

Relatori

Patrizia Baroncini, Psicologa – Psicoterapeuta, Hospice San Giuseppe di Marzana (Verona)

Giorgia Belluco, Psicologa – Psicoterapeuta Distretto 1, Azienda ULSS 9

Amedeo Buzzo, Direttore U.O. Cure Primarie, Az. ULSS 3

Silvia D'Accordi, Psicologa– Psicoterapeuta, OLOSMED Onlus, Az. ULSS 4

Eleonora D. Capovilla, Responsabile U.O. Psico-Oncologia, IOV (Padova)

Federica Dogliotti, Psicologa-Psicoterapeuta, AVAPO, Mestre - Distretto 1, Azienda ULSS 9

Irene Guglieri, Psicologa-Psicoterapeuta, U.O. Psiconcologia, IOV (Padova)

Anna Luisa Mariggìò, Psicologa-Psicoterapeuta, Hospice Paolo VI, Padova

Renzo Pegoraro, Coordinatore SIPO-Veneto, Presidente Fondazione Lanza (Padova)

Silvana Selmi, Responsabile di Struttura Semplice di Psicologia Ospedaliera e Cure Palliative dell'U.O. Psicologia n. 2 (Rovereto)

Samantha Serpentine, Dirigente psicologo Nucleo Cure Palliative, U.O. Cure Primarie, Az. ULSS 3

Ines Testoni, Professore di Psicologia Sociale, Direttore del Master *Death Studies and the End of Life*, Università degli Studi di Padova

Manuela Trapanotto, Psicologa-Psicoterapeuta, Centro Regionale di Cure Palliative e Terapia Antalgica Pediatrica, Clinica Pediatrica (Padova)

Si ringrazia il Nucleo Cure Palliative dell'U.O. Cure Primarie e l'Ufficio Qualità e Formazione dell' Az. ULSS 3 per il prezioso contributo all'organizzazione dell'evento.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Renzo Pegoraro, Amedeo Buzzo, Samantha Serpentine

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Lisa Dal Sasso, Elena Pasquin

QUOTE ISCRIZIONE

- Dipendenti dell'Az. ULSS 3: la partecipazione è gratuita
- Soci SIPO: € 20
- Studenti della Facoltà di Psicologia: € 20 (riportare il numero di matricola)
- Non soci SIPO: € 40

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Compilare il modulo allegato e inviarlo via fax o email con la fotocopia del bonifico bancario (escluso i dipendenti dell'Az. ULSS 3).

Il pagamento dovrà essere effettuato con bonifico bancario intestato a:

Patrizia Baroncini SIPO Veneto

c/o Veneto Banca Ag. Borgo Venezia - Verona

IBAN : IT 22 1 0503511702190570402120

Causale: Nome, Cognome, titolo e data del convegno

Per informazioni:

Tel. 0424.885112 (dalle 9.30 alle 12.30)

Fax 0424.885459

E-mail: sipoveneto@gmail.com

DESTINATARI E ACCREDITAMENTO ECM

Al convegno sono stati assegnati 8 crediti ECM e si rivolge al profilo professionale dello psicologo.



SIPOVENETO



Richiesto il patrocinio di:
Regione del Veneto - Coordinamento Regionale Cure Palliative
Ordine Psicologi Regione Veneto
Società Italiana Cure Palliative - Veneto



L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN CURE PALLIATIVE: ESPERIENZE E MODELLI A CONFRONTO

Venerdì 2 Dicembre 2011

Aula Magna dell'Ospedale "San Bassiano"

Via Dei Lotti, 40
Bassano del Grappa (VI)

PROGRAMMA

Sessione mattina

Saluto del Direttore U.O. Cure Primarie: **Amedeo Buzzo**

Moderatori: **Renzo Pegoraro, Eleonora D. Capovilla**

8.45 – 9.00 Introduzione – Presentazione obiettivi del convegno
Renzo Pegoraro

9.00-9.30 Chi - dove - quando - perchè
Silvana Selmi

9.30-10.00 Il gruppo di psicotanatologia della Regione Veneto
Ines Testoni

10.00-10.30 L'intervento psicologico dalle cure attive alle cure palliative
Samantha Serpentinei

10.30-11.00 Intervallo

11.00-11.30 L'intervento psicologico a domicilio
Giorgia Bellucco

11.30-12.00 L'intervento psicologico in Hospice
Anna Luisa Mariggiò

12.00-12.30 L'intervento psicologico in équipe
Patrizia Baroncini

12.30-13.00 L'intervento psicologico nelle cure palliative pediatriche
Manuela Trapanotto

Discussione

13.00-14.00 Intervallo– pausa pranzo

Sessione pomeriggio

Moderatrice: **Eleonora D. Capovilla**

14.00-16.30 Workshop: modalità operative e criticità dell'intervento psicologico nelle cure palliative

Gruppo Hospice: **Anna Luisa Mariggiò/Patrizia Baroncini**

Gruppo Domicilio: **Samantha Serpentinei/Federica Dogliotti**

Gruppo Ospedale: **Irene Guglieri/ Silvia D'Accordi**

16.30-17.00 Presentazione lavori di gruppo

17.30-18.00 Discussione

18.00-18.30 Presentazione elaborati scritti

Modulo di Iscrizione

COGNOME* _____
NOME* _____
INDIRIZZO* _____
COMUNE* _____
PROVINCIA* _____ CAP* _____
TEL.* _____ CELL.* _____
FAX _____
E-MAIL* _____
CODICE FISCALE* _____
PARTITA IVA _____
NATO A* _____
IL* _____

*CAMPI DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

*Si richiede emissione di FATTURA **intestata a:***

me stesso **Ente di appartenenza**

Altro

Denominazione Ente di appartenenza:

Via _____

Città _____ **cap** _____ **Prov.** _____

Codice Fiscale _____

Partita Iva _____

Sono interessato/a a ricevere i **crediti formativi**

o Sì o No

Informativa sulla riservatezza dei dati (Legge 675/96). La informiamo che i Suoi dati personali saranno custoditi dal nostro Servizio con l'impegno a non cederli a terzi e trattati con mezzi informatici per l'ordinaria gestione di Workshop, Seminari, Corsi di Perfezionamento e Convegni. Il conferimento a questi fini al nostro Servizio è facoltativo ed Ella potrà in qualunque momento richiederne la conferma dell'esistenza, l'aggiornamento o la cancellazione. In relazione al trattamento di tali dati Ella potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della menzionata legge.

La preghiamo di apporre la sua firma in calce alla presente quale consenso al trattamento dei Suoi dati.

Data _____ **Firma** _____

I posti sono limitati, si consiglia di contattare la Segreteria Organizzativa prima di inviare la scheda e il pagamento.