

Modello per compilazione Curriculum

INFORMAZIONI PERSONALI

- Nome e Cognome: Oreste Di Sanza
- Indirizzo: Via Giovanni Pansa n°10
- Telefono: 3383918110
- e-mail: disanzaoreste@gmail.com
- nazionalità: italiana
- luogo e data di nascita 13/10/1960

ESPERIENZE LAVORATIVE

Esperienza lavorativa n.1

1. Anno e mese di inizio: 01/01/2020
2. Anno e mese di fine: ad oggi
3. Datore di lavoro
 - Nome per esteso: LABORATORIO MOTORIO SRLS
 - Città (o nazione se estero): Sulmona (Aq)
 - Classifica del datore di lavoro fra le seguenti:

Azienda di servizi sanitari in ambito domiciliare o ospedaliero e residenziale (es. Coop. Horizon)	
Azienda Ospedaliera	
Azienda Sanitaria locale	
Clinica privata	
Centro di riabilitazione privato	
Residenza Sanitaria Assistenziale privata	
Ambulatorio medico privato	
Servizi Sanitari e sociali	
Casa di riposo privata	
Attività privata verso utenti	
Studio fisioterapico privato	X
Altro (specificare)	

4. Qualifica con cui si è/ si è stati in servizio:

Infermiere	
Fisioterapista	X
Logopedista	
OSS	
Medico	
Assistente domiciliare	
Massofisioterapista	

Terapista Occupazionale	
Vigilatrice d'infanzia	
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	
Ausiliario Sociosanitario	
Altro (Specificare)	

5. Tipo di lavoro svolto:

- indicare con una "X" la cella corrispondente al territorio dove si è svolto il lavoro
- indicare con una "X" la cella corrispondente al contesto assistenziale e alla relativa area/tipologia di pazienti assistiti
- se si è svolta funzione di coordinamento, indicarla con una "X"

Territorio					ASL Avezzano-Sulmona-CDS
					Altre ASL Abruzzo
					Altre Regioni
					Estero
Contesto assistenziale	Assistenza domiciliare	Assistenza ospedaliera anche Day Hospital	Assistenza ambulatoriale e semiresidenziale	Assistenza residenziale	
Area/tipologia pazienti assistiti					Funzione di Coordinamento
Area chirurgica			X		
Area medica			X		
Area geriatrica					
Area dell'emergenza					
Area della terapia intensiva					
Area della pediatria					
Area dei servizi			X		
Fragilità/non autosufficienza					
Complessità			X		
Specialistica (HIV)					
Specialistica (cure palliative)					

Esperienza lavorativa n.2

6. Anno e mese di inizio: 17/01/2011

7. Anno e mese di fine: 31/08/2021

8. Datore di lavoro

- Nome per esteso: LABORATORIO MOTORIO DI ORESTE DI SANZA (me stesso)
- Città (o nazione se estero): Sulmona (Aq)
- Classifica del datore di lavoro fra le seguenti:

Azienda di servizi sanitari in ambito domiciliare o ospedaliero e residenziale (es. Coop. Horizon)	
Azienda Ospedaliera	
Azienda Sanitaria locale	
Clinica privata	
Centro di riabilitazione privato	
Residenza Sanitaria Assistenziale privata	
Ambulatorio medico privato	
Servizi Sanitari e sociali	
Casa di riposo privata	
Attività privata verso utenti	
Studio fisioterapico privato	X
Altro (specificare)	

9. Qualifica con cui si è/ si è stati in servizio:

Infermiere	
Fisioterapista	X
Logopedista	
OSS	
Medico	
Assistente domiciliare	
Massofisioterapista	
Terapista Occupazionale	
Vigilatrice d'infanzia	
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	
Ausiliario Sociosanitario	
Altro (Specificare)	

10. Tipo di lavoro svolto:

- indicare con una "X" la cella corrispondente al territorio dove si è svolto il lavoro

- indicare con una "X" la cella corrispondente al contesto assistenziale e alla relativa area/tipologia di pazienti assistiti

- se si è svolta funzione di coordinamento, indicarla con una "X"

Territorio					ASL Avezzano-Sulmona-CDS
------------	--	--	--	--	--------------------------

