



Programma Corso: **M8431.1**

12/08/2024

12/10/2024

BUONE PRATICHE CLINICHE NEL TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA - APPROPRIATEZZA NELL'APPROCCIO CLINICO TERAPEUTICO

PROPOSTA N°53

L'INVECCHIAMENTO GLOBALE DELLA POPOLAZIONE HA UN FORTE IMPATTO SULLA PREVALENZA DELLA DISABILITÀ COGNITIVA. LE NUMEROSE RECENTI EVIDENZE SCIENTIFICHE MOSTRANO UNA CHIARA RELAZIONE TRA RISCHIO DI COMPROMISSIONE COGNITIVA E L'ETÀ AVANZATA, COME CONSEGUENZA DELLE COMORBILITÀ ANNESSE. GIÀ DA TEMPO LE STIME SI ATTESTANO SU UN INCREMENTO ANNUO DEL 3,9% DELL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE MONDIALE CHE NEL 2050 SARÀ RAPPRESENTATA DA CIRCA IL 20% DI ULTRASESSANTENNI. UGUALMENTE A LIVELLO EUROPEO SI PREVEDE CHE ENTRO IL 2060 IL NUMERO DEGLI ULTRASESSANTACINQUENNI SI RADDOPPI, RAGGIUNGENDO CIRCA 152 MILIONI E CIOÈ IL DOPPIO DELLA POPOLAZIONE SOTTO I 15 ANNI. TALE TRANSIZIONE DEMOGRAFICA ASSUME RILEVANZA SOCIO-SANITARIA IN QUANTO SI ACCOMPAGNA AD UN NOTEVOLE AUMENTO DELLE MALATTIE CRONICHE CHE CORRELANO POSITIVAMENTE CON LA DISABILITÀ COGNITIVA E CON LA COMPLESSITÀ DELLA GESTIONE CLINICO-TERAPEUTICA E ASSISTENZIALE, OLTRE CHE AD UN INCREMENTO DEI COSTI. LE PROSPETTIVE EPIDEMIOLOGICHE SU SCALE GLOBALE, GIÀ DA TEMPO, PREVEDONO UN RADDOPPIAMENTO OGNI 20 ANNI DI NUOVE DIAGNOSI CORRELATE ALLA DISABILITÀ COGNITIVA (PRINCE ET AL., 2013). NON SORPRENDE QUINDI IL CRESCENTE INTERESSE CLINICO E SANITARIO RISPETTO ALLA DEFINIZIONE/PROMOZIONE DI LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE PER IL CONTRASTO DELL'AVANZAMENTO DELLA DEMENZA E DELLA GESTIONE/PREVENZIONE DELLA COMPROMISSIONE COGNITIVA E CORRELATI. IN ITALIA SI STIMA CHE OLTRE UN MILIONE DI ITALIANI GIÀ CONVIVE CON DISTURBI COGNITIVI MAGGIORI (DEMENTIA) E CHE, SUPERATI I 65 ANNI, IL RISCHIO DI ANDARE INCONTRO AL DECLINO COGNITIVO RADDOPPI OGNI 4 ANNI. SI È PERTANTO SVILUPPATA UNA CRESCENTE ATTENZIONE SULLE STRATEGIE/INTERVENTI, OLISTICI E MULTIDISCIPLINARI, DI CURA E TRATTAMENTO DELLA DISABILITÀ COGNITIVA NELL'ANZIANO IN GRADO DI INTERCETTARE PIÙ PRECOCEMENTE TALE COMPROMISSIONE E DI RALLENTARNE L'EVOLUZIONE E IL SUO IMPATTO FUNZIONALE SULLA AUTOMIA DELLA PERSONA E DELLA SUA FAMIGLIA. RECENTI STUDI SOLLECITANO APPROCCI DI TIPO PROATTIVO E INTERATTIVO, NELLA GESTIONE DELLA COMPROMISSIONE COGNITIVA CORRELATA CON L'ETÀ AVANZATA, CHE PREVEDANO UN'INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEI SEGNI INVOLUTIVI, I