



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



SCHEDA DI VALUTAZIONE EVENTO RESIDENZIALE

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

Barrare con una crocetta le voci di interesse

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alle sue necessità di aggiornamento?

<i>Non rilevante</i>	<i>Poco rilevante</i>	<i>Rilevante</i>	<i>Più che rilevante</i>	<i>Molto rilevante</i>
1	2	3	4	5

2. Come valuta la **qualità educativa** di questo programma ECM?

<i>Insufficiente</i>	<i>Parziale</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Eccellente</i>
1	2	3	4	5

3. Come valuta l'**utilità** di questo evento per la sua formazione/aggiornamento?

<i>Insufficiente</i>	<i>Poco utile</i>	<i>Utile</i>	<i>Più che utile</i>	<i>Molto utile</i>
1	2	3	4	5

Questo programma ECM è stato preparato con il supporto di CARLO BIANCHI, HD HOSPITAL DEVICE, HIGH TECH SCREW, INTEGRA, JOHNSON & JOHNSON MEDICAL, KARL STORZ, MEDACTA, MEDTRONIC, MIDA, OLYMPUS, SANOFI, STRYKER

Ritiene che nel programma ci siano riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per **influenza dello sponsor** o altri interessi commerciali?

<i>Nessuna influenza</i>	<i>Influenza poco rilevante</i>	<i>Influenza rilevante</i>	<i>Influenza più che rilevante*</i>	<i>Influenza molto rilevante*</i>
1	2	3	4	5

***In caso di risposte "Più che rilevanti" o "Molto rilevante"** indicare qualche esempio

(N.B. la risposta affermativa sarà presa in considerazione solo se accompagnata dalla motivazione - *scrivere in stampatello*):

Se lo ritiene opportuno potrà segnalare il contenuto della presente scheda, evidenziando eventuali anomalie, con particolare riferimento al punto 4, utilizzando l'indirizzo email ecmfeedback@agenas.it o altre modalità di comunicazione messe a disposizione dell'ente accreditante.



VALUTAZIONE DI QUALITA' CONCLUSIVA

Come valuta la **qualità dell'organizzazione** di questo programma ECM?

<input type="checkbox"/> Scarsa	<input type="checkbox"/> Mediocre	<input type="checkbox"/> Soddisfacente	<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Eccellente
------------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Come valuta l'**efficacia** dell'evento per la Sua formazione continua?

<input type="checkbox"/> Inefficace (non ho imparato nulla per la mia attività clinica)	<input type="checkbox"/> Parzialmente efficace (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività clinica)	<input type="checkbox"/> Abbastanza efficace (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	<input type="checkbox"/> Efficace (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività clinica)	<input type="checkbox"/> Molto efficace (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività clinica)
---	--	---	---	--

Argomenti da approfondire (*scrivere in stampatello*):

Indicare almeno **due aspetti positivi** della presente attività formativa (*scrivere in stampatello*):

Indicare almeno **due aspetti migliorabili** della presente attività formativa (*scrivere in stampatello*):

Suggerimenti per ulteriori iniziative formative (*scrivere in stampatello*):
