

20 · 21 OTTOBRE

KIDS SAVE LIVES MASS TRAINING
2 2 O T T O B R E 2 0 1 6

NH MILANO CONGRESS CENTER ASSAGO

Trauma 2016 L'offerta formativa

Il Passato e il Futuro

Gaetano Tammaro

118 Centrale Operativa ed Elisoccorso - Ospedale Maggiore di Bologna.

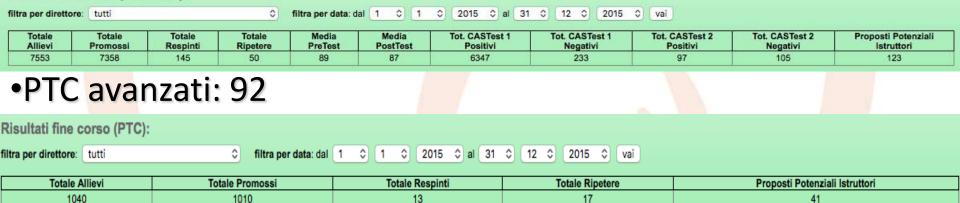
Giovanni Sesana

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda – AREU

Anno 2015

•PTC base: 519

Risultati fine corso (PTC Base):



•ETC: 4

Necessità "didattica":
Terminare il percorso di riorganizzazione dei moduli formativi



- PTC Avanzato
- PTC Base
- •Sicurezza, Mobilizzazione, Immobilizzazione e Trasporto del Paziente Traumatizzato.

Specifiche dei nuovi moduli nelle relazioni pomeridiane

TRAUMA 2016

Moderatori: Giovanni Gordini, Bologna - Giovanni Sesana, Milano

Novità in ambito extraospedaliero Carlo Coniglio, Bologna

14.50 Novità in ambito intraospedaliero Elvio De Blasio, Benevento

15.10 Corso Immobilizzatori Gianluca Ugolini, Svizzera

15.30 PTC Alberto Spella, Carrara

15.50 Nuovo corso PTC pediatrico Giampaolo Garani, Ferrara

Discussione

IRC E LA SENSIBILIZZAZIONE

Moderatori: Riccardo Boverio, Alessandria · Andrea Scapigliati, Roma

16.30 VIVA 2016 Francesco Landi, Forli

16.50 Kids Save Lives Federico Semeraro, Bologna

17.10 Primo soccorso nelle scuole Paolo Sciascia, Roma

17.30 Tavolo intersocietario su primo soccorso nelle scuole

Francesco Landi, Forlì · Luca Tortorolo, Roma · Fabrizio Moggia, Bologna

Fabrizio Pregliasco, Milano · Maria Pia Ruggieri, Roma · Federico Semeraro, Bologna

CHIUSURA DEL CONGRESSO IRC

17.50 Presentazione "Best abstract IRC 2016" e premiazione Giuseppe Ristagno, Milano · Andrea Scapigliati, Roma

18.05 Saluti e arrivederci al 2017

Walter Cataldi, Pietra Ligure · Federico Semeraro, Bologna



"Rivoluzione"

- Organizzazione SIAT
- Delibera regionale: decreto 8531 1.10.2012
- Presenza registro traumi regionale : no
- Organizzazione ospedaliera:
 - N. Hub: 6 CTS
 - N. Hub-Spoke (spoke con NCH): 13 CTZ no nch
 - N. Spoke: 10 CTZ; 67 PS



Realtà regione Lombardia A distanza di pochi anni da delibera su Trauma Maggiore c'è già la necessità di ridisegnare il sistema.



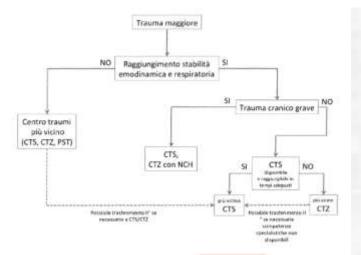
DECRETO Nº \$534

Del J. JOLOJZ

Identificativo Atto n. 511

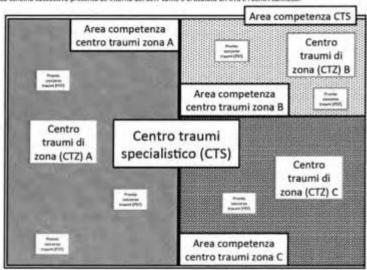
DIREZIONE GENERALE SANITA'

DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA MAGGIORE



in Regione Lombardia il SIAT si articola in Centri Traumi di Alta Specializzazione (CTS), Centri Traumi di Zona (con e sensa neurochirurgia, CTZ con/sensa neurochirurgia) e Pronto Soccorso per Traumi.

Lo schema successivo presenta all'interno del SIAT come è articolato un CTS e i centri connessi.



Un SIAT è un sistema integrato di gestione dei pazienti traumatizzati gravi, costituito da una rete di Ospedali, tra loro funzionalmente connessi, detti Centri Trauma (CT). La finalità del SIAT è di assicurare al paziente con trauma maggiore la cura definitiva in fase acuta erogata con il miglior livello qualitativo, nel minor tempo possibile e nel luogo più adatto.

Definiamo colpiti da evento traumatico maggiore i pazienti adulti che presentano, sul campo, uno o più dei seguenti criteri di selezione (triage):

- a) Alterazione delle funzioni vitali:
 - pressione sistolica < 90mmHg,
 - alterazione della coscienza (Glasgow Coma Scale ≤ 13),
 - frequenza respiratoria > 32 o < 10 atti/minuto.
- b) Anatomia della lesione:
 - ferite penetranti di testa, collo, torace, addome, arti prossimali, gomito o ginocchio;
 - lembo toracico mobile;
 - sospetto clinico di frattura di bacino o di due o più ossa lunghe prossimali;
 - plegia o paralisi;
 - amputazione prossimale a polso o caviglia;
 - associazione lesione traumatica con ustione ≥ 2°.

La Centrale Operativa SSUem 118 valuta e monitora con particolare attenzione le situazioni di traumatismo ad alta energia: eiezione da veicolo, morte di un occupante del veicolo, caduta da più di due metri, investimento auto-pedone o auto-ciclista.

"Rivoluzione traumatica"

- Organizzazione SIAT
- Delibera regionale: decreto 8531 1.10.2012
- Presenza registro traumi regionale : no
- Organizzazione ospedaliera:
 - N. Hub: 6 CTS
 - N. Hub-Spoke (spoke con NCH): 13 CTZ no nch
 - N. Spoke: 10 CTZ; 67 PS

Realtà regione Lombardia A distanza di pochi anni da delibera su Trauma Maggiore c'è già la necessità di ridisegnare il sistema.

Perché i dati di mortalità sono "drammaticamente" diversi in funzione di quanto viene fatto sul terreno e di quanto viene fatto nei diversi ospedali

"Rivoluzione traumatica"

Novità nei trattamento del trauma:



- Trattamento sul posto
- Ecografia
- Centralizzazione "estrema"
- Modalità di trasporto
- Elicotteri di notte

Iniziano ad "uscire" i primi dati dei "registri"

organizzazione e formazione

2004 - 2005

Di Bartolomeo - Sanson RITG: Registro Italiano dei Traumi Gravi multiregionale



2010 - 2014 Sanson - Pellegrini

Trauma 2016: Gruppo di lavoro multidisciplinare

Gruppo Trauma 2016

Giovanni Sesana, Milano Gaetano Tammaro, Bologna Alberto Spella, La Spezia

Referente del Direttivo per la Commissione:

Samantha Di Marco

Referente per la Formazione:

Silvia Scelsi

Grazie alla collaborazione di:

Giorgio Beretta, Lodi
Gianluca Ugolini, Svizzera
Katia Ranzato, Milano
Gianni Salvo, Ragusa
Danilo Notari, La Spezia
Francesco Lorito, Milano
Stefano Bulgarelli, Milano
Stefano Ramilli, Bologna
Et all.....



Torniamo alla riorganizzazione dell'offerta formativa.

Attività svolte nel 2016:

- •Redistribuzione dei contenuti nei nuovi moduli formativi;
- Aggiornamento bibliografico e revisione della letteratura;
- •Costruzione del nuovo Corso Sicurezza, Mobilizzazione, Immobilizzazione e Trasporto del paziente traumatizzato e del Manuale del corso – pronto;
- •Nuovo Modulo Corso PTC Avanzato e edizioni sperimentali (Milano, La Spezia-2 edizioni, Bologna) pronto e Manuale in progress...
- •Revisione Modulo Corso PTC base e manuale del corso in progress....
- •Attività di verifica e controllo attraverso DB Corsi su apertura e chiusura dei corsi PTC Avanzati;
- Approvazione delle richieste di attivazione nuovi centri PTC base;
- •Gestione richieste dei Soci attraverso email Traumi@ircouncil.it ptcbase@ircouncil.it

Sapere

organ donors, 42%: Trauma patients also comprise a large

number of organ donors, ranging from 30.9% to 35.5%.