COSIDDETTI STATI PRE-DEMENTIALI. UNA DIAGNOSI PRECOCE MOSTRA LA POSSIBILITÀ DI MASSIMIZZARE LE CAPACITÀ FUNZIONALI DEGLI ANZIANI E PREVENIRE POTENZIALI CRISI E PEGGIORAMENTI DEL QUADRO CLINICO COGNITIVO, EMOTIVO E COMPORTAMENTALE. LA PRATICA CLINICA, ANCHE IN AMBITO PSICHIATRICO, EVIDENZIA COME LA COMPROMISSIONE COGNITIVA NELL'ANZIANO SI CONFIGURI SPESSO SOTTOFORMA DI UNA DIMENSIONE PRECLINICA DELLA DEMENZA; NON SI CARATTERIZZA INFATTI COME UN'ENTITÀ DIAGNOSTICA MA COME UNA FASE INSTABILE ED ETEROGENEA, COME UN DECLINO IN UNO O PIÙ DOMINI COGNITIVI MA NON SUFFICIENTEMENTE GRAVI DA PORTARE AD UNA DIAGNOSI DI DEMENZA. DIFFERENTI CRITERI DIAGNOSTICI SONO STATI USATI NEGLI ULTIMI ANNI PER DESCRIVERE STATI PRE-DEMENTIALI DELL'ETÀ AVANZATA. COME NOTO, IL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI) È IL TERMINE PIÙ COMUNEMENTE USATO PER INDICARE LO STATO INTERMEDIO TRA NORMALE INVECCHIAMENTO E DEMENZA. UN ASPETTO CENTRALE È IL MANAGEMENT ATTIVO DELLE COMORBILITÀ CHE PIÙ FREQUENTEMENTE VIENE CATEGORIZZATO CON IL DETERIORAMENTO COGNITIVO, TRA CUI LE PATOLOGIE INTERNISTICHE (DIABETE, IPERCOLESTEROLEMIA, IPERTENSIONE ARTERIOSA, INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA, ARITMIE CARDIACHE, ECC..) E QUELLE PSICOPATOLOGICHE QUALI LA DEPRESSIONE E L'ANSIA, CHE ESITANO IN ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI E UMORALI, COMPRESA L'IRRITABILITÀ E L'AGGRESSIVITÀ. L'IMPATTO DELLA COMPROMISSIONE COGNITIVA OLTRE AD INDEBOLIRE LE CAPACITÀ DI MEMORIA, RAGIONAMENTO E LINGUAGGIO, LE FUNZIONI ESECUTIVE, MODIFICA L'ASSETTO EMOTIVO, COMPORTAMENTALE E FUNZIONALE, MINANDO L'AUTONOMIA DELLA PERSONA E DEL PROPRIO AMBITO FAMILIARE, OLTRE CHE SOCIALE. SICURAMENTE LA COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE È STRETTAMENTE CORRELATA AD UN INCREMENTO DI STATI DI ANSIA, ALTERAZIONI DELL'UMORE E DEL COMPORTAMENTO CON IRRITABILITÀ E SCATTI DI IRA, OLTRE CHE A DISTURBI DEL SONNO, AFFERENDO INEVITABILMENTE AI SERVIZI DI PERTINENZA PSICHIATRICA. LE RICERCHE DI EVIDENCE BASED MEDICINE HANNO ABBONDANTEMENTE EVIDENZIATO LA STRETTA ASSOCIAZIONE TRA DEPRESSIONE E DECLINO COGNITIVO, NONOSTANTE NON SEMBRI ESSERE UN FATTORE INDIPENDENTE PER LA CONVERSIONE DEL DEFICIT COGNITIVO IN DEMENZA. STUDI RECENTI SI INTERESSANO A DIMOSTRARE IL TIPO DI CORRELAZIONI ESISTENTI TRA LA COMPROMISSIONE COGNITIVA E LA DEPRESSIONE, TENDENZIALMENTE CONSIDERATA UNA MANIFESTAZIONE PRECOCE DEL DETERIORAMENTO. DATI



