



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



## SCHEDA DI VALUTAZIONE EVENTO RESIDENZIALE

**TITOLO DEL CONGRESSO:** MEETING SEZIONE CHIRURGIA SPINALE SINCH

**Sede:** LEONARDO ROYAL HOTEL VENICE MESTRE, VE

**Data inizio:** 17/09/2021 **Data Fine:** 18/09/2021

**Codice Evento:** 331120 **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> |
|----------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|------------------------|
| <b>1</b>             | <b>2</b>              | <b>3</b>         | <b>4</b>                 | <b>5</b>               |

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> |
|----------------------|-----------------|--------------------|--------------|-------------------|
| <b>1</b>             | <b>2</b>        | <b>3</b>           | <b>4</b>     | <b>5</b>          |

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> |
|----------------------|-------------------|--------------|----------------------|--------------------|
| <b>1</b>             | <b>2</b>          | <b>3</b>     | <b>4</b>             | <b>5</b>           |

4. Questo programma ECM è stato preparato con il supporto di **Uber Ros, Tsunami Medical, Stryker Italia, Olympus, Nuvasive, Movi, Medtronic, Johnson&Johnson div. Depuy Synthes Spine, Integra, Iatrotek, Globus Medical Italy, Clover Orthopedics, Brainlab, Biomedica, Medinat, Diemme**  
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> |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>1</b>                 | <b>2</b>                        | <b>3</b>                   | <b>4</b>                            | <b>5</b>                          |

**\*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](mailto: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"/><br>Scarsa | <input type="checkbox"/><br>Mediocre | <input type="checkbox"/><br>Soddisfacente | <input type="checkbox"/><br>Buona | <input type="checkbox"/><br>Eccellente |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|

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

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

---

---

---