

## RESPONSABILE SCIENTIFICO:

DOTT. A. MINERVINO - DIRETTORE D.S.M. -

AZIENDA ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

## DOCENTI:

### Dr. Giampaolo Lai

Medico, Psicoanalista Conversazionalista membro Ordinario della Società Svizzera di Psicoanalisi e della I.P.A., Presidente dell'Accademia delle tecniche conversazionali e Direttore Scientifico della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Conversazionale di Parma, Direttore Responsabile della Rivista online *Tecniche Conversazionali*, [www.tecnicheconversazionali.it](http://www.tecnicheconversazionali.it)

### Dr.ssa Pierrette Lavanchy

Medico, Psicoanalista Conversazionalista membro Ordinario della Società Svizzera di Psicoanalisi e della I.P.A., Direttore Training Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Conversazionale di Parma, Capo Redattore della Rivista online *Tecniche Conversazionali*

## POSTI DISPONIBILI: 30

**COSTO:** gratuito per i dipendenti Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona

Per gli esterni: 300 € Iva esente

Solo per i Soci dell'Accademia delle tecniche conversazionali  
200 € Iva esente

**IL MASTER E' RIVOLTO A:** Medici e Psicologi del DSM

**CREDITI:** Il Corso è in fase di accreditamento con sistema CPD-Lombardo

Per l'acquisizione dei crediti sarà necessario presenziare almeno l'80%.

**MODALITA' DI ISCRIZIONE:** Per gli interni le iscrizioni dovranno essere effettuate compilando il modulo per l'aggiornamento obbligatorio in sede, firmato dal proprio Responsabile mentre per gli esterni è necessario compilare la scheda di iscrizione in ogni sua parte ed inviarla insieme alla copia del pagamento per Fax (0372 405543) o e-mail al seguente indirizzo di posta: ([segreteria.formazione@ospedale.cremona.it](mailto:segreteria.formazione@ospedale.cremona.it)) all'Ufficio Formazione e Aggiornamento entro il 07 Aprile p.v.. Le iscrizioni verranno accolte in ordine di arrivo fino ad esaurimento dei posti disponibili.

### MODALITA' DI PAGAMENTO

Il versamento della quota di iscrizione può essere effettuato con le seguenti modalità:

Bonifico Bancario: Banca Popolare di Cremona—Agenzia di Cremona Viale Trento Trieste 10 IBAN IT 59 w 05512 11403 000000150312 oppure Bollettino Postale: Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona, Servizio Tesoreria Conto corrente postale n° 11532264. Causale di versamento "Master in tecniche Conversazionali"

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Ufficio Formazione e Aggiornamento

Tel. 0372/405185

Fax n°: 0372/405543

Indirizzo e-mail:

[segreteria.formazione@ospedale.cremona.it](mailto:segreteria.formazione@ospedale.cremona.it)



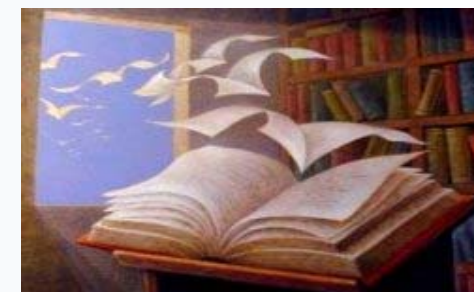
Azienda Ospedaliera

ISTITUTI OSPITALIERI DI CREMONA

Dipartimento di Salute Mentale

# MASTER IN TECNICHE CONVERSAZIONALI

## SECONDA EDIZIONE



In collaborazione

con l'Accademia delle tecniche Conversazionali



SEDE

SALA RIUNIONI

PRESIDIO OSPEDALIERO DI OGLIO PO

Date

9 e 16 APRILE— 04 E 18 GIUGNO 2010

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

### MASTER IN TECNICHE CONVERSAZIONALI

#### PREMESSA:

Nelle varie tecniche di terapia l'uso della parola resta centrale ma la competenza a questo proposito non è sempre oggetto di formazione.

L'Accademia delle Tecniche Conversazionali fondata e diretta da Giampaolo Lai ha costruito un campo di ricerca che ha preso il nome di Conversazionalismo.

Il Conversazionalismo mette la parola al centro delle proprie tecniche.

## PROGRAMMA

### 09 APRILE

**DALLE 10,30 ALLE 16,30**

*Il Conversazionalismo*

*Caso clinico*

*Gli indicatori testuali*

*Caso clinico*

### 16 APRILE

**DALLE 10,30 ALLE 16,30**

*Scommesse, profezie, probabilità nei mercati di parola*

*Caso clinico*

*Asimmetria epistemica*

*Caso clinico*

### 04 GIUGNO

**DALLE 10,30 ALLE 16,30**

*Gli incentivi nel mercato della parola*

*Caso clinico*

*Incentivi virtuosi e incentivi perversi nella conversazione asimmetrica*

*Caso clinico*

### 18 GIUGNO

**DALLE 10,30 ALLE 16,30**

*Clinica conversazionale*

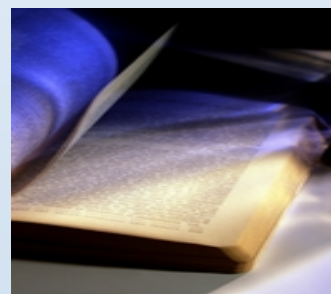
*Caso clinico*

*Tecniche conversazionali*

*Caso clinico*

*Compilazione del questionario di*

*apprendimento e gradimento ECM*



### MASTER IN TECNICHE CONVERSAZIONALI

**9 Aprile—16 Aprile—04 Giugno—18Giugno 2010**

**Compilare e spedire via mail o via fax**

**entro il 07 Aprile 2010**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a/il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Ai sensi e per effetti del Decreto Legislativo n° 196 del 30/06/2003 il sottoscritto autorizza il trasferimento dei propri dati personali al Ministero della Salute allo scopo di poter partecipare al Programma di Accreditamento ed Aggiornamento professionale previsto dalla legge. I dati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati