



ISTITUTO COMPRENSIVO N.1 - PORTO TORRES

SCUOLA DELL'INFANZIA - SCUOLA PRIMARIA – SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO

Tel. 079/5048912 - e-mail: ssic841007@istruzione.it PEC: ssic841007@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 92128440903 – Codice IPA: istsc_ssic841007 - Codice eFattura: UFN8AG

**PROTOCOLLO ACCESSO SPECIALISTI O TERAPEISTI
IN ORARIO CURRICOLARE
(Allegato al Piano Inclusione)**

Approvato dal GLI nella seduta del 22.10.2024

Approvato dal Consiglio d'Istituto nella seduta del 29.10.2024 delibera n. 116

Il presente Regolamento avrà validità fino a successivo aggiornamento

PREMESSA

L'Istituto Comprensivo Porto Torres 1 consente gli accessi in classe di specialisti/terapisti (pubblici e privati) per le osservazioni e il supporto agli alunni presenti nella Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dell'istituto, al fine di garantire un migliore perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti e dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico, attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino/ragazzo e della sua famiglia.

È necessario quindi costruire una solida collaborazione fra le parti interessate, basata su buone pratiche e prassi ben definite, da tenere sempre presenti nei rapporti tra gli operatori sanitari, sociali, educatori, famiglie e Scuola.

L'elaborazione di un documento che riguarda le buone prassi nasce dall'esigenza di individuare modalità e strumenti per la rilevazione e la gestione comune di determinate situazioni riferite alla disabilità e al disagio in generale, in linea con le norme e le indicazioni legislative nazionali di riferimento e ha l'obiettivo di:

- a) facilitare i contatti tra scuola e specialisti;
- b) condividere la complessa presa in carico di un minore;
- c) favorire la collaborazione tra Enti;
- d) essere di supporto ai professionisti della scuola;
- e) fornire strumenti adeguati per la lettura delle situazioni supportando le famiglie;
- f) ridurre il rischio di sovrapposizione di ruoli e competenze.

L'esigenza di formalizzare le procedure da attivare nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'inclusione degli alunni con difficoltà e/o disabilità con la normativa sulla privacy, sul rispetto del segreto in atti d'Ufficio, sulle norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.

Art. 1 ACCESSO DI SPECIALISTI E TERAPISTI INDICATI DALLE FAMIGLIE

Considerate le richieste di accesso a scuola di specialisti del settore e/o terapisti che seguono alunni con disabilità e/o in difficoltà, si intendono regolamentare gli accessi del personale suddetto per effettuare osservazioni e fornire supporto agli alunni presenti nelle scuole dell'Istituto:

- È possibile far accedere in classe un professionista specializzato previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata per informativa ai genitori degli alunni della classe/sezione, **per un'ora mensile per le sole attività di osservazione.**

- Per gli alunni in situazione di gravità di nuova certificazione e/o inseriti nelle classi prime, **per il primo mese di frequenza** è possibile richiedere un numero di ore di osservazione superiore **per un massimo di ore pari a 4** (un'ora di intervento settimanale).

- Qualora vi siano gravi situazioni che inficino la regolare frequenza e permanenza in sicurezza dell'alunno/a in classe, ovvero **in presenza di gravi condotte** che richiedono la stesura e l'adozione per la classe di un *Piano di prevenzione e di gestione delle crisi comportamentali a scuola*, in accordo con il team docenti e/o dei componenti del GLO, considerata la richiesta della neuropsichiatra infantile e della famiglia depositata agli atti in segreteria, **si possono concordare eccezionalmente un numero maggiore di ore di osservazione e/o intervento all'interno della classe/sezione.**

- Per l'effettuazione delle terapie salvavita è consentita la presenza a Scuola del terapeuta/somministratore esterno previa compilazione della relativa modulistica di autorizzazione, anche per tutto l'orario di frequenza dell'alunno.

Il professionista, che dovrà essere coperto da personale polizza assicurativa, è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe, ai quali non saranno rivolte domande.

Le attività di osservazione richieste verranno condivise:

- in una riunione GLO o dedicata a cui partecipano tutti gli attori previsti ovvero famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati, riunione in cui verrà definita e condivisa la progettualità da mettere in atto.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nel regolare svolgimento delle lezioni e il terapeuta/specialista dovrà essere sempre affiancato da un docente di sezione/classe che assicuri la sorveglianza sul bambino, di conseguenza l'accesso sarà consentito nelle fasce orarie in cui è prevista la compresenza di almeno due docenti.

Non è consentita la contemporanea presenza di più di un terapeuta/specialista, fatta eccezione per la situazione in cui è necessaria presenza costante di un terapeuta/somministratore autorizzato per l'attuazione di terapie salvavita.

