

PROGETTISTA DEL CORSO

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

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dott.ssa Elena Magli, *Psicologa*
Presidio Sanitario San Camillo di Torino

DOCENTI

Enea Fillimberti, *Psicologo clinico, psicoterapeuta, analista del comportamento e psicologo dello sport. Socio ACBS e Membro Direttivo ACT-Italia. Membro della Società Italiana degli Analisti del Comportamento in campo Sperimentale e Applicato - SISCA*

Giovambattista Presti, *Medico, psicoterapeuta e professore associato all'Università Kore di Enna. Past President dell'Association for Contextual Behavioral Science - ACBS*

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

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Inviare la scheda di iscrizione allegata al pieghevole alla Segreteria Organizzativa del Presidio Sanitario San Camillo

DESTINATARI: *Il corso è rivolto a psicologi, psicoterapeuti, medici*

Numero massimo di partecipanti: 30

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

250,00 euro entro il 15/02/2020
275,00 euro dopo il 15/02/2020

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

“L'ACCEPTANCE & COMMITMENT THERAPY IN CONTESTO CLINICO SANITARIO”

DATE DEL CORSO

14 - 15 MARZO 2020

ORARIO

9.30 - 17.30

SEDE DEL CORSO

Presidio Sanitario San Camillo

Corso ACCREDITATO ECM

Provider Presidio Sanitario San Camillo

CON IL PATROCINIO DI



PRESENTAZIONE DEL CORSO

L'Acceptance and Commitment Therapy - ACT - fa parte di un più ampio insieme di **psicoterapie cognitive comportamentali di terza generazione**, sostenute da solidi dati empirici in molti settori clinici e non. Il suo modello descrive i **processi psicologici chiave** per promuovere la flessibilità psicologica e minare la rigidità che ostacola gli esseri umani ad adattarsi alle sfide della vita e sviluppare un senso di pienezza e soddisfazione nelle proprie esistenze (*Hayes Strosahl & Wilson 1999*).

Il workshop, teorico ed esperienziale, fornirà un' **introduzione al modello ACT** ed alla sua **applicazione nel contesto sanitario**, permettendo ai partecipanti di acquisire **nuove competenze** e portare **cambiamenti immediati nel proprio modo di vedere e fare terapia con il paziente**.

I professionisti che lavorano nel contesto clinico sanitario si trovano a sperimentare **elevati livelli di stress lavoro correlato**, pertanto nel corso delle due giornate saranno anche presentati interventi basati sull'**accettazione** e la **mindfulness** che hanno mostrato risultati significativi in termini di **riduzione dei livelli di stress psicologico** degli operatori, **evitamento esperienziale** ed un **aumento della flessibilità psicologica**, che si mantengono nel tempo (*Biglan et al., 2013; McConachie et al., 2014*).

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- ▶ Cenni su **contestualismo funzionale**, **analisi funzionale del comportamento** e **Relational Frame Theory**;
- ▶ Familiarizzare in **prospettiva ACT** sul **funzionamento psicologico umano**, come i processi psicologici alla base del funzionamento di una normale mente umana possano diventare distruttivi e generare sofferenza;
- ▶ I **sei processi** al cuore dell'**ACT**;
- ▶ **Strategie** esperienziali per:
 - apprendere i **principi base della flessibilità psicologica** e sperimentarne in prima persona i processi fondamentali;
 - apprendere alcune **buone prassi per declinare la flessibilità psicologica** nella propria pratica di aiuto.

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 dall'operatore 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

SCHEDA DI ISCRIZIONE

L'Acceptance & Commitment Therapy in contesto clinico sanitario

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