Although trauma patients constitute a significant proportion

of organ donors, the proportion of organs acquired from

deceased trauma patients has declined steadily from 44,4%

in 1997 to 30.9% in 2009." The reasons behind this decline

are not clear and understanding the neasons may result in

Patients with cardiopulmonary arrest after trauma or

The aim of this study was to estimate the incidence of organ donation after TCPA. Our secondary

are young individuals with

traumatic cardiopulmonary arrest (TCPA) may represent a

potential pool of organ donors. Several studies have reported a very low survival rate after TCPA, However, organ ionation after TCPA has not been studied.

objectives were to explore demographic and triage data to

identify predictors of both successful and failed organ do-

higher organ procurement rates.

minimal comorbidities and therefore

This was a retrospective review of all

Focus sui formatori



01_1-s2.0-S000296...main - flattened.pdf



02_1-s2.0-S000296...main - flattened.pdf



03 1-s2.0-S002234...main - flattened.pdf



^-S019606...ain 2 - flattened.pdf

-S030095...main - flattened.pdf

-S030095...main - flattened.pdf

658-2015...0013 - flattened.pdf

ull - flattened.pdf

373-200801000-00001.pdf

110-2015...0002 - flattened.pdf

154-2012...0015 - flattened.pdf

154-2013...0019 - flattened.pdf

154-201505000-00024.pdf

154-201510000-00001.pdf

58 - flattened.pdf

04 - flattened.pdf

ency Dep...my - flattened.pdf

iCPG1505E - flattened.pdf

-2712.19...151.x - flattened.pdf

mail 4 - flattened.pdf

mail 20 - flattened.pdf

The American Journal of Surgery, Vol. 202, No. 6, December 2011

Acc nel Trauma

The American Journal of Surgery (2011) 202, 701-708

The Southwestern Surgical Congress

rgan donation after traumatic cardiopulmona

Mustafa Raoof, M.D., Bellal A. Joseph, M.D.*, Randall S. Friese, M.I. Narong Kulvatunyou, M.D., Terence O'Keeffe, M.B.Ch.B., Andy Tang, Julie Wynne, M.D., Rifat Latifi, M.D., Peter Rhee, M.D.

Department of Trauma Surgery, University of Arizona, 1501 N. Campbell Ave., Room 5411, Tucso

KEYWORDS:

cardiqualmentry Organ donation;

BACKGROUND: The gap between demand of transplantable organs are widen. Traumi patients constitute a significant proportion of organ donor donation after traumatic confingulmenary arest (TCPA), however, is not clwere to determine the suscess rate of organ donation in patients undergoi citation (CPR) after treams and to determine if them are variables that tru

METHODS: All trauma patients who sustained TCPA 5 reviewed. We identified all patients who required CPR in the field or the tr classified as donors if the heart, lung, kidney, small howel, pastress, or lioutcome was organ donation after CPR.

hearts, and I pancreus. Of those who failed to denute organs, 64.7% had a co

Servival rate

network had been postacted but before their arrival.

Methods

. Cases were identified from the University of Arizona Trauma Database. The University of Arizona's Institutional Review Board was sought from the institutions's ethics review board. We defined TCPA cases as those trooms natients who received cardiopulmonary resuscitation (CPR) at initial assessment in the field, en roote, or at presentation to the trauma center. A survivor was defined as any trauma patient who was alive when discharged from the trauma center. For the purposes of study.

. Organ donation status was verified from the Donor Network of Arizona Database. Cases were crossreferenced and examined for redundancies.

lie, stroke or myocanital infarction)

Data pertaining to prehospital and hospital events were acquired from the University of Arizona's trauma database. This information included patient demographics, mechanism of injury, anatomic location of injury, time of injury, time of presentation to the trauma center, location of intubation, vital signs at presentation, Glasgow Coma Score with subcomponents, base deficit, trauma bay thoracotomy, total hospital cost, and trauma hay length of stay. Organ recovery data were gathered from the University of Acizona trauma database and cross-referenced with the database from Donor Network of Arizona. Furthermore, information on reasons for failure of organ procurement was determined.

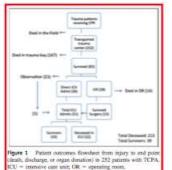
All data were entered into the Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 17; SPSS, Inc., Chicago, IL.). Inferential statistics were performed using the chi-square test for categoric variables and the Student r test for parametric continuous variables.

