

**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ISTITUTO COMPRENSIVO DI CORSO CAVOUR - PAVIA**

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado
Corso Cavour, 49 27100 Pavia (PV) - tel. 0382.26884 - fax. 0382.1722084
e-mail: pvic82900r@istruzione.it – PEC: pvic82900r@pec.istruzione.it –
Web: www.icdicorsocavourpv.edu.it – C.F. 96069400180 – Codice univoco: UF4QFG

**PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI e SPECIALISTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN ORARIO
CURRICOLARE**

allegato al Piano Annuale per l'Inclusione

Approvato con Delibera n°9 nella seduta del Collegio dei Docenti del 01.10.2021

Approvato con Delibera n°83 nella seduta del Consiglio di Istituto del 05.10.2021

PREMESSA

L'I.C. di Corso Cavour consente gli accessi dei terapisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado dell'Istituto, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia.

E' necessario quindi costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure 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.

Il presente protocollo avrà validità nel tempo, in connessione con il Piano annuale per l'Inclusione (medesima durata di validità del PI).

Le attività di osservazione e di intervento e la loro frequenza verranno condivise nella prima riunione di GLH operativo (per gli alunni con disabilità) ristretto o nella prima riunione tecnica a cui partecipano tutti gli attori previsti: famiglia, docenti, operatori sanitari pubblici e/o accreditati e/o privati, in cui verrà definita e condivisa la progettualità messa in atto: durata del percorso; finalità, obiettivi e modalità.

Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno.

**1. ACCESSO DI TERAPISTI/SPECIALISTI SANITARI PER INTERVENTI DI OSSERVAZIONE
O DI SUPPORTO ALL'ALUNNO SU RICHIESTA DELLA FAMIGLIA**

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato nelle problematiche di apprendimento o comportamentali previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata per informativa e consenso dei genitori di tutti gli alunni della classe. Il professionista è tenuto

a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati e a operare esclusivamente sull'alunno per cui è stata fatta richiesta, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe.

L'intervento di osservazione/supporto è riservato per tutte le prestazioni / attività erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale o inquadrate in uno specifico progetto educativo/ assistenziale certificato da uno specialista pubblico.

Azioni da mettere in atto:

GENITORI:

- Richiesta sottoscritta da parte di entrambi i genitori (entro il termine di un mese precedente all'accesso, salvo casi di urgenza) che chiedono ed autorizzano l'accesso del terapeuta/specialista sanitario, consegnata agli Uffici della Segreteria didattica previa riunione di GLH operativo o tecnica.
- (ESCLUSIVAMENTE PER TERAPISTA) In allegato alla richiesta, sottoscritta dallo specialista e dal responsabile dell'Ente pubblico o privato, il **Progetto di osservazione del terapeuta** (su carta intestata dell'Associazione in caso di appartenenza) che dovrà contenere le informazioni che sono state concordate nella riunione tecnica o nella riunione di GLH operativo con i docenti. In particolare:
 - motivazione dettagliata dell'osservazione
 - finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione
 - durata del percorso (inizio e fine)
 - giorno e orario di accesso/i
 - garanzia di flessibilità organizzativa

Il progetto deve essere sottoscritto anche dai genitori dell'alunno.

Al progetto dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità del terapeuta che effettuerà l'osservazione.

DIRIGENTE SCOLASTICO

- Il DS acquisirà il consenso all'accesso da parte degli insegnanti (ALLEGATO 1) coinvolti al momento dell'osservazione. Inoltre, acquisirà sottoscrizione di informativa/autorizzazione sull'accesso di personale esterno (ALLEGATO 2) da parte dei genitori di tutti gli alunni della classe.
- Il DS esprimerà l'autorizzazione all'accesso in forma scritta, che verrà comunicata tramite gli uffici di Segreteria prima della data di accesso.

TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO

- Prima dell'accesso nella classe, il terapeuta/specialista sanitario è tenuto a recarsi presso la segreteria del personale per la firma dell'autodichiarazione rispetto al certificato del Casellario penale (ALLEGATO 3) e per la dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy (ALLEGATO 4) in 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 dell'IC di Corso Cavour.
- Successivamente all'intervento, il terapeuta si impegna a consegnare e condividere in una riunione con i docenti coinvolti e la famiglia un report dell'osservazione effettuata o del supporto/intervento, che verrà inserito nel Fascicolo personale dell'alunno. Tale report verrà discusso nelle successive riunioni tecniche o GLH operativo a cui siano presenti operatori del territorio per aumentare l'efficacia degli interventi nei confronti degli alunni.

2. ACCESSO PER INCONTRI TECNICI CON PERSONALE DELLA SCUOLA

- Richiesta congiunta firmata da terapeuta e genitori, contenente la motivazione dell'incontro.
- La scuola, nel termine di 15 giorni dalla richiesta, comunicherà data ed orario dell'incontro, anche telefonicamente.
- I docenti o il DS, al momento dell'accordo su data ed orario, procederanno a convocazione scritta dell'incontro.
- Il personale della scuola verbalizzerà in forma scritta la seduta. Il verbale sarà firmato da tutti i presenti all'incontro e ne verrà rilasciata copia a seguito di richiesta scritta e motivata.

