

		
UNIONE EUROPEA	REPUBBLICA ITALIANA	REGIONE CALABRIA
	ISTITUTO COMPRENSIVO di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria 1° Grado MONTABELLO JONICO – MOTTA SAN GIOVANNI Via Ficarella – 89060 Saline Joniche – Tel. 0965 782221, Motta S.G. Tel. 0965 712051 Codice Fiscale 92031490805 E-mail: rcic812003@istruzione.it - rcic812003@pec.istruzione.it sito web: www.icmontebellomotta.edu.it	

PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'ACCESSO IN CLASSE DI PROFESSIONISTI SANITARI ESTERNI

*ai sensi della Raccomandazione n. 1/2025
dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità
e delle Indicazioni operative ministeriali*

Premessa

Il presente Protocollo è adottato in attuazione della Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità e delle Indicazioni operative per le istituzioni scolastiche per l'accesso in classe di professionisti sanitari, trasmesse dal Ministero dell'Istruzione e del Merito, al fine di disciplinare in modo uniforme le modalità di accesso in classe dei professionisti sanitari incaricati nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita dell'alunno con disabilità.

Art. 1 – Finalità e ambito di applicazione

Il presente Protocollo si applica a tutte le richieste di accesso in classe di professionisti sanitari incaricati nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita dell'alunno con disabilità.

Esso è finalizzato ad assicurare la continuità terapeutica tra ambiente sanitario/riabilitativo e contesto scolastico, a promuovere una reale inclusione scolastica, a garantire il diritto allo studio e il diritto alla salute dell'alunno con disabilità, nonché a uniformare le procedure interne dell'Istituto in coerenza con le Indicazioni operative vigenti.

Art. 2 – Definizione di professionista sanitario esterno

Per professionista sanitario esterno si intendono i soggetti incaricati nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita dell'alunno con disabilità, quali dipendenti della ASL, di enti o strutture accreditate e/o autorizzate presso il SSN/SSR, ovvero iscritti ai rispettivi albi professionali e coinvolti nel percorso di presa in carico dell'alunno.

Art. 3 – Procedura di richiesta e autorizzazione

La procedura di accesso in classe del professionista sanitario esterno si articola nelle seguenti fasi.

1. Presentazione della richiesta

La famiglia, o chi esercita la responsabilità genitoriale, presenta formale richiesta al Dirigente scolastico per l'accesso del professionista sanitario incaricato, utilizzando l'apposita modulistica predisposta dall'Istituto e depositandola presso gli uffici di segreteria.

Alla richiesta devono essere allegati:

- il progetto terapeutico o di osservazione/intervento del professionista;
- la documentazione utile a comprovare l'incarico del professionista nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita dell'alunno;
- la dichiarazione di impegno al rispetto della normativa in materia di riservatezza. La richiesta di ulteriori documenti può avvenire solo nei limiti strettamente necessari alla verifica della regolarità e completezza dell'istanza.

3. Contenuti del progetto

Il progetto terapeutico o di osservazione/intervento deve indicare, in coerenza con il piano terapeutico o riabilitativo, con il PEI e con il PAI:

- motivazione e finalità dell'intervento;
- durata prevista;
- giornate e orari di accesso;
- modalità operative;
- garanzia di flessibilità organizzativa.

Tali elementi devono essere gestiti in un'ottica di flessibilità, tenendo conto della possibile evoluzione dei bisogni dell'alunno e della necessità, nei casi motivati e urgenti, di modificare tempi, modalità o giornate di accesso senza reiterazione di procedure autorizzative né ostacoli ingiustificati.

4. Verifica documentale e autorizzazione

L'accesso del professionista è consentito **esclusivamente previa autorizzazione del Dirigente scolastico**, quale atto dovuto a seguito della verifica della regolarità e completezza della documentazione presentata, senza alcuna valutazione nel merito clinico o terapeutico dell'intervento. Non sono ammesse autorizzazioni subordinate al consenso o all'assenso di altri soggetti.

Art. 4 – Comunicazione preventiva

L'Istituzione scolastica assicura una comunicazione preventiva ai docenti e ai genitori degli altri alunni della classe interessata. Tale comunicazione ha natura esclusivamente informativa e non può in alcun caso assumere la forma di consenso o assenso, né condizionare l'accesso del professionista. Le informazioni diffuse devono essere limitate a quanto strettamente necessario sotto il profilo organizzativo, nel rispetto della riservatezza dell'alunno interessato.

