



Protocollo operativo per l'accesso in classe di professionisti sanitari

ai sensi della Raccomandazione del Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità n. 1/2025
e delle Indicazioni operative approvate in data 11/02/2026

1. Finalità e ambito di applicazione

Il presente protocollo disciplina le modalità organizzative per l'accesso in classe di professionisti sanitari incaricati nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita di alunni con disabilità, al fine di garantire la continuità terapeutica, l'inclusione scolastica, il diritto allo studio e il diritto alla salute.

Le disposizioni si applicano a tutti gli ordini di scuola dell'Istituto e si conformano ai principi indicati dall'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità.

2. Definizioni

Per professionista sanitario si intende il soggetto incaricato dalla ASL, da ente/struttura accreditata o autorizzata, ovvero il professionista iscritto al relativo albo, coinvolto nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità.

3. Principi generali

- L'accesso è consentito esclusivamente previa autorizzazione del Dirigente Scolastico, quale atto dovuto a seguito della verifica della regolarità e completezza della documentazione presentata.
- La comunicazione a docenti e genitori della classe interessata ha carattere esclusivamente informativo e non autorizzativo.
- E' prevista la richiesta al professionista di una dichiarazione di impegno al rispetto della riservatezza, con specifico riferimento alla non interazione con altri alunni e alla permanenza in classe in presenza del docente.
- L'organizzazione scolastica degli accessi deve essere orientata alla flessibilità.

4. Procedura interna

1. Presentazione della richiesta. La famiglia e/o il professionista/ente trasmette alla scuola la documentazione prevista (**Allegati 1 - 4 - 5**).
2. Verifica documentale. La segreteria e il Dirigente Scolastico verificano la completezza formale della documentazione, senza valutazioni sul merito clinico o terapeutico.
3. Autorizzazione del Dirigente Scolastico. Il Dirigente rilascia l'autorizzazione (**Allegato 2**), indicando periodo e modalità organizzative essenziali, con richiamo alla necessaria flessibilità.
4. Comunicazione informativa. La scuola invia comunicazione preventiva ai docenti e ai genitori degli altri alunni della classe (**Allegato 3**).
5. Svolgimento dell'intervento. Il professionista opera nel rispetto dell'impegno privacy e delle modalità organizzative condivise, restando in classe in presenza del docente.

Il mancato rispetto delle attività sopra elencate comporterà il non accoglimento della relativa richiesta di ingresso % l'Istituto.

5. Tempi di gestione e urgenze

L'Istituto definisce un termine ordinario massimo di 20 giorni solari e consecutivi dalla presentazione della documentazione per la conclusione del procedimento autorizzativo.

Nei casi di osservazione urgente, accesso sanitario indifferibile o intervento da effettuare in giorno/orario specifico per motivi clinici, riabilitativi o educativi, l'accesso può essere consentito anche in deroga ai termini ordinari, al fine di garantire la continuità terapeutica e la tutela effettiva dei diritti dell'alunno/a.

6. Documentazione richiesta

- La documentazione richiesta è limitata a quanto strettamente necessario per identificare il professionista, comprendere la finalità dell'accesso e organizzare la presenza a scuola, nel rispetto dei principi di pertinenza e minimizzazione dei dati.
- Se la richiesta è presentata dalla famiglia: istanza formale di accesso; indicazione del professionista o dell'ente (nome, qualifica, eventuale struttura di appartenenza); riferimento essenziale al percorso terapeutico o riabilitativo; proposta organizzativa con giorni/orari indicativi e tipologia di accesso (osservazione, raccordo, intervento in classe).
- Se la richiesta è presentata dal professionista o dall'ente: richiesta di accesso/osservazione/intervento; qualifica professionale e, se presente, ente o struttura di riferimento; autorizzazione da parte della famiglia dell'alunno/a; finalità dell'accesso (osservazione funzionale, raccordo con la scuola, continuità terapeutica); periodo di attività, durata e modalità organizzative con eventuale flessibilità.

La documentazione deve essere firmata digitalmente o, qualora alla stessa sia apposta firma autografa, è necessario allegare copia del documento di identità del dichiarante/richiedente.

Possono essere allegati, in forma essenziale, una nota di raccordo clinico-funzionale e il richiamo al PEI, al PAI o al progetto di vita, se pertinenti.

