

CURRICULUM PROFESSIONALE EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997

Il/la sottoscritto/a ELENA MOLteni

"omissis"

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, sotto la propria responsabilità:

di essere in possesso della Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA
 conseguita in data 23/10/2000
 presso l'Università degli Studi di MILANO - BICOCCA
(duplicare il riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici della Provincia di COMO
 n° di iscrizione 5444

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

- 1) Disciplina: GERIATRIA
 conseguito in data 10/11/2004 presso l'Università di MILANO
 ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☒ durata anni 4
- 2) Disciplina: _____
 conseguito in data _____ presso l'Università di _____
 ai sensi del DLgs 257/1991 ☐ DLgs 368/1999 ☐ durata anni _____

- DI ESSERE IN POSSESSO DI :

- DIPLOMA NAZIONALE DI ECOGRAFIA SUDIC, CONSEGUITO IL 18/1/2003
- MASTER DI I LIVELLO IN CURE PALLIATIVE CONSEGUITO IL 23/11/2010, PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA
- MASTER DI I LIVELLO IN NEUROPSICOLOGIA CLINICA CONSEGUITO IL 17/12/2011, PRESSO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente.....AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO DI MONZA.....
 (indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
 VIA PERGOLETTI 23, MONZA, PRESSO IL PRESIDIO "BASSINI"
 di GINISELLO BALSAMO.....via GORKI.....n. 50
 profilo professionale DIRIGENTE MEDICO.....disciplina.....GERIATRIA
 dal 11/1/2006 al 31/12/2008. (indicare giorno/mese/anno)
 dal al (indicare giorno/mese/anno)
 dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ determinato ☒ indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto CON LA COSTITUZIONE DELLA PROVINCIA DI MB,
 L'OSPEDALE BASSINI DI GINISELLO E' PASSATO DALL'AZIENDA OSPEDALIERA
 (duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia) DI MONZA AGLI
 ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO DI MILANO

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
 (indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
 di via n.
 nella branca di
 dal al (indicare giorno/mese/anno)
 con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

denominazione Ente AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTI CLINICI DI PERFEZIONAMENTO
 (indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato) DI MILANO
VIA CASTELVETRO 32, MILANO, PRESSO IL PRESIDIO "BASSINI"
 di C. NISELLO BALSANO via GORKI n. 50
 profilo professionale DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO disciplina GERIATRIA
 dal 01/01/2009 al 31/03/2010 (indicare giorno/mese/anno)
 dal al (indicare giorno/mese/anno)
 dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto

☐ determinato ☒ indeterminato
☒ a tempo pieno ☐ con impegno ridotto, ore settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)
 per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)
 per motivi

causa risoluzione rapporto MOBILITA' PRESSO AZIENDA OSPEDALIERA
SANT'ANNA DI COMO DAL 01/03/2010
 (duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:

denominazione Ente.....
 (indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
 di via n.
 nella branca di
 dal al (indicare giorno/mese/anno)
 con impegno settimanale pari a ore.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:

PRESTARE

denominazione Ente ASST LARIANA, SEDE LEGALE VIA NAPOLEONA 60, 3010

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

PRESSO OSPEDALE SANT'ANNAdi SAN FERMO DELLA BATTAGLIA via PAVONA n. 6profilo professionale DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO disciplina GERIATRIAdal 01/01/10 al (indicare giorno/mese/anno) TUTTA L'ORA IN CORSO

dal al (indicare giorno/mese/anno)

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto☐ determinato☒ indeterminato☒ a tempo pieno☐ con impegno ridotto, ore settimanali**con interruzione dal servizio** (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

dal al (indicare giorno/mese/anno)

per motivi

causa risoluzione rapporto TUTTA L'ORA IN CORSO*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)***di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:**

denominazione Ente.....

