

## CENSIMENTO NAZIONALE SICP: PSICOLOGI IN CURE PALLIATIVE

Regione \_\_\_\_\_

**Da compilare cortesemente al pc e restituire via e-mail a:**

- Referente Regionale del progetto per la propria regione (vedi elenco Referenti Regionali)
- Referenti Nazionali del progetto (silvia.varani@ant.it; roberta.vecchi@pinetadelcarso.it)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### LAUREA

- Psicologia
- Filosofia
- Medicina
- Pedagogia
- Altro \_\_\_\_\_

### SPECIALIZZAZIONE

- Analitica
- Cognitivo-comportamentale
- Costruttivista
- Gestaltica
- Psicoanalitica
- Sistemico relazionale
- Non specializzato
- Iscritto al ..... di specializzazione
- Equiparazione art.35 L.56/89
- Altro \_\_\_\_\_

### SOCIO SICP

- sì       no

Se sì       meno 3 anni       da 3 a 6 anni       da 6 a 10 anni       più di 10 anni

Iscritto ad altre Società Scientifiche       sì       no

Se sì quali ? \_\_\_\_\_

### ORE SETTIMANALI DEDICATE ALLE CURE PALLIATIVE

- meno di 10 ore       da 10 a 15 ore       più di 15 ore

**Da tuo punto di vista sono**

- sufficienti                       Insufficienti

**Se non lavora a tempo pieno in cure palliative, dove svolge la propria attività di psicologa (extra cure palliative)?**

- UO Psicologia Ospedaliera  
 UO Psicologia Territoriale  
 Dipartimento universitario (ricerca/docenza/clinica)  
 Pubblica amministrazione (Servizi comunali, ecc)  
 Attività di psicoterapia in studio privato  
 Altro \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA CONTRATTUALE**

- Dipendente a tempo pieno  
 Dipendente a tempo determinato  
 Libero professionista  
 Borsista  
 Contrattista  
 Frequentatore volontario  
 Altro \_\_\_\_\_

**Il compenso economico percepito proviene da:**

- ASL/Ospedale o altro ente pubblico  
 Associazione/Fondazione o altro ente privato  
 Non percepisco alcun compenso  
 Altro \_\_\_\_\_

**SETTING** (risposta multipla)

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Unità Cure Palliative                              | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Ambulatorio Cure Palliative                        | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Day Hospital Cure Palliative                       | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Ambulatorio Simultaneous Care                      | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Hospice  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Unità Cure Palliative Domiciliari                  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Unità Cure Palliative Pediatriche                  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Ambulatorio Cure Palliative Pediatriche            | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Day Hospital Cure Palliative Pediatriche           | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Hospice pediatrico                                 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Unità Cure Palliative Pediatriche Domiciliari      | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |                             |                             |

**AMBITI DI INTERVENTO** (risposta multipla)

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Colloqui pazienti  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Colloqui familiari   | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Elaborazione del lutto post assistenza                                 | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Lavoro in équipe   | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Supervisione all'équipe<br>(diversa rispetto a quella di appartenenza) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Supervisione all'équipe (di appartenenza)                              | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

<b>Attività formativa alla propria equipe</b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<b>Se sì:</b>		
Attraverso la discussione dei casi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Attraverso l'attività didattica	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Altro (specificare) _____		
<b>Attività con volontari</b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<b>Se sì:</b>		
Selezione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Formazione iniziale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Formazione continua	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Altro (specificare) _____		
<b>Altre attività</b>	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<b>Se sì:</b>		
Ricerca	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Insegnamento	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Segreteria scientifica	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Relazioni congressi/seminari	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Altro (specificare) _____		

Eventuali commenti e /o osservazioni relative alla propria attività di psicologo in CP e/o CPP

---



---



---

Grazie per la collaborazione  
*Silvia Varani e Roberta Vecchi*

**La preghiamo, dopo aver compilato la scheda di censimento, di individuare qui di seguito il Suo referente regionale e di inviare la scheda sia alla sua e-mail sia ai referenti nazionali del progetto (silvia.varani@ant.it; roberta.vecchi@pinetadelcarso.it)**

**ELENCO REFERENTI REGIONALI DEL PROGETTO**  
**“Censimento nazionale SICP - Psicologi in cure palliative: Costruiamo la squadra”**

<b>ABRUZZO</b>	SARA PURIFICATO	sarapurificato@virgilio.it
<b>BASILICATA</b>	TIZIANA TARTAGLIA	tiziana_tartaglia@libero.it
<b>CALABRIA</b>	ANTONELLA COSTANTINO	antonellacostantino@libero.it
<b>CAMPANIA</b>	CIRA FORTE	dottcira@alice.it
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	SILVIA VARANI	silvia.varanti@ant.it
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	ROBERTA VECCHI	roberta.vecchi@pinetadelcarso.it
<b>LAZIO</b>	SARA PURIFICATO	sarapurificato@virgilio.it

<b>LIGURIA</b>	SILVIA DI LEO	silviadileo71@yahoo.it
<b>LOMBARDIA</b>	FEDERICA AZZETTA	fazzetta@hospicediabbiategrasso.it
<b>MARCHE</b>	CARLO BRUNORI	carlo.brunori@alice.it
<b>MOLISE</b>	SARA PURIFICATO	sarapurificato@virgilio.it
<b>PIEMONTE</b>	ANNA PORTA	gariporta@libero.it
<b>PUGLIA</b>	MARIA IOSSA	maria_iossa@libero.it
<b>SARDEGNA</b>	CHANTAL LUSSU	chantal.lussu@libero.it
<b>SICILIA</b>	DAVIDE NICOLA GIRELLI	nicola.davide@libero.it
<b>TOSCANA</b>	SILVIA PERUZZI	peruzzisilvia@yahoo.it
<b>TRENTINO ALTO ADIGE</b>	MARA MARCHESONI	marapsico_77@yahoo.it
<b>UMBRIA</b>	LAURA BERRETTA	l_berretta@yahoo.it
<b>VALLE D'AOSTA</b>	ALESSANDRO FUSARO	Fusaro.alessandro@libero.it
<b>VENETO</b>	SAMANTHA SERPENTINI	samatha.serpentini@aslbassano.it

---