Progetto di Psicologia Scolastica "Discutiamone a Scuola"

Intervento finanziato dal PR Calabria FESR FSE+ 2021/2027

Responsabile Scientifico: Dott.ssa Caterina Iannazzo - Direttrice U.O.C. Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza ASP Cosenza

Responsabile Amministrativo: Dott. Oreste Giovanni Guaragna - ASP Cosenza

Equipe di Psicologia Scolastica ASP Cosenza

CONSENSO INFORMATO SANITARIO PER MINORI

Servizio di Psicologia Scolastica – Progetto "Discutiamone a Scuola" PR Calabria FESR FSE+ 2021/2027 – Azione 4.K.1

1. DATI

Padre/Tutore	_____	**nato a**	_____	**il**	_____
Madre/Tutore	_____	**nata a**	_____	**il**	_____
Minore	_____	**nato/a a**	_____	**il**	_____
Istituto	_____	**Plesso**	_____	**Classe**	_____ Sezione _____
Psicologo/a Dott./Dott.ssa	_____	**Ordine n.**	_____		
email	_____	**PEC**	_____		

Per chiarimenti, dubbi, informazioni o comunicazioni relative al consenso e alla sua revoca, i genitori/tutori possono scrivere all'indirizzo email sopra indicato.

2. FINALITÀ E ATTIVITÀ DEL SERVIZIO

Il Servizio svolge attività di prevenzione, sostegno psicologico e promozione del benessere; non effettua psicoterapia in ambito scolastico.

ATTIVITÀ DI GRUPPO / IN CLASSE. Possono comprendere laboratori e interventi su benessere psicologico, emozioni, conoscenza di sé, empatia, abilità sociali e comunicative.

SPORTELLO INDIVIDUALE. Offre ascolto, consulenza e supporto per difficoltà personali, emotive, relazionali, comportamentali o scolastiche. Lo psicologo può svolgere colloqui, raccogliere informazioni, esplorare vissuti, risorse e vulnerabilità e utilizzare, quando appropriato, strumenti e tecniche psicologiche di propria competenza.

Tenuto conto della fascia d'età degli studenti destinatari del presente modulo (13-16 anni), lo psicologo tiene conto in modo significativo della volontà del minore in relazione all'età e al grado di maturità, anche ai fini dell'avvio, della prosecuzione o della conclusione dell'intervento.

3. POSSIBILI SVILUPPI E INFORMAZIONE AI GENITORI

Qualora emergano bisogni che eccedono le finalità o le possibilità del Servizio, lo psicologo può proporre la conclusione o la modifica dell'intervento, il coinvolgimento della famiglia o l'invio a servizi sanitari pubblici competenti, compresa la NPIA. L'invio non equivale a diagnosi né determina automaticamente una presa in carico.

Ogni decisione rilevante relativa al percorso sarà, ove consentito dalla legge, preventivamente comunicata a entrambi i genitori/tutori che abbiano prestato il consenso alla specifica tipologia di attività interessata; in caso di firma unica, al solo genitore/tutore firmatario. In caso di disaccordo tra i genitori in merito al consenso a una determinata attività, si applica quanto previsto alla Sezione 4-bis. Fanno eccezione gli obblighi inderogabili di legge, le urgenze di tutela e i casi in cui il preavviso possa esporre il minore o terzi a ulteriore rischio o compromettere gli adempimenti dovuti alle Autorità.

4. RISERVATEZZA, SEGRETO PROFESSIONALE E OBBLIGHI DI LEGGE

Lo psicologo è tenuto al segreto professionale ai sensi dell'art. 622 c.p. e degli artt. 11 e 13 del Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani. Le informazioni del minore sono comunicate alla famiglia, alla scuola o ad altri soggetti

soltanto nei limiti necessari, pertinenti e consentiti dalla normativa e dalla deontologia. La comunicazione ai genitori non comporta necessariamente la rivelazione integrale di quanto confidato dal minore; il grado di riservatezza riconoscibile al minore è valutato dallo psicologo in relazione all'età, alla maturità e al superiore interesse del minore.
La riservatezza non è assoluta: nei casi previsti dalla legge lo psicologo deve adempiere agli obblighi di denuncia, referto o altre comunicazioni alle Autorità competenti, limitando le informazioni a quanto strettamente necessario. Rientrano tra le situazioni richiamate dalle Linee guida — a titolo esemplificativo e non esaustivo — maltrattamenti o abusi su minori, violenza domestica, minacce gravi e lesioni personali gravi, nonché situazioni di grave pericolo per la vita o la salute psicofisica del minore o di terzi. Il consenso dei genitori non può escludere o limitare tali obblighi di legge.

4-BIS. DISACCORDO TRA GENITORI

Il consenso al Servizio è esercizio della responsabilità genitoriale e rientra tra le decisioni di maggiore interesse per il minore ai sensi dell'art. 316 c.c. Qualora dal presente modulo emerga un disaccordo tra i genitori — ovvero uno dei genitori/tutori abbia espresso il consenso e l'altro abbia negato il consenso alla medesima tipologia di attività — il Servizio non potrà essere erogato per la tipologia di attività oggetto di disaccordo, salvo:

- accordo scritto successivo dei genitori;
- provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente che autorizzi l'attività o attribuisca a uno solo dei genitori il potere di decidere in merito.

Lo psicologo darà comunicazione a entrambi i genitori dell'impossibilità di procedere, senza che ciò costituisca inadempimento del Servizio.

