



# E.C.M.



## Commissione Nazionale Formazione Continua

### Dettaglio Evento Informazioni Provider

#### Ragione Sociale

Aretrè Srl

#### ID Provider

116

### Informazioni Generali

#### Riferimenti Evento

Evento n°: 427256

Edizione n°: 1

#### Titolo dell'evento

Dolore: Vecchio Problema, Nuovo Approccio

#### Periodo svolgimento

Data inizio: 26/10/2024 Data Fine: 26/10/2024 Durata effettiva dell'attività formativa: 4

#### Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA)?

No

#### L'evento si svolge all'estero?

No

#### L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia ?

No

### Piano Formativo

#### Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

**Medico Chirurgo:** Medicina Generale (Medici Di Famiglia);

#### Programma dell'attività formativa

[programma cve.pdf](#)

#### Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
CARINELLI	VALENTINA	CRNVNT76H56E783Q	MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<a href="#">cv.pdf</a>

#### Area obiettivi

Obiettivi formativi di processo

#### Obiettivo formativo

3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

#### Acquisizione competenze di processo

Il Problema Clinico “Dolore” Attualmente È Unproblemadisalutepubblicaconsiderato Prioritario Le Criticitàmaggiorinmedicinagenerale Nellagestione Del Paziente Condoloreriguardanosia Ilmedico Sial’Organizzazione ). Le Conoscenze Deimediconolimitatepoiché Ilcorso Di Laurea E I Corsidispecializzazioneconsiderano Ildolore Solouna Conseguenzadellamalattia Di Base.Questo Concettosi Può Ritenerervalido Per Ildoloreacuto, Ma Non Peril Dolorepersistente Un Nuovoapproccioaldolorepersistente/Cronico Prevededi Affiancarealladiagnosietiologica Unadiagnosi Algologica Cheidentifichi Idiversi“Fenotipi” Didolorel’Obiettivo Del Corso Èpertanto Di Descrivereleconoscenzeessenzialidi Fisiopatologia Deldolore E Il “Metodo”Perindividuare Ilfenotipodel Dolore, Ma Anche Dicondividerelecaratteristiche Deifarmaci Peril Controllo Deldolore,Indispensabiliper Una Sceltaterapeuticarazionale

---

*Il provider ha dichiarato di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali riferiti all’evento ECM ai sensi della normativa vigente all’atto dell’inserimento*

Si

---

## Informazioni Partecipante

*Quota Partecipazione*

0,00 €

*Numero di Partecipanti*

20

*Crediti Assegnati*

5,5

---

*Verifica Presenza dei Partecipanti*

Firma Di Presenza

Sistema Elettronico A Badges

---

*Verifica Apprendimento dei Partecipanti*

Questionario A Risposta Multipla

---

## Segreteria Organizzativa

*Responsabile della Segreteria Organizzativa*

*Nome:* SILVIA BARBARA

*Cognome:* VALENZANO

*Codice Fiscale:* VLNSVB73R49F704Y

---

*Contatti Segreteria Organizzativa*

*Telefono:* 0222199781

*Email:* S.VALENZANO@ARETRE.COM

---

## Forme di Finanziamento

*Sponsor*

*L’evento è Sponsorizzato?* Si

*Elenco Sponsor*

**Nome Sponsor**

ALFASIGMA SPA

---

*Sono Presenti Altre Forme di Finanziamento?* No

---

*L’evento è sponsorizzato, in deroga a quanto stabilito dal comma 4 dell’art. 13 del DM 82/2009, da aziende interessate agli alimenti per la prima infanzia?* No

---

*Partner*

*L'evento è si avvale di partner?* No

---

## Modulo RES

*Periodo svolgimento*

*Data inizio:* 26/10/2024 *Data Fine:* 26/10/2024 *Durata effettiva dell'attività formativa:* 4

---

*Luogo di Svolgimento*

*Regione:* MARCHE

*Provincia:* MACERATA

*Comune:* CIVITANOVA MARCHE

*Indirizzo:* VIA ALCIDE DE GASPERI 2

*Luogo:* COSMOPOLITAN HOTEL

*Il Luogo di Svolgimento è all'Estero:* No

---

*Tipologia Evento RES*

Corso Di Aggiornamento

---

*Formazione Residenziale Interattiva* Si

*Durata Effettiva dell'attività Formativa Interattiva* 1

---

*Crediti Assegnati dal Modulo RES*

5,5

---

*Rilevanza dei docenti/relatori*

Nazionale

---

*Metodi di Insegnamento*

serie di relazioni su tema preordinato,  
presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli a gruppi)

---

*Lingua*

*E' Previsto l'utilizzo della Sola Lingua Italiana?* Si

*Esiste Un Sistema di Traduzione Simultanea?* No

---

*Provenienza Presumibile dei Partecipanti*

Regionale

---