Results

sity of Arizona trauma database who total. Of the remaining 85 (31.8%) patients, 28 (32.9%) were transferred to the operating room and 57 (67.1%) were admitted to the intensive care unit. Of the total 252 patients and there were 213 (84.5%) fatalities (Fig.

were identified from the Univer-

A comparison of demographic characteristics is summarized in Table 1. Of the 213 deceased patients, there were 19 donors (8.9%) as opposed to 194 nondenors (91.1%). Non-



zz_vuzzp00022 - flattened.pdf

CONGRESSO NAZIONALE IRC

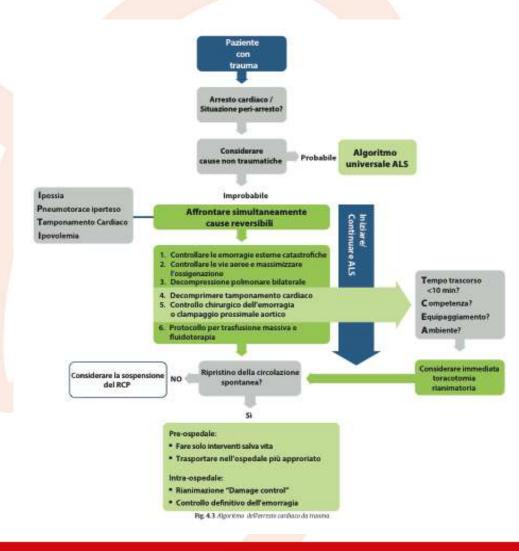
Saper fare

Acc nel trauma

PERCORSO FAST TRACK TORACOTOMIA RESUSCITATIVA NELL'ARRESTO CARDIACO POSTTRAUMATICO TERRITORIO SOREU METROPOLITANA

	MSA /ELI	SOREU	TRAUMA CENTER
1. NOTIZIE DALL' UTENTE COMPATIBILI CON ACC POST TRAUMATICO O NOTIZIE DA MSB IN POSTO DI ACC POST TRAUMATICO	10/10/10	→SOREU INVIA IMMEDIATAMENTE MSA/ELI NOTIFICANDO A MEDICO MSA/ELI POSSIBILITA' DI ACC POST TRAUMATICO →SOREU ASSISTE MSB NELL'INIZIARE PRONTAMENTE RCP →SOREU NOTIFICA IMMEDIATAMENTE A TRAUMA CENTER DI ZONA POSSIBILITA' DI PROSSIMA CENTRALIZZAZIONE PAZIENTE PER EVENTUALE TORACOTOMIA RESUSCITATIVA ILI FILI' COMBETITIVO COME TEMPI DI CENTRALIZAZIONI PIA NIGUARDA, 5 RAFFABLE, HUMANITAS, POLICUNICO, SCHARIDO DI MONZA) SE PAZIENTE PEDIATRICO: SOLO SI EQUIDISTANTI, PREDILIGERE NIGUARDA O SAN RAFFAELE O S GERARDO DI MONZA (ALTRIMINITI TRAUMA CENTER + VICINO SENZA COMPETENZA OSTETRICA: OVVERD: HUMANITAS NON HA OSTETRICIA MES E ACC. IN GRAVIDA POST TRAUMA CIO' CHE SERIVE FARE SONO TORACO RESUSCITATIVA /DANAGE CONTROLL SURGERY DI PAZIENTE ADULTO E CESARIEO PERIMONTEM: entrambe teocicamente ESEGUIBILI DA CHIRURGO D'URGENZA)	PRENDE ATTO DI NECESSITA' COMUNICATA DA SOREU PER PAZIENTE EMERGENTE E ORGANIZZA LE PROPRIE RISORSE INTERNE SECONDO DISPONIBILITA' IMMEDIATE D RISORSE

Pagina 1 di 3



Acc nel trauma

Saper essere

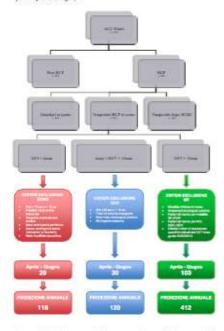
Poster premio Nitp

Potenzialità di ECLS, donazione a cuore fermo e multitessuto dell'area metropolitana milanese

Sacchi M1, Gobbi A2, Frigerio C1, Sesana G1

AO Orondale Nimarda Ca' Granda, ' Università degli Studi di Milano, ' AREU Lonbordia - SOREU Memoriliana

La SOREU Metropolitana (ex Centrale Operativa 118) coordina l'attività di Emergenza-Urgenza nell'area di Milano, histerland e Monza-Brianza per un totale di 1.981 Km² ed un bacino d'utenza residente di 4.938.864 di persone a cui va sommata una stima di più di 1,000,000 di individui che giornalmente transitano per lavoro in questo territorio. Ogni giorno la Sala Operativa riceve in media 1,300 richieste telefoniche che esitano in circa 900 missioni dei mezzi di soccorso. I mezzi a disposizione sul territorio sono di tre tipi: MSB con a bordo soccorritori certificati, MSA con a bordo un inference di area critica appositamente formato per lavorare sa protocolli clinici validati, MSA con a bordo un medico ed un infermiere di area critica. Si calcola che in quest'area vi siano una media di 12 ACCidie (di qualunque eziologia).



