

8.15 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI
8.45 SALUTO DELLE AUTORITÀ

9.00 INTRODUZIONE **V. ZAVATTONI** (GENOVA)

I SESSIONE

MODERATORI **V. ZAVATTONI** (GENOVA), **V. LONATI GRILLO** (GENOVA)

9.00 LETTURA MAGISTRALE **S.J. ROGERS** (U.S.A. CALIFORNIA)
DEVELOPMENT OF AUTISM INFANTS AND TODDLERS

10.30 COFFEE BREAK

10.45 TAVOLA ROTONDA: *EARLY TREATMENT PROGRAMS IN AUTISM*
S.J. ROGERS (U.S.A.)
C. COLOMBI (U.S.A.)
E. BACCA (MILANO)
E. VENESELLI (GENOVA)
M. LUPI (GENOVA)

12.15 DISCUSSIONE

13.10 TEST DI APPRENDIMENTO

II SESSIONE

WORKSHOP PER I GENITORI

MODERATORI **V. ZAVATTONI** (GENOVA), **V. LONATI GRILLO** (GENOVA)

14.15 REGISTRAZIONE

14.30 INTRODUZIONE **V. ZAVATTONI** (GENOVA)

14.45-17.30 WORKSHOP DI **S.J. ROGERS** (U.S.A.) E **C. COLOMBI** (U.S.A.)

RELATORI E MODERATORI:

EUSABETTA BACCA

NEUROPSICHIATRA INFANTILE, RESPONSABILE
U.O.M.P.I.A. DELL'A.O. DI VIMERCATE SEDE DI
DESIO

COSTANZA COLOMBI

RESEARCH ASSISTANT - M.I.N.D INSTITUTE
UNIVERSITY OF CALIFORNIA DAVIS MEDICAL
CENTER USA

VIRGINIA LONATI GRILLO

NEUROPSICHIATRA INFANTILE E FISIATRA,
COORDINATRICE RESPONSABILE DEL
PROGETTO "SCREENING ED ABILITAZIONE
PRECOCE DELL'AUTISMO" - AIRH-ONLUS

MARA LUPI

PEDIATRA REFERENTE REGIONALE
ASSOCIAZIONE PEDIATRI EXTRAOSPEDALIERI
APEL - (GE) NELL'AMBITO DEL "PROGETTO
AUTISMO"

SALLY J. ROGERS, PH.D.

PROFESSOR OF PSYCHIATRY AND
BEHAVIORAL SCIENCES - M.I.N.D. INSTITUTE
UNIVERSITY OF CALIFORNIA DAVIS MEDICAL
CENTER USA

EDVIGE VENESELLI

DIRETTORE U.O. E CATTEDRA DI NEUROPSICHIATRIA
INFANTILE - IST. SCIENTIFICO "G. GASLINI",
GENOVA

VITTORIO ZAVATTONI

PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA, PRESIDENTE
AIRH ONLUS. COORDINATORE RESPONSABILE
DEL "CENTRO ITALIANO STUDI E RICERCHE
SULLA COMUNICAZIONE UMANA" - A.I.R.H.-
ONLUS GENOVA



AUTISMO

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(DA INVIARE ENTRO E NON OLTRE IL 16 MAGGIO 2007)

SCREENING PRECOCE DELL'AUTISMO INFANTILE E MODELLI DI ABILITAZIONE - INCONTRO CON SALLY J. ROGERS
GENOVA, 26 MAGGIO 2007

NOME* COGNOME* C.F.*

INDIRIZZO CASA* CAP* CITTÀ* EMAIL

ENTE/ISTITUTO INDIRIZZO ENTE CAP CITTÀ

TEL.* CELL.*

NATO A* IL*

PROFESSIONE* DISCIPLINA*

LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO AUTORIZZA L'USO DEI DATI PERSONALI, IN ESECUZIONE DEL D.LGS. 196/2003. PER ULTERIORI INFORMAZIONI IN MERITO CONSULTARE
WWW.SYMPOSIACONGRESSI.COM

DATA

FIRMA

* DATI OBBLIGATORI AI FINI DELL'ACQUISIZIONE DEI CREDITI FORMATIVI ECM