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

nella branca di

dal al (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale): **LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO**

denominazione Ente..... **RSA "G. SCOLA" (RSA ACCREDITATA)**..... **CASA DI CURA**
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

di **BESANA BRIANZA (HB)**..... via **CAVOUR**..... n. **27**

profilo/mansione/progetto **MEDICO GERIATRA (RESPONSABILE DI DUE REPARTI DI DEGENZA + REPARTO NUCLEO ALZHEIMER)**
dal **21/11/2004**..... al **31/3/2005**..... (indicare giorno/mese/anno)

con impegno orario settimanale di ore **35**

motivo interruzione o causa di risoluzione **SCELTA DI NUOVO INCARICO PRESSO AZIENDA OSPEDALIERA**
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria:

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

dal al (Indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Soggiorni di studio/addestramento:
(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o Istituto privato convenzionato o privato)

di via n.

dal al (Indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di avere prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (es. co.co.co, collaborazione libero professionista, prestazione occasionale): **LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO U.O DI GERIATRIA DI NAGENTA, VIA AL DONATORE DI SANGUE 50, NAGENTA**
denominazione Ente **AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO**
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
SEDE LEGALE
di **LEGNANO** via **CANDIANI** n. **2**
profilo/mansione/progetto **MEDICO GERIATRA (MEDICO DI REPARTO E DI AMBULATORIO DELLA GERIATRIA E DI UNITA' VALUTAZIONE ALZHEIMER)**
dal **01/04/2005** al **16/07/2006** (indicare giorno/mese/anno)
con impegno orario settimanale di ore **30**
motivo interruzione o causa di risoluzione **ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO PRESSO ALTRO ENTE PUBBLICO**
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver effettuato attività di frequenza volontaria:
denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
di via n.
dal al (Indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Soggiorni di studio/addestramento:
(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)
denominazione Ente.....
(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)
di via n.
dal al (Indicare giorno/mese/anno)
con impegno settimanale pari a ore
(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...):

tipologia di incarico... INCARICO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
 AFFERENTE ALLA S.C. DI GERIATRIA, AMBULATORIO UNITA' DI VALUTAZIONE
 dal 23/1/23 al 17/4/23 IN CORSO ALZHEIMER, UNA
 presso ASST - LARIANA

descrizione attività svolta... GESTIONE CENTRO DISTURBI COGNITIVI E
 DEMENZE DELLA S.C. DI GERIATRIA ASST - LARIANA
 AMBULATORIO UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dal al
 presso
 contenuti del corso
 dal al
 presso
 contenuti del corso

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario - esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi):

presso nell'ambito del
 Corso di
 insegnamento a.a.
 ore docenza (specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

Ambiti di autonomia professionale (indicare gli incarichi dirigenziali assegnati - ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa...):

tipologia di incarico.....FACENTE FUNZIONE DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA
DI GERIATRIA
dal 13/4/22 al TUTT'ORA IN CORSO
presso.....ASST LARIANA, OSPEDALE SANTI'ANNA, SAN FERMO DELLA
BATTAGLIA
descrizione attività svolta.....DIRETTORE DI SC. DI GERIATRIA,
IN QUALITA' DI FACENTE FUNZIONE
.....

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

dal al
presso.....
contenuti del corso.....
dal al
presso.....
contenuti del corso.....

di aver svolto attività didattica (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario - esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi):

presso.....nell'ambito del
Corso di
insegnamentoa.a.
ore docenza(specificare se complessive o settimanali)

(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) riferiti all'ultimo decennio:

1 -

 2 -

 3 -

 4 -

 5 -

 6 -

 7 -

 8 -

 9 -

 10 -

(duplicare le righe se insufficienti)

di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione) riferiti all'ultimo decennio:

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -
- 5 -
- 6 -
- 7 -
- 8 -
- 9 -
- 10 -

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
ASST LARIANA	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE. ATTIVAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE	15/10/22 AL 23/12/22	2	FAD	2,6
ASST LARIANA	AGGIORNAMENTO CONTINUO IN MEDICINA INTERNA	20/10/22 AL 19/12/22	4	OSP. SANTI'ANNA INCONTRE BOME	8
ASST LARIANA	HIGHLIGHTS SULLA TELEMEDICINA	14/11/22	3	OSP. SANTI'ANNA	3,9
ASST LARIANA	LE URGENZE EMATOLOGICHE IN MEDICINA INTERNA	13/10/24 AL 11/12/24	4	OSP. INCONTRE SANTI'ANNA	10,4
ASST LARIANA	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	11/5/2021 AL 30/12/21	7	FAD	
ASST LARIANA	APPROCCIO CLINICO PER LA GESTIONE COOLD	16/11/2020 AL 31/12/20	5	FAD	6,5
ASST LARIANA	IL PAZIENTE CRONICO: LA CARTELLA ELETTRONICA E I SUOI STRUMENTI	10/10/2019 AL 30/12/2019	2	FAD	
ASST LARIANA	CONOSCIAMO GLI ANTIDIPLOICI?	DAL 1/10/2019 AL 30/12/2019	3	FAD	3,9
ASST LARIANA	PRENDERE IN CARICO IL PAZIENTE CRONICO COORDINARE DA ESPERTO A DOGGIE	11/10/2019 AL 30/12/19	2	FAD	2,6
ASST LARIANA	PERCORSO PER FORMAZIONE	16/11/2019 AL 18/12/19	2	FAD	2,6
ASST LARIANA	IDROCEFALO VERNOTESO	7/12/19	6	OSP. SANTI'ANNA COMO	7,8
ASST LARIANA	CORSO AVANZATO DI FARMACOVIGILANZA	11/10/18 AL 30/12/18	2	FAD	2
ASST LARIANA	LA COMUNICAZIONE EFFICACE	10/11/18 AL 30/12/18	2	FAD	2

