



ISTITUTO COMPRENSIVO CASALI DEL MANCO 1
Via Cappuccini, snc - 87059 CASALI DEL MANCO (CS)
Codice Fiscale 80007350780
Tel.0984/436048
csic856006@istruzione.it
csic856006@pec.istruzione.it
www.iccasali1.edu.it

Prot. N. 678/ V.7

Casali del Manco, 24/02/2021

A tutto il personale scolastico
Ai genitori
Agli alunni

OGGETTO: SUPPORTO PSICOLOGICO E SPORTELLO DI ASCOLTO – DOTT.SSA BENEDETTA AQUINO

In questo periodo di emergenza sanitaria i principali obiettivi sono la prevenzione e l'intervento, sul singolo e sul gruppo, dei disagi, ansia e stress legati al covid-19 insieme alla promozione del benessere psicologico e della salute.

Che cos'è questo intervento?

È uno spazio di ascolto e intervento gratuito, aperto a genitori, alunni e personale scolastico.

Chi se ne occupa?

Uno psicologo iscritto all'albo.

Quali sono gli obiettivi perseguiti?

- ✓ Fornire un supporto psicologico rivolto al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie, per rispondere ai traumi e ai disagi derivati dall'emergenza COVID-19;
- ✓ avviare un sistema di assistenza e supporto psicologico per prevenire l'insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico tra gli studenti delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado;
- ✓ **per gli alunni** per prevenire fenomeni legati alla dispersione scolastica, alla prevenzione o intervento sul disagio personale, sociale o familiare, sul malessere emotivo o su uno stato di crisi, a prevenire o intervenire su fenomeni di bullismo o cyberbullismo, difficoltà nello studio, orientamento scolastico;
- ✓ **per i genitori** per prevenire aggressività o conflitti intrafamiliari, stili comunicativi disfunzionali, per prevenire o intervenire sulle competenze genitoriali inadeguate;
- ✓ **per gli insegnanti** per prevenire disagi lavorativi e malesseri che potrebbero sfociare in una sindrome da burnout, a fare prevenzione o intervento sugli stili comunicativi, lavorando sulla relazione educativa e sull'ascolto attivo.

Quali attività si svolgono all'interno dello sportello?

- consulenze individuali rivolte ad alunni, genitori, personale scolastico;

- attività di gruppo finalizzate alla formazione-informazione, somministrazione di questionari, attività in classe (discussione in cerchio, drammatizzazione, attività espressive o ludiche), incontri scuola famiglia.

Cosa è necessario fare prima di accedere alle attività in classe o individuali?

Per le attività in classe è necessario che gli alunni, al primo incontro, abbiano **il consenso informato firmato da entrambi i genitori** fornito alla scuola dal professionista. **(MODELLO S)**

Per le consulenze individuali entrambi i genitori dovranno accompagnare l'alunno all'incontro e firmare in presenza del professionista il consenso informato. **(MODELLO SP)**

Per gli adulti sarà necessario prendere visione e firmare il consenso informato in sede di primo colloquio.

Cosa non si può fare all'interno dello sportello?

Non si può fare psicoterapia o diagnosi, perciò qualora il professionista ravvisi l'esigenza, da parte della persona, di avere interventi di questo tipo sarà sua cura inviare la persona presso i servizi territoriali.

Come si accede alle consulenze individuali?

Si accede previa prenotazione all'indirizzo email sportellodiascolto@iccasali1.edu.it Dott.ssa Benedetta Aquino.

La dott.ssa Aquino incontra in videoconferenza i genitori per presentare il progetto, il link sarà comunicato attraverso email e/o gruppi whatsapp.

Genitori alunni Scuola Infanzia Primaria	giovedì 4 marzo 2021	dalle 17:00 alle 18:00
Genitori alunni Scuola Secondaria	giovedì 4 marzo 2021	dalle 18.15 alle 19.15

Si accede alla Meet attraverso l'account del/la proprio/a figlio/a con estensione [@iccasali1.edu.it](https://www.iccasali1.edu.it).

Il Dirigente Scolastico
Dr. Andrea Codispoti

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c.2 D.Lgs n. 39/93

Titolare del trattamento dei dati personali: DOTT.SSA AQUINO BENEDETTA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi degli artt. 6,7,9 del Regolamento UE 2016/679)

RICHIESTA DEL SERVIZIO DELLO PSICOLOGO SCOLASTICO

FINALITA'

Il presente modello è finalizzato all'acquisizione del consenso al trattamento dati nell'ambito della seguente prestazione richiesta dall'interessato: **utilizzo del servizio "Psicologo scolastico"** messo a disposizione dal titolare del trattamento, avvalendosi di figure professionali esterne specificamente incaricate e autorizzate. Il servizio sarà erogato nei locali del titolare del trattamento o attraverso modalità telematiche, con gli strumenti necessari e ritenuti più opportuni in base alle necessità. I dati saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di attività e adempimenti connessi alla finalità e al servizio erogato. Il servizio può prevedere la presenza del minore non accompagnato (autorizzato dal genitore) in seduta con lo specialista psicologo, in relazione alle valutazioni dell'esperto circa le problematiche da affrontare con il minore.