I numeri di cui stiamo parlando sono considerevoli. Emerge quindi la necessità di creare percorsi dedicati in espedali selezionati deveconcentrare le risorse disponibili, con una vera e propria rete per ECMO e donazione, coordinata dalla Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza:

Qui a fianco proponiamo un'esempio di possibile soddivisione territoriale, con sovrapposizione di alcune aree, sulla base delle risorse ECMO attualmente disponibili e raggiungibilità degli ospedali, ipoteticamente coinvolti, in termini di tempo, di modo da garantire un LFT < 45 min.



Ad oggi esiste un solo progetto attivo di DCD (Donor after Cardiac Arrest) nell'area di Milano e Monza Brianza, che, per il reperimento di possibili donatori, si appoggia alla SOREU Metropolitana; il progetto prevede il prelievo di polmoni ed il successivo impianto dopo ricondizionamento d'organo con la tecnica EVLP (Ex-Vivo Lung Perfusion) Per quanto riguarda la donazione multitessuto, la gostione dei candidati viene invecelascista all'organizzazione delle singole strutture ospodaliere.

Abbiamo registrato tutti gli arresti cardiaci occorsi nell'arco di tre mesi (aprile - giagno 2014) all'interno del territorio di cumpetenza della SOREU Metropolitana; di ogni singolo evento sono stati registrati gli orari dei menni di soccorso, le note seamnestiche rilevanti ed il follow-up in pranto soccorso. A posteriori della raccolta dati, sono poi stati applicati sugli arreiti curdiaci refrattari i criteri di selezione per un trattumento ECMO, se esclusi da questo i criteri per un percorso DCD a, se al di fuori anche da questi, i criteri per donazione multitessato (corner, cute, eventuale tessuto muscoloscheletricu, valvole).

Nel periodo considerato si sono verificati 1113 ACC, di cui 783 sono stati sottoposti a manovre rianimatorie; di questi, 412. sono stati trasportati in ospedale con RCP in corso e quindi considerati come ACC refrattari. All'interno di gansta populazione, quelli che soddisfano i criteri di età per estrare nei vari percorsi, sono sofamente 234.

In 29 casi (12,4%) avtemmo avuto un'attivazione di un percorse ECLS, in 30 (12,8%) una potenziale attivazione DCD e in 103 casi (44,5%) una potenziale donazione multitessuto.



Generale (MS), AO Ospetale Niguaria Ca Granda (MI), IRCCS Sun Raffiele (MI), AD Lisigi Sacco (MI), IRCCS Burnettes (MI)





Condivisione nuovi prodotti formativi occasione per:

Rivalutare bibliografia Evidenziare messaggi didattici Produrre elemento didattico

Istruttori di Corso
Proposta adesione
Studi / raccolta dati

Focus:
Istruttori ptc
Direttori corso

Elaborare modelli applicativi Proporre raccolte dati Studi "leggeri"

> Manuale PTC Registro Traumi

Direttori di Corso
Revisione Materiale scrittura
Manuale PTC

Nuovo Modulo PTC Avanzato: Da dove siamo partiti...







PROGRAMMA

Prime glassafa	
DR:3D - D9:DD	Registratione pertuchanti
D9: DD - D9: 3D	Introducione e pre-test
D9:3D - D9:55	Epidemidiagia del truma grava
D9:55 - 10:25	FIERARY SIRVEY- Alreage
10:25 - 10:45	MERANY SIRVEY and corried spine
10:45 - 11:00	Brask
11:0D - 11:3D	FERNIS SINNEY-Breathing
11:3D - I3:00	Staz. A e B - Oricotirotomia e bombola
	Staz. C e D - Puntura esploration e decompressione toracion
13(D-14(D	Participants
14ID-143D	PREMARY SURVEY - Circulation
1430-1440	PREMARY SURVEY - Disability, Deposite a condustral
1440 - 13:00	Dinociruzione generale megacode di primary survey
19:00 - 17:00	Staz, A. B. C. D. (E) - MEGACODE PRIMARY
17:00 - 17:30	Elementi di ventifezione meccorice
17:3D - 18:0D	Operare in sicurezza nel soccerso el treuma
1B:00 - 1B:30	Drawtro degli allied can I taturs
18:3D - 19:0D	Detriofing Executive Fills
بأسمان باسما	•
DB:3D - D9:3D	PERMS SIMEY-Studeni di ripaso (primary e tumicha
09-30 - 1000	9777MMADV 910VEV-Frame tects sledt

29:3D - 1D:DD	SECONDARY SURVEY - Esame tests pledi
1D:00 - 1D:30	SECONDARY SURVEY - Anamoust, dinamica e destinazione
10:30 - 10:45	Brask
1D:45 - 12:00	Dissortrazione e Stazioni A.B., C. D., E - MEGACODE SECONDARY
12:00 - 12:20	Caso dirico rissuntivo
12:20 - 12. 43	Ipoternie
12:40 - 13:00	Listiani
13ID-14ID	Plates process
14ID-143D	Correzione pre-test e lezione sul triege
143D-15(D)	Staz. A, B - Lenoro e piccelli gruppi: Il Tirlege
12:00 - 12:30	Presidi e tecriche di mobilizzazione e immobilizzazione (teorie)
19:30 - 17:30	Presidi e tecriche di mobilizzazione e immobilizzazione (pretice)
17:3D - IR(D)	Staz. A, B - Levero e piccell gruppi: ventileteri de tresporto
1R:00 - 1R:30	Diamire degli allini cm i taturs
1R:3D - 19:0D	Debriefing is treatment

فأستحل Toras

DB:3D-11:DD	Ster. A. B. C. D. (E) - MESACODE COMPLETI (prove ventilator
11:ID - 11:3D	Brack e ellestimento stazioni desame
11:3D - 13:3D	Prove teorice: QUICE; prove pretice: #HEFACORE (A
	YENTILATORE = m-pt coupt +)
13:3D - 14:0D	Corrections test
14ID-143D	Feed-back effert, consegns attestatt, colociusmidi
	-

IMPORTANTE PORTAR: POTOGRAPIA PERSONALE PORTATO TESSERA

Corso Prehospital Trauma Care

PRIMO GIORNO

7:45 faculty meeting + check-list attrezzatura

8:30 registrazione

9:00 TEORIA, introduzione e pre-test

9:30 TEORIA: epidemiologia del trauma grave

9:55 TEORIA : Primary Survey - Airways

10:25 TEORIA: Primary Survey - and cervical spine

10:45 coffe break

11:00 TEORIA; Primary Survey - Breathing

11:30 PRATICA 901

Aula 1 Stazione A Cricotirotomia + bombola O2
2 colli
Aula 2 Stazione B puntura esplorativa e decompressione
2 manichini

13:00 Pausa Pranzo con Faculty Meeting 60'

14.00 TEORIA: Primary Survay - Circulation.

14.30 TEORIA: Primary Survey - Disability, Esposite

and the contract of the contra

14.45 DIMOSTRAZIONE corale megacode di Primary Survey.

In Aula Lezioni 15'

facilitatore, Angelo, Team leader Paolo, Aiutante Marco, vittima nel frattempo gli altri istruttori predispongono le stazioni di megacode.

15.00 PRATICA Megacode di Primary Survay 120'

17,00 LEZIONE INTERATTIVA Ventilatori Angelo 30'

17.30 TEORIA Sicurezza Stefano 30'

18.00 CHIUSURA GIORNATA

SECONDO GIORNO

8.30 PRATICA Ripasso Primary Survey 45'

9.15 TEORIA: Secondary Survey - Esame testa-piedi

9.45 TEORIA: Secondary Survey - Anamnesi, dinamica e destinazione

10.15 Coffee Break 15'

10.30 DIMOSTRAZIONE

10.45 PRATICA Meracode di Secondary Survey 45'

11.30 TEORIA: Ipotermia

11.55 TEORIA: Ustioni

12.10 LEZIONE INTERATTIVA: Ripasso ventilatori

12:30 LEZIONI INTERATTIVA: correz, pre-test+Triage

13:30 Pranzo

14.30 PRATICA: Megacode completi 120'

16.30 VALUTAZIONE FINALE 120°

18.30 Correzione corale quiz

19.00 CONCLUSIONE CORSO



Nuovo modulo PTC ADV 2016...