Art. 5 – Tutela della riservatezza

Il professionista esterno, per accedere alla classe, deve sottoscrivere una dichiarazione di impegno relativa a:

- **Rispetto della privacy:** Impegno a non diffondere informazioni relative agli altri alunni della classe (normativa GDPR).

- **Assenza di interazione:** Impegno a non interagire direttamente con alunni diversi da quello interessato dal piano terapeutico.
- **Presenza del docente:** Impegno a permanere in aula esclusivamente in contemporanea presenza del docente di riferimento.

Art. 6 – Tempi di richiesta e gestione delle urgenze

L'autorizzazione deve essere rilasciata **entro 20 (venti) giorni**, solari e consecutivi, dalla presentazione dei documenti.

Nei casi di osservazione urgente, di accesso sanitario indifferibile oppure quando l'intervento debba essere effettuato in uno specifico giorno o orario per motivate esigenze cliniche, riabilitative o educative, l'Istituto autorizza l'accesso del professionista sanitario anche in deroga ai termini ordinari del procedimento.

In tali situazioni, la scuola organizza l'accesso con modalità improntate a tempestività, flessibilità e semplificazione, al fine di garantire la continuità terapeutica e la piena tutela dei diritti dell'alunno con disabilità.

Eventuali variazioni del calendario degli accessi, rese necessarie dall'evoluzione dei bisogni dell'alunno o da sopravvenute esigenze cliniche, riabilitative o educative, sono gestite sulla base di **formale comunicazione** della famiglia e/o del professionista incaricato, senza necessità di reiterare integralmente la procedura già espletata.

Art. 8 – Organizzazione scolastica degli accessi

Ferma restando la piena tutela del diritto dell'alunno alla continuità terapeutica, l'Istituzione scolastica può organizzare, in concerto con il professionista, per esigenze di funzionamento interno:

- giornate dedicate;
- calendari programmati degli accessi.

Tali modalità organizzative non possono in alcun caso tradursi in un diniego, in un rinvio ingiustificato o in una limitazione sostanziale dell'intervento sanitario necessario.

Art. 9 – Modalità di permanenza nei locali scolastici

Il professionista sanitario autorizzato accede ai locali scolastici nei giorni, negli orari e secondo le modalità definite nell'autorizzazione e nel progetto presentato.

La sua permanenza in classe avviene sempre in presenza del docente e nel rispetto dell'organizzazione scolastica, esclusivamente per le finalità connesse all'intervento autorizzato.

Art. 10 – Adempimenti non conformi

In conformità alla norma, l'istituto non può richiedere:

- Firme di consenso ai genitori degli altri compagni di classe.
- Pareri o assensi vincolanti al consiglio di classe o ai singoli docenti.
- Autodichiarazioni sul casellario giudiziale o carichi pendenti (la cui verifica spetta all'ente sanitario di appartenenza).

Art. 11 – Raccordo con la documentazione d'Istituto

Il presente Protocollo costituisce riferimento operativo interno per la gestione delle richieste di accesso in classe dei professionisti sanitari esterni ed è allegato alla circolare d'Istituto di recepimento delle Indicazioni operative.

Esso è altresì richiamato nell'ambito della documentazione d'Istituto relativa all'inclusione ed è allegato al Piano Annuale per l'Inclusione (PAI), nonché pubblicato sul sito istituzionale unitamente alla modulistica di riferimento. Questa parte è una scelta organizzativa della scuola, coerente con la facoltà di adottare procedure interne.

Art. 12 – Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente Protocollo, si rinvia alla Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, alle Indicazioni operative per le istituzioni scolastiche per l'accesso in classe di professionisti sanitari e alle ulteriori disposizioni ministeriali vigenti.

Il presente Protocollo entra in vigore dalla data della sua adozione.