Art. 2 PROCEDURA

PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DELL'OSSERVAZIONE IN CLASSE

- Richiesta scritta dei genitori e progetto del terapeuta (**Mod. A e Mod. B**)
- Incontro GLO e/o Incontro tecnico docenti, famiglia e terapeuta
- Raccolta delle Informative per le famiglie degli alunni della classe (**Mod. C**)
- Dichiarazione del Terapeuta (Casellario Penale e Privacy) (**Mod. D**)
- Autorizzazione del Dirigente

I GENITORI

I genitori presentano in segreteria per il protocollo:

- Richiesta per l'accesso del terapeuta (**Mod. A**)
- Progetto di osservazione del terapeuta (**Mod. B**) sottoscritto dal professionista e dalla famiglia (su carta intestata della struttura o del professionista) che dovrà contenere le informazioni da condividere e definire in riunione:
 - motivazione dettagliata dell'osservazione/intervento;
 - finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione/intervento;
 - durata del percorso (inizio e fine);
 - giorni ed orari di accesso richiesti;
 - garanzia di flessibilità organizzativa.

Al progetto dovrà essere allegato *documento di identità in corso di validità* dello specialista che effettuerà l'osservazione. Il progetto andrà sottoscritto anche dai genitori/tutori.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il Dirigente scolastico, sentiti i docenti di classe, acquisirà:

- Sottoscrizione delle informative sull'accesso dello specialista esterno da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe (**Mod. C**);
- Il Dirigente Scolastico, acquisita tutta la documentazione, procederà all'autorizzazione definitiva in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate (docenti di classe e famiglia).

IL TERAPISTA

Prima dell'accesso in classe, il terapeuta è tenuto a recarsi presso la Segreteria dell'Istituto per compilare:

- Autocertificazione Casellario Penale (**Mod. D**);
- Dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy con riferimento a TUTTE LE INFORMAZIONI di cui verrà in possesso, relative agli alunni della classe/scuola, ai docenti, al personale della scuola e all'organizzazione del sistema scolastico (**Mod. E**);
- Successivamente a ogni attività di osservazione/intervento, lo specialista dovrà consegnare e condividere con i docenti coinvolti e la famiglia **un report di valutazione**. Lo stesso sarà poi inserito nel fascicolo personale dell'alunno osservato.

Per il caso di **terapia salvavita** con presenza costante dello specialista/terapeuta dovranno essere poste in atto le seguenti azioni:

- Richiesta da parte dei genitori per l'accesso dello specialista/terapeuta, da presentare agli Uffici della Segreteria didattica utilizzando il **Modello A** allegato al presente Regolamento;
- Documentazione attestante la necessità della presenza costante dello specialista/terapeuta;
- Il Dirigente scolastico provvede a fornire apposita informativa sull'accesso in classe della specialista/terapeuta, agli insegnanti e ai genitori di tutti gli alunni della classe/sezione senza necessità di richiedere il loro consenso (**Modello C1**);
- Il Dirigente Scolastico, una volta data l'informativa procederà all'autorizzazione definitiva in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate;
- Prima dell'accesso, lo specialista dovrà recarsi presso la Segreteria del personale per la firma da apporre nell'autodichiarazione contenente il certificato del Casellario penale (**Modello D**) e per la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy a garanzia di tutte le informazioni che verranno acquisite (**Modello E**).

Art. 3 REVOCA AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione all'accesso dei terapisti/specialisti incaricati dalla famiglia sarà revocata in tutti i casi in cui sarà verificato dal Dirigente Scolastico che lo specialista/terapeuta *non rispetti* quanto previsto nel progetto presentato e ogni qual volta lo stesso contravvenga alle norme sulla privacy e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro o tenga comportamenti contrari al codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013, come aggiornato dal D.P.R. n. 81/2023) o qualora la sua presenza interferisca con il regolare svolgimento dell'attività didattica. In questi casi si procederà prontamente a segnalare alla famiglia quanto accaduto.

In caso di terapie salvavita l'autorizzazione all'accesso del terapeuta/specialista esterno incaricato dalla famiglia sarà revocata ogni qual volta sarà verificato dal D.S. che lo stesso contravvenga alle norme sulla privacy e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro o tenga comportamenti contrari al codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013, come aggiornato dal D.P.R. n. 81/2023) o qualora la sua presenza interferisca con il regolare svolgimento dell'attività didattica. In questi casi si procederà prontamente a segnalare alla famiglia quanto accaduto onde consentirle di incaricare un altro specialista/terapeuta.

Art. 4 MODIFICHE DEL REGOLAMENTO

Al presente Regolamento possono essere apportate modifiche, dopo l'approvazione, in seduta successiva, qualora si rendessero necessarie, o anche, a seguito di nuove disposizioni legislative. L'approvazione delle modifiche al presente Regolamento sarà effettuata nel rispetto della normativa vigente.

Art. 5 ENTRATA IN VIGORE E VALIDITÀ

Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo all'approvazione da parte del Consiglio d'Istituto e verrà pubblicato sul sito web della Scuola.

Il presente Regolamento avrà validità fino a successivo aggiornamento.

