

Prot. e data, vedi segnatrice

Ai Docenti
Al Personale ATA
Ai Referenti di Plesso
e p.c. Alle famiglie

Oggetto: Accesso in classe di professionisti sanitari esterni – chiarimenti e procedure operative ai sensi del *D.Lgs. n. 20/2024* e della *Raccomandazione n. 1/2025* dell’Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità.

1. Premessa normativa

Con il **Decreto Legislativo 5 febbraio 2024, n. 20**, emanato in attuazione della **Legge 22 dicembre 2021, n. 227**, è stata istituita l’**Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità**, con il compito di vigilare sul rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone con disabilità, in conformità alla **Convenzione ONU** (ratificata con L. 18/2009), alla **Costituzione** e alla **Legge 104/1992**.

In data **23/10/2025**, l’Autorità ha emesso la **Raccomandazione n. 1/2025**, con la quale ha chiarito le modalità di accesso ai locali scolastici dei **professionisti sanitari** (medici, terapisti, operatori, psicologi, ecc.) incaricati dell’attuazione di **piani terapeutici o riabilitativi individuali** in favore di alunni con disabilità, finanziati dal **Servizio Sanitario Nazionale** o da enti accreditati.

2. Sintesi del contenuto della Raccomandazione n. 1/2025

L’Autorità Garante ha rilevato che, in diversi istituti scolastici, l’accesso in classe di tali professionisti è stato subordinato al **consenso dei genitori degli altri alunni** o alla presentazione di **ulteriore documentazione non prevista dalla legge**. Tali prassi sono state dichiarate **non conformi** ai principi di tutela dei diritti fondamentali delle persone con disabilità, in quanto:

- l’intervento dei professionisti sanitari esterni **rientra nella piena attuazione del diritto allo studio e alla salute dell’alunno con disabilità**, diritti che prevalgono su ogni altro interesse di natura organizzativa o privata;
- l’**autorizzazione all’accesso** deve essere **rilasciata esclusivamente dal Dirigente Scolastico**, senza necessità di consenso da parte delle famiglie degli altri studenti;

- i professionisti coinvolti sono **personale sanitario qualificato**, incaricato dal **SSN o da enti accreditati**, pertanto già soggetto a tutti i controlli previsti in materia di idoneità, privacy e sicurezza;
- l'operatore sanitario, durante la sua presenza in classe, **non deve interagire con gli altri alunni e opera sempre in compresenza con il docente**.

3. Procedura per i casi rientranti nella Raccomandazione n. 1/2025

Per gli **accessi di professionisti sanitari esterni** incaricati dell'attuazione di piani terapeutici individuali (PEI, progetto di vita, piano riabilitativo), la procedura corretta è la seguente:

1. **Richiesta scritta di accesso** da parte della ASL o dell'ente accreditato, contenente:
 - nominativo del professionista;
 - qualifica e struttura di appartenenza;
 - riferimento al piano terapeutico o riabilitativo dell'alunno interessato;
 - periodo e orari di intervento.

Autorizzazione del Dirigente Scolastico, previa informazione ai docenti del team o del consiglio di classe e/o del consiglio di classe.

Dichiarazione di riservatezza sottoscritta dal professionista, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), con l'impegno a non diffondere informazioni riguardanti altri alunni e a operare in presenza del docente.

Comunicazione alle famiglie della classe per opportuna conoscenza, precisando che non è richiesto alcun consenso.

Accesso e svolgimento dell'attività secondo le modalità indicate, nel rispetto delle norme di sicurezza e di tutela dei minori.

4. Disposizioni finali

La presente circolare recepisce e attua la **Raccomandazione n. 1/2025** dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, garantendo l'uniformità di condotta dell'Istituto e la piena tutela dei diritti degli alunni con disabilità.

Nel caso di alunni non certificati:

L'accesso in classe di un professionista esterno (es. psicologo, educatore, operatore ASL) non può avvenire automaticamente.

È necessario valutare caso per caso, coinvolgendo il Consiglio di Classe o il Team Docenti.