	2	Prima giornata							
08.00 - 08.T	5 Registrazione partecipanti			- 3					
8.15 - 08.40	55570		14.10	T					
C40 - 09.00	Epidemiologia del Trauma Gr	ave_							
9.00 - 09.30	Socurezza e Autoprotezione		14.10	PRIMARY SURVEY - Disability - Ex	pasure, Raccolta dati	. Consegni	con ATMIST	The state of the s	
99.00 - 09.30	Dimostrazione corale Megac		14.40						
	Istruttore:		14.40	Pausa Caffè					
	TL: TM:		15:00	in the second control of the second control					
Vest terror		MATERIAL STATES SHIPS AND ADDRESS ASSESSMENT	15:00	PRIMARY SURVEY - Megacode (10	'/scenario 5' FBK				
09.30 - 10.10 10.10 - 10.30		ays - Breathing - Circulation	16:30		scenari con foto, inserire immagine ECO se g		Tavara areas		
10.30	Stazione 1	Stazione 2	16:30-	Incontro con tutoraggio		10.20	PAUSA CAFFE'		
11.50	VIE AEREE BASE LMA	Intubazione, Crico, Ventilatore e fi	17:00	mediano edit sami aggio	10.38				
			17.00	Debricfing Istruttori		1	10	2	
	73	*				10.30	GRUPPO 2	GRUPPO L	
	N	92	18.00						
10.30	GRUPPO 1	GRUPPO 2	ČT.			11.00			
11.10						25.00	0	S	
2.50	GRUPPO 2	GRUPPO I		Second	la giornata	11:00	Stazione 1	Stazione 2	
1.10	GRUPPO2	GREFFOI		6000-00000	Read to the sale	12.30	Cast-teach	Cast-teach	
11.50	Section Section 1999	1000	8:00	Incontro can i tutor		207	195		100
11.50	Stazione 3	Stazione &	8:25			12.30	Pausa Pranzo		Ť
12.30 Accesso vascolare OPACS		25,000	8.30	Triage di Trattamento					
	intraosseo	Decompressione Torace	8:50 Circostanze speciali			13.30	Discussione aperta – Anamnesi, dinamica e destinazione		49-
	Immobilizzazione bacino			Circostunze speciali			00:		
	Arresto emorragie		10:50			8	<u> </u>		-03
	G: 59	26 3	-	Stazione 1	Stazione 2	14:00	Megacode completi con valutar	rione in Itinere per	
	0		1	Arresto Cardiaco nel Trauma	Ustionato	15.30	Secondary.		
	Gruppo 1	Gruppe 2	1				200		
12:30 – 13:30, PAUSA PRANZO		08.50	GRUPPO L	GRUPPO 2	Note per la	ficulty:		-10	
3.30	8	Stazione 4	09.20			15.30	Pausa cuffe		
14:30	Stazione 3 Accesso vascolare intraosseo	OPACS	7/3		25	2777	Pausa custe		
14:10	Immobilizzazione bacino		09.20	GRUPPO 2	GRUPPO 1	15.45	<u> </u>		
		Decompressione Torace	09.50			15.45	Valutazione Finale;		
	Arresto emorragie		_		48	18:15	Quiz a risposta multipla - MCQ		
	-	*		Stazione 3	Stazione 4	8	Cast Test		
1920	8100 A03660 U	- Marina Carlos		Trauma cerebro spinale	Trauma Pe	18:15	Debricfing Istrattori		
13.30	GRUPPO 2	GRUPPO 1				18:30	enconcessing includes:		
	k .	13	09.50	GRUPPO L	GRUPPO 2	18:30	Incontro fra istruttori e allievi		-1
			10.20			18:45	Conclusione Corso		
			10.20			14	Consideration Course		- 2

PTC Base 2016

Aggiornato sulla metodologia e contenuti seguendo le novità del PTC Avanzato

Target: Medici – Infermieri - Soccorritori

In progress.....





Trauma 2016: Nuovo Corso Sicurezza, Mobilizzazioni, Immobilizzazioni e Trasporto del paziente traumatizzato....<u>nella sezione pomeridiana dettagli....</u>

Corso Si	curezza, Immo <mark>bilizzazi</mark> o				sporto del Paziente		
00 00 00 00		rauma		•			
08.00-08.30	Registrazione candidati – In			mp	. my		
08.30-09.00	OPERAR <mark>E IN SICUREZZA N</mark> I	EL SOCC	ORSO A	TRAUMATIZZ	ATI		
09.00-09.20	CINEMATICA						
09.20-09.30	PAUSA CAFFE'						
09.30-11.00	TECNICHE DI IMMOBILIZZAZIONE – ADDESTRAMENTO PRATICO						
	Collare cervicale – 30 min Rimozione del ca		asco – <mark>30 min</mark>	Workshop sicurezza – 30 min			
	GRUPPO 1	GRUPPO	2		GRUPPO 3		
	GRUPPO 2	GRUPPO	<mark>) 3</mark>		GRUPPO 1		
	GRUPPO 3	GRUPPO	1		GRUPPO 2		
11.00-13.00	MOBILIZZAZIONE E IMMOE PRATICO.		ZIONE A	TRAUMATICA -	- ADDESTRAMENTO		
	Roll-over e la tavola spinale	-	La bar	ella atraumatic	a da raccolta e tra <mark>sporto –</mark>		
	30 min x 2		30 mir	x 2			
	GRUPPO 1		GRUPE	0 2			
	GRUPPO 2		GRUPE	RUPPO 1			
	Il materassino a depression	e -	Il mate	naterassino a depressione –			
	30 min x 2		30 mir	30 min x 2			
	GRUPPO 1	UPPO 1 GI			RUPPO 2		
	GRUPPO 2						
13.00-14.00	PAUSA PRANZO						
14.00-14.20	L'ESTRICAZIONE - TEORIA	E ADDE	STRAM	ENTO PRATICO			
14.20-15.20	-Estricazione rapida		-Immobi	lizzatori spinal	i		
	-Dispositivo di estricazione	a -	-La tavo	a spinale corta	(TSC)		
	corsetto						
	-Estricatori di nuova genera				Y 13.4		
				RUPPO 2			
1500 1500	GRUPPO 2	(GRUPPO	1			
15.20-15.30	PAUSA CAFFE'						
15.30-16.30	Immobilizzazione degli arti						
	-Immobilizzatori rigid <mark>i e a depressio</mark> n -Trazionatori			ne -Immobilizzazione del bacino			
	GRUPPO 1			GRUPPO 2			
	GRUPPO 2			GRUPPO 1			
16.30-16.50	TRASPORTO DEL TRAUMA	TIZZATO					
16.50-17.10	Quiz – Valutazione pratica in itinere						
17.10-17.30	FINE CORSO – A D I O S.						

