



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
ISTITUTO COMPrensivo STATALE VARESE 2 "S. PELLICO"  
Via Appiani, 15 – 21100 Varese - Tel. 0332 289297  
C.F. 95039310123 – CUF: UFEDC4  
Codice meccanografico VAIC873003  
E-mail: vaic873003@istruzione.it  
PEC: vaic873003@pec.istruzione.it  
[www.varese2pellico.edu.it](http://www.varese2pellico.edu.it)



Circolare n. 123

Protocollo e data come da segnatura

Alle studentesse e agli studenti  
Ai genitori  
Al personale scolastico  
Al DSGA

### **OGGETTO: Attivazione sportello di supporto psicologico a.s.2024/25**

Si comunica che a partire dal mese di Gennaio, sarà attivato lo Sportello di supporto psicologico tenuto dalla Dottoressa Silvia Beccacini Psicologa.

Lo Sportello Psicologico fornisce alla scuola un supporto qualificato e specifico per promuovere il benessere nella sua accezione integrata e complessa all'interno della comunità scolastica. Permette di riconoscere e rispondere a possibili difficoltà di ordine psico-pedagogico, affettivo e sociale, che la quotidianità delle relazioni a scuola può porre in essere. Le azioni programmate mirano all'ascolto e al supporto del personale scolastico, al sostegno nei casi di stress lavorativo, all'aiuto e ascolto di alunni, alunne e genitori, con particolare attenzione ad emozioni, vissuti, incertezze e ansie legate alla frequentazione di spazi comuni per prevenire forme di disagio e/o malessere psico-fisico.

Lo Sportello garantisce la presenza a scuola della psicologa, disponibile per colloqui individuali e non - con interlocutori diversi: insegnanti, genitori, ragazzi e ragazze della scuola secondaria di primo grado. Lo Sportello, che prevede come strumento centrale di intervento il colloquio di consulenza psicologica, si basa sull'accoglienza empatica, sull'ascolto attivo, sul dialogo, sul confronto, su indicazioni pratiche e consegne per aiutare a prendere maggior consapevolezza delle situazioni e affrontare i temi e possibili problemi portati allo sportello psicologico. Saranno attivati laboratori nelle classi sulla base di emergenti necessità.

### **Obiettivi:**

- Favorire spazi di riflessione sulle tematiche della crescita e della genitorialità
- Fornire supporto alla funzione educativa
- Favorire il dialogo genitori-figli

Lo sportello favorisce inoltre la possibilità di valorizzare il ruolo dell'insegnante dentro una rete relazionale orizzontale e verticale. Consente di individuare insieme alla professionista le strategie di gestione di situazioni individuali o di gruppo difficili e/o complesse.

### **Obiettivi:**

- Prevenire fattori di stress lavoro-correlato
- Fornire supporto al ruolo di insegnante (individuazione strategie gestione situazioni difficili)
- Favorire il dialogo studenti/esse-docenti

La psicologa a scuola e in orario scolastico, facilita un incontro, con una figura professionale di aiuto e la possibilità di sperimentare il valore dell'ascolto attento e della riflessione guidata da un adulto esperto.

Lo Sportello, con consultazioni psicologiche brevi, ri-orienta ragazzi e ragazze della Scuola Secondaria di I grado nei momenti di difficoltà legati alla crescita; permette di ridurre la confusione, ristabilire ordini di priorità, focalizzare le proprie esigenze, riconoscendo le pressioni sociali particolarmente intense e a cui si è molto sensibili in questa fase di crescita, anche per quanto riguarda il delicato passaggio della scelta formativa.

### **Obiettivi**

- sostenere i percorsi di crescita, di individuazione preadolescenziale e le formazioni dell'identità
- favorire la conoscenza di sé nelle complesse dinamiche di relazione con gli altri, altre
- orientare a scelte formative consapevoli con confronti volti a focalizzare le proprie attitudini, aspirazioni, potenzialità, stili di apprendimento e metodi di studio

**Venerdì 17 gennaio 2025 la Dottoressa Silvia Beccacini Psicologa presenterà lo sportello psicologico nelle singole classi a partire dalla Scuola Secondaria di I grado.**

**Sono calendarizzati i seguenti incontri dalle ore 8.15/14.15:**

<b>GENNAIO</b>	<b>FEBBRAIO</b>	<b>MARZO</b>	<b>APRILE</b>	<b>MAGGIO</b>
<b>Ven 17</b>	<b>Ven 14</b>	<b>Ven 14</b>	<b>Ven 11</b>	<b>Ven 9</b>
<b>Ven 24</b>	<b>Ven 28</b>	<b>Ven 28</b>		<b>Ven 16</b>
<b>Ven 31</b>				<b>Ven 23</b>

