

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI VIALE LIBERTA'

Scuole dell' Infanzia "S. Maria delle Vigne" - "C. Corsico"

Scuole Primarie "E. De Amicis" - "A. Botto"

Scuola Secondaria di Primo Grado "G. Robecchi"

Viale Libertà, 32 – 27029 Vigevano (PV) Tel. 0381/42464 - Fax 0381/42474

e-mail pvic83100r@istruzione.it - Pec: pvic83100r@pec.istruzione.it

Sito internet: www.icvialelibertavigevano.edu.it

Codice Fiscale 94034000185 –

Codice Meccanografico: PVIC83100R



Circ. n. 242

Vigevano, 22 aprile 2022

Ai genitori e agli alunni
Ai docenti e al personale ATA
Atti
Sito web

Oggetto: Sportello di Ascolto Psicologico finalizzato a "supportare il personale delle istituzioni scolastiche statali, gli studenti e le famiglie attraverso servizi professionali per l'assistenza e il supporto psicologico in relazione alla prevenzione e al trattamento dei disagi e delle conseguenze derivanti dall'emergenza epidemiologica da COVID-19 [...] e per fornire assistenza psicologica anche agli studenti e alle famiglie ucraini il cui disagio connesso all'emergenza epidemiologica è stato pesantemente aggravato dagli eventi bellici patiti."

Si informano le famiglie e il personale dell'Istituto che anche in questo anno scolastico caratterizzato dall'emergenza Covid19, come previsto dalla **nota** del Ministero dell'Istruzione **prot. n. 9584 dell'8 marzo 2022**, l'Istituto Comprensivo di viale Libertà ha deciso di **incrementare le attività di sportello** estendendole anche alla **scuola dell'infanzia e alla scuola primaria** e aprendole di fatto **a tutte le famiglie, a tutti gli studenti e a tutto il personale del nostro istituto (docenti e personale ATA)**.

A fianco dello Sportello Ascolto garantito dal Comune di Vigevano è stato attivato un progetto specifico che risponde all'emergenza Covid19 e non solo, **"SPAZIO DI ASCOLTO E DI DIALOGO PER UNA SCUOLA CHE PROMUOVE IL BENESSERE"**, gestito dalla **dott.ssa Cristina Maltese**.

Il dott. Johnmarco Scupelli, assegnatario dell'incarico da parte del Comune di Vigevano, sarà presente presso la scuola secondaria di primo grado "G. Robecchi", come di consueto.

La **dott.ssa Cristina Maltese** sarà presente di norma presso la **scuola secondaria "G. Robecchi"** nella **mattinata di giovedì**, nel locale dedicato, ma potrà prendere in carico situazioni specifiche e fare sportello anche per i plessi di **scuola primaria** e dell'**infanzia** su richiesta concordando la modalità.

DESTINATARI

- Per la scuola secondaria, il dott. Scupelli e la dott.ssa Maltese effettueranno sia interventi sulle classi (a richiesta degli insegnanti) sia interventi su casi singoli: gli interventi individuali saranno attivabili su richiesta dei genitori, del personale scolastico oppure su prenotazione da parte degli studenti previa Autorizzazione dei genitori da consegnare al Coordinatore. (Vedi Allegato 1)
- Per la scuola primaria e per la scuola dell'infanzia, la dott.ssa Maltese effettuerà sia interventi sulle classi (a richiesta degli insegnanti) sia interventi a richiesta di genitori e

personale scolastico su casi singoli. Gli interventi individuali sugli alunni saranno sempre avviati su richiesta delle famiglie.

Si ricorda che gli psicologi operano nel pieno rispetto della privacy e della deontologia professionale che prevede il segreto professionale. Per accedere al servizio è necessario compilare il **Modulo per la prestazione professionale psicologica da consegnare alla professionista. (Vedi Allegati 2 e 3)**

FINALITÀ E OBIETTIVI

Il servizio di sportello psicologico deve:

- Fornire un supporto psicologico (sportello e incontri) agli studenti, ai genitori e al personale della scuola per rispondere ai traumi e ai disagi derivanti dall'emergenza Covid-19, specialmente in relazione all'età evolutiva degli studenti
- Offrire uno spazio di ascolto e di supporto in un'ottica di sostegno alla crescita degli studenti in relazione alle condizioni di disagio che possono presentarsi nella fase dell'età evolutiva della crescita, tenuto anche conto del particolare periodo, anche per migliorare il benessere psicofisico
- Prevenire, affrontare le problematiche, i conflitti e disagi tipici dell'età infantile, preadolescenziale e adolescenziale inerenti al rapporto studente/docente e studente/genitore e prevenire la dispersione scolastica, stimolando comportamenti inclusivi
- Prevedere incontri di formazione e informazione tra genitori, insegnanti e studenti anche per contribuire a facilitare la comunicazione e la qualità della convivenza tra le diverse componenti scolastiche nella comunità scolastica.

MODALITÀ

Gli incontri con gli alunni avvengono di norma in presenza in orario curricolare nel rispetto del Protocollo anti contagio da Covid-19. Lo sportello con genitori e personale della scuola potrà essere svolto anche **on line** su piattaforma Google Meet secondo accordi presi con la psicologa.

Per i GENITORI e il PERSONALE SCOLASTICO è possibile prendere un appuntamento con la Dott.ssa Cristina Maltese scrivendo alla mail psic.maltese@icvialelibertavigevano.edu.it

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Giovanna Montagna (*)

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate e sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

Allegato 1 - Autorizzazione dei genitori

Allegato 2 - Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

Allegato 3 - Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a maggiorenni



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VIALE LIBERTA'

Scuole dell' Infanzia "S. Maria delle Vigne" - "C. Corsico"
Scuole Primarie "E. De Amicis" - "A. Botto"
Scuola Secondaria di Primo Grado "G. Robecchi"
Viale Libertà, 32 - 27029 Vigevano (PV)
Tel. 0381/42464 - Fax 0381/42474
e-mail pvic83100r@istruzione.it - Pec: pvic83100r@pec.istruzione.it
Site internet: www.icvialelibertavigevano.edu.it
Codice Fiscale 94034000185 -
Codice Meccanografico: PVIC83100R



Allegato 1

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

(da compilare e consegnare al Coordinatore di Classe)

**Sportello di ascolto e consulenza psicologica
per le scuole secondarie di primo grado
A.S. 2021/2022**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Viale Libertà in Vigevano

I sottoscritti _____ (padre) e _____ (madre),
genitori oppure il sottoscritto _____ (tutore)
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____
della Scuola Secondaria di primo grado "G. Robecchi", consapevoli che l'alunno/a potrà accedere
allo "Sportello di ascolto e consulenza psicologica" solo previa autorizzazione dei genitori o del
tutore, presa visione delle informazioni rese dal professionista e dell'informativa sul trattamento
dei dati personali effettuati da parte dell'Istituto,

dichiarano/(dichiara) di

aderire non aderire

allo "Sportello di ascolto e consulenza psicologica" attivato presso l'Istituto.

Vigevano, _____

(Firma madre)

(Firma padre)

NB - In caso di adesione è necessario compilare l'Allegato 2, Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a minori di anni 18

La sottoscritta(madre) _____,
nata a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

il sottoscritto (padre) _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

affidandosi alla Dott.ssa Cristina Maltese – Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia N. 03/16255 e assicurata con Polizza RC Professionale CAMPI n. 500216747, consulente selezionata per il servizio di sportello d’ascolto dell’Istituto Comprensivo di Viale della Libertà di Vigevano

sono informati sui seguenti punti in relazione al **consenso informato**:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani-nello specifico per prestazioni rivolte a minori di 18 anni, il consenso informato è sempre richiesto ad entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale secondo quanto precisato nell'art. 31 del C.D.
2. la prestazione offerta riguarda colloqui di supporto psicologico/consulenza psicologica
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno/consulenza psicologica/supporto psicologico
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989.
5. per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti: colloquio psicologico clinico
6. la durata globale degli incontri non è definibile a priori
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla Dott.ssa Cristina Maltese la volontà di interruzione.
8. la Dott.ssa Maltese può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento. Se richiesto, può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al **trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018**:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la **protezione e il trattamento dei dati personali** alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell’interessato in merito ai propri dati.
2. La Dott.ssa Maltese è **Titolare** del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici
 - b. dati relativi allo stato di salute

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i **dati personali**.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l’insieme dei **dati professionali**, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico;

3. I dati personali saranno sottoposti a **modalità di trattamento** sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
4. Saranno utilizzate adeguate **misure di sicurezza** al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l’integrità, l’accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.

5. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno **anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro**.
6. I dati personali verranno **conservati solo per il tempo necessario** al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
7. L'eventuale **lista dei responsabili del trattamento** e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

nell'esercizio della responsabilità genitoriale sulla/sul minore _____,
nata/o a _____ il _____, residente a _____,
in via _____, codice fiscale _____

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, oltre che informazioni sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato sul trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprimo il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

Firma della Professionista _____

Modulo per la prestazione professionale psicologica rivolta a maggiorenni

La/il sottoscritta/o _____,
nata/o a _____ il _____,
residente a _____, in via _____,
codice fiscale _____,

affidandosi alla Dott.ssa Cristina Maltese – Psicologa, Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Lombardia N. 03/16255 e assicurata con Polizza RC Professionale CAMPI n. 500216747, consulente selezionata per il servizio di sportello d’ascolto dell’Istituto Comprensivo di Viale della Libertà di Vigevano

viene informato/a sui seguenti punti in relazione al consenso informato:

1. lo psicologo è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani
2. la prestazione offerta riguarda colloqui di supporto psicologico/consulenza psicologica
3. la prestazione è da considerarsi ordinaria in quanto caratterizzata da una prestazione di definizione del bisogno/consulenza psicologica/supporto psicologico
4. la prestazione è finalizzata ad attività di promozione e tutela della salute e del benessere di persone, gruppi, organismi sociali e comunità. Comprende di norma tutte le attività previste ai sensi dell'art. 1 della L. n.56/1989.
5. per il conseguimento dell’obiettivo saranno utilizzati prevalentemente i seguenti strumenti:
colloquio psicologico clinico
6. la durata globale degli incontri non è definibile a priori
7. in qualsiasi momento è possibile interrompere il rapporto comunicando alla Dott.ssa Cristina Maltese la volontà di interruzione.
8. la Dott.ssa Maltese può valutare ed eventualmente proporre l’interruzione del rapporto quando constata che non vi sia alcun beneficio dall’intervento. Se richiesto, può fornire le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (art.27 del C.D.);

Sono /È informati/a/o sui seguenti punti in relazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 101/2018:

1. il GDPR e il D.Lgs. 101/2018 prevedono e rafforzano la protezione e il trattamento dei dati personali alla luce dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dell’interessato in merito ai propri dati.
2. La Dott.ssa Maltese è Titolare del trattamento dei seguenti dati raccolti per lo svolgimento dell’incarico oggetto di questo contratto:
 - a. dati anagrafici
 - b. dati relativi allo stato di salute

I dati di cui alla lettera a) e b) sopra indicate sono i dati personali.

Le riflessioni/valutazioni/interpretazioni professionali tradotte in dati dallo psicologo costituiscono l’insieme dei dati professionali, trattati secondo tutti i principi del GDPR e gestiti/dovuti secondo quanto previsto dal Codice Deontologico;

3. I dati personali saranno sottoposti a modalità di trattamento sia cartaceo sia elettronico e/o automatizzato, quindi con modalità sia manuali sia informatiche.
4. Saranno utilizzate adeguate misure di sicurezza al fine di garantire la protezione, la sicurezza, l’integrità, l’accessibilità dei dati personali, entro i vincoli delle norme vigenti e del segreto professionale.
5. I dati personali che non siano più necessari, o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione, verranno anonimizzati irreversibilmente o distrutti in modo sicuro.
6. I dati personali verranno conservati solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti.
7. L’eventuale lista dei responsabili del trattamento e degli altri soggetti cui vengono comunicati i dati può essere visionata a richiesta.

Visto e compreso tutto quanto sopra indicato,

avendo ricevuto apposita informativa professionale e informazioni adeguate in relazione a fini e modalità della stessa, oltre che informazioni sul trattamento dei dati personali e in relazione a quanto indicato sul trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, esprime il proprio libero consenso, barrando la casella di seguito, alla prestazione.

FORNISCE IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

Firma della Professionista