					Altre ASL Abruzzo
					Altre Regioni
					Estero
Contesto assistenziale	Assistenza domiciliare	Assistenza ospedaliera anche Day Hospital	Assistenza ambulatoriale e semiresidenziale	Assistenza residenziale	
Area/tipologia pazienti assistiti					Funzione di Coordinamento
Area chirurgica			X		
Area medica			X		
Area geriatrica					
Area dell'emergenza					
Area della terapia intensiva					
Area della pediatria					
Area dei servizi			X		
Fragilità/non autosufficienza					
Complessità			X		
Specialistica (HIV)					
Specialistica (cure palliative)					

Esperienza lavorativa n.3

1. Anno e mese di inizio: 2000
2. Anno e mese di fine : 30/11/2019
3. Datore di lavoro
 - Nome per esteso: HORIZON SERVICE società cooperativa sociale
 - Città (o nazione se estero): Sulmona (Aq)
 - Classifica del datore di lavoro fra le seguenti:

Azienda di servizi sanitari in ambito domiciliare o ospedaliero e residenziale (es. Horizon)	X
Azienda Ospedaliera	
Azienda Sanitaria locale	
Clinica privata	
Centro di riabilitazione privato	
Residenza Sanitaria Assistenziale privata	
Ambulatorio medico privato	
Servizi Sanitari e sociali	
Casa di riposo privata	
Attività privata verso utenti	
Studio fisioterapico privato	
Altro	X

4. Qualifica con cui si è/ si è stati in servizio:

Fisioterapista	X
Logopedista	
OSS	
Medico	
Assistente domiciliare	
Massofisioterapista	
Infermiere	
Terapista Occupazionale	
Vigilatrice d'infanzia	
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	
Ausiliario Sociosanitario	
Altro (Specificare)	

5. Tipo di lavoro svolto:

- indicare con una "X" la cella corrispondente al territorio dove si è svolto il lavoro
- indicare con una "X" la cella corrispondente al contesto assistenziale e alla relativa area/tipologia di pazienti assistiti
- se si è svolta funzione di coordinamento, indicarla con una "X"

Territorio	X				ASL Avezzano-Sulmona-CDS
					Altre ASL Abruzzo
					Altre Regioni
					Estero
Contesto assistenziale	Assistenza domiciliare	Assistenza ospedaliera anche Day Hospital	Assistenza ambulatoriale e semiresidenziale	Assistenza residenziale	
Area/tipologia pazienti assistiti					Funzione di Coordinamento
Area chirurgica	X				
Area medica	X				
Area geriatrica	X				
Area dell'emergenza					
Area della terapia intensiva					
Area della pediatria	X				
Area dei servizi					
Fragilità/non autosufficienza					
Complessità					
Specialistica (HIV)					
Specialistica (cure palliative)					

Esperienza lavorativa n.3

1. Anno e mese di inizio: 1988
2. Anno e mese di fine: 2000
3. Datore di lavoro
 - Nome per esteso: Centro Medico FERAGALLI – prevenzione-diagnosi-terapia
 - Città (o nazione se estero): Pescara
 - Classifica del datore di lavoro fra le seguenti:

Azienda di servizi sanitari in ambito domiciliare o ospedaliero e residenziale (es. Horizon)	
Azienda Ospedaliera	
Azienda Sanitaria locale	
Clinica privata	
Centro di riabilitazione privato	X
Residenza Sanitaria Assistenziale privata	
Ambulatorio medico privato	
Servizi Sanitari e sociali	
Casa di riposo privata	
Attività privata verso utenti	
Studio fisioterapico privato	
Altro	

4. Qualifica con cui si è/ si è stati in servizio:

Fisioterapista	X
Logopedista	
OSS	
Medico	
Assistente domiciliare	
Massofisioterapista	
Infermiere	
Terapista Occupazionale	
Vigilatrice d'infanzia	
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	
Ausiliario Sociosanitario	
Altro (Specificare)	

5. Tipo di lavoro svolto:

- indicare con una "X" la cella corrispondente al territorio dove si è svolto il lavoro
- indicare con una "X" la cella corrispondente al contesto assistenziale e alla relativa area/tipologia di pazienti assistiti
- se si è svolta funzione di coordinamento, indicarla con una "X"

Territorio					ASL Avezzano-Sulmona-CDS
					Altre ASL Abruzzo
					Altre Regioni
					Estero
Contesto assistenziale	Assistenza domiciliare	Assistenza ospedaliera anche Day Hospital	Assistenza ambulatoriale e semiresidenziale	Assistenza residenziale	
Area/tipologia pazienti assistiti					Funzione di Coordinamento
Area chirurgica		X			
Area medica		X			
Area geriatrica		X			
Area dell'emergenza					
Area della terapia intensiva					
Area della pediatria		X			
Area dei servizi					
Fragilità/non autosufficienza					
Complessità					
Specialistica (HIV)					
Specialistica (cure palliative)					

ISTRUZIONE

Per ogni titolo di studio conseguito (ad esempio il Liceo e l'Università) bisogna esplicitare **anno e titolo conseguito**.