3. MODALITA' DI ACCESSO ai locali scolastici E DI ATTUAZIONE IN CASO DI EMERGENZA SANITARIA

Fino al termine dell'emergenza sanitaria l'accesso dei Terapisti/specialisti ai locali scolastici sarà consentito previa verifica di validità in corso del green pass.

In caso di emergenza sanitaria in zona rossa o altri impedimenti che limitino l'accesso di figure esterne alla scuola, gli incontri periodici e/o le osservazioni dei terapisti dovranno avvenire "a distanza" attraverso le piattaforme di istituto seguendo lo stesso iter procedurale previsto per gli incontri in presenza (vedi regolamento per la DDI approvato in data 27.10.2020)

4. Compilazione di documenti su richiesta della famiglia

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti pre-impostati e di relazioni da parte dei docenti per l'esterno, le procedure da seguire sono le seguenti:

- Richiesta da consegnare in segreteria (considerare che la compilazione non potrà avvenire prima di un mese dalla data della richiesta) con motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/specialista esterno che ne richiede la compilazione;
- Valutazione da parte del DS e dei docenti rispetto alle competenze nella compilazione di quanto richiesto
- Consegna della documentazione in oggetto, dopo un mese dalla richiesta ed entro 45 giorni tramite segreteria che contatterà il/i richiedenti.

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI e SPECIALISTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE

ALLEGATO 1 (da compilarsi a cura del coordinatore della classe)

Al Dirigente Scolastico

MODULO CONSENSO ATTIVITA' PROGETTO _____

IL consiglio di Istituto ha deliberato con delibera n. ____ nella seduta del Consiglio di Istituto del ____ il protocollo di accesso dei terapisti e specialisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado dell'Istituto, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia e per dare concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante di scuola primaria/ scuola dell'infanzia/ SSIG in servizio presso L'Istituto Comprensivo di Corso Cavour - Pavia

vista la motivata richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza in classe di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno per attività di osservazione e supporto, per l'alunno/a

_____;

- in considerazione del Progetto di osservazione che è stato redatto ed autorizzato dalla famiglia (se terapeuta);
- in considerazione della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista

sanitario); DICHIARA

- di essere DISPONIBILE a consentire la presenza del terapeuta/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare gli altri genitori degli alunni presenti nella sezione/classe del ruolo di tale esperto e di raccogliere l'informativa sottoscritta del consenso a tale presenza per trasmetterla in segreteria scolastica.

Pavia _____ Firma _____

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI e SPECIALISTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE

ALLEGATO 1bis (da compilarsi a cura di ogni docente della classe)

Al Dirigente Scolastico

MODULO CONSENSO ATTIVITA' PROGETTO _____

IL consiglio di Istituto ha deliberato con delibera n. _____ nella seduta del Consiglio di Istituto del _____ il protocollo di accesso dei terapeuti e specialisti (pubblici e privati) per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado dell'Istituto, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia e per dare concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale.

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante di scuola primaria/ scuola dell'infanzia/ SSIG in servizio presso L'Istituto Comprensivo di Corso Cavour - Pavia

vista la motivata richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza in classe di un terapeuta/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno per attività di osservazione e supporto, per l'alunno/a

_____;

- in considerazione del Progetto di osservazione che è stato redatto ed autorizzato dalla famiglia (se terapeuta);
- in considerazione della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista

sanitario); DICHIARA

- di essere DISPONIBILE a consentire la presenza del terapeuta/specialista sanitario in orario

curricolare;

Pavia _____ Firma ____

**PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI e SPECIALISTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN
ORARIO CURRICOLARE ALLEGATO 2**

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

(da compilare e consegnare al coordinatore)

Il/Ia sottoscritto/a

Il/Ia sottoscritto/a

genitori dell'alunno/a,

frequentante la sezione/classe

DICHIARANO

di essere stato/a informato/a dall'insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.

Si dichiara d'accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l'attività didattica della classe/sezione. Inoltre, dichiara di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.03 e successivo GDPR 679/2016 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Esprime, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Pavia_____

Firma_____

Firma_____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI e SPECIALISTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE

ALLEGATO 3 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO) (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via _____ codice fiscale _____

_____ in qualità di _____ dell'associazione

_____ con sede legale in _____ Via

_____ partita IVA / codice fiscale

_____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di

dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Data _____ FIRMA _____

PROTOCOLLO ACCESSO TERAPISTI e SPECIALISTI SANITARI PUBBLICI E PRIVATI IN ORARIO CURRICOLARE

ALLEGATO 4 - DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
il _____ CF: _____ in _____ qualità _____
di _____

dell'alunno/a _____ frequentante la
sezione/classe _____

SI IMPEGNA

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c., a

- considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private 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 D.Lgs. 196/2003 e del successivo GDPR 679/16 affinché tutte le informazioni acquisite, non potranno in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Gli impegni assunti nel presente Impegno non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio, siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

Data _____ Firma _____