





**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



**TITOLO DEL CONGRESSO:** XVI NATIONAL CONGRESS SIB – MULTIDISCIPLINARY TREATMENTS FOR SKULL BASE DISEASE

**Sede:** UNIVERSITA' DELL'INSUBRIA – AULA MAGNA "GRANERO-PORATI" di VARESE

**Data inizio:** 11/11/2021

**Data Fine:** 12/11/2021

**Codice Evento:** 332775

**Edizione:** n. 1

**Id Provider:** 1396

**Ragione Sociale:** My Meeting Srl

**Crediti formativi ECM** assegnati all'evento **n. 10** (dieci)  
per la categoria **MEDICO CHIRURGO** discipline

ANATOMIA PATOLOGICA	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
OFTALMOLOGIA	OTORINOLARINGOIATRIA	PEDIATRIA
PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA)		NEUROCHIRURGIA
NEUROLOGIA	NEURORADIOLOGIA	ONCOLOGIA
RADIODIAGNOSTICA	RADIOTERAPIA	

### **INFORMATIVA AI PARTECIPANTI INERENTE L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI FORMATIVI**

Gentile discente,

La ringraziamo per aver partecipato all'evento formativo ECM organizzato da **My Meeting Srl**, provider standard ECM n. 1396 accreditato dalla Commissione Nazionale ECM.

Le ricordiamo, con riferimento a quanto disposto dal "*Regolamento dei criteri oggettivi di cui al nuovo Accordo Stato-Regioni del 2.2.2017 e per l'accreditamento*", pubblicato il 23.11.2017 sulla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n. 274 e di tutta la normativa applicabile in materia di Educazione Continua in Medicina come pubblicato nel sito [www.agenas.it](http://www.agenas.it) nella specifica sezione ECM, che al fine di ottenere i crediti formativi ECM è necessario:

- Verificare e completare la "**SCHEDA ANAGRAFICA ECM**" inserendo tutti i dati richiesti in modo completo e corretto.

Nota: Si ricorda che la corretta e completa compilazione dei dati anagrafici è indispensabile per l'attribuzione dei crediti ECM.

- Attestare la presenza all'evento formativo apponendo la propria firma per ciascuna giornata nel "**FOGLIO FIRMA**" sia in entrata sia in uscita oppure accertandosi di utilizzare in modo corretto, nel caso sia previsto, il "**BADGE ELETTRONICO**" per registrare l'entrata e l'uscita dall'aula didattica.

Nota: Si rammenta che è obbligatoria la presenza al 90% dell'attività formativa.

- Eseguire la "**PROVA FINALE VALUTAZIONE APPRENDIMENTO**"

Nota: L'attribuzione dei crediti prevede che il partecipante risponda esattamente ad almeno il 75% delle domande previste.

- Compilare la "**SCHEDA DI VALUTAZIONE**" dell'evento

Nota: La scheda di valutazione dell'evento è in forma anonima per garantire al partecipante di poter esprimere in modo libero la valutazione.

La informiamo che, qualora anche solo uno dei punti sopra indicati non sia ottemperato, **My Meeting Srl** non potrà provvedere all'erogazione dei crediti formativi ECM.

Grazie per la collaborazione.

My Meeting Srl  
Provider Standard ECM n. 1396

*Per presa visione:*

data \_\_\_\_\_ firma del partecipante \_\_\_\_\_



## **E. C. M. - TEST DI APPRENDIMENTO**

**TITOLO DEL CONGRESSO:** XVI NATIONAL CONGRESS SIB – MULTIDISCIPLINARY TREATMENTS FOR SKULL BASE DISEASE

**Sede:** UNIVERSITA' DELL'INSUBRIA – AULA MAGNA "GRANERO-PORATI" di VARESE

**Data inizio:** 11/11/2021

**Data Fine:** 12/11/2021

**Codice Evento:** 332775

**Edizione:** n. 1

**Id Provider:** 1396

**Ragione Sociale:** My Meeting Srl

- 1) Descrivere il protocollo multidisciplinare più appropriato per il trattamento dei carcinomi indifferenziati nasosinusal con coinvolgimento del basicranio anteriore**

---

---

---

---

---

- 2) Quali sono le indicazioni e controindicazioni del trattamento chirurgico endoscopico endonasale alle patologie dell'orbita?**

---

---

---

---

---

- 3) In quali casi il trattamento radioterapico può essere proposto per il trattamento esclusivo dei neurinomi dell'VIII nervo cranico?**

---

---

---

---

---

Cognome Nome \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_



**4) Quali sono le possibili complicanze degli approcci chirurgici transorbitari via superior eyelid approach?**

---

---

---

---

---

**5) Quali sono le possibilità terapeutiche del Neuroradiologo interventista nel trattamento di lesioni iatrogene o post-traumatiche dell'arteria carotide interna?**

---

---

---

---

---

**6) Quando è indicata la radiochirurgia nei conflitti neurovascolari in fossa posteriore?**

---

---

---

---

---

**7) Elencare i lembi pedunculati che possono essere utilizzati nella ricostruzione endoscopica del basicranio.**

---

---

---

---

---



**8) Qual è il ruolo della chirurgia nel trattamento dei cordomi del clivus.**

---

---

---

---

---

**9) Quali sono le indicazioni dell'approccio endoscopico per il trattamento del neurinoma dell'VIII nervo cranico?**

---

---

---

---

**10) Quali sono i principali aspetti da considerare nella scelta tra un approccio endoscopico vs transcranico alla regione parasellare?**

---

---

---

---

Cognome Nome \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_



**E.C.M.**

Commissione Nazionale Formazione Continua



## Dichiarazione di reclutamento DIRETTO/INDIRETTO del partecipante

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

in qualità di partecipante al seguente evento formativo n. 1396-332775:

**XVI NATIONAL CONGRESS SIB**  
**MULTIDISCIPLINARY TREATMENTS FOR SKULL BASE DISEASE**  
tenutosi presso UNIVERSITA' DELL'INSUBRIA – AULA MAGNA "GRANERO-PORATI" di VARESE  
i giorni 11 e 12 Novembre 2021

### **DICHIARA**

di essere stato invitato a partecipare all'evento tramite:

- Reclutamento DIRETTO dalla seguente Azienda Sponsor\* \_\_\_\_\_
- Reclutamento INDIRETTO attraverso Educational Grant dalla seguente Azienda Sponsor\* \_\_\_\_\_
- Lettera di invito da parte del PCO/Provider dell'evento
- Iscrizione autonoma tramite sito web dell'evento o scheda di iscrizione

*Art. 80 Nuovo Accordo Stato-Regioni del 2-2-2017*

*\*Per azienda sponsor si intende un "soggetto privato avente interesse commerciale in ambito sanitario che produce, distribuisce, commercializza e pubblicizza prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici".*

*Si intende reclutato chiunque benefici di vantaggi economici e non economici, diretti o indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*

*In caso di scelta della prima o seconda opzione, firmando il modulo si dichiara di non aver raggiunto il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi acquisiti mediante reclutamento diretto, per l'attuale triennio formativo*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_