

## PIANO FORMATIVO 2016

### MODALITA' RELAZIONALI NEL QUOTIDIANO PROFESSIONALE

#### DATA

Moduli da 2 ore x 7 incontri da maggio a dicembre 2016

17/05/2016

28/06/2016

06/09/2016

27/09/2016

18/10/2016

29/11/2016

13/12/2016

#### SEDE

UOC Medicina Riabilitativa Infantile

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

Corte Roncati, via S. Isaia 90 - Bologna

#### IL FORMAT

Il progetto si compone di 7 moduli da 2 ore ciascuno nei quali con modalità esclusivamente interattiva di role palying, il conduttore/docente porterà un argomento sul quale ciascun discente dovrà esprimere il proprio parere. Le dinamiche relazionali che scaturiranno saranno oggetto loro stesse di riflessione.

#### RESPONSABILE SCIENTIFICO

Vincenzo Caporaso: Vice Presidente della cooperativa sociale COMEFO. Psicologo, Psicoterapeuta a orientamento sistemico, Supervisor Counselor – Trainer Counselor accreditato AssoCounseling

#### DOCENTE

Vincenzo Caporaso: Vice Presidente della cooperativa sociale COMEFO. Psicologo, Psicoterapeuta a orientamento sistemico, Supervisor Counselor – Trainer Counselor accreditato AssoCounseling

#### RAZIONALE

Ognuno di noi, oltre ad essere un professionista, è un essere umano dotato di storia, esperienze, competenze, idee sul mondo e sul come questo funzioni. Idee su se stessi.

Quindi, in ogni nostro scambio relazionale, anche in rapporto al contesto in cui questo avviene, ognuno di noi mette in atto comportamenti che sono guidati dalla combinazione di tutti quegli aspetti di cui sopra.

In una équipe di lavoro può essere complesso riuscire a trovare i modi e le parole per condividere una linea comune: a volte si ha la sensazione di dover rinunciare ad un proprio "pezzo di storia"

Questo corso strutturato in un ciclo di incontri si basa sulla scelta condivisa di parole-chiave che sono ritenute importanti nella relazione all'interno del gruppo di lavoro e/o con l'utenza e su queste verrà costruito un dialogo basato sul confronto e sullo scambio di ruoli. Potranno essere utilizzati anche degli input audio/video e piccole esercitazioni/stimolo.

Lo scopo ultimo è "imparare" a condividere i significati per trovare più risposte possibili (per noi tutti) alla stessa situazione.

#### OBIETTIVI GENERALI DEL FORMAT

- Accrescimento professionale degli operatori sanitari coinvolti
- Miglioramento del lavoro d'équipe nel progetto riabilitativo complessivo

#### OBIETTIVO FORMATIVO

Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure (12)

#### DURATA EFFETTIVA DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA (n. ore totali)

L'impegno globale previsto per ogni discente è di 14 ore tutte di formazione interattiva

**CREDITI FORMATIVI ECM: 21**

**DESTINATARI DELLA FORMAZIONE**

Iscrizione a numero chiuso per un massimo di 12 discenti

**PROFESSIONI e DISCIPLINE**

Medico chirurgo: Medicina fisica e riabilitazione; Neuropsichiatria infantile; Ortopedia e traumatologia; Chirurgia pediatrica  
Fisioterapista  
Terapista occupazionale  
Infermiere professionale

**METODOLOGIA**

Role playing

**MODALITÀ OPERATIVE**

Incontri da 2 ore su un tema preordinato su cui discutere e scambiarsi i ruoli

**SPONSOR:**

Evento non sponsorizzato

**MODALITÀ DI ISCRIZIONI**

Iscrizione diretta da parte del partecipante tramite quota di iscrizione

**METODO DI VERIFICA**

Prova scritta su tematiche specifiche trattate nel corso

**CERTIFICAZIONE ECM**

I crediti saranno rilasciati ai partecipanti che avranno partecipato al 100% del corso e che abbiano compilato secondo norma ECM: la prova d'esame scritta, il questionario relativo al gradimento e il questionario relativo alla rilevazione dei fabbisogni formativi.

**VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ**

I questionari permettono di sondare aspetti importanti quali:

- rilevanza del programma proposto rispetto alle esigenze formative della categoria;
- qualità del programma formativo e dei docenti;
- efficacia ed impatto della formazione ricevuta sulla propria professione;
- qualità dell'organizzazione e dei tempi di svolgimento;
- eventuale percezione di interessi commerciali

**RILEVANZA DEI BISOGNI FORMATIVI**

È indispensabile raccogliere direttamente dai discenti le indicazioni sulle necessità di aggiornamento e sui fabbisogni formativi della categoria sanitaria di appartenenza. Tali indicazioni saranno ulteriormente validate attraverso un'attenta analisi e studio da parte del board scientifico per la definizione del piano formativo dell'anno successivo.

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**



Daria Piazzi

Via Nazionale 191 – 40065 Pianoro (BO)

Cell. 347 6603135 Fax 051 0922345

[www.percorsieformazione.com](http://www.percorsieformazione.com)

e-mail: [info@percorsieformazione.com](mailto:info@percorsieformazione.com)

**PROVIDER ECM**

Project & Communication Srl

Provider Standard n. 81

Strada Maggiore 31 - 40125 Bologna

[www.project-communication.it](http://www.project-communication.it)

e-mail: [ecm@projcom.it](mailto:ecm@projcom.it)

Tel. 051 273168 - Fax 051 74145344

## PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL CORSO

### MODALITA' RELAZIONALI NEL QUOTIDIANO PROFESSIONALE conduce Vincenzo Caporaso

- 17 maggio** 11.30-13.30  
Aspetti professionali che connotano il contesto
- 28 giugno** 11.30-13.30  
La gestione dei disaccordi e dei conflitti
- 6 settembre** 11.30-13.30  
La gestione della rabbia
- 27 settembre** 11.30-13.30  
Affrontare la complessità, sostenere l'incertezza
- 18 ottobre** 11.30-13.30  
Gestire le emozioni per una professionalità umanizzata
- 29 novembre** 11.30-13.30  
Valorizzare le differenze usandole come risorsa
- 13 dicembre** 11.30-13.30  
La capacità del team di guardarsi in prospettiva



## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Cognome/Nome **Caporaso Vincenzo**  
Indirizzo Via Trieste, 13 – Casalecchio di Reno (BO) – 40033  
Telefono(i) 3482228944  
E-mail [vcaporaso@quaero.it](mailto:vcaporaso@quaero.it)  
Codice Fiscale CPRVCN64M071703X  
Cittadinanza ITALIANA  
Luogo e Data e di Nascita SETTIMO TORINESE (TO) IL 07/08/1964  
Sesso M

**Occupazione  
desiderata/Settore  
professionale** LIBERO PROFESSIONISTA

### Esperienza professionale

Data DAL 01.12.1998 ad oggi  
Lavoro o posizione ricoperti LIBERO PROFESSIONISTA  
Principali attività e responsabilità  
Nome e indirizzo del datore di lavoro LIBERO PROFESSIONISTA  
Tipo di attività o settore FORMAZIONE – CLINICA - SUPERVISIONE

Data  
Lavoro o posizione ricoperti  
Principali attività e responsabilità  
Nome e indirizzo del datore di lavoro  
Tipo di attività o settore

### Istruzione e formazione

Data **17/03/1989**  
Titolo della qualifica rilasciata LAUREA PSICOLOGIA  
Principali tematiche/competenza professionali possedute COMUNICAZIONE RELAZIONE GESTIONE DEI TEAM  
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione UNIVERSITA' LA SAPIENZA DI ROMA

**Capacità e competenze personali**Madrelingua **ITALIANA**Altre lingue **INGLESE**

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

**Inglese****Francese (no)****Tedesco (no)**

Comprensione				Parlato				Scritto	
Ascolto		Lettura		Interazione orale		Produzione orale			
C1	Utente avanzato	C1	Utente avanzato	B2	Utente autonomo	B2	Utente autonomo	C1	Utente avanzato
A1	Utente base	A2	Utente base	A2	Utente base	A1	Utente base	A1	Utente base
A2	Utente base	A2	Utente base	A1	Utente base	A1	Utente base	A1	Utente base

(\*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue

Capacità e competenze tecniche -----

Capacità e competenze informatiche

- ALTE. PACCHETTO OFFICE PER SISTEMI WINDOWS E APPLE – PRODUZIONE E GESTIONE SITI WEB

Capacità e competenze organizzative

- ALTE

Capacità e competenze sociali

HO MOLTI AMICI

Capacità e competenze artistiche

CANTO

Patente

B

**Ulteriori informazioni**

*Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali.*

*Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.*

*Infine, il sottoscritto autorizza la pubblicazione dei dati personali nell'applicazione ECM.*

Luogo, data BOLOGNA\_04\_04\_16

Firma: \_\_\_\_\_