Programma Corso: **M8431.1**

12/08/2024

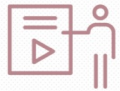
12/10/2024

BUONE PRATICHE CLINICHE NEL TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA - APPROPRIATEZZA NELL'APPROCCIO CLINICO TERAPEUTICO

DI LETTERATURA DIMOSTRANO CHE UNA GRANDE PERCENTUALE DI PAZIENTI CON INIZIALE COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE NON VIENE INTERCETTATA DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, LA CUI SENSIBILITÀ DIAGNOSTICA SEMBRA ESSERE CORRELATA ALLA GRAVITÀ DEI SINTOMI. LA DIAGNOSI DI DEFICIT COGNITIVO VIENE SPESSO ESEGUITA IN AMBITO OSPEDALIERO, COMPRESI I SERVIZI OSPEDALIERI DI DIAGNOSI E CURA, IN REGIME DI RICOVERO DI PAZIENTI CON STATI DI ANSIA, ALTERAZIONI COMPORTAMENTALI E ATTI DI AUTO-ETERO AGGRESSIVITÀ, CON ANAMNESI PSICHIATRICA MUTA E SENZA CAUSE NOTE TALI DA GIUSTIFICARE UNA CONDIZIONE DI ACUZIA. IL MOMENTO DEL RICOVERO OSPEDALIERO SEMBREREBBE RIVESTIRE, SEMPRE PIÙ SPESSO, IL RUOLO DI GATEKEEPER PER L'INDIVIDUAZIONE DI STATI DI INVOLUZIONE COGNITIVA; GLI ANZIANI CON SINTOMI DI SUB-CONFUSIONE, AGITI COMPORTAMENTALI DISFUNZIONALI E AFINALISTICI, AFFERISCONO AI PS E SUCCESSIVAMENTE VENGONO INDIRIZZATI E RICOVERATI IN SPDC. DA TALI PREMESSE, NASCE L'ESIGENZA DI UN LAVORO DI FORMAZIONE SUL CAMPO CHE PREVEDA UNA FASE DI INDAGINE ESPLORATIVA (RACCOLTA DATI ED ELABORAZIONE STATISTICA) AL FINE DI ATTESTARE: 1) IL GRADO DI INCIDENZA DEI RICOVERI DI ANZIANI CON COMPROMISSIONE COGNITIVA E CORRELATI SINTOMATOLOGICI PSICOLOGICI/PSICHIATRICI NEL NOSTRO SPDC; 2) IL GRADO DI INCREMENTO DI RICHIESTE DI CONSULENZA E INDAGINI STRUMENTALI AD ALTRE UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE; 3) IL NUMERO DI COMORBILITÀ CON DIAGNOSI PSICHIATRICHE PREESISTENTI. L'OBIETTIVO È QUELLO DI SISTEMATIZZARE PROCEDURE OPERATIVE SNELLE ED INTERATTIVE, BASATE SULLA PRATICA CLINICA E SULLE RACCOMANDAZIONI/LINEE GUIDA, CHE RIGUARDINO: 1) FASE DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN PS, ANTEDENTE AL RICOVERO; 2) ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI SINDROMICA ED EZIOLOGICA ACCURATA (DIAGNOSI DIFFERENZIALE); 3) ANAMNESI DETTAGLIATA DEI SINTOMI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI E PSICOLOGICI RACCOLTA DAL PAZIENTE/FAMILIARI/MMG; 4) VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E SOMMINISTRAZIONE DI STRUMENTI DI SCREENING COGNITIVO; 5) CONSULENZE NEUROLOGICHE E INTERNISTICHE PER