5. AUTONOMIA E TUTELA DELL'OPERATO PROFESSIONALE

Lo psicologo opera in piena autonomia professionale, nel rispetto della legge, del Codice Deontologico, delle Linee guida regionali e delle procedure del Servizio. La scelta di metodi, tecniche, strumenti, tempi e modalità rientra nella sua esclusiva competenza, entro le finalità del Servizio e il consenso prestato. Il consenso non garantisce un determinato esito e non obbliga lo psicologo a svolgere o proseguire attività ritenute inappropriate, non sicure, estranee al Servizio o eccedenti le proprie competenze.

6. PRIVACY E DATI PERSONALI

Responsabile del trattamento dei dati personali: AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA (ASP Cosenza). I dati personali, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati per le finalità del Servizio nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e dell'informativa privacy. I moduli di consenso e la documentazione sanitaria sono custoditi secondo normativa e procedure ASP Cosenza.

7. DURATA E REVOCA

Il consenso vale per l'anno scolastico in corso dalla data di sottoscrizione. Al successivo anno scolastico sarà richiesta la sottoscrizione di un nuovo modulo aggiornato. Il consenso cessa in caso di trasferimento, cambio dello psicologo scolastico o cessazione della permanenza del minore presso l'istituzione scolastica.
Il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, senza motivazione, mediante email all'indirizzo sopra indicato. La revoca può riguardare le attività di gruppo/in classe, lo sportello individuale o entrambi; produce effetti dalla ricezione e non incide sulle attività già legittimamente svolte, sugli obblighi di legge già insorti o sulla documentazione soggetta a obblighi di conservazione.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI ESSENZIALI

- Legge 13 luglio 1989, n. 56 (ordinamento della professione di psicologo)
- Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani, in particolare artt. 3, 11, 13, 24, 25
- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 s.m.i.
- Codice civile: art. 316 (esercizio congiunto della responsabilità genitoriale e accordo su decisioni di particolare importanza); art. 337-ter (esercizio della responsabilità genitoriale in caso di separazione); art. 337-quater (affidamento esclusivo)
- Codice di procedura civile: art. 473-bis.4 (ascolto del minore che ha compiuto i 12 anni)
- D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46, 47 e 76

9. CONSENSI E FIRME

Le autorizzazioni sono autonome: il consenso a una tipologia di attività non comporta automaticamente il consenso alle altre.

FIRMA N. 1 – ATTIVITÀ DI GRUPPO / IN CLASSE

Dichiariamo di aver ricevuto informazioni sulle attività di gruppo/in classe descritte nella Sezione 2 e autorizziamo/non autorizziamo il minore a parteciparvi.

	Padre/Tutore	Madre/Tutore
ACCONSENTO	☐	☐
NON ACCONSENTO	☐	☐
Firma	_____	_____

FIRMA N. 2 – SPORTELLO INDIVIDUALE (Consenso dei genitori/tutori)

Dichiariamo di aver ricevuto informazioni sulle modalità dello sportello individuale, sulla riservatezza, sui possibili sviluppi e sugli eventuali invii descritti nelle Sezioni 2, 3 e 4, e autorizziamo/non autorizziamo il minore ad accedervi.

	Padre/Tutore	Madre/Tutore
ACCONSENTO	☐	☐
NON ACCONSENTO	☐	☐
Firma	_____	_____

FIRMA N. 3 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiariamo di aver preso visione dell'informativa privacy fornita dall'ASP Cosenza e, per quanto previsto e necessario, esprimiamo/non esprimiamo il consenso al trattamento dei dati personali, inclusi quelli relativi alla salute, nell'ambito del Servizio.

	Padre/Tutore	Madre/Tutore
ACCONSENTO	☐	☐
NON ACCONSENTO	☐	☐
Firma	_____	_____

FIRMA N. 4 – DICHIARAZIONE DI LETTURA E COMPRENSIONE

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- di aver letto integralmente il presente documento;
- di averne compreso contenuti e conseguenze;
- di aver avuto la possibilità di richiedere e ottenere chiarimenti prima della firma.

(Dichiarazione senza opzioni: la firma in calce attesta la presa d'atto. Chi non intenda sottoscrivere questa dichiarazione non può procedere alla firma delle sezioni precedenti.)

Firma Padre/Tutore:	_____	**Firma Madre/Tutore:**	_____

10. FIRMA DI UN SOLO GENITORE/TUTORE

Da compilare esclusivamente in caso di firma unica.
Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità di essere legittimato/a alla sottoscrizione del presente modulo e si assume integralmente ed esclusivamente la responsabilità derivante dalla mancata acquisizione della firma dell'altro genitore/tutore, ivi incluse le eventuali conseguenze di carattere civile, penale e amministrativo.
Lo psicologo opera in buona fede e in legittimo affidamento sulla presente dichiarazione sostitutiva.
Nessuna responsabilità professionale, disciplinare o civile è imputabile allo psicologo per fatti derivanti da dichiarazioni false, incomplete o non corrispondenti alla reale situazione giuridica del dichiarante.
Dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, con piena consapevolezza delle responsabilità di cui all'art. 76. Il dichiarante si impegna a fornire, ove richiesto, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

Luogo e data	_____	**Firma del genitore/tutore dichiarante**	_____

11. DICHIARAZIONE DEL/DELLA PROFESSIONISTA

Lo/a Psicologo/a dichiara:

- di aver fornito ai genitori/tutori e, ove appropriato, al/alla minore informazioni comprensibili sulle caratteristiche del Servizio, sulle attività, sui limiti della riservatezza e sugli obblighi di legge;
- di aver acquisito il consenso in modo libero, informato e non condizionato, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 e del Codice Deontologico;
- di aver verificato, nella misura possibile, la corrispondenza tra quanto dichiarato dai firmatari e la situazione giuridica del nucleo familiare, riservando l'attivazione del servizio alla ricezione del presente modulo debitamente sottoscritto.

Luogo e data	_____	**Firma dello/a Psicologo/a**	_____