

**RESPONSABILE SCIENTIFICO****Dott. Alberto Sommariva**

Anestesista U.O. Neuroanestesia e Rianimazione

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

Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

Via Giovanni Celoria, 11 – Milano

DESTINATARI

Medici Chirurghi specialisti in Neurologia; Neurochirurgia; Anestesia e Rianimazione – Infermieri – Infermieri Pediatrici – Biologi – Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico
(max 20 partecipanti)

CREDITI ECM

La soglia minima di frequenza richiesta è del 90% della durata totale dell'iniziativa. Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 19355 del 21 Dicembre 2018, all'evento formativo, accreditato ai fini ECM-CPD, sono stati preassegnati **n. 6 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 **€ 61,00 (inclusa IVA 22%)** 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

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.

**GESTIONE ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI:
APPROCCIO STRUTTURATO BESTA****PARTE TEORICA (10.00 – 13.00)**

- CENNI STORICI dell'incannulamento venoso centrale (Dario Caldiroli)
- PROCESS TRAINING: come prendere le giuste decisioni (Alberto Sommariva)
- L'ECOGRAFO NELLA PRATICA CLINICA: un alleato affidabile (Alberto Sommariva)
- IL PATRIMONIO VASCOLARE PERIFERICO: come orientarsi (Alberto Sommariva)
- GLI ACCESSI VASCOLARI: come, dove, quando, perché (Massimiliano Listrani)
- LA GESTIONE DEL PRESIDIO ENDOVASCOLARE: la medicazione (Amalia Paltenghi)
- LA GESTIONE DELLA COMPLICANZE a breve, medio, lungo termine (Maria Cristina Basso Ricci)
- LA NOSTRA ESPERIENZA: cosa migliorare (Giorgia Simonetti)

PARTE PRATICA (14.00 – 17.00)

Esercitazioni pratiche su manichino

DOCENTI

Dario Caldiroli – Direttore U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta

Massimiliano Listrani – Infermiere U.O. Neuroradiologia, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta

Amalia Paltenghi – Infermiere Servizio Anestesia, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta

Giorgia Simonetti – Infermiere U.O. Neurologia II, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta

Alberto Sommariva – Anestesista U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta

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

Tel. 02/23942547 – Fax 02/23942465

Mail: formazione@istituto-besta.it**GESTIONE ACCESSI VASCOLARI ECOGUIDATI:
APPROCCIO STRUTTURATO BESTA**

Barrare l'edizione di interesse:

 12 MARZO 2020 18 MAGGIO 2020 24 SETTEMBRE 2020 10 NOVEMBRE 2020**Per il personale esterno:**

COGNOME* _____

NOME* _____

NATO A* _____ PV _____

IL* _____

CODICE FISCALE* _____

RESIDENTE IN* _____ PV _____

CAP* _____ VIA/P.ZA* _____

TEL.* _____

E-MAIL* _____

(indirizzo a cui verranno inviate le comunicazioni)

PROFESSIONE* _____

DISCIPLINA* (solo per i medici) _____

TIPOLOGIA (selezionare tra):

 Dipendente Libero professionista Privo di occupazione Convenzionato

ENTE DI APPARTENENZA _____

Fattura da intestare a: _____

*Codice IPA: _____

*Mail PEC per SDI: _____

*dati obbligatori nel caso di richiesta fattura elettronica

DATA _____ FIRMA _____

Per il personale interno:

COGNOME* _____

NOME* _____

E-MAIL* _____

(da indicare SOLO se non si dispone di indirizzo istituzionale)

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE _____

*dati obbligatori

DATA _____ FIRMA _____

* I dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea al fine della partecipazione al presente corso e saranno comunicati a Regione Lombardia per l'erogazione dei crediti ECM-CPD. L'informativa completa potrà essere consultata sul sito www.istituto-besta.it nella sezione "Formazione"