7. Organizzazione degli accessi

- L'Istituto concorda con il professionista giornate dedicate o calendari programmati per esigenze di funzionamento interno.
- Eventuali variazioni motivate di giorni/orari, connesse all'evoluzione dei bisogni dell'alunno/a, sono gestite con flessibilità senza reiterare inutilmente l'intero iter autorizzativo.

8. Ruoli e responsabilità

Soggetto	Compiti essenziali
Dirigente Scolastico	Verifica formale documentazione; autorizzazione all'accesso; supervisione del rispetto del protocollo.
Segreteria	Ricezione atti, protocollazione, supporto amministrativo, conservazione documentale.
Docente/i della classe	Collaborazione organizzativa; presenza in classe durante l'intervento; raccordo educativo.
Professionista sanitario	Intervento nei limiti del progetto; rispetto privacy; non interazione con altri alunni; rispetto regole scolastiche.
Famiglia	Trasmissione della documentazione utile e raccordo con scuola/professionista.

9. Clausola di adeguamento

Il presente protocollo sostituisce ogni precedente disposizione interna incompatibile e deve essere recepito nelle procedure di Istituto e nel Protocollo Inclusione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Elena Osnaghi

(Documento firmato digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.Lgs. 82/2005)



ALLEGATO 1 - Istanza /progetto terapeutico o di osservazione

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Bonvesin de la Riva

Oggetto: Richiesta di accesso in classe di professionista sanitario per alunno/a con disabilità

Il/La sottoscritto/a _____ (genitore/tutore)
e/o il professionista/ente _____

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

- Nome e cognome: _____
- Qualifica professionale / albo: _____
- Ente/struttura di appartenenza: _____
- Recapiti: _____

in favore dell'alunno/a _____
classe _____ plesso _____

L'intervento è previsto nell'ambito del (barrare/indicare):

Piano terapeutico / riabilitativo

PEI

PAI

Progetto di vita

Altro: _____

Elementi essenziali del progetto terapeutico o di osservazione:

- motivazione e finalità dell'intervento: _____

- durata prevista: _____

- giornate e orari (indicativi): _____

- modalità operative: _____

- esigenze di flessibilità organizzativa / possibili variazioni motivate: _____

Data _____ Firma genitore/tutore _____

Data _____ Firma professionista/ente _____

ALLEGATO 2 - Autorizzazione del Dirigente Scolastico

Oggetto: Autorizzazione all'accesso in classe di professionista sanitario

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- vista l'istanza pervenuta prot. _____ in data _____;
- verificata la regolarità e completezza formale della documentazione;
- richiamato il protocollo d'Istituto vigente in materia;

AUTORIZZA

l'accesso in classe del/della professionista sanitario/a _____,
qualifica _____,
ente/struttura _____,
per l'alunno/a _____,
classe _____ plesso _____,
nel periodo dal _____ al _____, secondo il progetto presentato.

Le giornate e gli orari di accesso sono definiti in via organizzativa come segue:

Resta ferma la possibilità di variazioni formalmente motivate per esigenze cliniche, riabilitative o educative, senza aggravio procedurale, nel rispetto del diritto alla continuità terapeutica.

Il professionista è tenuto al rispetto della normativa sulla riservatezza e delle regole organizzative scolastiche, con particolare riferimento alla non interazione con alunni diversi da quello interessato e alla permanenza in classe sempre in presenza del docente.

Il presente atto ha natura autorizzativa e non richiede consenso o assenso di altri soggetti.

La Dirigente Scolastica _____

ALLEGATO 3 - Comunicazione informativa a docenti e famiglie della classe

Oggetto: Comunicazione informativa - Accesso in classe di professionista sanitario

Si comunica che, nell'ambito del percorso personalizzato di un alunno della classe e nel rispetto della normativa vigente, è stato autorizzato l'accesso in classe di un professionista sanitario incaricato per finalità di osservazione/intervento connesse al progetto terapeutico/riabilitativo/assistenziale dell'alunno stesso.

La presenza del professionista avverrà nel rispetto delle regole di riservatezza e delle procedure scolastiche, senza interazione con alunni diversi da quello interessato e sempre in presenza del docente.

La presente comunicazione ha carattere esclusivamente informativo e non richiede alcuna manifestazione di consenso o assenso.