L'INDIVIDUAZIONE/TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE CORRELATE; 6) ESAMI CON TECNICHE DI NEUROIMMAGINE (TAC, RM); 7) TERAPIA FARMACOLOGICA MIRATA E INTEGRATA RISPETTO ALL'INCIDENZA/PREVALENZA DEI TIPI DI SINTOMI; 8) INCONTRI INFORMATIVI CON IL PAZIENTE E FAMILIARE/CARE GIVER, PER COINVOLGERLI NEL PROCESSO DECISIONALE DI CURA/TRATTAMENTO; 9) INCONTRI IN RETE CON I SERVIZI COMPETENTI PER LA DEFINIZIONE DEL PLANNING DI RIABILITAZIONE, PSICOEDUCAZIONE, ASSISTENZA DEL PAZIENTE IN DIMISSIONE (TRA CUI: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO TERRITORIALE, SERVIZIO ASSISTENTE SOCIALE PRESIDIO OSPEDALIERO, CENTRI DIURNI E/O RESIDENZIALI). L'ATTIVAZIONE SIMULTANEA DI SPECIFICI E ADEGUATI INTERVENTI RAPPRESENTA IL GOLD-STANDARD DELLE BUONE PRATICHE NELLA VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA. UNO SCREENING POSITIVO SI ASSOCIA A UN'ECCELLENTI ACCURATEZZA PREDITTIVA RISPETTO ALL'EZIOLOGIA PREVALENTE DELLA MALATTIA. NEL CORSO DEGLI ANNI, IL MODELLO DI CURA DELL'ANZIANO CON DETERIORAMENTO COGNITIVO SI È RADICALMENTE MODIFICATO; ATTUALMENTE TALE PROCESSO SI ARTICOLA IN UN CONTINUUM TERAPEUTICO INTEGRATO E CONTINUATIVO LUNGO TUTTA LA DURATA DELLA MALATTIA, MENTRE PRECEDENTEMENTE VENIVA TRATTATO IN TEMPI E FASI DIFFERENTI, SE PUR CONSEGUENZIALI, CON COMPETENZE CLINICHE DISTINTE (UNA PRIMA FASE NEUROLOGICA, POI PSICHIATRICA E DI SEGUITO INTERNISTICA). LA FASE DELLA DIAGNOSI ASSUME, PERTANTO, CENTRALITÀ ANCHE IN SPDC IN QUANTO PROCEDURA DI BASE INDISPENSABILE ALLA DEFINIZIONE DI UN PERCORSO TERAPEUTICO EFFICACE. UN'ACCURATA DIAGNOSI DIFFERENZIALE È ESSENZIALE PER DETERMINARE IL TRATTAMENTO PIÙ APPROPRIATO E PER FORNIRE INFORMAZIONI CIRCA LA PROGNOSE, OLTRE A COSTITUIRE LA DEFINIZIONE DEL SETTING E DELL'ALLEANZA TERAPEUTICA PAZIENTE-FAMILIARE E SPECIALISTA/SERVIZIO; INOLTRE, CONSENTE DI INTERVENIRE SUGLI STILI DI VITA E DI ACCEDERE AI PERCORSI DI CURA QUANDO ANCORA IL DEFICIT COGNITIVO E LE SUE CONSEGUENZE NON SONO CONSOLIDATE, OTTENENDO COSÌ UNA MIGLIORE PROGNOSE. IL CORSO DI FORMAZIONE NELLA NOSTRA UNITÀ OPERATIVA PREVEDE UN LAVORO SUL CAMPO DI RACCOLTA DATI, ELABORAZIONE E CONFRONTO IN GRUPPO SUGLI ESITI EMERSI, RILEVATI DALLE PROCEDURE IN CORSO, EDUCANDOCI AD UNA PROSPETTIVA SANITARIA DI ACCURATEZZA DIAGNOSTICA E DI CURA CHE INCLUDA IL PAZIENTE-CARE GIVER NEL PROCESSO DI DECISION-MAKING, SOPRATTUTTO QUANDO RISULTINO CONSERVATE GRAN PARTE DELLE CAPACITÀ DECISIONALI DELL'ANZIANO.

BIBLIOGRAFIA

- BELLEVILLE S, FOUQUET C, HUDON C AND AL. (2017) NEUROPSYCHOLOGICAL MEASURES THAT PREDICT PROGRESSION FROM MILD COGNITIVE IMPAIRMENT TO ALZHEIMER'S TYPE DEMENTIA IN OLDER ADULTS: A



Programma Corso: **M8431.1**

12/08/2024

12/10/2024

BUONE PRATICHE CLINICHE NEL TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA - APPROPRIATEZZA NELL'APPROCCIO CLINICO TERAPEUTICO

SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. NEUROPSYCHOL REV.10;

- BENNETT S, THOMAS AJ. DEPRESSION AND DEMENTIA: CAUSE, CONSEQUENCE OR COINCIDENCE? MATURITAS.2014;79:184-90;
- BERARDI D, MENCHETTI M, DE RONCHI D, ET AL. LATE-LIFE DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A NATIONWIDE ITALIAN EPIDEMIOLOGICAL SURVEY. J AM GERIATR SOC 2002;50:77-83;
- CHARLESWORTH G, SADEK S, SCHEPERS A, SPECTOR A. (2015) COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY FOR ANXIETY IN PEOPLE WITH DEMENTIA A CLINICIAN GUIDELINE FOR A PERSON-CENTERED APPROACH. BEHAV MODIF.; 39 (3): 390-412;
- DI FIANDRA T, CANEVELLI M, DI PUCCHIO A, VANACORE N. THE ITALIAN DEMENTIA PLAN, ANN IST SUPER SANITÀ 2015;51:261-4. DISPONIBILE A WWW.ISS.IT/BINARY/PUBL/CONT/02COMMENTARY_4.PDF;
- EPIDEMIOLOGIA DELLE DEMENZE. OSSERVATORIO DEMENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. DISPONIBILE A [HTTPS://DEMENTE.ISS.IT/EPIDEMIOLOGIA](https://demenze.iss.it/epidemiologia);
- HUIS IN HET VELD JG, VERKAIK R ET AL. (2015) THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS IN SUPPORTING SELF-MANAGEMENT OF INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA; A SYSTEMATIC META REVIEW. BMC GERIATR 15:147;
- KENNEDY GJ, CASTRO J, CHANG M, ET AL. PSYCHIATRIC AND MEDICAL COMORBIDITY IN THE PRIMARY CARE GERIATRIC PATIENT-AN UPDATE. CURR PSYCHIATRY REP 2016;18:62;
- ITALIANO D, MAZZOLENI F. DEPRESSIONE E COMORBILITÀ NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE: DALL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ALL'ADERENZA TERAPEUTICA NELL'UTILIZZO DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI – PARTE I. RIVISTA SIMG 2014;5:19-23;
- PANZA F, D'INTRONO A, COLACICCO AM ET AL. (2007) SINDROMI PRE-DEMENTIALI E DEFICIT COGNITIVO LIEVE: DIAGNOSI E PROGRESSIONE VERSO LA DEMENZA. RECENTI PROGRESSI IN MEDICINA 98(5): 281-289
- PETERSEN RC, SMITH GE, WARING ET AL. (1999) MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: CLINICAL CHARACTERIZATION AND OUTCOME. ARCH NEUROL 56:303-8;
- SACHDEV PS, MOHAN A, TAYLOR L, ET AL. DSM-5 AND MENTAL DISORDERS IN OLDER INDIVIDUALS: AN OVERVIEW. HARV REV PSYCHIATRY 2015;23:320-8;
- TENDENZE DEMOGRAFICHE, TRASFORMAZIONI SOCIALI. NUOVE SFIDE PER IL SISTEMA DI WELFARE. (2014). ISTAT;
- THE GLOBAL IMPACT OF DEMENTIA AN ANALYSIS OF PREVALENCE, INCIDENCE, COST AND TRENDS. (2016). WORLD ALZHEIMER REPORT;
- THE MANAGEMENT OF DEPRESSION IN PRIMARY AND SECONDARY CARE. NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). CLINICAL GUIDELINE 23. DECEMBER 2004;
- WORLD REPORT ON DISABILITY (2011). WORLD HEALTH ORGANIZATION.

UU.OO CHE ORGANIZZANO: S.P.D.C. GALATINA

IL CORSO AVRÀ INIZIO IL 12 AGOSTO 2024 E FINIRÀ IL 12 OTTOBRE 2024. SI SVILUPPERÀ SU N. 10 GIORNATE DI FORMAZIONE SUL CAMPO DELLA DURATA DI 3 ORE CIASCUNA PER UN TOTALE DI 30 ORE DI FORMAZIONE E AVRÀ LUOGO PRESSO IL S.P.D.C. P.O. GALATINA.

**Programma del Corso : M8431.1**

BUONE PRATICHE CLINICHE NEL TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA -
 APPROPRIATEZZA NELL'APPROCCIO CLINICO TERAPEUTICO

Galatina P.O. - SPDC

Ore Corso
(ai fini ECM)

30

Cred. ECM 39,0

Giorno	da ore	a ore	Destinatari n. 26
1	12/08/2024		TUTTE LE PROFESSIONI ECM;
2	12/10/2024		

Obiettivi formativi ECM e acquisizioni di competenze

3- (b) Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

Obiett Specifici

A) tecnico-prof.

Accrescere esercizio a buone pratiche per l'individuazione e la gestione degli stati pre-demenziali con correlati degli anziani in SPDC, afferenti dal PS/CSM per alterazioni umorali e comportamentali.

B) di processo

Indagine esplorativa con raccolta ed elaborazione dati del SPDC su procedure di intervento clinico-sanitario per il paziente anziano con compromissione cognitiva.

C) di sistema

Incontri di gruppo e di rete, confronto sui dati e procedure in corso, tra i diversi consulenti/servizi coinvolti nel processo diagnostico e di cura dell'anziano con compromissione cognitiva.

