

PROGETTO “SPORTELLI DI ASCOLTO E SOSTEGNO PSICOLOGICO”

La scuola, in quanto fervido contesto socio-culturale, gioca un ruolo sempre più importante nel percorso di crescita e di sviluppo dei minori, sia in riferimento agli aspetti di apprendimento e sapere, che relazionali e sociali. Spesso, è proprio all'interno del contesto scolastico che si manifestano i primi segnali di disagio e malessere psicologico dei bambini / ragazzi, come ad esempio un repentino calo nel rendimento scolastico, comportamenti aggressivi e provocatori.

A tal proposito si è deciso di attivare presso il nostro Istituto uno “Sportello di Ascolto e di Sostegno Psicologico”, gestito dal dott. Luca Fiordaliso, Psicologo – Psicoterapeuta, per gli alunni in riferimento alle problematiche personali, sociali, relazionali e scolastiche che possono incontrare nel loro percorso di sviluppo, ma anche per i genitori che si trovano in molti casi ad affrontare da soli il complesso disagio espresso dal proprio figlio/a.

Il progetto di Sportello di Ascolto si articola nelle seguenti attività:

per la scuola primaria:

- Consulenze individuali, di coppia e familiari, rivolte ai genitori degli studenti per fornire sostegno psicologico relativamente alle problematiche e fragilità presentate dai figli;
- Consulenze e confronto con i professori per la gestione di problematiche relazionali del gruppo classe o di particolari bisogni del singolo studente.

per la scuola secondaria di primo grado:

- Consulenza rivolta agli studenti per fornire uno spazio di ascolto e di riflessione in cui potersi confrontare con uno psicologo circa esigenze personali particolari e situazioni vissute a scuola, in famiglia o con i propri pari, o solamente per approfondire alcuni aspetti di Sé;
- Consulenze individuali, di coppia e familiari, rivolte ai genitori degli studenti per fornire sostegno psicologico relativamente alle problematiche e fragilità presentate dai figli;
- Consulenze e confronto con i professori per la gestione di problematiche relazionali del gruppo classe o di particolari bisogni del singolo studente.

Nel momento in cui si effettua la richiesta, non è necessario esplicitare la motivazione per cui si richiede l'intervento.

I colloqui con gli studenti avverranno al mattino durante le ore di lezione, ma verranno concordati tenendo in considerazione le attività scolastiche.

Per consentire agli alunni di usufruire dello Sportello è necessaria l'autorizzazione e il consenso per il trattamento dei dati personali, allegato alla presente comunicazione, da parte delle persone che hanno la responsabilità genitoriale sul minore.

Tutti i genitori / tutori degli alunni sono pregati, pertanto, di compilare e restituire alla scuola il seguente modulo in cui dichiarano la propria autorizzazione o non autorizzazione all'utilizzo dei servizi di consulenza psicologica.

Si sottolinea che gli incontri avverranno nella massima riservatezza per gli studenti / genitori e i contenuti sono coperti dal segreto professionale, come di seguito meglio specificato.

Come si accedere al servizio?

Gli studenti e/o i genitori si potranno prenotare inviando un'email all'indirizzo luca.fiordaliso@icviareginaelena.it indicando il proprio nome, cognome e classe frequentata.

MODULO CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO DEGLI ALUNNI ALLO SPORTELLLO PSICOLOGICO

Il sottoscritto Dott. Luca Fiordaliso, Psicologo – Psicoterapeuta iscritto all'Ordine degli Psicologi delle Marche n. iscrizione 2017, email luca.fiordaliso@icviareginaelena.it, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Comprensivo "Via Regina Elena" fornisce le seguenti informazioni.

- la prestazione che verrà offerta al/alla minore è una consulenza psicologica finalizzata al benessere psicologico, al sostegno della crescita e maturazione personali, al sostegno emotivo – affettivo e all'orientamento nei rapporti con i compagni, con i docenti e i genitori e costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto, e si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- gli incontri verranno effettuati presso i locali dell'Istituto Comprensivo "Via Regina Elena" durante l'orario delle lezioni o, in alternativa, nei pomeriggi in cui l'edificio rimane aperto per altre attività o progetti;
- il numero degli incontri con il minore potrà variare da un minimo di 1 a un massimo di 5 incontri;
- il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all'osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
- I dati personali e particolari della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale (Art. 11) , saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016 e D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo

prima di sottoscriverlo.

PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO

MINORENNI

Il / la sottoscritta _____ nata/o a _____

il ___/___/___,

e

Il / la sottoscritta _____ nata/o a _____

il ___/___/___,

genitori /esercenti la responsabilità genitoriale

sull'alunno/a _____ classe _____ plesso _____

sull'alunno/a _____ classe _____ plesso _____

dichiarano

di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio/a possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. *Luca Fiordaliso* tramite lo Sportello di ascolto individuale in presenza presso i locali dell'IC Via Regina Elena di Civitanova Marche.

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

Il/la/i proprio/a/i figlio/a/i ad usufruire del servizio di consulenza psicologica erogato tramite lo sportello d'ascolto nei giorni prestabiliti dal dott. Fiordaliso.

Luogo e data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

*In caso di firma di un solo genitore

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di unico/a genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale, in ragione di

_____ (indicare motivazione per cui non viene firmato il consenso da parte di entrambi i genitori), dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori e di esonerare l'Istituzione Scolastica da ogni e qualsiasi voglia responsabilità al riguardo.

Firma del genitore dichiarante _____

PERSONE SOTTO TUTELA (solo per alunni della scuola secondaria di primo grado)

La Sig.ra/Il Sig. _____ nata/o a _____
il ___/___/___

Tutore del minore _____ in ragione di _____
(indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero)

residente a _____ in via/piazza _____ n. ____

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali rese dal dott. *Luca Fiordaliso* presso lo Sportello di ascolto individuale in presenza presso i locali dell'IC Via Regina Elena di Civitanova Marche.

Luogo e data _____ Firma del tutore _____