



REGIONE
LAZIO

E.C.M.



agenas.

Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Residenziale

Formazione Residenziale

Ragione Sociale: AZIENDA USL LATINA

Id Provider: 29

Evento n° 9299

Edizione n° 1

Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?

SI

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

NO

Stato Evento:

PAGATO

1 Titolo del programma formativo

CORSO TEORICO PRATICO IN STOMATERAPIA: LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

2 Sede

ITALIA

2.1 Regione

LAZIO

2.2 Provincia

LATINA

2.3 Comune

LATINA

2.4 Indirizzo

VIA SCARAVELLI SNC

2.5 Luogo Evento

PALAZZINA DIREZIONALE P.O. S.M. GORETTI

3 Periodo di svolgimento

3.1 Anno del piano Formativo di riferimento

2026

3.2 Data inizio

06/11/2026

3.3 Data fine

06/11/2026

4 Durata effettiva dell'attività formativa (in ore)

8

5 Obiettivi dell'evento

5.1 Obiettivo formativo

1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP)

5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali

VALUTARE E GESTIRE LA PERSONA CON COLOSTOMIA, ILEOSTOMIA E UROSTOMIA; RICONOSCERE E TRATTARE LE COMPLICANZE STOMALI E LE ALTERAZIONI DELLA CUTE PERISTOMALE; SCEGLIERE E APPLICARE I DISPOSITIVI DI RACCOLTA E GLI ACCESSORI; ESEGUIRE E INSEGNARE AL PAZIENTE/CAREGIVER LE PROCEDURE DI STOMA CARE, COMPRESA LA TECNICA DELL'IRRIGAZIONE TRANSTOMALE.

5.3 Acquisizione competenze di processo

GESTIRE LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA DAL RICOVERO ALLA DIMISSIONE; FORNIRE ORIENTAMENTI DIETETICI SPECIFICI PER TIPO DI STOMIA; ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE OSPEDALE-TERRITORIO, ANCHE CON LA TELEASSISTENZA

5.4 Acquisizione competenze di sistema

APPLICARE LA NORMATIVA SU PRESCRIZIONE E APPROVVIGIONAMENTO DEI PRESIDI DI RACCOLTA E ORIENTARE IL PAZIENTE SUI PROPRI DIRITTI; CONOSCERE L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI STOMATERAPIA TERRITORIALE DELLA ASL DI LATINA.

6 Programma dell'attività formativa[ilovepdf_merged \(14\).pdf](#)**6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
ALTOBELLI	MARIA	LTBMRA82S64L120B	DOCENTE
DEL MISSIER	ALEXANDRA	DLMLND67M46Z315T	DOCENTE
FARMA	GIUSEPPE	FMAGPP89H03H931D	DOCENTE
MASTROBATTISTA	STEFANO	MSTSFN73D12H501R	DOCENTE

7 Crediti assegnati

8

8 Tipologia Evento

CORSO DI AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E STRUMENTALE

8.1 Workshop, seminari, corsi teorici (con meno di 100 partecipanti) che si svolgono all'interno di congressi e convegni

PRESENTE

8.2 Formazione Residenziale Interattiva

PRESENTE

8.3 Durata effettiva dell'attività formativa interattiva rispetto alla durata totale dell'evento (in ore)

2

9 Responsabile Segreteria Organizzativa**9.1 Cognome**

GIULIANI

9.2 Nome

IVANO

9.3 Codice Fiscale

GLNVNI63B22L120E

9.4 Telefono

6530

9.5 Cellulare

3406166841

9.6 E-Mail

PROFESSIONISANITARIE.DAP@AUSL.LATINA.IT

10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo

Settoriale

Professione	Discipline
INFERMIERE	INFERMIERE;

11 Responsabili Scientifici

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
DEL MESSIER	ALEXANDRA	DLMLND67M46Z315T	IMFERMIERE SPECIALISTA IN STOMATERAPIA	curriculum del missier_.pdf
MASTROBATTISTA	STEFANO	MSTSFN73D12H501R	DIRETTORE SOSTITUTO PROFESSIONI SANITARIE	stefano mastrobattista.pdf

12 Rilevanza dei docenti/relatori

NAZIONALE

13 Metodo di Insegnamento

- SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO
- ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE

14 E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

SI

15 Quota di partecipazione? (in euro)

0,00

16 Numero partecipanti previsti

50

17 Provenienza presumibile dei partecipanti

LOCALE

18 Verifica presenza dei partecipanti

- FIRMA DI PRESENZA

- 19 Verifica apprendimento dei partecipanti** • QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA
- 20 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti**
(facoltativo)
- 21 Sponsor**
- 21.1 L'evento è sponsorizzato** NO
- 21.2 Sono presenti altre forme di finanziamento** NO
- 21.3 Autocertificazione assenza finanziamenti** [autocertificazione finanziamento.pdf](#)
- 22 L'evento si avvale di partner?** NO
- 23 Dichiarazione Conflitto Interessi**
(obbligatoria in presenza di un partner) [conflitto interessi evento.pdf](#)
- 24 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?** SI
- 25 Il provider dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'evento ECM ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016** SI

[Indietro](#)Powered by [Age.Na.S.](#)via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI