

Relatori

Dr. L. Aloisi: Presidente A.G.S.A.S. - Onlus

Prof. F. Canziani: NPI Università degli Studi di Palermo

B. Chakrabarti : School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, (UK)

Prof. L. Cipolotti: Direttore Centro Interdipartimentale per la ricerca clinica e sperimentale sull'Autismo e sugli altri disturbi generalizzati dello sviluppo, Università degli Studi di Palermo

Dr. G. Doneddu: A. O. Brotzu di Cagliari

Dr. M. Elia: Unità Operativa di Neurologia e Neurofisiopatologia Clinica e Strumentale, IRCCS "Associazione Maria SS", Troina (EN)

Dr. A. Fassio : Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Fisiologia, Università di Genova

Dr. M. Fichera: Laboratorio di Diagnosi Genetiche, Associazione Oasi Maria SS. ONLUS (I.R.C.C.S.), Troina

Dr. M. Foscoliano: A. O. Brotzu di Cagliari

Dr. G. Lo Casto: A.G.S.A.S.- Onlus, Palermo

Dr. L. Maltese: A.G.S.A.S.- Onlus, Palermo

Prof. S. Mangano: NPI, Università degli Studi di Palermo

Prof. A. M. Persico: Laboratorio di Psichiatria Molecolare e Neurogenetica, Università "Campus Bio-Medico", Roma

Prof. V. Romano: D.O.S.A.C. e Centro Interdipartimentale per la ricerca clinica e sperimentale sull'Autismo e sugli altri disturbi generalizzati dello sviluppo, Università degli Studi di Palermo

Dr. L. Ruta: Centro di Integrazione e Riabilitazione "Polo Rei" - San Pietro Carenza, Catania

Dr. A. Segreto: A.G.S.A.S.- Onlus, Palermo

Informazioni generali:

L'evento è stato validato con crediti ECM per le seguenti figure professionali: 50 Medici, 50 Psicologi, 30 Biologi, 30 Educatori professionali, 30 Fisioterapisti, 50 Logopedisti, 20 Tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, 40 Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.

L'iscrizione al convegno è di 150,00 per i richiedenti crediti ECM, per i professionisti non richiedenti i crediti ECM la quota è di 100,00€, per familiari, insegnanti, assistenti sociali la quota d'iscrizione è di 80,00€, per gli studenti la quota è di 50,00€. Il programma è disponibile sul sito www.autismoperche.it Gli interessati dovranno

far pervenire alla Segreteria Organizzativa la scheda d'iscrizione accompagnata dalla ricevuta di versamento (in fotocopia mediante fax o e-mail) effettuato sul c/c postale n. 12881975 IBAN IT58 X076010460000012881975 (solo per i bonifici online) o sul c/c bancario 4452031 Banco di Sicilia - Agenzia Pacinotti IBAN IT52U010200473900004452031, intestati ad A.G.S.A.S. - Onlus Via Lancia di Brolo 10 - 90145 Palermo entro il 10/11/09. Ai partecipanti regolarmente iscritti verrà rilasciato un attestato di partecipazione. È possibile iscriversi al convegno pagando in contanti sia c/o P A.G.S.A.S. - Onlus che c/o la Manfrè Viaggi.

Modalità di disdetta

Per problemi di ordine amministrativo non è concesso a ciascun partecipante il diritto di recesso dal momento che ha effettuato il pagamento.

Segreteria organizzativa:

A.G.S.A.S. - Onlus

P.O. "Aiuto Materno"

Via Lancia di Brolo 10 - 90145 Palermo

e-mail: info@autismoperche.it

telefax 091/226331 - Tel. 091/7035400

cell. 334 6416614

Informazioni Alberghiere

Manfrè Viaggi

Via E. Restivo, 34/36

90144 Palermo Tel. +39 091 52 54 42

Fax +39 091 52 54 51

e-mail : manfreviaggi@tin.it

Segreteria scientifica

Prof. Valentino Romano - Centro

Interdipartimentale per la ricerca clinica e sperimentale sull'Autismo e sugli altri disturbi generalizzati dello sviluppo e Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Applicazioni Cliniche , Università degli Studi di Palermo (vromano@unipa.it).



Aggiungere il logo della facoltà di medicina

Università degli Studi di Palermo

e

A.G.S.A.S. Onlus

Associazione Genitori Soggetti Autistici Solidali



"PERCHÉ AUTISTICO ?"
8ª edizione

Palermo, 13 - 14 Novembre 2009

**Aula Magna - Facoltà di Economia
Viale delle Scienze, Palermo**



Venerdì 13 Novembre 2009

Ore 8,00 Registrazione dei partecipanti
Ore 8,30 Saluto delle Autorità
Ore 9,00 Presentazione del convegno - *Luigi Aloisi*

1a Sessione : Temi della ricerca

Chairman: *Maurizio Elia*

ore 9:30
Varianti genetiche comuni associate allo spettro autistico
Bhismadev Chakravarti

ore 10:15
Genetica ed immunità nella patogenesi dell'autismo: attualità e prospettive
Antonio M. Persico

ore 11:00
Coffe break

ore 11:30
Il fenotipo allargato nell'autismo: uno studio condotto con la versione italiana del questionario "Autism Spectrum Quotient"
Liliana Ruta

ore 12:15
Epilessia e disturbi dello spettro autistico
Maurizio Elia

ore 13:00 – 14:00
Pausa pranzo

Chairman: *Lisa Cipolotti*

ore 14:00
Ruolo delle mutazioni delle proteine sinaptiche nel disturbo autistico
Anna Fassio

ore 14:45
Ruolo delle Copy Number Variants (CNV) nell'insorgenza della sindrome autistica.
Marco Fichera

ore 15:30
Il neurone autistico: analisi funzionale *in silico* dei geni coinvolti nelle Copy Number Variants
Valentino Romano

Ore 16:15
Dibattito

Ore 17:00
Conclusioni

Sabato 14 Novembre 2009

ore 8:30 Registrazione dei partecipanti

Chairman: *Salvatore Mangano*

2ª Sessione : il trattamento nell'autismo

Ore 9:00
Le terapie cognitive comportamentali
Fabio Canziani

ore 9:30
Il Centro per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari: realizzazione di un programma di assistenza integrata per persone con PDD nella Regione Sardegna
Giuseppe Doneddu

ore 10:30
Il centro per i disturbi pervasivi dello sviluppo – A.O. Brotzu - Cagliari: svolgimento di programmi per lo sviluppo delle capacità socio – emotive in soggetti con disturbi dello spettro autistico
M. Foscoliano

ore 11:00 coffe break

ore 11:30
Il TEIPA : filosofia di vita e pratica quotidiana
Gabriella Lo Casto, Lucrezia Maltese, Angela Segreto

ore 12:30
Conclusioni *Luigi Aloisi*

“PERCHÉ AUTISTICO ?”

8ª Edizione

Palermo, 13 - 14 Novembre 2009
Aula Magna – Facoltà di Economia
Viale delle Scienze

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare alla Segreteria organizzativa entro il 10/11/09 con allegato bollettino di pagamento tramite fax o e-mail (scrivere in stampatello)

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ (Prov) _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Città _____ (Prov) _____

Professione _____

Specializzazione _____
(solo per i medici)

C.a.p. _____ Prov. _____

Tel./fax e/cell. _____

E- mail _____

Ai sensi dell'art. 10 legge 675 del 31/12/96 sulla privacy, autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Data _____

Firma _____