

### PROGETTISTA DEL CORSO

Marco Trucco, *Referente formazione*  
Presidio Sanitario San Camillo di Torino

### RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTE

Giuliano Mari, *Fisioterapista*

### SEGRETERIA ECM e ORGANIZZATIVA

Alessia Donati

TELEFONO: 0118199555 - 3346151681

FAX: 011 8199431

ORARIO: Lunedì - Venerdì 9.00/17.00

EMAIL:

segreteria.formazione.torino@camilliani.net

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Inviare la scheda di iscrizione allegata al pieghevole alla Segreteria Organizzativa del Presidio Sanitario San Camillo ed effettuare il bonifico a conferma avvenuta

**DESTINATARI:** Il corso è rivolto a tutti i professionisti sanitari

## QUOTA DI PARTECIPAZIONE

240 euro entro il 1 febbraio

300 euro entro il 15 febbraio

360 euro dopo il 15 febbraio

Pagamento attraverso bonifico bancario

Fondazione Opera San Camillo

BANCA INTESA SAN PAOLO

IBAN IT28R0306909606100000073035



PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO

Strada S. Margherita, 136 Torino

Tel. 011 8199.411

Fax. 011 8199.431

[www.sancamillotorino.net](http://www.sancamillotorino.net)

## “BASI DI PNL”

DATE DEL CORSO

12 - 13 MARZO 2022

ORARIO

9.00 - 17.00

SEDE DEL CORSO

Presidio Sanitario San Camillo

Corso ACCREDITATO ECM

Assegnati 14 crediti ECM

Provider Provincia Piemontese Ordine Chierici  
Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani)

## OBIETTIVI DEL CORSO

Basi di PNL è il corso introduttivo per imparare le basi della **Programmazione Neuro-Linguistica** applicata alla comunicazione con te stesso e con i pazienti, e i diversi componenti dell'equipe riabilitativa.

*Cosa rende alcuni professionisti più efficaci di altri?*

La PNL ha trovato le risposte a questa domanda. Durante il corso potrai anche acquisire nuove competenze sulla **moderna leadership** in ambito sanitario e grazie alle esercitazioni mirate ti sarà possibile utilizzare le tecniche, già dal giorno successivo a quello del corso.

In questi due giorni si imparerà a:

- ▶ Incrementare l'efficacia della tua **comunicazione** quando interagisci con gli altri.
- ▶ Gestire meglio il tuo **stato psico-fisico**, per essere sempre al meglio.
- ▶ Aiutare i tuoi pazienti ad avere più benessere con le tecniche di **Programmazione Neuro-Linguistica**.
- ▶ Saper entrare nello **stato che desideri** e/o mitigare stati negativi.
- ▶ Entrare velocemente in **sintonia** con le altre persone.
- ▶ **Motivarsi e motivare** meglio.
- ▶ Utilizzare la PNL per essere **più incisivo** nella tua **comunicazione sanitaria** a tutto campo.
- ▶ Analizzare un progetto partendo da **Vision e Mission aziendale**.

## PROGRAMMA

- ▶ **Il Modeling**: individuare gli ingredienti del successo.
- ▶ **Le presupposizioni di base**: le convinzioni più importanti della PNL nel mondo della salute.
- ▶ **La calibrazione**: come percepire e capire i messaggi nascosti del paziente.
- ▶ **Il livello verbale, paraverbale e non verbale**: i tre livelli della comunicazione.
- ▶ **Il rapport, il ricalco e guida**: come stabilire una comunicazione efficace per avere l'alleanza terapeutica.
- ▶ **V, A, K, O, G**: i cinque sensi nella percezione e organizzazione del mondo e nella comunicazione.
- ▶ **Le submodalità**: le caratteristiche uniche della percezione soggettiva, come usarle per cambiare la realtà in modo positivo.
- ▶ **Gli stati risorsa**: accedere allo stato psico-fisico potenziante per essere un professionista migliore.
- ▶ **Le ancore risorsa**: creare e utilizzare al meglio stimoli che inducono gli stati per il controllo delle emozioni del **fisioterapista** e del **paziente**.

## REGOLAMENTO

1. L'accettazione ed osservanza del seguente regolamento sono condizione obbligatoria per l'ammissione e la frequenza al corso.
2. La Segreteria Organizzativa non risponde del mancato svolgimento del corso sia per il non raggiungimento del numero minimo di partecipanti, sia per cause di forza maggiore, sia per qualsiasi motivo indipendente dalle sue responsabilità.
3. Il versamento della quota d'iscrizione al corso è indipendente dall'ottenimento dei Crediti Formativi del programma ECM.
4. L'iscrizione al corso non è in alcun caso restituibile, salvo in caso di annullamento del corso. È prevista la possibilità di farsi sostituire da altra persona che abbia i requisiti per la frequenza del corso.
5. L'allievo è tenuto alla puntualità, al rispetto dell'orario del corso e alla presenza in aula a tutte le ore di formazione. Si ricorda che l'orario dichiarato sulla piattaforma ECM viene totalmente accreditato, pertanto ogni ritardo o variazione di orario può far invalidare il corso per il singolo operatore oppure il corso completo.
6. Durante le lezioni il partecipante è tenuto ad un comportamento corretto nei confronti dei docenti e dei colleghi. Un comportamento che turbi il regolare svolgimento delle lezioni è motivo di allontanamento dall'aula senza che il partecipante abbia diritto ad alcun tipo di rimborso.
7. Il partecipante che, per sua negligenza o altre cause dirette o indirette, causerà danni a cose e/o persone, è tenuto al risarcimento civile e penale.
8. Vi possono essere dei corsi nei quali il partecipante sarà coinvolto dal docente nell'esercizio delle manovre pratiche sia come operatore che come paziente. Nel caso in cui non possa essere sottoposto, come paziente, ad alcune o tutte le manovre pratiche previste nel programma del corso deve darne preventiva comunicazione scritta alla Segreteria che avviserà il docente del corso.
9. Il materiale didattico non può essere riprodotto ed è proibito fare fotografie e/o filmati e/o registrazioni audio durante le lezioni se non espressamente consentito dal docente e dai partecipanti.

DATA

FIRMA

## SCHEMA DI ISCRIZIONE

**Basi di PNL per professionisti sanitari**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (Via/piazza) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

PROFESSIONISTA  STUDENTE

DATI PER FATTURAZIONE (se diversi)

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

Ente Pubblico S I NO

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (Via/piazza) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_

CODICE UNIVOCO (SDI) \_\_\_\_\_

*PRIVACY - Acquisizione del consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni. Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, autorizza il trattamento dei propri dati identificativi e personali.*

FIRMA PER ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_