Il/I sottoscritto/i:

Cognome e nome	
Profilo (docente, genitore, alunno maggiorenne, ass. amm., coll. scol., altro)	

Dell'alunno minore (compilare quando previsto):

Cognome e nome				
Classe		Plesso		Anno scol.

- Acquisite le informazioni di cui all'informativa sul trattamento dati (art. 13 GDPR) (pubblicata integralmente sul sito web della scuola e/o reperibile in segreteria e allegata in forma sintetica) di cui è stata presa visione;
- informato/i e consapevole/i di quanto sopra specificato;
- consapevole/i che il trattamento è effettuato dalla scuola nell'ambito delle finalità specificate e su richiesta dell'interessato;
- consapevole che la mancanza del consenso comporta l'impossibilità, da parte del titolare, di erogare il servizio specificato;
- informato/i del proprio diritto alla revoca del consenso (che non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso precedentemente espresso).

CONFERISCE NON CONFERISCE

il proprio consenso al trattamento dei dati comuni e delle categorie particolari di dati da parte dello Psicologo scolastico, nelle modalità e forme previste, funzionale al perseguimento delle finalità, per tutelare gli interessi e garantire i diritti dell'interessato (anche dell'eventuale alunno minorenne di cui il richiedente ha la potestà genitoriale). Il mancato consenso comporta l'impossibilità, per il Titolare del trattamento, di fornire il servizio previsto nelle finalità.

Informativa semplificata

L'interessato dichiara di essere informato che il titolare del trattamento, e i dipendenti autorizzati, trattano i dati personali per **adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare e/o per l'esecuzione dei propri compiti e/o perché l'interessato ha espresso il proprio consenso per una o più specifiche attività (art. 6 GDPR)**. I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato e/o presso altri enti pubblici. Il trattamento è effettuato secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza nei confronti dell'interessato e trattati compatibilmente con le finalità del trattamento. I dati sono adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità ed eventuali loro comunicazioni sono effettuate dal titolare per i soli dati consentiti e per le sole finalità istituzionali obbligatorie; sono conservati per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati (art. 5 GDPR). L'interessato può esercitare i propri diritti (artt. da 15 a 22 del GDPR) nelle modalità previste, direttamente presso il Titolare e i suoi uffici a ciò preposti. **Il titolare adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio (art.32 GDPR)**. Sul sito web della scuola e/o presso gli uffici amministrativi è reperibile l'informativa integrale sul trattamento dati, di cui l'interessato può prendere visione.

Il/la sottoscritto/a, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma

Consenso informato sanitario in psicologia scolastica

VERSIONE PER PERSONE MINORENNI

Esercente responsabilità genitoriale (padre) oppure tutore

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Esercente responsabilità genitoriale (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
C.F.	
Mobile	
E-mail	

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ sono informati sui seguenti punti in merito al trattamento sanitario sostegno psicologico nei confronti del figlio _____ C.F.: _____ da parte della Dott.ssa **BENEDETTA AQUINO** **Psicologa/Psicoterapeuta**, iscrizione Albo professionale degli **Psicologi della Calabria** n. **1666**

In caso di sostegno psicologico:

1. il sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore equilibrio psichico personale;
2. lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico della durata di _____, con frequenza da concordare in base alla complessità del trattamento psicologico;
3. potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione in ambito psicologico, inclusi test psicologici;
4. il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;

oppure per le prestazioni erogate a distanza:

7.1 la prestazione psicologica verrà erogata a distanza attraverso lo strumento **MEET/WhatsApp/telefono** (indicare se telefono, Skype, Zoom ecc.);

7.2 Il professionista sanitario si impegna a fornire la strumentazione adeguata e affidabile e di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore.

7.3 Durante la prestazione a distanza, il professionista si impegna a situarsi in spazi riservati in cui non sono presenti soggetti terzi e a disattivare qualsiasi altra funzione della strumentazione in uso al fine di evitare interferenze e/o interruzioni della prestazione. Medesimo impegno per conto della persona minorenni da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela. Il professionista e chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela si impegnano a garantire il miglior segnale telefonico/migliore connessione internet.

6. Il professionista sanitario può valutare ed eventualmente proporre l'interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall'intervento e non è ragionevolmente prevedibile che ve ne saranno dal proseguimento dello stesso. Se richiesto può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi.

Gli esercenti della responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi:

Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____ o il
tutore Sig./Sig.ra _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, presta/prestano
il consenso informato sanitario al trattamento psicologico nei confronti di

Luogo e data

Firma esercenti responsabilità genitoriale

Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____

Firma tutore

Sig./Sig.ra _____