Allegati:

1. Modello di richiesta da parte della famiglia
2. Modello di progetto terapeutico / di osservazione
3. Dichiarazione di impegno al rispetto della riservatezza

Il Dirigente Scolastico
Prof. ssa Margherita Sergi
*firma autografa sostituita a mezzo
stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2,
del D. Lgs. n. 39/1993*

ALLEGATO 1 – RICHIESTA DI ACCESSO IN CLASSE DI PROFESSIONISTA SANITARIO ESTERNO

Al Dirigente Scolastico

I.C. Montebello Jonico – Motta San Giovanni

Oggetto: Richiesta di accesso in classe di professionista sanitario esterno ai fini della continuità terapeutica e dell'inclusione scolastica

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
____/____/____,

in qualità di ☐ genitore ☐ esercente la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a _____, frequentante la classe/sezione _____ del
plesso _____,

CHIEDE

l'autorizzazione all'accesso in classe del/della professionista sanitario/a esterno/a:

Nome e Cognome _____

Qualifica professionale _____

Ente di appartenenza / struttura / libero professionista _____

incaricato/a nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo e assistenziale dell'alunno/a sopra indicato/a.

L'accesso è richiesto ai fini della continuità terapeutica e dell'inclusione scolastica, secondo quanto previsto dal Protocollo d'Istituto.

A tal fine allega:

- progetto di intervento/osservazione del professionista;
- documentazione attestante l'incarico del professionista nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita;
- dichiarazione di impegno al rispetto della riservatezza e della privacy sottoscritta dal professionista;
- copia del documento di identità del richiedente;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola procederà alla verifica della regolarità e completezza della documentazione ai fini del rilascio dell'autorizzazione da parte del Dirigente scolastico.

Luogo e data _____

Firma del genitore / esercente la responsabilità genitoriale

ALLEGATO 2 – PROGETTO DI INTERVENTO / OSSERVAZIONE

PER LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA E L'INCLUSIONE SCOLASTICA

DATI DEL PROFESSIONISTA

Nome e Cognome _____

Qualifica professionale _____

Ordine / Albo professionale _____

Ente di appartenenza / struttura / libero professionista _____

DATI DELL'ALUNNO/A

Nome e Cognome _____

Classe / Sezione _____

Plesso _____

RIFERIMENTI DEL PIANO INDIVIDUALE

L'intervento è previsto e concordato nell'ambito di:

☐ Piano terapeutico o riabilitativo

☐ PEI

DETTAGLI DEL PROGETTO

Motivazione e finalità dell'intervento

Durata prevista

dal ____/____/____ al ____/____/____

Giornate e orari di accesso

Modalità operative (osservazione, supporto, intervento diretto, raccordo con il contesto scolastico, altro)

Eventuali esigenze di flessibilità organizzativa

Il/La sottoscritto/a dichiara che il presente intervento si colloca nell'ambito del percorso di presa in carico dell'alunno/a e che eventuali modifiche di giorni, orari o modalità di accesso, rese necessarie dall'evoluzione dei bisogni dell'alunno o da motivate esigenze cliniche, riabilitative o educative, saranno comunicate formalmente alla scuola.

Luogo e data _____

Firma del Professionista

Visto del Dirigente Scolastico

ALLEGATO 3 – DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA E DELLA PRIVACY

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____ il ____/____/_____, in qualità di _____,
iscritto/a all'Ordine / Albo _____ n. _____, incaricato/a da _____

per l'attuazione del piano terapeutico, riabilitativo e assistenziale dell'alunno/a
_____, frequentante la classe/sezione _____ del plesso
_____.

DICHIARA

di essere stato/a informato/a dall'Istituzione scolastica in merito alle modalità di accesso ai locali scolastici e, in particolare, alla classe interessata, secondo quanto previsto dal Protocollo operativo adottato dall'Istituto.

SI IMPEGNA A:

- osservare rigorosamente la normativa vigente in materia di riservatezza e protezione dei dati personali;
- non diffondere dati, informazioni o elementi riferiti ad alunni diversi da quello interessato dall'intervento;
- non interagire direttamente con alunni diversi dal destinatario dell'intervento, salvo situazioni occasionali e non evitabili legate al contesto classe;
- permanere nei locali scolastici e all'interno della classe esclusivamente in contemporanea presenza del docente o di altro personale scolastico incaricato;
- limitare la propria attività alle finalità clinico-osservative, terapeutiche o riabilitative previste dal progetto presentato;
- attenersi alle disposizioni organizzative impartite dall'Istituto.

Il/La sottoscritto/a prende atto che la presente dichiarazione costituisce parte integrante della documentazione necessaria ai fini dell'autorizzazione all'accesso.

Luogo e data _____

Firma del Professionista

Per presa visione del Dirigente Scolastico
