

**THE BESTA BIS-GUIDED ALGORITHM:
how to improve the Bispectral Index monitor
utilization during General Anaesthesia to
manage Consciousness and to prevent Neuro
Cognitive Disorders (NCD)**

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr.ssa Carla Carozzi – Medico Anestesista e Rianimatore

DESTINATARI (max 10 partecipanti)

Medici Chirurghi specialisti e specializzandi in Anestesia e Rianimazione – Infermieri di Anestesia

CREDITI ECM

La soglia minima di partecipazione richiesta è del 90% delle ore totali previste. Secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 19355 del 21 dicembre 2018, all'evento formativo sono stati preassegnati **n. 16,9 crediti**. L'attestato crediti sarà rilasciato ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione.

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Le iscrizioni saranno accettate in base all'ordine di arrivo e fino ad esaurimento dei posti disponibili.

La domanda di partecipazione sarà da intendersi accettata solo a seguito di ricevimento di relativa comunicazione via mail a cura dell'Ufficio Formazione.

Per medici specializzandi e infermieri è prevista la partecipazione gratuita.

Per il personale medico esterno alla Fondazione è prevista una quota di partecipazione pari ad **€ 122,00 (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.

14.00
14.30 – 16.00

Prima giornata

Registrazione partecipanti
Consciousness, Memory and Neuro Cognitive Disorders (NDC) in Anaesthesia (**Eleonora Orena**)

16.00 – 17.00

How to recognize the EEG rhythms in anaesthesia: the basic skill and training needed to interpret the BIS number (**Carla Carozzi**)

17.30 – 19.00

From the "BIS number protocol" to the "Besta BIS-Guided Algorithm" (**Carla Carozzi**)

Seconda giornata

08.00 – 14.00

I partecipanti divisi in gruppi di 2, guidati da un tutor, frequenteranno le sale operatorie dell'Istituto e parteciperanno attivamente all'induzione, mantenimento e risveglio di pazienti sottoposti ad anestesia generale Bis-guidata.

15.00 – 16.00

The Current Guidelines for avoiding under and oversedation (**Carla Carozzi**)

16.00 – 17.00

BIS in ICU: monitor of sedation and Brain Failure (**Carla Carozzi**)

17.30 – 18.30

Problem Based Learnig Discussion (**Carla Carozzi**)

Verifica finale dell'apprendimento
Chiusura dei lavori

SEDE DELL'EVENTO

Aula Pluribus – Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta – Via Giovanni Celoria n. 11 Milano

DOCENTI

Carla Carozzi – Medico Anestesista – U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta
Eleonora Orena – Psicologa – U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
UFFICIO FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO E
DIDATTICA** – Tel. 02-23942547 – Fax 02-23942465
formazione@istituto-besta.it

THE BESTA BIS-GUIDED ALGORITHM**Barrare l'edizione di interesse:**

16 – 17 MARZO 2020 07 – 08 MAGGIO 2020
 18 – 19 GIUGNO 2020 17 – 18 SETTEMBRE 2020
 19 – 20 OTTOBRE 2020 16 – 17 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

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"