacted]

residente a [redacted] CAP [redacted]

Telefono [redacted]

e-mail [redacted]

PEC [redacted]

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che quanto dichiarato nel sotto riportato curriculum corrisponde a verità e che le eventuali fotocopie di titoli allegati sono conformi all'originale.

### DICHIARA di essere in possesso dei seguenti titoli:

(la dichiarazione resa, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione di quanto si dichiara)

### TITOLI DI STUDIO

#### **A) Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali, lauree, specializzazioni, dottorati, master ecc:**

Titolo di studio (indicare denominazione esatta, classe di laurea, durata legale del corso di studi)	Conseguito il (gg/mm/aa)	Presso (indicare Scuola/Università/Ente e sede legale)
Diploma superiore in perito chimico industriale	1997	Istituto Industriale "Ettore Majorana" Prov. Brindisi
Laurea triennale infermieristica	21/10/2004	Alma Mater Studiorum Università di Bologna

#### **B) Iscrizione ad Ordini Professionali/Albi Professionali**

(indicare anche le iscrizioni precedenti all'attuale):

Ordine Professionale/ Albo Professionale	Numero	Dal (gg/mm/aa)	Sede legale (indicare città):
OPI Forli-Cesena	3524	29/10/2004	Forli-cesena

### CURRICULUM PROFESSIONALE

#### **C) Attività lavorativa svolta presso il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e altre Pubbliche Amministrazioni:**

	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Azienda U.S.L di Cesena	15/11/2004	31/09/2006	Tempo determinato (fino al 19/12/2006)	Infermiere categoria D0	36 ore
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Neuroranimazione Ospedale M. Bufalini di Cesena				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)					
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistenza infermieristica globale al paziente con criticità/instabilità clinica principalmente di origine traumatologica, neurologica, respiratoria e post-chirurgica.</li> <li>• Conoscenza e applicazione dei percorsi, dei PDTA e delle procedure aziendali</li> <li>• Pianificazione e attuazione di un processo assistenziale centrato sui problemi di salute dell'assistito con coinvolgimento della famiglia/caregiver</li> <li>• Utilizzo di strumenti e presidi tecnologicamente avanzati e informatizzati</li> <li>• Mantenimento di elevati livelli di competenza e qualità attraverso la formazione continua inerente al paziente afferente all'U.O.</li> <li>• Capacità di lavoro in equipe multi professionale e multidisciplinare</li> <li>• Partecipazione all'implementazione di progetti innovativi volti alla valutazione e al miglioramento della qualità di vita post-ricovero</li> </ul>				

	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
2	Azienda U.S.L. di Cesena Dal 2014 Azienda USL della Romagna	Dal 1/10/2006 Al 1/01/2023		Tempo Indeterminato dal 19/12/2006	Infermiere Categoria D1	36 ore
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	Medicina d' Urgenza Ospedale M. Bufalini di Cesena				
	<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)					
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione di assistenza infermieristica globale al paziente ricoverato nelle aree di degenza e sub-intensiva attraverso la pianificazione e attuazione di un processo assistenziale personalizzato</li> <li>• Competenze tecniche avanzate nella gestione del paziente critico (es emofiltrazione in acuto)</li> <li>• Collaborazione con altre figure professionali e capacità di lavoro in equipe</li> <li>• Conoscenza e applicazione dei percorsi, dei PDTA e delle procedure aziendali</li> <li>• Utilizzo dei portali e sistemi informatici aziendali</li> <li>• Mantenimento di elevati livelli di competenza e qualità attraverso la formazione continua inerente al paziente critico.</li> </ul>				

	<b>Datore di lavoro (Ente)</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario settimanale</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1	Azienda U.S.L di Cesena	Dal 1/1/2023 A oggi		Tempo Indeterminato	Infermiere categoria D1	36 ore (orario articolato su 5 gg a settimana)
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione/compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)			Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>	U.O. Medicina d'Urgenza Ospedale M. Bufalini di Cesena				

<b>Incarichi di responsabilità ricoperti</b> (es. incarichi dirigenziali, incarichi di coordinamento, posizioni organizzative incarichi di funzione ecc.)	Sostituzione Infermiere Case Manager
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico del paziente e della famiglia/caregiver afferente all'U.O. dall'ingresso alla dimissione, predisponendo una tipologia di assistenza continuativa nei passaggi da un setting assistenziale all'altro, sia esso di tipo ospedaliero, domiciliare, residenziale o riabilitativo.</li> <li>• Partecipazione al Briefing multi professionale quotidiano di U.O. e condivisione del piano di assistenza con tutta l'equipe. Monitoraggio della durata della degenza e elaborazione precoce del piano di dimissione.</li> <li>• Coordinamento delle varie professionalità che intervengono nel percorso di cura riducendo la frammentazione delle prestazioni.</li> <li>• Interfaccia con le altre U.O. a garanzia della continuità assistenziale</li> <li>• Interfaccia con il servizio di Bed Management per l'ottimizzazione dei percorsi in entrata e uscita dei degenti e l'ottimizzazione della gestione dei posti letto</li> <li>• Interfaccia con NUCOT e assistenti sociali al fine di favorire una pianificazione precoce della dimissione (dimissioni difficili/protette) e identificando il percorso extra-ospedaliero più idoneo per ogni singolo utente.</li> <li>• Educazione terapeutica e garanzia del massimo livello di autonomia residua possibile del paziente</li> <li>• Partecipazione ai colloqui con familiari e care-giver per condivisione del piano assistenziale.</li> <li>• Collabora nella gestione di pazienti che necessitano di eseguire prestazioni/esami diagnostici nella fase post-ricovero.</li> <li>• Collabora con IFO di coordinamento nella richiesta di farmaci personalizzati.</li> <li>• Competenze relazionali e comunicative</li> </ul>

**D) Attività lavorativa svolta presso Case di Cura / Strutture sanitarie convenzionate o accreditate con il SSN:**

(attenzione: non inserire in questa sezione i servizi svolti per datori di lavoro privati non convenzionati/accreditati, che possono essere dichiarati nelle sezioni seguenti)

<b>Datore di lavoro</b> Precisare se "Casa di Cura" o altro tipo di struttura sanitaria, Denominazione esatta, Sede legale, via, città	<b>Sede dove viene svolta l'attività lavorativa</b> se diversa dalla sede legale - via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
<b>1</b> Interruzioni - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività</b>						
Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

**E) Attività lavorativa svolta mediante intermediari privati (es. agenzie interinali / coop / altri) esclusivamente in favore di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale o altre Pubbliche Amministrazioni:**

	<b>Datore di lavoro</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>Ente dove viene svolta l'attività lavorativa</b> denominazione dell'Ente, sede, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b> area dei professionisti della salute e dei funzionari Es: Infermiere	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio in cui è stata svolta l'attività</b>						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

**F) Attività lavorativa svolta presso altre strutture private (l'attività lavorativa presso Case di Cura / strutture convenzionate / accreditate va riportata nella sezione D)**

	<b>Datore di lavoro</b> Denominazione esatta, Sede legale, via, città	<b>Azienda dove viene svolta l'attività lavorativa</b> se diversa dal datore, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data di cessazione</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare se:</b> - dipendente a tempo indeterminato - dipendente a tempo determinato - libero professionista - CoCoCo	<b>Qualifica</b>	<b>Impegno orario</b> indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
1							
	<b>Interruzioni</b> - Aspettative senza retribuzione / compensi e senza decorrenza dell'anzianità – indicare periodo dal (gg/mm/aa) al (gg/mm/aa)				Motivo:		
	<b>Unità Operativa / Struttura / Servizio / Reparto in cui è stata svolta l'attività</b>						
	Ambiti in cui l'attività lavorativa è stata svolta, principali mansioni svolte, responsabilità, capacità e competenze acquisite:						

**G) Incarichi di Docenza per Centri di Formazione autorizzati, Scuole/Istituti scolastici pubblici/riconosciuti, Università (riportare in ordine cronologico):**

	<b>Centro formativo/Scuola/Università</b> Denominazione, Sede legale, via, città	<b>data di inizio</b> (gg/mm/aa)	<b>data fine</b> (gg/mm/aa)	<b>Indicare</b> numero di anni scolastici/anni accademici interessati	<b>Impegno orario complessivo</b>	<b>Materia di insegnamento</b>

1.						
2.						

