



# E.C.M.



## Commissione Nazionale Formazione Continua

### Dettaglio Evento Informazioni Provider

#### Ragione Sociale

Consorzio Med3

#### ID Provider

34

### Informazioni Generali

#### Riferimenti Evento

Evento n°: 442941

Edizione n°: 1

#### Titolo dell'evento

Potenziamento Della Rete Di Cure Palliative Domiciliari: L'Èquipe Multiprofessionale E Il Ruolo Dell'Infermiere

#### Periodo svolgimento

Data inizio: 18/02/2025 Data Fine: 16/12/2025 Durata effettiva dell'attività formativa: 30

#### 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:** Allergologia Ed Immunologia Clinica; Dermatologia E Venereologia; Medicina Fisica E Riabilitazione; Medicina Aeronautica E Spaziale; Psichiatria; Medicina Legale; Igiene, Epidemiologia E Sanità Pubblica; Medicina Dello Sport; Oftalmologia; Farmacologia E Tossicologia Clinica; Medicina Nucleare; Continuità Assistenziale; Gastroenterologia; Geriatria; Nefrologia; Neuropsichiatria Infantile; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Pediatrica; Neuroradiologia; Direzione Medica Di Presidio Ospedaliero; Organizzazione Dei Servizi Sanitari Di Base; Medicina Subacquea E Iperbarica; Medicina Termale; Oncologia; Pediatria; Chirurgia Vascolare; Ginecologia E Ostetricia; Otorinolaringoiatria; Neurofisiopatologia;

**Biologo:** Biologo;

**Psicologo:** Psicoterapia;

**Medico Chirurgo:** Cure Palliative; Epidemiologia; Medicina Di Comunità; Endocrinologia; Malattie Infettive; Microbiologia E Virologia; Igiene Degli Alimenti E Della Nutrizione; Audiologia E Foniatria; Angiologia; Genetica Medica; Malattie Dell'apparato Respiratorio; Neurologia; Cardiochirurgia; Chirurgia Toracica; Patologia Clinica (Laboratorio Di Analisi Chimico-Cliniche E Microbiologia); Pediatria (Pediatri Di Libera Scelta); Scienza Dell'alimentazione E Dietetica; Cardiologia; Medicina Interna; Neonatologia; Reumatologia; Chirurgia Generale; Neurochirurgia; Anestesia E Rianimazione; Biochimica Clinica; Laboratorio Di Genetica Medica; Medicina Trasfusionale; Radiodiagnostica; Medicina Generale (Medici Di Famiglia);

**Psicologo:** Psicologia;

**Medico Chirurgo:** Psicoterapia; Ematologia; Malattie Metaboliche E Diabetologia; Medicina E Chirurgia Di Accettazione E Di Urgenza; Radioterapia; Chirurgia Plastica E Ricostruttiva; Ortopedia E Traumatologia;

Urologia; Anatomia Patologica; Medicina Del Lavoro E Sicurezza Degli Ambienti Di Lavoro;  
**Infermiere:** Infermiere;

---

*Programma dell'attività formativa*

[Programma\\_CV\\_Potenziamento\\_01.pdf](#)

---

*Responsabili Scientifici*

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
PANNUTI	RAFFAELLA	PNNRFL73A54A944Q	PRESIDENTE ANT	<a href="#">cv_resp.sci. - potenziamento_01.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*

Acquisire Conoscenze E Praticità Della Prescrizione Anticipata (Pa) Conoscere I Sintomi Fisici Come Dolore, Dispnea, Nausea, Vomito, Singhiozzo, Scialorrea, Tosse, Emorragie E Ipertermia, Oppure Sintomi Neuro-Psicologici Come Insonnia, Ansia, Confusione Mentale, Agitazione Psicomotoria, Convulsioni Che Nelle Fasi Avanzate Di Malattia Possono Acuirsi Repentinamente. Acquisire Competenze Relative Alla Formulazione Della Stima Prognostica Dei Più Frequenti Quadri Clinici Nella Fase Avanzata Per Effettuare Le Prescrizioni; Scrittura Della Pa, Con L'Ausilio Di Tabelle Con Indicati I Sintomi E I Relativi Farmaci Con Via, Dose Ed Eventuale Ripetibilità Di Somministrazione; La Fornitura Dei Farmaci, In Modo Che Siano Fisicamente Disponibili Al Domicilio In Una Sorta "Just In Case Box" E Non Soltanto Sotto Forma Di Ricetta Medica; Somministrazione Dei Farmaci Qualora Si Verifichino Le Circostanze Cliniche Previste.

---

*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*

25

*Crediti Assegnati*

30

---

*Verifica Presenza dei Partecipanti*

Firma Di Presenza

---

*Verifica Apprendimento dei Partecipanti*

Produzione/Elaborazione Di Un Documento

---

**Segreteria Organizzativa**

*Responsabile della Segreteria Organizzativa*

*Nome:* SILVIA

*Cognome:* VARANI

*Codice Fiscale:* VRNSLV74H44A944T

---

*Contatti Segreteria Organizzativa*

*Telefono:* 0517190132

Email: FORMAZIONE@ANT.IT

---

## Forme di Finanziamento

### Sponsor

L'evento è Sponsorizzato? **No**

---

Sono Presenti Altre Forme di Finanziamento? **Si**

Autocertificazione di assenza altre forme di Finanziamento

---

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? **Si**

Elenco Partner

#### **Nome Partner**

FONDAZIONE ANT ITALIA ONLUS

---

## Modulo FSC

### Periodo svolgimento

Data inizio: 18/02/2025 Data Fine: 16/12/2025 Durata effettiva dell'attività formativa: 30

---

### Luogo di Svolgimento

Regione: MARCHE

Provincia: MACERATA

Comune: CIVITANOVA MARCHE

Indirizzo: VIA GABRIELE D'ANNUNZIO, 72-74 CIVITANOVA MARCHE

Luogo: FONDAZIONE ANT ITALIA ONLUS

---

### Tipologia Evento FSC

**GRUPPI DI MIGLIORAMENTO**

---

### Livello di Acquisizione

**SVILUPPO / MIGLIORAMENTO**

---

### Crediti Assegnat dal Modulo FSC

**30**

---

### Rapporto Tutor-Discenti

Tutor: Discenti:

---

### Setting di Apprendimento

Contesto di Attività **Extra-operativo (Es: Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di Ricerca)**

---

Livello di Attività **Di gruppo**

---

Tipologia di Attività **Elaborativa, di studio o di ricerca**

---

### Sistema di Valutazione dell'Attività

Soggetto Valutatore **Valutazione da parte del Tutor**

---

Oggetto della Valutazione **Competenza, capacità, abilità acquisita**

---

