

## ELENCO DOCENTI TITOLARI E SOSTITUTI

### **BASTA Raffaele**

Dirigente Medico S.C. Pediatria  
A.S.L. CN1

### **BORGARELLO Gabriella**

Dirigente Medico S.C. T.I. Neonatale  
A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

### **CASTELLINO Nadia**

Dirigente Medico S.C. T.I. Neonatale  
A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

### **DELOGU Antonio**

Responsabile S.S. Trasporto Neonatale d'Emergenza  
A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

### **GABRIELLI Stefano**

Dirigente Medico S.C. Pediatria  
A.S.L. CN1

### **SANNIA Andrea**

Direttore S.C. T.I. Neonatale  
A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

### **SIMONITTI Alessandro**

Dirigente Medico S.C. T.I. Neonatale  
A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

## TIPOLOGIA CORSO

Residenziale

## VERIFICA APPRENDIMENTO

Questionario e prova pratica

## FIGURE PROFESSIONALI

Infermiere - Infermiere Pediatrico - Medico (Specialista in Neonatologia, Pediatria, Ginecologia e Ostetricia) - Ostetrica

## DESTINATARI

L'Evento è prioritariamente rivolto alla S.C. T. I. Neonatale, S.S. Neonatologia, S.S. Ostetricia e Sala Parto dell'A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo e delle altre Aziende interessate

## CREDITI FORMATIVI

L'evento cod. 34819 è stato accreditato dal Provider Regionale n. 906 - A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo. Sono stati assegnati n. 26 crediti ECM a tutte le figure professionali destinatarie dell'Evento

## ATTESTATO ECM

Si precisa che l'attestazione relativa ai crediti ECM sarà resa disponibile, entro due mesi dalla conclusione del corso, in forma digitale scaricabile dall'interessato (previo accertamento della presenza al 100% del monte ore previsto da programma e superamento delle verifiche finali) mediante accesso e registrazione al sito [www.formazione.sanitapiemonte.it](http://www.formazione.sanitapiemonte.it)

## DIRETTORE DEL CORSO

Dr. Piergiorgio BENSO  
Responsabile S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori  
A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

## RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr. Andrea SANNIA  
Direttore S.C. T.I. Neonatale - A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

## DIRETTORE CORSO SOCIETA' ITALIANA DI NEONATOLOGIA (SIN)

Dr. Antonio DELOGU  
Responsabile S.S. Trasporto Neonatale d'Emergenza - A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

## PROGETTISTA ECM

Dr. ssa Nadia FERRUA  
Referente Formazione  
S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori - A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Per informazioni rivolgersi a:  
S.S. Formazione e Valutazione degli Operatori - A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo  
Tel. 0171/616373 Fax 0171/616371 E-mail: [giraudo.fa@ospedale.cuneo.it](mailto:giraudo.fa@ospedale.cuneo.it)

## MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita per i dipendenti dell'A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo e dovrà essere effettuata possibilmente entro il 13 ottobre 2019 mediante trasmissione della scheda debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa. L'ammissione è subordinata al parere positivo del Responsabile Scientifico tenuto conto del bilanciamento dei partecipanti tra le diverse ASO/ASL.

La quota di iscrizione, comprensiva del manuale didattico e dei buoni pasto, dovrà essere versata esclusivamente ad avvenuta ammissione al Corso.

Copia del bonifico bancario dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa e intestato a:  
Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle - Cuneo

Via Michele Coppino, 26  
12100 Cuneo - P.I. 01127900049

Nella causale del bonifico dovranno essere specificati il titolo del corso e il nominativo del partecipante.

### **Se pagamento effettuato da Privato:**

€ 150,00 + IVA 22% = € 183,00

CODICE IBAN: IT 34 H 03111 10201 000000032330

### **Se pagamento effettuato da Ente Pubblico:**

€ 150,00 (esente IVA ai sensi dell'art. 14 c.10 della L. 24/12/93, n. 537) + Bollo € 2,00 = € 152,00

NUMERO CONTABILITA' SPECIALE BANCAD'ITALIA

CODICE IBAN: IT 89 P 0100003245 112300306018

### **Se pagamento effettuato da dipendente per conto dell'Ente Pubblico:**

€ 150,00 (esente IVA ai sensi dell'art. 14 c.10 della L. 24/12/93, n. 537) + Bollo € 2,00 = € 152,00

CODICE IBAN: IT 34 H 03111 10201 000000032330

In caso di mancata partecipazione senza adeguato preavviso la quota di iscrizione non verrà rimborsata.



**A.O. "S. Croce e Carle"**  
**Cuneo**

# Corso di rianimazione del neonato in Sala Parto

## CERTIFICATO



**I Edizione: 5-6 novembre 2019**  
**II Edizione: 4-5 dicembre 2019**

## SEDE DI SVOLGIMENTO

Ospedale A. Carle  
Via A. Carle n. 25 - Fraz. Confreria  
12100 Cuneo  
(Area Formazione - Il Piano)

## PRESENTAZIONE

Il corso di Rianimazione Neonatale mira a fornire in maniera standardizzata, sulla base di criteri internazionali condivisi, le conoscenze e le abilità pratiche richieste per la rianimazione del neonato in sala parto, in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero.

