

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

del Dott. Pietro Infriccioli

DATI PERSONALI	
Nome [Cognome, Nome]	INFRICCIOLI PIETRO
Indirizzo [Numero civico, strada o piazza, codice avviamento postale, città, paese]	
E-mail	Infriccioli.Pietro@sanita.marche.it
Nazionalità	ITALIANA
Data di nascita [Giorno, mese, anno]	11/10/1961 Acquaviva picena

ESPERIENZE LAVORATIVE	[elencare separatamente ciascuna attività svolta]
• Date: da (gg/mm/aa) a (gg/mm/aa) • Nome e indirizzo dell'azienda/ente • Qualifica/profilo professionale • Tipo di rapporto di lavoro (lavoro subordinato/autonomo, a tempo pieno/part time con impegno orario settimanale) • Aspettative senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità • Ambito di attività	<i>OSPEDALE MADONNA DEL SOCCORSO VIA SILVIO PELLICO SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)</i> DIRETTORE U.O.C. DI GERIATRIA DAL 1 NOVEMBRE 2022 LAVORO DIPENDENTE A TEMPO PIENO Dal gennaio 1990 al marzo 1991 ha prestato servizio in qualità di Assistente Medico aggiunto in Medicina generale e Geriatria presso la casa di Cura privata convenzionata "Stacchini" di Faenza. Nel maggio 1991 ha vinto il Concorso per titoli per l'ammissione al Tirocinio teorico pratico biennale per la formazione specifica in Medicina generale, conseguendo il relativo Diploma nell'aprile 1993. In qualità di Medico tirocinante ha frequentato le Corsie e gli Ambulatori annessi alle Divisioni di Medicina generale, Geriatria, Cardiologia, Pronto Soccorso nonché le Strutture territoriali della USL N. 12. Dal luglio 1990 al aprile 1994 ha inoltre frequentato in qualità di Medico frequentatore il reparto di Geriatria dell'Ospedale Madonna del Soccorso, allora diretto dal Dr. Angelo Guido, con

compiti assistenziali e di didattica.

Maggio 1994: vincitore del Concorso per una Borsa di studio riservata a Specialista in Geriatria e Gerontologia della durata di 12 mesi, da usufruire presso la U.O. di Geriatria di San Benedetto del Tronto, finanziata con il fondo del Progetto Obiettivo Anziani, finalizzata allo sviluppo della geriatria Territoriale (Valutazione multidimensionale degli utenti domiciliari nell' ambito dell' allora nascente Servizio A.D.I.)

Dal luglio 1995 al marzo 1996 incaricato Assistente medico a tempo pieno di geriatria per la durata di mesi 8, presso la U.O. di Geriatria dell' Ospedale Madonna del Soccorso.

Dal maggio 1996 al gennaio 1997 incaricato Assistente medico a tempo pieno di geriatria per la durata di mesi 8 presso la U.O. di Geriatria dell' Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.

Dal febbraio 1997 all' ottobre 1997 incaricato Dirigente Medico di I livello funzionale a tempo pieno presso la U.O. di Geriatria dell' Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.

Dall' ottobre 1997 al dicembre 1999 Contratto libero professionale come Medico specialista in geriatria e gerontologia convenzionato con la ASL N. 12 Marche, con orario di lavoro a tempo pieno.

Dal dicembre 1999 essendo risultato vincitore del relativo concorso pubblico per titoli ed esami, è titolare di INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI DIRIGENTE MEDICO DI GERIATRIA presso la U.O.C. di Geriatria del Presidio Ospedaliero unico dell' Area Vasta N. 5.

PROFILO OGGETTIVO DELLA STRUTTURA COMPLESSA U.O.C. GERIATRIA AST ASCOLI PICENO – PRESIDIO DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

-24 posti letto per Acuti

-6 posti letto di Lungodegenza Post acuti.

Le Mission della U.O.C. di Geriatria per acuti, nella quale lavoro, sono le seguenti:

1) Gestione della degenza geriatrica per pazienti acuti in collaborazione con la locale Medicina d' Urgenza ed il locale Servizio di Pronto Soccorso.

