

**RESPONSABILE SCIENTIFICO****Dott. Dario Caldiroli**

Direttore U.O. Neuroanestesia e Rianimazione

SEDE DELL'EVENTO**Aula Pluribus** (III° piano)

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

Via Giovanni Celoria n. 11 Milano

DESTINATARIMedici Chirurghi specialisti in Anestesia e Rianimazione e in Chirurgia Generale e di Urgenza (**max 30 partecipanti**)**CREDITI ECM**La soglia minima di frequenza richiesta è dell'80% della durata totale dell'iniziativa. Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 11839 del 23 Dicembre 2015, all'evento formativo, accreditato ai fini ECM-CPD, sono stati preassegnati **n. 8 crediti**.

L'attestato crediti sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Per il personale esterno alla Fondazione è prevista una quota di partecipazione pari ad **€ 50,00** da versarsi mediante bonifico bancario intestato a: Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta – Tesoriere Ente: **BANCA POPOLARE DI SONDRIO – Agenzia 9 – Viale Romagna, 24 Milano – ABI 05696 – CAB 01608 – CIN A – C/C 6200/21 – IBAN IT26 A056 9601 6080 0000 6200 X21 – BBAN: A 05696 01608 000006200X21**

I pagamenti dovranno essere effettuati e certificati tramite l'invio della contabile del bonifico bancario prima dell'inizio del corso.

Per i medici specializzandi è prevista la partecipazione gratuita; per poterne usufruire, è richiesto cortese invio dell'attestazione di frequenza alla scuola di specializzazione

In caso di mancata partecipazione la Fondazione provvederà, dietro richiesta scritta dell'interessato, al relativo rimborso secondo i seguenti termini e modalità:

- comunicazione di mancata partecipazione pervenuta entro 14 gg. dall'inizio del corso: 100%
- comunicazione di mancata partecipazione pervenuta tra il 14° giorno ed il giorno antecedente l'inizio del corso: 50%

Il corso verrà attivato a raggiungimento di un numero minimo di partecipanti.

La domanda sarà pertanto da intendersi accettata solo a seguito di ricevimento di relativa comunicazione via mail.

PROGRAMMA SCIENTIFICO**SESSIONE TEORICA (11.00 – 15.00)**

- Epidemiologia delle morti e danni cerebrali permanenti da fallita intubazione
- Update sui criteri di predittività dell'intubazione difficile
- L'intubazione a "sorpresa" e l'intubazione "probabilistica"
- Besta Difficult Airway Management Algorithm
- Algoritmo Besta nella chirurgia bariatrica
- Algoritmi vie aeree difficili a confronto
- Impatto clinico di una regola decisionale: Algoritmo Besta per la gestione delle vie aeree
- Workload during airway management
- Muscular fatigue and laryngoscopy
- Il "macho intubador"
- Discussione

SESSIONE PRATICA (15.00 – 19.00)

Simulazione su manichini con glidescope

Simulazioni su manichini in fibrobroncosopia

DOCENTI**Elena Cagnazzi**

Medico Anestesista, Spedali Civili di Brescia

Dario Caldiroli

Direttore U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Istituto C. Besta

Carlo Capra

Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Tradate (VA)

Vittorio Cerotto

Responsabile Servizio Partoanalgesia, Terapia Intensiva USL Umbria I, Ospedale di Città di Castello (PG)

Paolo Cortellazzi

Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva, P.O. "Città" di Sesto San Giovanni

Eleonora Orena

Psicologo, U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Istituto C. Besta

Alberto Sommariva

Medico Anestesista, U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Istituto C. Besta

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**Ufficio Formazione, Aggiornamento e Didattica**

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

Via Celoria 11, 20133 Milano

Tel. 02/23942547 – Fax 02/23942465

Mail: formazione@istituto-besta.it**ALGORITMO "BESTA" PER LA GESTIONE DELLE VIE AEREE DIFFICILI: COME PRENDERE LE GIUSTE DECISIONI. INCONTRO CON GLI AUTORI****Barrare l'edizione di interesse:**
 09 FEBBRAIO 2017 06 APRILE 2017 08 GIUGNO 2017
 21 SETTEMBRE 2017 23 NOVEMBRE 2017
Per il personale esterno:

COGNOME* _____

NOME* _____

NATO A* _____ PV _____

IL* _____

CODICE FISCALE* _____

RESIDENTE IN* _____ PV _____

CAP* _____ VIA/P.ZA* _____

TEL.* _____

FAX _____

E-MAIL* _____

(indirizzo a cui verranno inviate le comunicazioni)

PROFESSIONE* _____

DISCIPLINA* (solo per i medici) _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

Fattura da intestare a: _____

DATA _____ FIRMA _____

Per il personale interno:

COGNOME* _____

NOME* _____

E-MAIL* _____

(indirizzo a cui verranno inviate le comunicazioni)

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE

(aggiornamento svolto in orario di servizio)

DATA _____ FIRMA _____

* I dati personali saranno trattati nel rispetto del D.lgs. 196/03 al fine della partecipazione al presente corso e saranno comunicati alla Regione Lombardia per l'erogazione dei crediti ECM-CPD. L'informativa completa potrà essere consultata sul sito www.istituto-besta.it nella sezione "Formazione"