LIVELLO del TITOLO DI STUDIO	ANNO CONSEGUITO	TITOLO CONSEGUITO (vedi elenco)
Diploma di istruzione secondaria superiore che permette l'accesso all'università		
Diploma universitario		
Diploma di Laurea		
Laurea di primo livello		
Laurea specialistica		
Laurea specialistica a ciclo unico		
Master universitario di primo livello		
Master universitario di secondo livello	1988	2
Diploma di specializzazione		
Titolo di dottore di ricerca		
Laurea estera equipollente		
Attestato di qualifica		
Licenza media		
Licenza elementare		
Titolo di istruzione secondaria superiore (scolastica ed extrascolastica) che non permette l'accesso all'università		

Codifica elenco titoli

1	Infermiere
2	Fisioterapista
3	Logopedista
4	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
5	Terapista occupazionale
6	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
7	Master area critica
8	Master in Management
9	Master strumentista
10	Management della prevenzione, salute e sicurezza sul lavoro
11	Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie
12	Diploma di maturità
13	Dirigente di Comunità
14	Massofisioterapista
15	OSA
16	OSS
17	ADEST
18	Ostetrica
19	Pedagogista
21	Scienze Motorie
22	Strumentista di sala operatoria
23	Vigilatrice d'infanzia

FORMAZIONE

E' importante inserire **tutti** gli eventi formativi a cui si è partecipato compilando ogni campo.

Evento formativo n.1

1. Data inizio corso: 1985
2. Data fine corso: 1985
3. Nome del corso: Istruttore Settore Giovanile
4. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: CONI
5. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	X

6. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.2

1. Data inizio corso: 1986
2. Data fine corso: 1986
3. Nome del corso: Tecnico di Atletica Leggera I livello
4. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: CONI
5. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	X

6. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.3

1. Data inizio corso: 01/12/2009
2. Data fine corso: 01/12/2009
3. Nome del corso: L'autonomia e la responsabilità nell'esercizio professionale in assistenza domiciliare
4. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: Azienda USL n.1 Avezzano-Sulmona
5. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	X
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

6. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.4

1. Data inizio corso: 09/03/2010
2. Data fine corso: 09/03/2010
3. Nome del corso: Il sistema delle cure domiciliari: approfondimenti dei percorsi ospedale-territorio
4. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: Azienda USL n.1 Avezzano-Sulmona
5. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	X
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

6. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.5

7. Data inizio corso: 16/03/2010
8. Data fine corso: 16/03/2010
9. Nome del corso: Il sistema delle cure domiciliari: approfondimenti dei percorsi ospedale-territorio
10. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: Azienda USL n.1 Avezzano-Sulmona
11. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	X
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

12. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.6

7. Data inizio corso: 18/03/2010
8. Data fine corso: 18/03/2010
9. Nome del corso: Il sistema delle cure domiciliari: approfondimenti dei percorsi ospedale-territorio
10. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: Azienda USL n.1 Avezzano-Sulmona
11. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	X
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

12. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.7

13. Data inizio corso: 25/03/2010

14. Data fine corso: 25/03/2010

15. Nome del corso: Il sistema delle cure domiciliari: approfondimenti dei percorsi ospedale-territorio

16. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: Azienda USL n.1 Avezzano-Sulmona

17. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	X
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

18. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.8

13. Data inizio corso: 02/09/2010

14. Data fine corso: 02/09/2010

15. Nome del corso: Il sistema delle cure domiciliari: approfondimenti dei percorsi ospedale-territorio

16. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: Azienda USL n.1 Avezzano-Sulmona

17. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	X
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

18. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.9

19. Data inizio corso: 11/12/2010

20. Data fine corso: 11/12/2010

21. Nome del corso: Gestione delle sinergie di manualità ed apparecchiature (diatermia, veicolazione transdermica, laser Yag) in uno studio fisioterapico” e “Manualità e diatermia (applicazioni posturali)

22. Nome per esteso dell’Ente presso il quale si è frequentato il corso: PROMEDICA SPORT – Città S. Angelo

23. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	X

24. Numero eventuali crediti ECM :

Evento formativo n.10

25. Data inizio corso: 16/09/2013

26. Data fine corso: 16/09/2013

27. Nome del corso: Formazione generale per lavoratori

28. Nome per esteso dell’Ente presso il quale si è frequentato il corso: SINTAB srl

29. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	
Azienda Sanitaria Locale	
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

Evento formativo n.11

30. Data inizio corso: 19/11/2016

31. Data fine corso: 20/11/2016

32. Nome del corso: Valutazione e trattamento fisioterapico in pazienti con problemi respiratori

33. Nome per esteso dell'Ente presso il quale si è frequentato il corso: accaesse – horizon service

34. Tipologia di Ente presso il quale si è frequentato il corso:

Azienda Ospedaliera	
Ente di Formazione accreditato ECM	x
Azienda Sanitaria Locale	
Clinica privata	
Convegno	
Corso interno di formazione aziendale	
Enti di formazione professionale	
Enti di formazione regionali abilitati al rilascio del titolo professionale	
Università	
Altro	

35. Numero eventuali crediti ECM :

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

Indicare le principali **competenze professionali** che si dichiara di avere:

Sostituzione di un sondino gastrico e duodenale	
Preparazione e somministrazione di nutrizione parenterale	
Gestione di dispositivi per la nutrizione enterale e parenterale	
Gestione di dispositivi di cateterismo vescicale a circuito chiuso	
Utilizzo di presidi di medicazione avanzata	
Gestione di dispositivi per la ventilazione invasiva e non invasiva	
Gestione di dispositivi ad infusione continua per la terapia del dolore	
Gestione di accessi venosi centrali	
Mantenimento pervietà vie aeree ed aspirazione anche di tracheostomizzati	
Gestione di stomie	
Gestione dei presidi per la corretta mobilizzazione e attività di nursing	
Supporto all'evacuazione intestinale	
Predisposizione ed organizzazione dei servizi infermieristici territoriali	
Conoscenza del software di gestione dell'ass dom. in uso presso la ASL dell'AQ/di PE	
Somministrazione di strumenti di valutazione multidimensionale	
Gestione del paziente pediatrico complesso	
Riabilitazione respiratoria nelle disventilazioni e drenaggio posturale	x
Fisioterapia nel paziente pediatrico complesso	x
Riabilitazione del pavimento pelvico	x
Reality Orientation Therapy	x
Rieducazione posturale	x
Trattamenti riabilitativi in ambito neurologico	x
Linfodrenaggio	x
Metodo Kabat	x
Metodo Perfetti	x
Predisposizione ed organizzazione dei servizi fisioterapici territoriali	
Utilizzo di device mobili per la registrazione delle attività di assistenza domiciliare	x
Conoscenza dei software di office automation	x
Altro (specificare)	

Altre competenze

1982-1985: ISEF L'AQUILA

1986: TECNICO DI ATLETICA LEGGERA 1° LIVELLO F.I.D.A.L.

1986: ISTRUTTORE SETTORE GIOVANILE F.I.D.A.L.

DAL 2004: PRESIDENTE A.S.D RUNNERS SULMONA

DA SEMPRE: SPORTIVO PRATICANTE CON LA PARTECIPAZIONE AD OLTRE 500 GARE PODISTICHE

Madrelingua: italiana

Altre lingue: inglese

- capacità di lettura sufficienti
- capacità di scrittura sufficienti
- capacità di espressione orale sufficienti

Capacità e competenze relazionali: Ottime competenze relazionali, comunicative e attitudine al contatto con i pazienti acquisite durante la mia esperienza lavorativa e sportiva

Capacità e competenze organizzative: Spirito di gruppo e capacità nella gestione del lavoro di gruppo e nella percezione delle esigenze individuali. Disponibilità all'ascolto e al confronto. Adattamento ad ambienti pluriculturali. Acquisite durante la mia esperienza lavorativa e sportiva.

Patente o patenti: B

Ulteriori informazioni: