|  |
| --- |
| Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca |
| **Istituto Comprensivo Statale Pizzigoni – Carducci** |
| Via Siena n. 5 – 95128 CATANIA |
| ***E-mail:*** ***ctic8a900a@istruzione.it*** | Tel. 095434300 | ***Pec:*** ***ctic8a900a@pec.istruzione.it*** |
| ***Codice Meccanografico: CTIC8A900A*** | [***http://www.icpizzigonicarducci.edu.it***](http://www.icpizzigonicarducci.edu.it) | ***Codice Fiscale : 93216120878*** |

Circolare n. 55 ai genitori

Catania, 2 dicembre 2020 ai docenti

 al personale ATA

Oggetto: supporto psicologico a scuola - avvio attività “sportello di ascolto”.

Si comunica alle SS.LL. che, in attuazione del protocollo di intesa fra Ministero dell’Istruzione e il Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi del 25/09/2020, al fine di fornire supporto psicologico a studenti e personale scolastico per rispondere a traumi e disagi derivanti dall’emergenza COVID-19 e per fornire supporto nei casi di stress lavorativo, difficoltà relazionali, traumi psicologici e per prevenire l’insorgere di forme di disagio e/o malessere psico-fisico, si darà avvio all’attività di “**sportello di ascolto**” all’interno dell’Istituto.

Lo sportello sarà curato dalla d.ssa Nancy Pagiaroto secondo il seguente **calendario per il mese di dicembre**:

venerdì 4, mercoledì 9, lunedì 14 e giovedì 17

dalle ore 8.30 alle ore 10.30 in via Siena presso la sala docenti;

dalle ore 10.40 alle ore 13,30 in via Suor Maria Mazzarello presso la ex-presidenza.

Venerdì 4 alle ore 8,30 i referenti del sostegno e per BES e DSA sono invitati a un colloquio con la d.ssa Pagiaroto per impostare l’attività e fornire un quadro d’insieme del contesto della nostra scuola.

Le attività si svolgeranno sotto forma di **consulenza** e di **osservazione dei gruppi classe**.

**Consulenza**

La consulenza dovrà riguardare le problematiche sia personali che degli alunni connesse al contesto scolastico.

**Il personale della scuola** potrà rivolgersi alla d.ssa Pagliaroto durante gli orari e nei luoghi indicati nel precedente calendario.

**I genitori** potranno richiedere un appuntamento tramite l’indirizzo di posta elettronica: nancypagliaroto@gmail.com.

**Osservazione dei gruppi classe**

Per avviare l’attività di osservazione in classe i genitori, congiuntamente, dovranno firmare l’autorizzazione e consegnarla, attraverso i propri figli, ai docenti prevalenti dei team e ai coordinatori dei consigli di classe entro lunedì 7 p.v., utilizzando il modello allegato, di cui riceveranno copia cartacea. L’osservazione sarà prioritariamente riservata alle classi per le quali perverranno ben precise richieste e solo successivamente estesa a tutte le altre, pertanto, fintanto che non saranno raccolte le autorizzazioni, i docenti prevalenti dei team e i coordinatori dei consigli di classe avranno cura di presentare i “casi” attraverso l’attività di consulenza, ciò risulta particolarmente utile per la scuola primaria, in quanto l’osservazione risulterebbe poco proficua se non supportata dalle necessari pre-informazioni; in ogni caso per ogni classe verrà distribuito un questionario conoscitivo da compilare a cura dei docenti prevalenti dei team e ai coordinatori dei consigli di classe.

Al fine di non vanificare le risorse che il Ministero ha messo a disposizione, per consentire l’osservazione dei gruppi classe, gli alunni per i quali non perverrà l’autorizzazione non parteciperanno all’osservazione e verranno impegnati in altre attività in classi parallele, nel rispetto di tutte le misure di sicurezza.

Certo della consueta collaborazione, si inviano distinti saluti.

 Il Dirigente Scolastico

 (prof. Fernando Rizza)

Si allega il modello di autorizzazione alla raccolta delle informazioni da parte della professionista.



**CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PSICOLOGICA PRESSO**

**LO SPORTELLO DI ASCOLTO DELL’I.C. PIZZIGONI-CARDUCCI**

*Ai sensi dell’art. 24 del “Codice Deontologico degli Psicologi Italiani”*

La Dott.ssa Nancy Pagliaroto, Psicologa - Psicoterapeuta, iscritta all’Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia n. 6449 Sez.A, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto, istituito presso l’Istituto Pizzigoni – Carducci di Catania, fornisce le seguenti informazioni:

* Le prestazioni saranno rese presso i locali della scuola, secondo il calendario stabilito.
* Lo scopo e la natura dell’intervento professionale è un’attività di sportello di ascolto psicologico che prevede: colloqui individuali, finalizzati ad analizzare insieme alla famiglia, allo studente e agli insegnanti la richiesta d’aiuto, per poi concordare un percorso d’intervento psicologico, mirato a promuovere il benessere psicosociale; osservazioni e interventi all’interno della classe, finalizzati a rilevare le dinamiche relazionali, comunicative e comportamentali del gruppo e intervenire su di esse.
* Si concorda una fase di attività di sportello di ascolto psicologico pari all’intero anno scolastico 2020/2021, nei mesi di dicembre 2020 – giugno 2021 (l’estensione a tutta la seconda parte dell’anno è soggetta all’erogazione di ulteriori finanziamenti)*,* chesarà possibile adeguare ai cambiamenti personali e della relazione professionale.In qualsiasi momento i genitori dello studente potranno interrompere i colloqui individuali. Anche lo psicologo potrà fare lo stesso e proporre interventi più adatti al problema presentato.

Il professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuto all’osservanza del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I dati personali e sensibili della persona che si rivolgerà allo Sportello di Ascolto, comunque coperti dal segreto professionale, saranno utilizzati esclusivamente per le esigenze del trattamento, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente (Regolamento Europeo n. 679/2016) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

Si invita la persona interessata a leggere con attenzione il contenuto del presente modulo prima di sottoscriverlo.

***PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA SCEGLIERE LE ATTIVITÀ***

**□ SI □ NO OSSERVAZIONE E INTERVENTO**

**□ SI □ NO COLLOQUI INDIVIDUALI NEL GRUPPO CLASSE**

La Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**madre** del minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Nancy Pagliaroto presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma della madre

Il Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**padre** del minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dalla Dott.ssa Nancy Pagliaroto presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del padre

**PER ALUNNI SOTTO TUTELA**

La Sig.ra/Il Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Tutore** del minorenne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in ragione di (indicare provvedimento, Autorità emanante, data numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il minore possa accedere alle prestazioni professionali dalla Dott.ssa Nancy Pagliaroto presso lo Sportello di ascolto.

Luogo e data Firma del tutore