Il corso è eseguito secondo le linee guida scientifiche:

- AAP American Academy of Pediatrics
- AHA American Heart Association
- SIN Società Italiana di Neonatologia

## AMBITO/OBIETTIVO FORMATIVO DI INTERESSE NAZIONALE

Linee Guida - Protocolli - Procedure

## OBIETTIVO AREA DEL DOSSIER FORMATIVO

Obiettivi formativi di sistema

## PROGRAMMA

### I giornata

#### 8.30 - 9.00

Presentazione obiettivi del corso  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 9.00 - 9.30

Panorama e principi della rianimazione  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 9.30 - 10.00

Tappe iniziali della rianimazione  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 10.00 - 10.30

Uso di pallone e maschera: ventilazione nel neonato  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 10.30 - 10.45

Discussione  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 10.45 - 13.00

Skill stations:  
Tappe iniziali e materiale di rianimazione: uso di pallone e maschera  
(n. 6 istruttori a rotazione)

### Pausa Pranzo

#### 14.00 - 14.30

Compressioni toraciche  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 14.30 - 15.00

Intubazione endo-tracheale e gestione del liquido tinto di meconio  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 15.00 - 15.30

Farmaci  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 15.30 - 16.00

Considerazioni particolari  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 16.00 - 16.15

Discussione  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 16.15 - 18.30

Skill stations:

Compressioni toraciche e accesso vascolare (CVP - CVO)  
Intubazione endo-tracheale e gestione del liquido tinto di meconio  
(n. 6 istruttori a rotazione)

#### 18.30 - 18.40

Discussione e chiusura lavori  
(n. 6 istruttori a rotazione)

### Il giornata

#### 8.30 - 9.00

Rianimazione del prematuro  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 9.00 - 9.30

Etica e assistenza al termine della vita  
(n. 1 istruttore a rotazione)

#### 9.30 - 11.00

Scenari semplici:  
casi clinici con utilizzo di pallone e maschera da intubazione  
(n. 6 istruttori a rotazione)

#### 11.00 - 11.15

Discussione  
(n. 6 istruttori a rotazione)

#### 11.15 - 13.00

Scenari semplici:  
casi clinici con utilizzo di compressioni toraciche e farmaci  
(n. 6 istruttori a rotazione)

### Pausa Pranzo

#### 14.00 - 14.30

Role playing:  
Megacode di rianimazione  
(n. 6 istruttori a rotazione)

#### 14.30 - 17.15

Scenari complessi:  
casi clinici su insufficienza respiratoria grave  
insufficienza cardiocircolatoria grave  
(n. 6 istruttori a rotazione)

#### 17.15 - 18.20

Valutazione teorica - pratica  
Verifica gradimento  
(n. 6 istruttori a rotazione)

#### 18.20 - 18.30

Risultati finali e conclusioni  
(n. 1 istruttore a rotazione)

E' previsto un rapporto  
istruttori/partecipanti di 1:5

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### Corso di Rianimazione del neonato in Sala Parto

I Edizione: 5-6 novembre 2019

II Edizione: 4-5 dicembre 2019  
(indicare l'edizione prescelta)

Le schede compilate in modo poco leggibile o incomplete non saranno considerate valide.

Nome.....

Cognome .....

Codice Fiscale .....

Nato a ..... Prov. .... il .....

Residente in Via ..... n. ....

C.A.P. .... Città .....

Qualifica .....

Disciplina di appartenenza.....

Ente/Ospedale.....

Struttura/Reparto.....

Telefono .....

Cellulare .....

E-mail .....

### PARTECIPAZIONE SU INVITO DI DITTA SPONSOR:

SI  NO

Se **SI** indicare:

Denominazione Sponsor: .....

Partita Iva: .....

(Con riferimento al D.Lgs.vo 196/2003 e s.m.i. il sottoscritto acconsente affinché i dati personali vengano utilizzati per svolgere gli adempimenti ECM)

Firma .....

Si autorizza la partecipazione  
(solo per i dipendenti A.O. "S. Croce e Carle" di Cuneo)

**PER LA DIRIGENZA**  
Il Direttore di Struttura

.....  
firma

**PER IL COMPARTO**  
Il Coordinatore di Dipartimento

.....  
firma

### SEZIONE PER I PARTECIPANTI ESTERNI

Il pagamento anticipato della quota di iscrizione verrà effettuato da:

Partecipante in proprio  
oppure

Datore di lavoro o Ente di appartenenza

Specificare (qualora diverso da partecipante in proprio) denominazione Ente/Società a cui intestare la fattura quietanzata, a giustificazione dell'importo versato:

Ente/Azienda .....

Via ..... n. ....

CAP ..... Comune .....

Partita IVA .....

Codice Univoco .....