## CURRICULUM FORMATIVO

H) Attività di **Relatore / Docente / Tutor / Moderatore / Segreteria Scientifica** nell'ambito di eventi formativi e/o di aggiornamento professionale:

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario)	Titolo dell'evento formativo	Data / date (gg/mm/aa) e durata espressa in ore / giornate	Ruolo (Relatore, Moderatore ecc.)	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1.	AUSL della Romagna U.O. MEDICINA D' URGENZA	Corso interno	Gestione infermieristica della Tracheostomia	30/11/2015 2 ore	Relatore	2
2.	AUSL della Romagna U.O. Medicina d'urgenza	Corso interno	Sorveglianza microrganismi sentinella	Anno 2015	Relatore	

I) **Al fine dell'accertamento del requisito richiesto alla lettera c) del punto 2 dell'avviso di selezione, dichiarare i percorsi formativi complementari e specifici**, di ogni ordine e grado (residenziali aziendali accreditati e/o progettati / promossi da Associazioni Professionali e/o Ordini Professionali e/o Atenei Universitari), anche svolti in epoca pregressa alla data dell'avviso, **atti a comprovare l'acquisizione di competenze avanzate**. Le aree tematiche della formazione complementare e specifica, dovranno essere pertinenti alle aree di responsabilità e macro funzioni descritte nelle aree di responsabilità dell'incarico e l'attinenza delle stesse verrà valutata dalla Commissione.

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	Titolo dell'evento formativo	Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
1	AUSL della Romagna	corso	Presentazione PA145 Percorso dimissioni protette	10/02/2023 3 ore	AUSL Romagna

J) Partecipazione ad **ulteriori** eventi formativi e/o di aggiornamento professionale in qualità di **discente / uditore** (es. corsi/convegni/seminari):

	Ente organizzatore dell'evento formativo e/o aggiornamento professionale	Tipologia evento (es. Corso, Convegno, Seminario ecc.)	Titolo dell'evento formativo	Data/date (gg/mm/aa) di svolgimento e durata espressa in ore / giornate	Numero di ECM eventualmente conseguiti
	Ausl Cesena	CORSO	BLSD	2005	8

2.	Ausl Cesena	CORSO	ATLS	2005	10
3.	Ausl Cesena	CORSO	GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI	2005	3
4.	AUSL di Cesena	CORSO	La corretta esecuzione dei prelievi microbiologici	2005	2
5.	Ausl Cesena,u.o.ti	Corso	Progetto di apprendimento clinico formazione sul campo	2005	13
6.	Ausl Cesena, u.o. ti	Corso	Addestramento alle manovre d'urgenza Formazione sul campo	2005	4
7.	Ausl Cesena	fad	Lesioni da decubito	2005	12
8.	Ausl Cesena	Corso	Rianimazione pediatrica	2006	2
9.	Ausl Cesena	Corso	Metodi e strumenti per il controllo e la prevenzione delle infezioni	2006	3
10.	Ausl Cesena	Corso	Le infezioni da acinetobacter	2006	1
11.	Ausl Cesena	Corso	Antincendio	2007	16
12.	Ausl Cesena	Corso	Il rischio infettivo per gli operatori sanitari	5/11/2007	3

13.	Ausl Cesena	Corso	La comunicazione in ps ,stile relazionale	20/11/2007	
14.	Ausl Cesena	Corso	Corso movimentazione carichi	27-29/11/2007	6
15.	Ausl Cesena	audit	Sistema di emergenza intraospedaliera	4/10/2007	3
16.	Ausl Cesena	Corso	pbls	30/09/08	
17.	Ausl Cesena	Corso	Lotta alla sepsi	13/10/2008	
18.	Ausl Cesena	Corso	Medicazioni avanzate nel trattamento delle ldd	1/08/2008 04/08/2008	
19.	Ausl Cesena	Corso	Il pz con trauma maggiore:aspetti teorici e pratici	10/11/2008	

20.	Ausl Cesena	Fad	Dispositivi intravascolari	15/10/2008	
21.	Ausl Cesena	fad	Igiene delle mani	31/12/2008	
22.	Ausl Cesena	Corso	blsd	17/03/2009	
23.	Ausl Cesena	Corso	icls	15- 17/11/2009	
24.	Ausl Cesena	Corso	Risultati del protocollo europeo studio di prevalenza	27/09/2012	
25.	Ausl Cesena	Corso	Aggiornamento antincendio	2012	
26.	Ausl Cesena	Corso	Prevenzioni infezioni nella pratica assistenziale	2013	
27.	Ausl Cesena	Corso	Corso ventilatori in murg	22/10/2013	
28.	Ausl Cesena	Corso	Ils	28/10/2013	
29.	Ausl Cesena	corso	Corso ega	2013	
30.	Ausl Romagna	fad	Linee di indirizzo regionali delle cadute in ospedale dal 1/03/2018 al 31/12/2018		6
31.	Ausl Romagna	Fad	Piano per la sicurezza informativa dal 1/07/2018 al 31/12/2018		3
32.	Ausl Romagna	Corso	Ils	2/10/2018	12
33.	Ausl Romagna	corso	Implementazione sezioni infermieristiche informatizzate	8/10/2018	3
34.	Ausl Romagna	corso	Aggiornamento antiincendio alto rischio	18/10/2018	10
35.	Ausl Romagna	corso	Implementazione sezioni infermieristiche informatizzate dal 15/11/2018 al 15/11/2018		3
36.	Ausl Romagna	fad	Prevenzione della corruzione e trasparenza e integrita' per sanitari dal 27/02/2019 al 30/11/2019		5
37.	Ausl Romagna	fad	Sicurezza e salute in sanita' dal 8/3/2019 al 30/11/2019		6

38.	Ausl Romagna	fad	La gestione dell' attivita' vaccinale nell' asl della romagna dal 26/02/2021 al 31/12/2021		15
39.	Ausl Romagna	fad	Gestione consensi privacy in cartella clinica tramite tab privacy dal 1/06/2021 al 31/12/2021		1
40.	Ausl Romagna	corso	Cvvh e altre tecniche di emofiltrazione	5/07/2021	2.60
41.	Ausl Reggio Emilia	Corso	Glucometro accu check inform dal 1/01/2022 al 14/04/2022		1
42.	Ausl romagna	fad	Formazione privacy 2022 dal 11/04/2022 al 31/12/2022		3.90
43.	Ausl Romagna	corso	La gestione infermieristica delle lesioni cutanee traumatiche e di altra eziologia nei setting di ps e punti di primo intervento	16/06/2022	3.90
44.	Azienda ospedaliera di Bologna	fad	Corso regionale medicazioni avanzate (fad ella ber) dal 28/06/2022 al 31/12/2022		9
45.	Ausl Ferrara	fad	Valutazione e categorizzazione delle lesioni da decubito		4
46.	Ausl Parma	fad	Preveniamo la contenzione, buone pratiche in Emilia Romagna dal 01/07/2022 al 31/12/2022		7
47.	Ausl Romagna	corso	Ricaduta formativa medicina d' urgenza valutazione lesioni da pressione	27/09/2022	4.80
48.	Ausl Romagna	Fad	Igiene delle mani dal 2/02/2023 al 30/12/2023		4.50
49.	Ausl Romagna	fad	La prevenzione delle infezioni correlate all assistenza mod 2		3.90
50.	Ausl Romagna	fad	La prevenzione del rischio infettivo e antimicrobico resistenza mod 11		2.60
51.	Ausl romagna	Corso	Prevenzione e controllo delle ica,ricaduta formativa	6/11/2023	2.60
52.	Ausl romagna	corso	Aggiornamento antincendio alto rischio	9/11/2023	10.40

**K) Attività tramite Borsa di studio / Frequenza volontaria / Tirocinio:**

Ente conferente Denominazione, Sede legale, via, città	Sede dove viene svolta l'attività – se Ente diverso dal conferente Denominazione dell'Ente Sede, via, città	data di inizio (gg/mm/aa)	data di cessazione (gg/mm/aa)	Indicare se: - Borsa di studio - Frequenza volontaria - Tirocinio	Impegno orario indicare numero delle ore settimanali (ove previsto)
--	---	---------------------------------	-------------------------------------	---	--

1	Ausl cesena	u.o. neuro rianimazione ospedale M. Bufalini	Estate 2004		Borsa di dtudio	
	Ambiti in cui l'attività è stata svolta, principali mansioni, responsabilità, capacità e competenze acquisite					

**L) ULTERIORI INFORMAZIONI**

**Capacità e competenze informatiche:**

Competenze informatiche base acquisite durante l'attività lavorativa

**Lingue Straniere:**

Lingua inglese base acquisito durante il percorso scolastico

**Altre notizie ed informazioni personali ritenute utili**

Data 5/04/2024

**FIRMA**



(FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso, o FIRMA DIGITALE certificata)