**IL PRESENTE CALENDARIO POTRA' SUBIRE MODIFICHE SULLA BASE DI ESIGENZE ORGANIZZATIVE**

### **Modalità di accesso allo sportello di ascolto psicologico**

Per gli incontri individuali gli studenti, i genitori e il personale della scuola potranno richiedere un appuntamento, inviando una mail all'indirizzo [sportello.psicologico@varese2pellico.edu.it](mailto:sportello.psicologico@varese2pellico.edu.it)

Gli studenti potranno richiedere consulenza anche attraverso modalità concordate con la Dottoressa Beccacini.

Per la partecipazione alle suddette attività è indispensabile il consenso, firmato dai genitori, da formulare utilizzando il modulo allegato alla presente circolare. I consensi, firmati dai genitori, dovranno essere raccolti dai coordinatori di classe unitamente alla copia della carta di identità dei firmatari.

La Dirigente Scolastica  
Katia Gargano  
(Firma autografa a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D.lgs 39/1993)

Allegato CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLLO DI ASCOLTO SCOLASTICO  
CON MODULI DI AUTORIZZAZIONE

Allegato

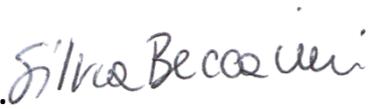
## **CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA PRESSO LO SPORTELLO DI ASCOLTO SCOLASTICO**

La sottoscritta Dott.ssa Silvia Beccacini, Psicologa, iscritta all'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 5183, prima di rendere le prestazioni professionali relative allo Sportello di Ascolto istituito presso l'Istituto Scolastico IC Varese2 fornisce le seguenti informazioni.

- Le prestazioni saranno rese in presenza presso la scuola
- Le prestazioni nei confronti delle persone adulte (insegnati, genitori) potrebbero anche essere svolte attraverso l'uso di tecnologie di comunicazione a distanza consentendo interventi di e-health di carattere psicologico. In particolare, verrà utilizzato lo strumento *meet* rispettando l'assoluta riservatezza del setting, senza registrare in nessun caso le sedute. Il professionista dichiara di avere la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso delle competenze nel loro uso; dichiara, altresì, di utilizzare tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza nel pieno rispetto delle misure di sicurezza, anche informatica, in conformità alla normativa di settore, essendosi dotato di sistemi hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati.
- Le attività dello sportello di Ascolto saranno organizzate come di seguito:
  - a) tipologia d'intervento colloqui di ascolto e sostegno psicologico
  - b) modalità organizzative per studenti e studentesse si prende appuntamento tramite richiesta da apporre nella scatola predisposta; per le persone adulte utilizzo di whatsapp con il numero indicato
  - c) scopi: favorire il ben-essere scolastico
  - d) limiti: possibilità di richiedere fino ad un max di 3 colloqui
  - e) durata delle attività: da gennaio a giugno 2025
- La professionista, nello svolgimento delle proprie funzioni, è tenuta all'osservanza del [Codice Deontologico degli Psicologi Italiani](#) reperibile on line sul sito dell'Ordine al seguente indirizzo: [www.opl.it](http://www.opl.it)
- I dati personali e particolari 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 D.lgs. n. 196/2003, così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018) e dal Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

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

La Professionista ..... 

**PER LE SOTTOSCRIZIONI DELLA PERSONA ASSISTITA LASCIARE SOLO IL RIQUADRO APPROPRIATO**

<b>MAGGIORENNI</b>		
L'insegnante/	I	genitori
<hr/>		
dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista, anche relativamente al trattamento dei dati personali e particolari, e qui sopra riportato e decide/ono con piena consapevolezza di avvalersi delle prestazioni professionali rese dalla dott.ssa Silvia Beccacini presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico <i>(se le attività sono svolte a distanza)</i> .		
Luogo e data _____		Firma _____

**MINORENNI**

La Sig.ra \_\_\_\_\_ madre del minore

\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/ mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma della madre \_\_\_\_\_

Il Sig. \_\_\_\_\_ padre del minore \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

e 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 figlio possa accedere alle prestazioni professionali rese dal/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico *(se le attività sono svolte a distanza)*.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del padre \_\_\_\_\_

**PERSONE SOTTO TUTELA**

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/dalla dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ presso lo Sportello di ascolto/mediante interventi di E-Health di carattere psicologico (se le attività sono svolte a distanza).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del tutore \_\_\_\_\_