Corco Si	gurozza Immobilizzazioni M	abilizzazioni o Tracporto del Degionto					
COISO SI		obilizzazioni <mark>e Trasporto</mark> del Paziente atizzato.					
08.00-08.30	Registrazione candidati – Introduzione						
08.30-09.00	OPERARE IN SICUREZZA NEL SOCCORSO AI TRAUMATIZZATI						
09.00-09.30	Sicurezza – lavoro di gruppo: consegna e lavoro di gruppo.						
09.30-10.00	Sicurezza – lavoro di gruppo: consegna e lavoro di gruppo. Sicurezza – lavoro di gruppo: restituzione in aula lavori di gruppo e conclusioni.						
10.00-10.20	CINEMATICA						
10.20-10.30	PAUSA CAFFE'						
10.30-11.30	TECNICHE DI IMMOBILIZZAZION	E – ADDESTRAMENTO PR <mark>ATICO</mark>					
	Collare cervicale – 30 min	Rimozione del casco – 30 min					
	GRUPPO 1	GRUPPO 2					
	GRUPPO 2	GRUPPO 1					
11.30-12.30		AZIONE ATRAUMATICA – ADDESTRAMENTO					
11.00 12.00	PRATICO.						
	Roll-over e la tavola spinale –	La barella atraumatica da raccolta e trasporto –					
	30 min x 2	30 min x 2					
	GRUPPO 1	GRUPPO 2					
	GRUPPO 2	GRUPPO 1					
12.30-13.30	PAUSA PRANZO	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR					
13.30-14.30	MOBILIZZAZIONE E IMMOBILIZZA	AZIONE ATRAUMATICA <mark>– ADDESTR</mark> AMENTO					
	PRATICO.						
	Il materassino a depressione -	Il materassino a depressione –					
	30 min x 2	30 min x 2					
	GRUPPO 1	GRUPPO 2					
	GRUPPO 2	GRUPPO 1					
14.30-14.50	L'ESTRICAZIONE - TEORIA E ADD	PESTRAMENTO PRATICO					
14.50-15.50	-Estricazione rapida	-Immobilizzator <mark>i spinali</mark>					
	-Dispositivo di estricazione a	-La tavola spinale corta (TSC)					
	corsetto	A					
136.0	-Estricatori di nuova generazione						
	GRUPPO 1	GRUPPO 2					
	GRUPPO 2 GRUPPO 1						
15.50-16.00	PAUSA CAFFE'						
16.00-17.00	Immobilizzazione degli arti	A T					
	-Immobilizzatori rigidi e a depressione -Immobilizzazione del bacino						
	-Trazionatori						
	GRUPPO 1 GRUPPO 2						
	GRUPPO 2	GRUPPO 1					
17.00-17.20	TRASPORTO DEL TRAUMATIZZA						
17.20-17.40	Quiz - Valutazione pratica in itine	re					
17.40- <mark>18.00</mark>	FINE CORSO – A D I O S.						

Nei prossimi mesi:

- Aggiornamento dei Direttori di Corso e degli Istruttori con incontri dedicati:
- Direttori PTC ADV 31;
- Istruttori PTC ADV 248;
- Direttori PTC base 201;
- Istruttori PTC base 712.
- Aggiornamento degli istruttori e Direttori sui nuovi moduli;
- •Materiali disponibili dal 1 gennaio 2017 sul nuovo DB Corsi IRC;
- •Possibilità di formazione per Laici nei corsi Istruttori;
- •Preparazione dei manuali Base, Avanzati e Presidi.

Trauma 2016: Grazie a tutti ...