Cordiali saluti

La Dirigente Scolastica _____



ALLEGATO 4 - Dichiarazione del professionista sanitario (impegno privacy e regole di accesso)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Bonvesin de la Riva

Il/La sottoscritto/a _____,

qualifica _____,

iscritto/a all'albo _____ n. _____,

in servizio presso / incaricato da _____,

DICHIARA

- di intervenire nell'ambito del piano terapeutico/riabilitativo/assistenziale/progetto di vita

dell'alunno/a _____,

classe _____ plesso _____;

- di rispettare la normativa vigente in materia di riservatezza e protezione dei dati personali (documento allegato);

- di non interagire direttamente con alunni diversi da quello interessato, salvo esigenze eccezionali connesse alla sicurezza e comunque in raccordo con il docente presente;

- di permanere in classe sempre in presenza del docente;

- di rispettare le regole organizzative e di sicurezza dell'Istituto <https://www.icsbonvesin.edu.it/pagine/sicurezza/>;

- di utilizzare le informazioni conosciute in ragione dell'incarico esclusivamente per le finalità professionali connesse all'intervento autorizzato.

Luogo e data _____

Firma del professionista _____



ALLEGATO 5

Dichiarazione di riservatezza e impegno del professionista sanitario/terapeuta per accesso ai locali scolastici

ISTITUTO COMPRENSIVO _____

Plesso: _____

Anno scolastico: _____ / _____

DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA E IMPEGNO

(ai fini dell'accesso ai locali scolastici per osservazione/raccordo/continuità terapeutica)

Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

C.F. _____

tel. _____ e-mail _____

in qualità di:

Professionista sanitario/terapeuta libero professionista

Professionista afferente a Ente/Struttura _____

Altro (specificare) _____

Qualifica professionale: _____

con riferimento alla richiesta di accesso ai locali scolastici relativa all'alunno/a

(iniziali) _____ frequentante la classe _____ plesso _____

DICHIARA

1. di intervenire/eseguire osservazione/raccordo professionale nell'ambito di un percorso a supporto dell'alunno/a sopraindicato/a, secondo quanto concordato con la famiglia e autorizzato dal Dirigente Scolastico;
2. di accedere ai locali scolastici esclusivamente nei giorni, orari e spazi autorizzati dalla scuola, salvo eventuali variazioni concordate per motivate esigenze organizzative o clinico-funzionali;

3. di essere consapevole che la presenza a scuola è finalizzata esclusivamente a: osservazione dell'alunno/a nel contesto scolastico, raccordo funzionale con i docenti, supporto alla continuità educativa/riabilitativa, nel rispetto delle competenze di ciascun soggetto coinvolto.

SI IMPEGNA

1. alla massima riservatezza su fatti, informazioni, immagini, dati personali e ogni altra notizia appresa durante la permanenza a scuola, riguardanti l'alunno/a interessato/a, gli altri alunni, le famiglie, il personale scolastico e l'organizzazione interna dell'Istituto;
2. a trattare eventuali dati personali e informazioni conosciuti durante l'accesso nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.), secondo i principi di liceità, correttezza, minimizzazione e riservatezza;
3. a non acquisire, salvo espressa autorizzazione e stretta necessità professionale, fotografie, video, registrazioni audio, copie di documenti scolastici, immagini di elaborati o ambienti scolastici;
4. a non diffondere né comunicare a terzi informazioni apprese durante la presenza a scuola, se non nei limiti strettamente connessi al proprio ruolo professionale e al percorso dell'alunno/a, e comunque nel rispetto della normativa privacy;
5. a non interagire con gli altri alunni della classe/plesso se non per esigenze strettamente occasionali e funzionali alla presenza in aula, evitando qualunque attività rivolta a soggetti diversi dall'alunno/a interessato/a;
6. a mantenere un comportamento rispettoso del contesto scolastico, delle regole interne dell'Istituto e delle indicazioni del Dirigente Scolastico e del personale docente;
7. a permanere nei locali scolastici in presenza del docente o comunque secondo le modalità organizzative definite dalla scuola;
8. a utilizzare esclusivamente gli spazi autorizzati e a registrare la propria presenza secondo le modalità previste dall'Istituto (registro accessi in portineria);
9. a segnalare tempestivamente alla scuola eventuali impedimenti, variazioni o necessità organizzative riguardanti gli accessi autorizzati.

PRENDE ATTO

1. che l'autorizzazione all'accesso è rilasciata dal Dirigente Scolastico esclusivamente per le finalità indicate e può essere revocata o sospesa in caso di inosservanza delle regole scolastiche o degli impegni di riservatezza;
2. che la presente dichiarazione è condizione necessaria per l'accesso ai locali scolastici.

Luogo e data _____

Firma del professionista