In particolare la U.O.C. di Geriatria realizza interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi su anziani con multiple morbidità, in trattamento polifarmacologico, affetti da patologie acute o riacutizzazione di patologie croniche. Nella maggioranza dei casi sono soggetti di età superiore ad 80 anni (*oldest old*), con ridotte riserve funzionali, definiti "anziani fragili".

Questi utenti vengono assistiti con approccio "olistico" multidimensionale (Valutazione Multidimensionale Geriatrica) che:

-identifica le cause sanitarie e socio assistenziali favorevoli l' evento acuto o la riacutizzazione della patologie cronica,

-diagnostica l' evento acuto con procedure attente allo stato di fragilità del soggetto, nel rispetto delle sue volontà e preferenze

quando i soggetti sono capaci di esprimerle o ricorrendo all' aiuto dei care giver per capire quali fossero le volontà dell' utente espresse in precedenza ad esempio su temi come l' accanimento terapeutico e l' assistenza nel "fine vita".

Promuove le risorse assistenziali delle rete informale di cura
-razionalizza gli interventi terapeutici, nutrizionali e farmacologiche, mediando i principi di *evidence based medicine*

con la sostenibilità individuale del carico assistenziale proposto
Assicura una migliore compliance terapeutica

-individua e garantisce gli interventi riabilitativi necessari

-favorisce la continuità assistenziale (attraverso la *dimissione protetta*) al proprio domicilio o verso strutture residenziali che avevano già in carico o accoglieranno per la prima volta l' utente.

Il sottoscritto svolge con regolarità l' attività clinico assistenziale verso i pazienti ricoverati in geriatria per acuti; l' attività è molto intensa con tassi di utilizzo dei posti letto oltre il 100%, avendo costantemente letti "bis" in Reparto.

Partecipa, insieme agli altri dirigenti medici, alla valutazione ed eventuale presa in carico degli "Anziani fragili" degenti presso le altre U.O. (in particolare ortopedia, chirurgia, Cardiologia, Neurologia) per i quali si fa richiesta di trasferimento alla U.O.C. di geriatria per la loro elevata complessità clinico/assistenziale.

Partecipa, insieme agli altri dirigenti medici, alla valutazione ed alla eventuale presa in carico delle richieste interne provenienti dalla Geriatria per acuti e dalle U.O. di Ortopedia, Cardiologia, Medicina interna, Neurologia, Chirurgia, per il trasferimento dei pazienti preso la Lungodegenza Post-acuti interna alla U.O.C. di geriatria e/o il loro trasferimento, previo accordi, nei posti disponibili presso le Case di cura territoriali convenzionate.

Integrazione nel Percorso Ortogeriatrico in collaborazione con la locale U.O. di Ortopedia con la eventuale stabilizzazione precoce delle comorbidità e la sorveglianza proattiva verso le complicanze al momento tramite la richiesta di consulenza, anche con il trasferimento precoce, secondo la disponibilità dei posti letto, presso la U.O. di Geriatria per acuti o in Post-acuti, in attesa di posti letto di Ortogeriatrici dedicati.

Attività ambulatoriale nella patologia dell' osso, con gestione dei percorsi della patologia dell' osso tramite esecuzione della MOC, rilevante nell' ambito dei protocolli di integrazione con la U.O.C. di ortopedia dello stabilimento ospedaliero Madonna del Soccorso, funzionali per la realizzazione della Ortogeriatrici

2) Gestione della degenza per pazienti in Lungodegenza post acuti

La proposta di trasferimento deve essere stilata da u medico della U.O. proponente e vagliata da referente medico della lungodegenza in quale valuta la congruità della richiesta e nega oppure dispone il trasferimento o stila una Lista di attesa per l' ammissione, dopo aver parlato con il *care giver* dell' utente.

L' Area Post Acuzie si configura come la fase ospedaliera della

continuità assistenziale, deve operare in un sistema integrato con il Distretto ed identificare e fornire i servizi necessari a garantire una efficace dimissione.

Attualmente i posti letto nella Lungodegenza post acuti sono 6.

Nel 2017 mi è stata affidata la **Unità Operativa Semplice (U.O.S.)** denominata **INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO**

Il suo compito era di implementare un modello di continuità assistenziale dedicato ai soggetti fragili (adulti ed anziani), ricoverati per eventi acuti, con bisogni socio-sanitari complessi.

La U.O.S. ha operato con la logica del team (Geriatra Dr.

Infriccioli, posizione organizzativa di case management, assistente sociale), mantenendo una forte relazione funzionale con l' UOSD

Cure Anziani. Il suo compito è stato di governare direttamente il passaggio dalla fase ospedaliera per acuti alla Lungodegenza post-acuti e coadiuvare l' azione della USD Cure Anziani nella "dimissione protetta" al fine di garantire la continuità della presa in carico e l' appropriata scelta del luogo delle cure.

Abbiamo realizzato inoltre un "modello sperimentale" che comportava la mia visita geriatrica a domicilio dei pazienti dimessi dalla nostra Lungodegenza post-acuti, particolarmente problematici dal punto di vista clinico/assistenziale) a 7-10 giorni dalla dimissione, insieme ad un infermiere del territorio , possibilmente il referente abituale del caso, in stretto contatto con il Medico di Medicina generale.

Egli, qualora lo avesse ritenuto necessario, avrebbe potuto chiedere un nuovo controllo a domicilio del Geriatra.

3) FAST TRACK GERIATRICO

Quando l'anziano si rivolge all' ospedale, bisogna porre adeguata attenzione al rischio di destabilizzazione ed all' aumento della **Fragilità** che questo può comportare. Anche la prolungata permanenza nei servizi di emergenza, in attesa sia del ricovero sia della dimissione, può concorrere a questo fenomeno. Le principali problematiche dell'accettazione d'emergenza geriatrica sono rappresentate dalla difficoltà nel raccogliere i dati (può mancare la documentazione del curante, possono mancare i familiari di riferimento) e da una carenza di percorsi dedicati che consentirebbero un inquadramento rapido ed efficace per prevenire le complicanze proprie della senilità.

Per poter effettuare uno screening dei soggetti a rischio il percorso deve partire dal **Triage**.

Il geriatra può avere un ruolo chiave nella corretta gestione dei bisogni clinici e assistenziali degli anziani. Gli anziani sono pazienti più complessi, con molte malattie e che assumono molti farmaci. Spesso, poi, presentano anche problemi sociali, oltre che sanitari e richiedono più indagini diagnostiche e per questo necessitano di una permanenza in Pronto Soccorso più lunga.

Per trovare soluzioni a questi problemi, può essere utile integrare le figure professionali che si trovano nel pronto soccorso con esperti di geriatria.

Il ruolo dello specialista in questo contesto è quello di prendere in carico pazienti che accedono al DEA attraverso una valutazione multidimensionale della funzione cognitiva, della perdita di autonomia, del rischio di cadute e del benessere del caregiver in modo da impostare, il piano di cura ottimale che favorisca il miglior percorso possibile di cura in tempi rapidi, tra cui la possibilità di essere seguiti a domicilio.

In questo contesto nasce il progetto sperimentale del Fast track geriatrico; **la finalità è quella della precoce individuazione del paziente anziano fragile per favorire la riduzione dei tempi di attesa in PS, la valutazione specialistica rapida, il suo rientro al domicilio con il contatto diretto con i Medici di Medicina generale, e con i servizi territoriali (ADI ed RSA) quando il ricovero non è necessario.**

Alcuni studi hanno identificato indicatori di fragilità rilevabili già al triage in PS: si tratta di dati clinici e demografici attraverso i quali si individuano i pazienti più vulnerabili classificandoli con un codice specifico, che li accompagnerà per l'intero percorso di cura. **(CODICE ARGENTO).**

Il fast track geriatrico infatti costituisce priorità d'accesso, a parità di codice, per il paziente fragile al fine di costruire un percorso di presa in cura dedicato.

Il percorso pertanto è dedicato a tutti i pazienti dai 75 anni in su, a cui è stato attribuito un codice di triage verde ed azzurro (con limitazioni) e che viene classificato in fase di triage come fast track geriatrico.

L'infermiere accettante sulla base degli elementi utili indirizza rapidamente il paziente verso un setting assistenziale adeguato (Unità Operativa di Geriatria per acuti – spazio dedicato al fast track, con 4 postazioni dedicate), **contribuendo quindi a diminuire il fenomeno della permanenza lunga dei pazienti geriatrici con codici di urgenza minore ed identificati come “fragili” in Pronto Soccorso.**

La partecipazione del caregiver al piano di assistenza individuale in Pronto Soccorso concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e adempimenti burocratico-amministrativi, si integra con gli operatori che forniscono attività di assistenza e di cura. Ha un impatto positivo sulla comprensione e compliance alle raccomandazioni date alla dimissione e quindi rappresenta una risorsa importante per ottenere informazioni riguardanti le condizioni di salute del paziente e la sua capacità funzionale.

Lo scopo della procedura pertanto è:

- Riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per quei pazienti anziani con caratteristiche di fragilità (**Tabella 1**) che non richiedono prestazioni a carattere di emergenza/urgenza e che possono accedere direttamente alla prestazione specialistica, dopo valutazione dell'infermiere di triage
- riduzione dei ricoveri per fragilità sociali
- miglioramento della qualità del servizio percepita dall'utente

• **Principali mansioni e responsabilità**

Ha svolto attività di didattica, assistenza e ricerca presso la Scuola di Specializzazione in Geriatria della Università di Bologna diretta dal Prof. Giovanni Gasbarrini.

In tale ambito si occupava dello studio del Malassorbimento intestinale nella popolazione geriatrica, della malattia celiaca e della funzionalità splenica.

Ha introdotto nella U.O. di Geriatria di San Benedetto del Tronto metodiche originali di Valutazione nutrizionale del paziente anziano (impedenziometria) e tecniche allora innovative per la terapia nutrizionale dell'anziano (tra le quali la Nutrizione enterale con pompa infusoria).

Ha fatto parte del Corpo docente della Scuola per Infermieri professionali dove è stato titolare dell'insegnamento di Dietologia (i anno) e Dietoterapia (ii anno) e dove ha insegnato dal 1991 al 1996.

Ha fatto parte del personale docente per i Corsi di Formazione di base per il Volontariato Socio Sanitario e per i Corsi di Formazione del Caregiver dei pazienti anziani.

E' stato consulente nel 1997 del Servizio Sanità della regione Marche per la stesura della Scheda di Valutazione degli Utenti afferenti all'allora nascente Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Ha collaborato con l'Agenzia regionale alla stesura del protocollo per la valutazione funzionale degli Utenti da inserire nelle RSA, suggerendo un protocollo ideato come sperimentazione dal Gruppo della SIGO., modificato.

Ha partecipato alla realizzazione ed alla diffusione di linee-guida e protocolli con i Medici di Medicina generale sui temi:

- 1) Trattamento dei disturbi comportamentali del paziente con demenza
- 2) Inserimento dei pazienti affetti da deterioramento cognitivo nel "Progetto CRONOS".
- 3) Inserimento degli Utenti in A.D.:I
- 4) Inserimento degli Utenti nelle R.S.A.
- 5) Sperimentazione di un Modello regionale per la Valutazione e la gestione del malato di Alzheimer (in collaborazione con l'I.N.R.C.A., i Servizi Territoriali e la U.O. di Neurologia della Area Vasta 5.

Collabora dalla sua istituzione (1994) alla Unità Valutativa Geriatrica ed alla Unità Valutativa distrettuale e della Unità Valutativa Integrata degli Utenti afferenti al Progetto CRONOS (ora chiamato CENTRO DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE CDCD)

In queste attività si è dedicato alla messa a punto ed alla successiva applicazione pratica di Metodologie valutative geriatriche degli Utenti afferenti alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) ed al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Dalla loro apertura si occupa, in qualità di responsabile del CDCD

della U.O.C di Geriatria, in collaborazione con la Dr.ssa Paci, Primario Neurologo, della valutazione degli ingressi e della loro rivalutazione nei Centri Diurni Demenze convenzionati con la Area vasta N. 5.

Nell' ambito del CDCD si occupa della valutazione dei pazienti anziani con problemi di demenza soprattutto nella fase di Demenza avanzata, con disturbi comportamentali.

Ha partecipato alla realizzazione di Protocolli per patologie specifiche nella U.O. di Geriatria della Area Vasta 5.

Ha introdotto nella U.O. di Geriatria della Area Vasta 5 protocolli per la Nutrizione Enterale e Parenterale.

Ha partecipato alla realizzazione dei profili di Assistenza per

- 1) Ictus
- 2) Malati di Alzheimer

Ha realizzato e reso operativi Modelli di Percorso per la Dimissione protetta

Precedente Incarico dirigenziale di alta professionalità
:"Coordinamento e collegamento tra le Strutture residenziali e Attività ospedaliera".

Questo incarico prevedeva:

- incaricato del controllo di qualità delle SDO
- la continuazione dell' incarico di Responsabile del della UVA (Unità Valutativa Alzheimer) dalla sua istituzione avvenuta nel 2000.
- collaborazione con la Medicina territoriale al Progetto CRONOS per i pazienti affetti da Malattia di Alzheimer
- collaborazione con la Medicina territoriale per la gestione (ingresso e rivalutazione fino alla dimissione) degli Utenti afferenti al centro diurno per i malati di Alzheimer e demenze correlate
- gestione della prescrizione dei farmaci antipsicotici atipici nelle strutture residenziali
- introduzione dei Scale di valutazione multidimensionale nella cartella geriatrica
- collaborazione alla gestione dei pazienti nel "Progetto Ortogeriatria"
- componente della U.V.I.A.

Dal 2017 Responsabile di Struttura Semplice "Integrazione Ospedale Territorio presso la U.O.C. di Geriatria del presidio ospedaliero unico dell' Area Vasta N. 5 – Marche

I compiti della Struttura Semplice sono:

- 1) favorire l' implementazione nei reparti di degenza per acuti della Metodologia di Valutazione multidimensionale geriatrica atta a riconoscere in maniera precoce le "dimissioni difficili" ed implementare un modello di Continuità assistenziale dedicato ai soggetti fragili (anziani ed adulti)

• **Capacità e competenze
acquisite**

ricoverati per eventi acuti, con bisogni sanitari complessi.

- 2) Assicurare la tempestiva Valutazione multidimensionale dei casi segnalati dalle varie U.O. per acuti (Medicina, Neurologia, Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia, Psichiatria) gestendo direttamente il trasferimento verso la Lungodegenza Post acuti o, in caso di ineleggibilità, fornire collaborazione alla UOSD Cure Anziani che definirà il Setting assistenziale più idoneo.

Opera con la logica del “team” (Geriatra, posizione organizzativa “case management”, Assistente sociale) con il compito di governare direttamente il passaggio dalla fase ospedaliera per acuti alla Lungodegenza Post-acuti e coadiuvare l’ azione della USD Cure Anziani nella fase della “Dimissione protetta” al fine di garantire la Continuità della presa in carico e l’ appropriata scelta del “luogo di cure” successivo

Abbiamo introdotto un modello sperimentale nel quale il geriatra (Dr. Infriccioli) programmava una visita domiciliare successiva alla dimissione dalla Post acuzie, riattivabile in caso di necessità dal MMG.

Attività Clinica ai pazienti ricoverati presso la U.O.C. di Geriatria per Acuti e per i pazienti ricoverati in Post – Acuti.

Valutazione Multidimensionale dei Pazienti anziani

Valutazione dei Pazienti anziani ricoverati in U.O.C. di Geriatria e nelle altre U.O. candidati all’ ingresso in Post-acuti, in collaborazione con la Funzione “Case Management”.

Valutazione Nutrizionale dei Pazienti Anziani

Valutazione e Gestione dei Pazienti anziani affetti da Demenze, in particolare modo alle Demenze negli stadi avanzati e con Disturbi comportamentali.

Partecipa alle Riunioni di U.O. di Geriatria coordinando le attività di reparto, relazionandosi positivamente con i Colleghi e con le altre Figure sanitarie diffondendo cultura geriatrica.

Valutazione degli Utenti candidati all’ Ingresso presso Strutture residenziali

Valutazione degli Utenti candidati all’ ingresso presso i Centri Diurni per le Demenze.

Valutazione di Pazienti anziani nell’ ambito della Dimissione protetta.

Dal marzo 2020 fino al giugno 2020 e dal novembre 2021 fino al maggio 2021, essendo la U.O. di Geriatria diventata “Reparto Covid” ha fatto parte del suo organico medico, Direttore Dr. Mario Sfrappini, acquisendo competenze anche nella gestione della ossigenoterapia ad alti flussi per i pazienti affetti da polmonite da Covid-19.

Attività di “sostituto” del Direttore di U.O. in sua assenza in tutto il periodo della sua attività di Direttore -----

Dal 6 settembre 2021 al 30 ottobre 2021 incarico di Direttore f.f. di U.O. di Geriatria



Dal 1 novembre 2022 a tutt' oggi Direttore di Unità Operativa Complessa di Geriatria.
Introdotta dal gennaio 2024 il percorso denominato "Fast track geriatrico".

ISTRUZIONE E FORMAZIONE	
• Titolo di studio (lauree, specializzazioni) <i>[elencare separatamente ciascun titolo]</i> Conseguito presso: Data conseguimento (gg/mm/aa) durata percorso di studio	Laurea in Medicina e Chirurgia presso la Università degli Studi di Bologna il 23 marzo 1998, discutendo la tesi "Studio dell' assetto nutrizionale e dell' assorbimento intestinale in una popolazione anziana ospedalizzata di età geriatrica": Relatore Prof. Giovanni Gasbarrini riportando la votazione finale di 106/110. Durata del corso: anni 6. Abilitazione alla Professione di Medico Chirurgo superando l' Esame di Stato nella prima sessione dell' anno 1998, riportando la votazione finale di 104/110. Nel 1992 conseguimento della Specializzazione in Geriatria e Gerontologia presso la Università degli Studi di Bologna, diretto dal Prof Giovanni Gasbarrini, discutendo la Tesi "Rilievi cognitivi e neurologici in pazienti geriatrici con alterazione della sostanza bianca periventricolare", riportando la votazione finale di 70/70. Durata del Corso di Studi: anni 4.
• Corsi universitari <i>[elencare separatamente ciascun corso]</i> (dottorati, master, corsi di perfezionamento) Conseguito presso: • Data conseguimento (gg/mm/aa) • durata corso	1993: Corso di Specializzazione in Ultrasonologia vascolare tenuto presso la Università degli Studi di Chieti. Durata del Corso: mesi 6.
• Attività formative (frequenze, corsi di formazione, stage, borse di studio ecc <i>[elencare separatamente ciascuna attività indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, argomenti/temi/aspetti oggetto di approfondimento, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM.....ecc...]</i>	1993: Diploma di Formazione specifica in Medicina generale con tirocinio biennale Durata del corso di Studi: anni 2. 1994: Attestato di Idoneità per l' Emergenza sanitaria, dopo partecipazione al Corso di Formazione per l' Emergenza sanitaria. Durata del corso: 300 ore. 2021-22 CORSO MANAGERIALE PER DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE UNIVERSITA' DI CAMERINO

• Attività di aggiornamento (partecipazione a corsi di aggiornamento, ecc...) <i>[elencare separatamente ciascun evento indicando la tipologia, presso quale ente si è svolto, argomenti/temi trattati, data/periodo di svolgimento, impegno orario, eventuale valutazione finale, eventuale assegnazione di crediti ECM....ecc, precisare se la partecipazione sia avvenuta in qualità di docente o relatore ovvero uditore]</i>	Ha partecipato a 239 incontri tra corsi di aggiornamento e convegni. E' coautore di 68 pubblicazioni scientifiche, in 13 di esse è primo Autore. Ha fatto parte del gruppo di sperimentazione dello Studio SHELL (Ipertensione arteriosa sistolica isolata nell' Anziano) Ha partecipato a Congressi come moderatore e relatore occupandosi di temi di Gerontologia e Geriatria con particolare riferimento al Deterioramento cognitivo ed ai problemi nutrizionali in età geriatrica. Ha partecipato alla stesura del Libro "Animazione e demenza. Memorie, emozioni e buone pratiche sociali". Edito da Maggioli Editori (2012). Ha collaborato alla stesura della Carta dei Servizi per le Demenze della Area vasta 5. Ha partecipato al Corso di Formazione per l' uso del RUG, strumento operativo multidimensionale. Nel 2017 ha effettuato, in collaborazione con la figura di Case Managment, visita documentativa presso la U.O. di Geriatria di Forlì con il programma: 1) "Area ambulatoriale e Percorsi di continuità assistenziale" , dove sono stati esaminati i percorsi ambulatoriali geriatrici, i rapporti con la Unità di Valutazione multidisciplinare e i rapporti con Bed Managment 2) "Area geriatrica per Acuti"., con particolare interesse con la "Dose unitaria -l' Informatizzazione della cartella medico-infermieristica" e gli Strumenti di continuità con il PS ed Il Territorio. 3) "L' Ospedale di Comunità " esaminando le caratteristiche generali dell' OSCO, il lavoro di Equipe in OSCO, i rapporti con il MMG e la partecipazione al briefing multiprofessionale. 4) La Lungodegenza Postacuzie esaminando i Percorsi Chirurgico, Ortogeriatrico, Terapia intensiva; la Continuità con gli altri setting di Cura e la partecipazione al briefing di reparto
• Altre esperienze <i>[elencare separatamente ciascun esperienza, ritenuta coerente con l'incarico da ricoprire, indicando la tipologia, presso quale ente si è svolta, data/periodo di svolgimento, impegno orario]</i>	.

ULTERIORI INFORMAZIONI	
Lingue Straniere <i>[Indicare le lingue conosciute e il livello di conoscenza]</i>	Buona conoscenza della lingua inglese
Capacità e competenze organizzative, relazionali, tecniche, manageriali <i>[Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</i>	Collaborazione con la Direzione medica per la compilazione delle S.D.O. e le procedure di Autorizzazione e l' Accreditamento della U.O.C. di Geriatria. Partecipa alle Riunioni di U.O. di Geriatria coordinando le attività di reparto, relazionandosi positivamente con i Colleghi e con le altre Figure sanitarie diffondendo cultura geriatrica. Nel rapporto con l' Utenza ha reso da anni disponibile un numero di cellulare attivo per i Familiari dei pazienti afferenti allora Progetto CRONOS, ora CDCD, affetti da demenza con disturbi comportamentali attraverso il quale possono avere indicazioni e consigli nei momenti di particolare acuzie (sindrome delirante acuta) del malato che assistono. Nelle relazioni con il Territorio ha tenuto Conferenze e Corsi stabilendo rapporti professionali e culturali con Amministrazioni comunali, organizzazioni sindacali (C.G.I.L pensionati, AUSER, C.I.S.L pensionati) e circoli culturali (AVULSS, Circoli sociali pensionati), Organizzazioni di Volontariato (A.I.M.A) e le Associazioni per l' Alzheimer. Ha partecipato al Comitato Scientifico e svolto ore di docenza al Corso-scuola per la comunicazione indirizzato al Volontariato Rispetta le Regole generali della Organizzazione e non ha mai avuto comportamenti che sollecitassero qualunque tipo di lamentela da parte dei colleghi, delle Figure sanitarie in generale e dell' Utenza. Ha collaborato alla introduzione nel Reparto di Geriatria del “briefing di Reparto e della discussione dei casi “ al quale partecipano ogni mattina i Geriatri in Servizio, la Coordinatrice, la figura della Case Managment, gli Infermieri e gli OSS di riferimento dei Pazienti ricoverati. Durante tutte le assenze del Direttore Dr. Mario Sfrappini per ferie o altro, il sottoscritto ha svolto nella U.O.C di Geriatria attività di sostituto. In particolare, anche per il 2021, in riscontro alla nota. Prot 1367598 del 12 gennaio 2021, comunicatami il 29 gennaio 2021, sono stato nominato “Sostituto” in caso di assenza per ferie o malattia o altro impedimento del Direttore Dr. Mario Sfrappini, dal Direttore medesimo. Direttore di U.O. C. di Geriatria dal 1 novembre 2022 Introduzione del percorso “Fast track geriatrico”.
Altre Capacità e competenze <i>[Descrivere tali competenze e indicare come e dove sono state acquisite].</i>	
Eventuali Allegati	



I documenti originali di tutto quanto su elencato, fino al conferimento dell' incarico di Dirigente Medico di geriatria a tempo indeterminato avvenuto nel dicembre 1999, sono depositati presso i VS uffici, quanto prodotto successivamente, se necessario, potrà essere richiesto direttamente al sottoscritto.

(luogo e data)

San Benedetto del Tronto _ lì ____23/05/2024_____

Firma

_____ Dr. Pietro Infriccioli _____