Allegati al Protocollo per l'accesso terapisti/specialisti esterni:

Mod. A: Istanza per l'accesso a scuola di terapisti/specialisti in orario curricolare

Mod. B: Progetto di osservazione/intervento sull'alunno/a

Mod. C: Nota informativa per l'accesso di personale esterno nella classe/sezione

Mod. C1: Nota informativa per l'accesso di personale esterno nella classe/sezione

Mod. D: Dichiarazione sostitutiva del certificato generale del casellario giudiziale e dei carichi penali pendenti

Mod. E: Dichiarazione di impegno alla riservatezza(terapeuta/specialista sanitario)

Modello A (GENITORI ALUNNO/A)

Al Dirigente scolastico
Dell'I.C. Porto Torres 1

**ISTANZA PER L'ACCESSO A SCUOLA DI TERAPISTI/SPECIALISTI IN ORARIO
CURRICULARE**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____,
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola (Infanzia,
Primaria, Secondaria) _____ dell'I.C. Porto Torres 1

CHIEDONO

L'autorizzazione all'accesso nella classe/sezione _____ del
terapista/specialista Dott./Dott.ssa _____
durante l'orario didattico per l'effettuazione delle attività definite nel progetto allegato
predisposto dallo specialista.

Porto Torres, _____/_____/_____

Firma*

Firma*

Allegato:

Progetto del Dott./Dott.ssa _____

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la
responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle
disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va
incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n.
445/2000,

DICHIARA che __l padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente
autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio
oppure

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul
minore

Data, _____ Firma _____

**PROGETTO DI OSSERVAZIONE/INTERVENTO SULL'ALUNNO/A DELLA
CLASSE/SEZIONE _____**

MOTIVAZIONE DETTAGLIATA DELL'OSSERVAZIONE:

FINALITÀ:

OBIETTIVI:

MODALITÀ DELL'OSSERVAZIONE/INTERVENTO:

DURATA DEL PERCORSO (INIZIO E FINE):

GIORNI ED ORARI DI ACCESSO RICHIESTI:

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____ garantisce la massima flessibilità organizzativa relativamente ai giorni e agli orari di accesso indicati nel progetto che dovranno essere concordati preventivamente con la Dirigenza e potranno subire variazioni a seguito di attività di ampliamento dell'offerta formativa o visite guidate e viaggi di istruzione programmati dall'Istituzione scolastica e comunicati con congruo preavviso allo specialista/terapista.

Porto Torres, _____/_____/_____

Firma dello specialista/terapista

Firma dei genitori *

Allegati:

Documento di identità in corso di validità del Dott./Dott.ssa _____

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

γ DICHIARA che __l__padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio
oppure

γ DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

**NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO
NELLA CLASSE/SEZIONE**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____,
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola (Infanzia,
Primaria, Secondaria) _____ dell'I.C. Porto Torres 1

DICHIARANO

di essere stati informati dalle insegnanti di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno Dott./Dott.ssa _____ impegnato/a nell'osservazione/intervento di un alunno presente nella sezione/classe.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapeuta/specialista sanitario si adegnerà al rispetto della Tutela della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione.

Porto Torres, _____/_____/_____

Firma*

Firma*

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA che __l padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio
oppure

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

**NOTA INFORMATIVA L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA
CLASSE/SEZIONE**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____,
frequentante la classe/sezione _____ della Scuola (Infanzia,
Primaria, Secondaria) _____ dell'I.C Porto Torres 1

DICHIARANO

di essere stati informati dalle insegnanti di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell'effettuazione di **terapia salvavita** su un alunno presente nella sezione per tutto l'orario di frequenza dell'alunno.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapeuta/specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione.

Porto Torres 1, _____/_____/_____

Firma*

Firma*

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA che __l__padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio
oppure

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____

Modello D (TERAPISTA/SPECIALISTA)

**Al Dirigente scolastico
Dell'I.C. Porto Torres 1**

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE CASELLARIO GIUDIZIALE (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a nato/a a _____ il _____ residente nel
Comune di _____, Provincia _____ Via/Piazza _____
_____ C. F. _____
_____ in qualità di terapeuta/specialista, incaricato dai Signori _____
_____ di effettuare nella classe/sezione _____ del
loro figlio le attività specificate nel progetto di osservazione/intervento depositato agli atti
della Scuola, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno
applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le sanzioni
previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

D I C H I A R A

- Di non aver mai riportato condanne penali.
- Di non avere procedimenti penali pendenti.
- Di non essere interdetto dai pubblici uffici.

Inoltre è informato e autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196.

Porto Torres, ____/____/____

Firma del dichiarante

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.

Modello E (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

**Al Dirigente scolastico
Dell'I.C. Porto Torres 1**

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

Il/La sottoscritto/a nato/a a _____ il _____, C. F. _____, nella sua qualità di terapeuta/specialista, incaricato dai Signori _____ di effettuare nella classe/sezione/plesso _____ del loro figlio le attività specificate nel progetto di osservazione/intervento depositato agli atti della Scuola

SI IMPEGNA

- A considerare tutte le informazioni di cui verrà a conoscenza durante l'attività di osservazione/intervento, confidenziali e riservate e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali.
- Utilizzare le informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi.
- Non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante.
- Non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta.
- A garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, del D. Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) e del D. Lgs n. 101 del 10.08.2018, affinché tutte le informazioni acquisite, non siano in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione utilizzate a proprio o altrui profitto e/o divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.
- Gli impegni assunti nella presente dichiarazione non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio o siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

Porto Torres, _____/_____/_____ Firma del dichiarante

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.