

#### PROGETTISTA DEL CORSO

Marco Trucco, *Fisioterapista*  
Presidio Sanitario San Camillo di Torino

#### RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTE

Giuliano Mari, *Fisioterapista*

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Marco Trucco, *Fisioterapista*  
Presidio Sanitario San Camillo di Torino

#### SEGRETERIA ECM e ORGANIZZATIVA

Giorgina Giolito e Alessia Donati

TELEFONO: 0118199567 - 0118199555

FAX: 011 8199431

ORARIO: Lunedì - Venerdì 9.00/13.00

EMAIL: [segreteria.formazione@h-sancamillo.to.it](mailto:segreteria.formazione@h-sancamillo.to.it)

#### 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 20 settembre

300 euro entro il 30 ottobre

360 euro dopo il 30 ottobre

Pagamento attraverso bonifico bancario

Fondazione Opera San Camillo

BANCA PROSSIMA S. P. A.

IBAN IT72V0335901600100000073035



PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO

Strada S. Margherita, 136 Torino

Tel. 011 8199.411

Fax. 011 8199.431

[www.h-sancamillo.to.it](http://www.h-sancamillo.to.it)

#### “BASI DI PNL”

DATE DEL CORSO

30 NOVEMBRE 2019

1 DICEMBRE 2019

ORARIO

9.00 - 17.00

SEDE DEL CORSO

Presidio Sanitario San Camillo

Corso ACCREDITATO ECM

Provider Presidio Sanitario San Camillo

## 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**.

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Basi PNL

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  SI  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