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
ASST LARIANA	LE DEFENZE E LA MALATTIA DI ALZHEIMER	17/10/2019	4	OSPEDALE SANTI'ANNA	5,2 8
ASST LARIANA	INVECCHIAMENTO: COME RALLENTARLO E COME GESTIRLO	25/9/2015	4	OSPEDALE SANTI'ANNA	2
ASST LARIANA	LA CARDIOLOGIA DELL'OSPEDALE SANTI'ANNA	22/10/2012		GRAND HOTEL IN COMO	
	LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE DELL'ANZIANO				
	VALUTAZIONE NON OBIETTIVALE E APPROCCI TERAPeutICI POSSIBILI				

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
ASST LARIANA	VERIFICA E RIVALUTAZIONE PROTOCOLLI AZIENDALI IN MEDICINA	25/5/18 AL 30/11/18	4 (INCONTRO)	ASST LARIANA OSP. SANT'ANNA	8
ASST LARIANA	URGENZA - EMERGENZA IPERTENSIONE	9/11/2018	4	OSP. SANT'ANNA	4
ASST LARIANA	DOSSIER SANITARIO E CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	3/10/17 AL 20/12/17	1	FAD	1
ASST LARIANA	FRAGILITA' DELL'ANZIANO	10/3/2015 AL 20/12/15	8 INCONTRO	OSP. SANT'ANNA	16
ASST LARIANA	IL PAZIENTE CON EPILESSIA E LE SUE COMORBIDITA'	28/2/13	4	OSP. SANT'ANNA	3
FAD IN TED	SICUREZZA ED INTERVENTI DI EMERGENZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	9-10-22		FAD	12
FAD IN TED	SESTIONE DELLE IMPERIE DELLE VIE RESPIRATORIE IN MEDICINA GENERALE IN EPOCA COVID	3-10-22		FAD	2,6
FAD IN TED	IL TRONCO ENDOCRINO IN EPOCA COVID-19	3-10-22		FAD	5,3
FAD IN TED	LA RADIO PROTEZIONE AI SENSI DEL D.LGS 101/2020 PER MEDICIE ODONTOLATRI	24-9-22		FAD	8
FAD IN TED	LA LETTURA CRITICA DELL'ARTICOLO MEDICO SCIENTIFICO	3/12/19		FAD	5
FAD IN TED	LA MENINGITE BATTERICA EPIDEMIOLOGIA E GESTIONE CLINICA	3/12/19		FAD	8

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm
FAD IN MED	LA SALUTE GLOBALE	31-12-19		FAD	10
FAD IN MED	NASCERE IN SICUREZZA	31-12-19		FAD	14
FAD IN MED	ANTIHICPUBAL STEWARTSHIP: UN APPROCCIO BASATO SULLA COMPETENZE	31-12-19		FAD	13
FAD IN MED	LA CERTIFICAZIONE MEDICA ISTRUZIONI RELUSO	27-12-19		FAD	8
FAD IN MED	LE VACCINAZIONI: EFFICACIA SICUREZZA E COMUNICAZIONE	31-12-18		FAD	12
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLAI DI MILANO	LA PADIA PROTEZIONE ALLA LUCE DEL D.Lgs 101/20	DAL 28/6/2020 AL 31/12/2020		FAD	22,5

(duplicare le righe se insufficienti)

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi riferiti all'ultimo decennio:

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	ore	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ecm

(duplicare le righe se insufficienti)

Altre attività

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20-22 lines visible. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled sheet. There is no handwriting or other markings on the page.

(duplicare le righe se insufficienti)

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

SAN FERMO, li 13/4/2023
DECA BATTAGLIA

Il/La dichiarante

Anna Höpfner

"omissis"