



# Modelli di Cure Palliative

CASTELLO DI BENTIVOGLIO **25 marzo 2011**

## Mattino

**ORE 9.30 - 13.00**

### INTRODUZIONE AI LAVORI

GUIDO BIASCO  
*Accademia delle Scienze  
di Medicina Palliativa, Bentivoglio (Bo)*

### LETTURA

**Organizzazione di Cure Palliative  
in Canada e in US**  
EDUARDO BRUERA  
*MD Anderson Cancer Center, Huston Texas*

### TAVOLA ROTONDA

#### Le Cure Palliative in Italia

**Moderatori:**  
GUIDO BIASCO  
*Accademia delle Scienze  
di Medicina Palliativa, Bentivoglio (Bo)*

DANILA VALENTI  
*Fondazione Hospice MT. Chiantore Seragnoli  
Onlus, Bologna*

#### Cure Palliative e bisogno sociale di salute

NADIO DELAI  
*ILESIS Ricerca e Formazione per i Sistemi  
Sanitari, Roma*

#### Organizzazione delle Cure Palliative in Italia

ADRIANA TURRIZIANI  
*SICP - Società Italiana di Cure Palliative,  
Roma*

#### Cure Palliative Pediatriche e il "Progetto Bambino"

MARCELLO ORZALESI  
*Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio  
Onlus, Roma*

#### La applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010

MARCO SPIZZICHINO  
*Ministero della Salute, Roma*

#### Il contesto economico e il terzo settore

STEFANO ZAMAGNI  
*Università degli Studi di Bologna*

## Pomeriggio

**ORE 15.00 - 17.30**

### LETTURA

#### Istruzione e formazione in Medicina Palliativa

EDUARDO BRUERA  
*MD Anderson Cancer Center, Huston Texas*

#### Open Discussion

GUIDO BIASCO, EDUARDO BRUERA,  
DANILA VALENTI

Sede  
del  
Convegno

Castello  
di Bentivoglio  
Via Saliceto 3  
40010 Bentivoglio (Bo)



FONDAZIONE  
HOSPICE  
MARIATERESA  
CHIANTORE SERAGNOLI  
ONLUS

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
Studio E.R. Congressi - Triumph Group  
Via Marconi, 36 - 40122 Bologna  
Tel 051 4210559 - Fax 051 4210174  
ercongressi@triumphgroup.it



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Con il patrocinio  
dell'Associazione  
Italiana di Oncologia  
Medica



Associazione Italiana  
di Oncologia Medica



ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI MEDICINA PALLIATIVA  
RICERCA E FORMAZIONE  
Bentivoglio - Bologna

# Modelli di Cure Palliative

## CASTELLO DI BENTIVOGLIO 25 marzo 2011

Compilare e inviare **entro il 15 marzo 2011**  
alla Segreteria Organizzativa  
Studio E.R. Congressi - Triumph Group  
Via Marconi, 36 - 40122 Bologna  
tel. 051 4210559 - fax 051 4210174  
e-mail [ercongressi@triumphgroup.it](mailto:ercongressi@triumphgroup.it)

Nome .....

Cognome .....

Istituto .....

Professione .....

Disciplina .....

Indirizzo .....

Email .....

Cap ..... Città .....

Tel ..... Fax .....

Indirizzo privato .....

Cap ..... Città .....

Tel ..... Cell .....

**Per il rilascio della fattura indicare:**

Nome Cognome o Ragione Sociale .....

.....

.....

Indirizzo .....

Partita Iva .....

C.F. ....

Il pagamento della quota di €100 (IVA compresa) potrà essere effettuato tramite:

**Bonifico bancario** a favore di Studio E.R. Congressi S.r.l. c/o CASSA DI RISPARMIO DI CESENA, Agenzia n. 29, Largo Caduti del Lavoro 1/A - 40122 Bologna  
Swift code CECRIT 2C

IBAN CODE IT49L 06120 02400 CC 0290002596

**Causale del versamento:**

"Incontro di medicina palliativa"

Si prega di allegare alla scheda di partecipazione copia dell'avvenuto bonifico  
**Carta di credito** (tutti i dati richiesti sono obbligatori)

Visa     Mastercard     American Express

N. Carta di credito .....

CVV (Security Number)

Titolare della carta .....

Data di scadenza .....

Data .....

Firma del titolare .....

Non verranno accettate schede di iscrizione senza il pagamento della quota. Per il rilascio della fattura indicare nell'apposito spazio il numero di Codice Fiscale e P. IVA corrispondente.

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del decreto n. 196/2003 sul trattamento dei dati personali ed in particolare degli artt. 4, 13, 21, 23, 24, 27, 37, 43, 44, 45 e 137, autorizzo lo Studio E.R. Congressi srl e acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Non desidero che i miei dati vengano comunicati a terzi.

Data .....

Firma .....



FONDAZIONE  
HOSPICE  
MARIATERESA  
CHIANTORE SERAGNOLI  
ONLUS

Scheda di adesione