UU.OO. che organizzano**Sponsor o Promotori**

SPDC Galatina

Responsabili Scientifici

- 1 Dott. CARROZZINI DARIO;
- 2 Dott.ssa PELLICANI VINCENZA;
- 3 Inferm. MERCURI MANUELA;

Ref. UOSD Formazione per il Corso:Inferm. MERICO LUIGI,3293190304, formazione5@asl.lecce.it

Curricula Docenti interni del corso ECM :M8431.1

BUONE PRATICHE CLINICHE NEL TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA -
APPROPRIATEZZA NELL'APPROCCIO CLINICO TERAPEUTICO

Dott. CARROZZINI DARIO

Medici - Psichiatria;

N.Curr
703

Dott. Dario Carrozzini: Direttore U.O.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Galatina del DSM ASL Lecce. Medico specialista in Psichiatria. Ha conseguito il Master in Formazione Manageriale per la Dirigenza del Sistema Sanitario, la Specializzazione in Gerontologia e Geriatria presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", la Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo - Comportamentale presso APC Roma, il Perfezionamento in Alcologia presso Università degli Studi di Bari "Aldo Moro". Dal 1991 al 2004 Dirigente Medico Psichiatra presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di San Cesario ASL LE/1; dal 2004 al 2012 presso il SPDC di Campi Salentina; dal 2012 al 2019 presso il SPDC di Lecce; dal 2019 a tutt'oggi presso il SPDC di Galatina. Nel 2008 ha ricoperto l'incarico di Alta Professionalità in Psicopatologia presso ASL Lecce. Dal 1999 al 2006 nominato Consulente Psichiatra dell'Ambulatorio Polispecialistico per le Demenze e la Malattia di Alzheimer (U.V.A.). Distretto ASL Lecce, per la diagnosi precoce, terapia e monitoraggio della malattia di Alzheimer. Dal 1986 a tutt'oggi, ha svolto, anche all'interno dei suoi compiti istituzionali, le funzioni di Docente di Psichiatria in numerosi corsi; dal 2007 al 2008 docente di Psichiatria Geriatrica nel Corso di Laurea "Tecnico della riabilitazione psichiatrica"- Università degli studi di Bari . Ha collaborato alla stesura di n. 4 pubblicazioni e ha partecipato a numerosi corsi di formazione aggiornamento, convegni, incontri scientifici e congressi anche in qualità di relatore e responsabile scientifico.

Dott. PALUMBO ANTONIO

Medici - Medicina e chirurgia di accettazione e di
urgenza;

N.Curr
3320

Dott. Antonio Palumbo, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia in data 30/07/2004. Direttore U.O.S.V.D. Pronto Soccorso P.O. Galatina (da gennaio 2023); Incarichi di Responsabile (2020- genn. 2023) e di Sostituto del Dirigente Medico Referente (2019-2020) della stessa U.O.S.V.D. Dirigente Medico presso ASL Lecce dal 2005. Consegue Formazioni Specialistiche in: Direzione di Struttura Complessa – Sistema Sanitario Puglia (2022); Management per la Dirigenza del Sistema Sanitario per Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo delle Aziende ed Enti Sanitari (2019); Tutor Valutatore Ospedaliero Post Laurea presso Università degli Studi Bari (2015); Idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Territoriale 118 (2014). Si specializza in Etica ed Educazione alla Vita e alla Salute presso l'Istituto di Bioetica – Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (2013). Componente CUG Parte Pubblica ASL Lecce e del Comitato del Dipartimento Integrato Emergenza Urgenza ASL Lecce; Iscritto all'Albo dei Valutatori per l'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Regione Puglia (dal 2023). Referente Territoriale del P.O. Galatina per le operazioni di interoperabilità INAIL/REGIONI e per la prevenzione e contrasto della violenza di genere; BAD MANAGER e Componente del TEAM del P.O. Galatina ASL Lecce (dal 2022). Incarico di Docente nel corso del Master Executive di II Livello Università del Salento – Dipartimento di Scienze Giuridiche (2021/2022). Ha partecipato a numerosi corsi di aggiornamento e formazione, congressi, anche in qualità di relatore, docente e responsabile scientifico.

Curricula Docenti interni del corso ECM :M8431.1

BUONE PRATICHE CLINICHE NEL TRATTAMENTO DELL'ANZIANO CON COMPROMISSIONE COGNITIVA -
APPROPRIATEZZA NELL'APPROCCIO CLINICO TERAPEUTICO

Inferm. STASI EMANUELA

Infermieri;

N.Curr
3600

Dott.ssa Emanuela Stasi: Infermiere c/o Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura P.O. Galatina dal dicembre 2020. Nel 2012 ha svolto attività di collaborazione come infermiera presso RSA, acquisendo capacità operative sul campo nella gestione e assistenza dell'anziano (Villa Modoni di Sogliano Cavour). Nel 2012 consegue la Laurea di Infermieristica presso l'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Didattico Lecce, con la Tesi "Gestione del minore vittima di maltrattamento" con votazione 110/110. Ha partecipato a numerosi corsi di formazione, aggiornamento e seminari inerenti la propria disciplina e ambito lavorativo.