

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome SPAGLIARDI ROMANA (DORIANA)

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da - a) *Dal 01.10.2011 ad oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi*
- Tipo di azienda o settore *Colloqui psichiatrici , psicoterapia , terapia di gruppo.*
- Tipo di impiego *Diagnosi e cura principali disturbi psico-organici*
- Principali mansioni e responsabilità *DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO PRESSO SPDC DEL PRESIDIO DI CODOGNO*
Diagnosi e cura delle malattie psichiatriche presso il Reparto ospedaliero di Psichiatria e presso l'ambulatorio divisionale di Psichiatria con particolare attenzione alla diagnosi e cura dei principali disturbi psico-organici , guardia medica psichiatrica presso il Presidio di Codogno
- Date (da - a) *Dal 16/02/1990 al 31/01/2002* ASSISTENTE MEDICO presso il REPARTO di NEUROLOGIA OSPEDALE MAGGIORE LODI - ASL
- Date (da - a) *Dal 01.02.2002 al 30.09.2011* DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO U.O. NEUROLOGIA DI LODI - AO DELLA PROVINCIA DI LODI
- Principali mansioni e responsabilità **Diagnosi e cura delle malattie neurologiche in Reparto e negli ambulatori con particolare attenzione alla gestione dell'ambulatorio di secondo livello in Epilessia degli adulti . Guardia neurologica attiva 24/24h . Consulenze in tutti i Reparti del Presidio Ospedaliero di Codogno Competenza attestata ed acquisita in elettroencefalografia per EEG , Video EEG; dinamici e EEG per la commissione di accertamento di morte cerebrale**
- Date (da - a) *26/10/1989 15/02/1990* ASSISTENTE MEDICO REPARTO DI GERIATRIA DI CODOGNO - USL CODOGNO
- Date (da - a) *01/09/1988 01/09/1990* CONSULENTE NEUROLOGO - COOPERATIVA AMICIZIA CODOGNO
- Date (da - a) *01/09/1984 25/10/1989* ASSISTENTE MEDICO - FBF DI S.COLOMBANO AL LAMBRO

PUBBLICAZIONI
(OVE PREVISTE)

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

CORSI EFFETTUATI AL DI FUORI
DELL'A.O. DI LODI
*(gli eventi formativi registrati
presso la USS Formazione
-USC GFSRU- già consultabili
nell'Angolo del dipendente*

verranno allegati d'ufficio

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

*Acquisite nel corso della vita e della
carriera ma non necessariamente
riconosciute da certificati e diplomi
ufficiali.*

laurea in medicina e chirurgia nel 1981.

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PV

- NEUROLOGIA DI LODI - AO DELLA PROVINCIA DI LODI la seguente attività (descrizione):

Guardia medica neurologica divisionale nelle 24 ore presso PO di Lodi , attività di gestione pazienti ricoverati presso UO di Neurologia ,gestione pazienti in regime di DH, reperibilità neurologica come esperta EEG per l'accertamento di morte cerebrale , lettura EEG , video-EEG , Holter EEG, ambulatorio divisionale (Demenze, malattia di Parkinson e sindromi extrapiramidali, emicrania, depressione, encefalopatie vascolari croniche, dolore cronico, neuropatie periferiche in particolare diabetiche) presso il PO di Lodi Codogno, SAL, consulente per degenti ricoverati presso PO di Codogno , Casalpusterlengo, SAL., Ambulatorio dedicato per Epilessia . Partecipazione come relatore o moderatore a corsi di formazione e/o convegni in ambito Neurologico con particolare riferimento all'Epilessia

con la qualifica di Dirigente Medico con alta specializzazione in Epilessia incarico attribuito nel 2007 .dal Collegio responsabile del procedimento

Dal 1992 al 2007 titolare dell'ambulatorio dell'Epilessia , UO di neurologia , AO di Lodi
Dal 2000 al 2006 responsabile Ambulatorio divisionale neurologico presso PO di Codogno della neurofisiologia EEG presso PO di Codogno e consulente nei reparti di degenza del PO

specializzazione in Neurologia nel 1987

-

PUBBLICAZIONI E STUDI SCIENTIFICI; PARTECIPAZIONE AD

EVENTI FORMATIVI , CONGRESSI SEMINARI NELLE AREE DI

COMPETENZA NEUROLOGICA E PSICHIATRICA

PRIMA LINGUA **italiano**

ALTRE LINGUE

	FRANCESE INGLESE
<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di lettura • Capacità di scrittura • Capacità di espressione orale 	<p>elementare.</p> <p>elementare.</p> <p>elementare.</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI</p> <p><i>Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - MASTER "INNOVATIONS IN CLINICAL HIPNOSIS INCLUDING APPLICATION OF NEUROLINGUISTICS" - SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA BREVE IN IPNOSI 1992-93 A.M.I.S.I MILANO - ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI PSICOTERAPEUTI DELL'ORDINE DELLA PROVINCIA DI LODI DAL 1994
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ORGANIZZATIVE</p> <p><i>Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci: sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.</i></p>	<p>Capacità di adattamento a nuovi ambienti , situazioni, ed incarichi instaurando buoni rapporti interpersonali, disponibilità alla relazione e collaborazione tra le varie figure professionali attivando comunicazioni interpersonale efficaci</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE</p> <p><i>Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.</i></p>	<p>CONOSCENZA PROCEDURE INFORMATICHE</p> <p>MICROSOFT OFFICE (WORD, POWER POINT, EXCEL); PROGRAMMA DI GALILEO NEUROFISIOLOGIA = lettura EEG , video-EEG , Holter EEG,</p>
<p>CAPACITÀ E COMPETENZE ARTISTICHE</p> <p><i>Musica, scrittura, disegno ecc.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE</p> <p><i>Competenze non precedentemente indicate.</i></p>	<p>[Descrivere tali competenze e indicare dove sono state acquisite.]</p>
<p>PATENTE O PATENTI</p>	<p>B</p>
<p>ULTERIORI INFORMAZIONI</p>	<p>[Inserire qui ogni altra informazione pertinente, ad esempio persone di riferimento, referenze ecc.]</p>
<p>ALLEGATI</p>	<p>VEDI</p>

Dichiaro - ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000- sotto la mia personale responsabilità di essere consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici previsti in caso di dichiarazioni false o mendaci

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Data _____

Firma _____