



DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO
Piazza della Repubblica – 84043 AGROPOLI

tel.Fax 0974/823209 – COD.FISC.81000750653

e-mail sae09900b@istruzione.it

www.primocircoloagropoli.edu.it

PROTOCOLLO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI SPECIALISTI/TERAPISTI IN ORARIO CURRICULARE

Allegato al Piano Annuale per l'Inclusione, a.s. 2022.2023

Approvato con Delibera n. 4 nella riunione del Collegio dei Docenti del 28/01/2022 e con delibera n. 9 nella seduta del Consiglio di Circolo del 28/05/2022

PREMESSA

L'Istituto, nel rispetto di tutta la normativa relativa al contenimento del rischio epidemiologico, consente l'accesso in classe di specialisti/terapisti/operatori sanitari (pubblici e privati) per l'osservazione ed il supporto agli alunni che frequentano la Scuola dell'infanzia e la Scuola primaria, al fine dare continuità alla diagnosi e alla presa in carico dell'alunno, con il coordinamento delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia, allo scopo supportarne il percorso formativo-didattico ed educativo. L'Istituto, inoltre, per specifiche e documentate esigenze da parte dei docenti, può richiedere la consulenza dell'esperto psicologo, che opera nella scuola col servizio di supporto psicologico previsto dalla norma, per interventi in classe/sezione con lo scopo di acquisire indicazioni specialistiche per problematiche connesse alla gestione del gruppo-classe/sezione.

In casi eccezionali, nei casi previsti da specifici e dettagliati piani terapeutici, può essere consentito l'accesso anche ad uno dei genitori, con le medesime modalità e condizioni previste per le suddette figure. L'elaborazione del documento nasce dalla consapevolezza, rilevata dal quotidiano lavoro sul campo, che la complessità della società attuale e l'emerga epidemiologica tuttora in corso hanno esasperato o acuito diverse forme di disagio e di difficoltà degli alunni e delle alunne, che richiedono più frequentemente che in passato l'intervento di figure di supporto.

Il Protocollo, quindi, condiviso dagli insegnanti e da tutti gli attori del processo di inclusione, risponde alle necessità di facilitare e nel contempo di regolamentare i rapporti tra famiglia, scuola e specialisti/terapisti; esso, inoltre, intende definire in modo chiaro le procedure da seguire, a garanzia della trasparenza, della correttezza e della legittimità di tutti gli interventi da mettere in campo, per costruire una solida collaborazione fra le parti interessate: terapisti/operatori sanitari, famiglie e scuola.

Il presente protocollo costituisce, pertanto, parte integrante del Piano Annuale per l'Inclusione, condiviso dal Collegio dei docenti ed adottato dal Consiglio di Circolo.

Art. 1 Accesso di specialisti e terapisti indicati dalle famiglie

È possibile far accedere in classe un professionista specializzato nelle problematiche di apprendimento, comportamentali e psicologiche, previa progettazione condivisa, concordata con la famiglia dell'alunno e opportunamente comunicata per informativa e consenso dei genitori di tutti gli alunni appartenenti al gruppo classe/sezione.

Il professionista, che dovrà essere coperto da personale polizza assicurativa, da presentare all'istituzione scolastica, è tenuto a limitarsi all'osservazione degli elementi concordati, rispettando la privacy degli alunni presenti in classe. Inoltre, avrà cura di consegnare al Dirigente Scolastico la progettualità che esso stesso ha necessità di mettere in atto, esplicitando la durata del percorso, la finalità, gli obiettivi e le modalità. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nel regolare svolgimento delle lezioni.

Azioni da mettere in atto

1. Richiesta da parte dei genitori per l'accesso dello specialista/terapista (o di uno dei genitori stessi, se prescritto da uno specialista), da presentare all'ufficio di segreteria, area "alunni" (Allegato 1); la richiesta deve essere accompagnata dalla consegna alla scuola del "progetto di osservazione", elaborato dallo specialista (utilizzare carta intestata della struttura o del professionista). Il progetto dovrà inoltre essere sottoscritto dai genitori dell'alunno interessato e dovrà contenere le seguenti informazioni:
 - a. motivazione dettagliata dell'osservazione;
 - b. finalità, obiettivi, modalità dell'osservazione;
 - c. durata del percorso (inizio e fine); giorni ed orari di accesso richiesti;
 - d. garanzia di flessibilità organizzativa.

Alla domanda dovrà essere allegato documento di identità in corso di validità dello specialista/terapista (o del genitore) che effettuerà l'osservazione e la documentazione relativa alla certificazione verde, cd. green pass, o la eventuale documentazione prevista dalla normativa vigente per il contenimento del rischio epidemiologico.

2. Prima dell'accesso, il terapeuta/sanitario (o il genitore) dovrà consegnare, debitamente firmati, i seguenti documenti:
 - autodichiarazione contenente il certificato del casellario penale (Allegato 2)
 - dichiarazione di rispetto della normativa sulla privacy a garanzia di tutte le informazioni che verranno acquisite (Allegato 3).
3. Il dirigente scolastico trasmette informativa ai docenti e ai genitori degli alunni della classe/sezione relativa a tempi e modalità dell'accesso in classe del terapeuta/specialista (o genitore)
4. I docenti e i genitori di tutti gli alunni della classe/sezione dichiarano di aver preso visione dell'informativa relativa all'accesso in classe degli specialisti/terapisti (o del genitore) (Allegato 4 per docenti; allegato 5 per i genitori).

