



# E.C.M.



## Commissione Nazionale Formazione Continua

### Dettaglio Evento Informazioni Provider

#### Ragione Sociale

Events Srl A Socio Unico

#### ID Provider

1023

### Informazioni Generali

#### Riferimenti Evento

Evento n°: 422532

Edizione n°: 1

#### Titolo dell'evento

Glaucornea: Il Glaucoma Ed Il Trapianto Corneale Nel Centro Italia

#### Periodo svolgimento

Data inizio: 13/09/2024 Data Fine: 14/09/2024 Durata effettiva dell'attività formativa: 11

#### 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:** Oftalmologia;

**Ortottista/Assistente Di Oftalmologia:** Ortottista/Assistente Di Oftalmologia; Iscritto Nell'Elenco Speciale Ad Esaurimento;

**Infermiere:** Infermiere;

#### Programma dell'attività formativa

[FILE UNICO\\_oculisticaMATELICA2024 V10jun.pdf](#)

#### Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
LIPPERA	STEFANO	LPPSFN56L14D451M	DIRETTORE UOC OCULISTICA AST ANCONA OSPEDALI FABRI	<a href="#">cvlippera_2024.pdf</a>
RAMOVECCHI	VINCENZO	RMVVCN62D20E783C	DIRETTORE UO OCULISTICA AST MACERATA, OSPEDALI MAC	<a href="#">cv_ramovecchi.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 tecnico-professionali*

X

---

*Acquisizione competenze di processo*

X

---

*Acquisizione competenze di sistema*

X

---

*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*

200

*Crediti Assegnati*

7,7

---

*Verifica Presenza dei Partecipanti*

Firma Di Presenza

---

*Verifica Apprendimento dei Partecipanti*

Questionario A Risposta Multipla Online

---

#### Segreteria Organizzativa

*Responsabile della Segreteria Organizzativa*

*Nome:* GIULIA

*Cognome:* QUATTROCCHI

*Codice Fiscale:* QTTGLI79L45I608Q

---

*Contatti Segreteria Organizzativa*

*Telefono:* 0717930220

*Email:* SEGRETERIA@EVENTS-COMMUNICATION.COM

---

#### Forme di Finanziamento

*Sponsor*

*L'evento è Sponsorizzato?* Si

*Elenco Sponsor*

##### **Nome Sponsor**

ABBVIE

OMIKRON ITALIA

VIURFARMA

TECMED

SANTEN

OFF HEALTH

FIMAS

FIDIA

DOC GENERICI SRL

BAYER  
ALFA INTES  
NOVARTIS  
ROCHE

---

*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:* 13/09/2024 *Data Fine:* 14/09/2024 *Durata effettiva dell'attività formativa:* 11

---

*Luogo di Svolgimento*

*Regione:* MARCHE

*Provincia:* MACERATA

*Comune:* MATELICA

*Indirizzo:* VIA UMBERTO I

*Luogo:* TEATRO PIERMARINI

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

---

*Tipologia Evento RES*

Congresso/Simposio/Conferenza/Seminario

---

*Formazione Residenziale Interattiva* No

---

*Crediti Assegnati dal Modulo RES*

7,7

---

*Rilevanza dei docenti/relatori*

Nazionale

---

*Metodi di Insegnamento*

serie di relazioni su tema preordinato,  
tavole rotonde con dibattito tra esperti

---

*Lingua*

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

*Esiste Un Sistema di Traduzione Simultanea?* No

---

*Provenienza Presumibile dei Partecipanti*

Locale

---