

## 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 SUMO, CONSEGUITO IL 18/4/2003
- 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 PERGOLESI 23, MONZA, PRESSO IL PRESIDIO "BASSINI"

di CINISELLO BALSAMO via GORKI n. 50

profilo professionale DIRETTORE 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 M.B.  
L'OSPEDALE BASSINI DI CINISELLO 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 CINISELLO BALSANO via GORKI n. 50profilo professionale DIRIGENTE MEDICO livello disciplina GERIATRIAdal 01/01/2009 al 31/8/2010 (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 OSPEDALIERASANT'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, 20100

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

PRESSO OSPEDALE SANT'ANNA

di SAN FERMO DELLA BATTAGLIA via PAVONA n. 6

profilo professionale DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO disciplina GERIATRIA

dal 01/01/2010 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 (MB)** via **CAVOUR** n. **27**

profilo/mansione/progetto **MEDICO GERIATRA (RESPONSABILE DI DUE REPARTI DI DEGENZA + REPARTO NUCLEO ALZHEIMER)**

dal **21/01/2004** 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 MAGENTA, VIA AL DONATORE DI SANGUE 50, MAGENTA**  
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 30/7/23 al 17/2/23 IN CORSO ALZHEIMER, UVA  
 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 13/11/22 al ..... TUTT'ORA IN CORSO

presso.....ASST. LARIANA, OSPEDALE SANTI' ANNA, SAN FERMO DELLA  
BATTAGLIA

descrizione attività svolta.....DIRETTORE DI S.C. 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 .....

insegnamento .....a.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 13/12/22	4	OSP. SANT'ANNA INCONTRE 80RE	8
ASST LARIANA	HIGHLIGHTS SULLA TELEMEDICINA	14/11/22	3	OSP. SANT'ANNA	3,9
ASST LARIANA	LE URGENZE EMATOLOGICHE IN MEDICINA INTERNA	13/10/24 AL 14/12/24	4	OSP. INCONTRI SANT'ANNA	10,4
ASST LARIANA	TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE	11/5/2021 AL 30/12/21	7	FAD	
ASST LARIANA	APPROCCIO CLINICO PER LA GESTIONE COMPLESSA DEL PAZIENTE CRONICO: LA CARTELLA ELETRONICA E I SUOI STRUMENTI	16/11/2020 AL 31/12/20	5	FAD	6,5
ASST LARIANA	CORSO AVANZATO	16/10/2019 AL 30/12/2019	2	FAD	
ASST LARIANA	CONOSCIAMO GLI ANTIDROTTICI?	DAL 1/10/2019 AL 30/12/2019	3	FAD	3,9
ASST LARIANA	PRENDERE IN CARICO IL PAZIENTE CRONICO COMPLESSO DA ESPERTO A DOGGIA	11/10/2019 AL 30/12/19	2	FAD	2,6
ASST LARIANA	CORSO PER FORMATORI	16/10/2019 AL 18/12/19	2	FAD	2,6
ASST LARIANA	IDROCEFALO NON TOSICO	7/12/19	6	OSP. SANT'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	15/3/18 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 DEMENZE E LA MALATTIA DI ALZHEIMER	17/10/2019	4	OSPEDALE SANT'ANNA	5,2 8
ASST LARIANA	INVECHIAMENTO: COME RALLENTARLO E COME GESTIRLO	25/9/2015	4	OSPEDALE SANT'ANNA	2
ASST LARIANA	LA CARDIOLOGIA DELL'OSPEDALE SANT'ANNA	27/10/2012		GRAND HOTEL DI COMO	
	LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE DELL'ANZIANO				
	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE 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 incontri	ASST LARIANA OSP. SANT'ANNA	8
ASST LARIANA	URGENZA - EMERGENZA IPERTENSIVA	9/11/2018	4	OSP. SANT'ANNA	4
ASST LARIANA	DOSSIER SANITARIO E CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE	30/10/17 AL 30/12/17	1	FAD	1
ASST LARIANA	FRAGILITA' DELL'ANZIANO	10/3/2015 AL 20/12/15	8 incontri	OSP. SANT'ANNA	16
ASST LARIANA	IL PAZIENTE CON EPILESSIA E LE SUE COMORBIDITA'	28/2/13	4	OSP. SANT'ANNA	3
FAD IN MED	SICUREZZA ED INTERVENTI DI EMERGENZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	9-10-22		FAD	12
FAD IN MED	GESTIONE DELLE INFIEZIONI DELLE VIE RESPIRATORIE IN MEDICINA GENERALE IN EPOCA COVID	3-10-22		FAD	24,6
FAD IN MED	IL TRONCO ENDOCRINO IN EPOCA COVID-19	3-10-22		FAD	5,3
FAD IN MED	LA RADIO PROTEZIONE AI SENSI DEL D.LGS 101/2020 PER MEDICINE ODONTOLATRI	24-9-22		FAD	8
FAD IN MED	LA LETTURA CRITICA DELL'ARTICOLO MEDICO SCIENTIFICO	31/12/19		FAD	5
FAD IN MED	LA MENINGITE BATTERICA EPIDEMIOLOGIA E GESTIONE CLINICA	31/12/19		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	ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: UN APPROCCIO BASATO SULL COMPETENZE	31-12-19		FAD	13
FAD IN MED	LA CERTIFICAZIONE MEDICA ISTRUZIONI PER L'USO	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 ODONTOIATRI DI MILANO	LA PARADIPROTEZIONE ALLA LUCE DEL D.Lgs 101/20	DAL 28/6/2022 AL 31/12/2022		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

*(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 FERNO, li 12/4/2023

DECCA BATTAGLIA

Il/La dichiarante

Anna Wafer

"omissis"