Qualora fosse necessario, per mancato consenso di uno o più genitori, il bambino potrà essere inserito in un gruppo ristretto rispetto al gruppo classe/sezione.

5. Il dirigente scolastico, una volta acquisita tutta la documentazione indicata nei punti precedenti, procederà all'autorizzazione definitiva in forma scritta, che sarà comunicata alle parti interessate, tramite l'ufficio di segreteria, nei tempi previsti e con il dovuto preavviso.

Art. 2 Incontri tecnici con personale della scuola

I genitori, a seguito di specifica indicazione del terapeuta/specialista, possono chiedere un incontro tecnico con il personale della scuola per supportare il percorso formativo, didattico ed educativo dell'alunno (Allegato 6).

Il personale della scuola avrà poi cura di annotare le principali informazioni relative alla seduta e ne verrà rilasciata copia solo a seguito di richiesta scritta dei partecipanti, previa richiesta da inoltrare al dirigente scolastico.

Art. 3 Compilazione di documenti/relazioni su richiesta delle famiglie

Qualora le famiglie abbiano necessità di chiedere la compilazione di documenti e di relazioni da parte dei docenti per enti esterni, dovranno seguire la seguente procedura:

- Richiesta scritta da consegnare in segreteria, contenente la motivazione dettagliata ed indicazione dell'Ente/Specialista esterno che ne richieda la compilazione;
- valutazione da parte del dirigente scolastico sulla conformità della richiesta, nel rispetto della legge e della normativa della *privacy*;
- consegna ai genitori della documentazione tramite la segreteria e, ove specificato, tramite email del genitore richiedente.

ALLEGATO _ 1 RICHIESTA INGRESSO SPECIALISTA/TERAPISTA (GENITORE)

**Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica Statale I Circolo
Agropoli (SA)**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____ frequentante la classe ____ sez. _____
del plesso _____ a .s. ____ / ____

CHIEDONO

che il dottor/genitore _____, in qualità di _____
facente parte della cooperativa/associazione _____
possa entrare nella classe per effettuare l'osservazione/la terapia della/del nostra/o figlia/o e

AUTORIZZANO

la scuola a predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui viene indicato che la presenza del terapeuta/genitore esterno è legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe.

Data _____

Firma dei genitori *

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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.*
ALLEGATI : 1) Progetto di osservazione del terapeuta 2) documento di identità dello specialista

Firma del genitore *

ALLEGATO 2 - 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 _____
_____ della cooperativa/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 _____

**ALLEGATO 3 - DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA E TUTELA DELLA *PRIVACY*
(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

- i. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
- ii. 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;
- iii. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;
- iv. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
- v. a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del GDPR 2016/679 e del D. L.vo 101/2018, affinché tutte le informazioni acquisite non potranno in alcun modo 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 documento 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 o siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

Data _____

Firma _____

ALLEGATO 4 - DICHIARAZIONE CONSENSO PER ACCESSO IN CLASSE DI TERAPISTI/SPECIALISTI (O GENITORE)-

PERSONALE DOCENTE

Al Dirigente Scolastico

Direzione Didattica Statale I Circolo

Agropoli (SA)

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di insegnante di scuola primaria/ scuola dell'infanzia in servizio presso la Direzione Didattica Statale,

vista

la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapeuta/specialista sanitario in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a _____;

- in considerazione*** del progetto di osservazione che verrà approntato (se terapeuta);
- in considerazione*** della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista sanitario);

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del genitore/terapeuta/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare gli altri genitori degli alunni iscritti nella sezione/classe della presenza e del ruolo di tale esperto.

Agropoli, _____

Firma _____

ALLEGATO 5- DICHIARAZIONE CONSENSO PER ACCESSO IN CLASSE DI TERAPISTI/SPECIALISTI (O GENITORE) DEGLI ALUNNI DELLA CLASSE/SEZIONE

Al Dirigente Scolastico

**Direzione Didattica Statale I Circolo
Agropoli (SA)**

PADRE: lo sottoscritto _____

Padre del minore _____

MADRE: lo sottoscritta _____

Madre del minore _____

DICHIARIAMO

di aver preso visione della informativa relativa all'intervento di un terapeuta/specialista (o genitore) per il progetto di osservazione su un componente della classe/sezione da parte del dott.

(genitore) _____

Data _____

Firma dei genitori

ALLEGATO 6 - RICHIESTA INCONTRO TECNICO con personale della scuola

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica Statale I Circolo
Agropoli (SA)

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____ frequentante la classe/sez. _____ ,
del plesso _____ a.s. ____ / ____

CHIEDONO

che il dottor _____ , in qualità di _____
facente parte della cooperativa/associazione _____ ,
possa avere accesso a scuola per un incontro tecnico con

Data _____

Firma dei genitori *

Firma del terapeuta

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta 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.*

Firma del genitore *