Il Dirigente Scolastico può autorizzare l’osservazione solo se:

- È motivata da esigenze educative o di tutela.
- È garantita la tutela della privacy degli altri alunni.
- È stato acquisito il consenso informato dei genitori degli alunni coinvolti, se l’osservazione è estesa alla classe.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Barbara Pecere

*Documento Firmato Digitalmente ai sensi
del CAD e delle norme ad esso correlate*

Allegato 1 – Modello di richiesta di accesso del professionista sanitario.

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all’accesso in classe del professionista sanitario ai sensi del d.lgs. n. 20/2024 e della Raccomandazione n. 1/2025 dell’Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità.

Il/la Responsabile della struttura sanitaria / ASL / Ente accreditato

[Denominazione Ente] – con sede in

[indirizzo]

rappresentato da [nome e cognome],

in qualità di

[ruolo/titolo professionale],

CHIEDE

l’autorizzazione all’accesso nei locali scolastici, e in particolare nella classe frequentata dall’alunno _____, del professionista sanitario incaricato dell’attuazione del piano terapeutico/riabilitativo individuale.

Dati del professionista incaricato

- **Nome e Cognome:** _____
- **Qualifica professionale:** _____
- **Struttura di appartenenza:** _____
(es. ASL, centro accreditato, cooperativa autorizzata, ecc.)
- **Iscrizione all’Albo professionale n.** _____
- **Codice fiscale:** _____
- **Contatti (telefono/e-mail):** _____

Riferimenti del piano terapeutico

- Tipologia di piano: ☐ Piano terapeutico individuale ☐ Piano riabilitativo ☐ Progetto di vita
- Riferimento PEI scolastico: _____
- Periodo previsto per l'attività: dal _____ al _____
- Giorni e orari di presenza in classe: _____
- Durata prevista per ciascun intervento: _____

Dichiarazioni

Il sottoscritto professionista:

1. Dichiaro di essere incaricato formalmente dalla **ASL / Ente accreditato** sopra indicato per l'attuazione del progetto terapeutico in favore dell'alunno/a _____;
2. Si impegna a **rispettare le disposizioni in materia di tutela della privacy** (Reg. UE 2016/679 – GDPR), a non raccogliere né diffondere dati personali o sensibili relativi ad altri alunni e a mantenere il massimo riserbo su quanto osservato in ambito scolastico;
3. Si impegna a **non interagire con altri alunni** e a svolgere la propria attività **sempre in presenza del docente**;
4. Si impegna a rispettare le norme di sicurezza e le disposizioni organizzative della scuola;
5. Dichiaro di essere in regola con gli obblighi di **idoneità professionale e assicurativa** previsti dalla normativa vigente.

Allega:

1. Copia del documento di identità del professionista;
2. Copia dell'incarico o della convenzione rilasciata dalla ASL o dall'ente accreditato;
3. (Eventuale) Estratto del piano terapeutico con riferimento all'intervento in ambito scolastico.

Luogo e data: _____

Firma del professionista sanitario _____

Firma del genitore/tutore (se la richiesta parte dalla famiglia)

Firma del Responsabile dell'Ente/ASL (se la richiesta parte dalla struttura)

Si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Barbara Pecere

*Documento Firmato Digitalmente ai sensi
del CAD e delle norme ad esso correlate*

ALLEGATO 2 – DICHIARAZIONE DI RISERVATEZZA DEL PROFESSIONISTA SANITARIO ESTERNO

All'Istituto Comprensivo [Nome Istituto]
Alla cortese attenzione del **Dirigente Scolastico**
[Indirizzo e-mail istituzionale]

Oggetto: Dichiarazione di riservatezza ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), del D.Lgs. n. 196/2003 e della Raccomandazione n. 1/2025 dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità.

Il/La sottoscritto/a [Nome e Cognome]
Qualifica professionale:

Struttura di appartenenza: _____

Iscrizione all'Albo professionale n. _____

Incaricato/a dalla ASL / Ente accreditato: _____

Codice fiscale: _____

in qualità di **professionista sanitario esterno incaricato** dell'attuazione del piano
terapeutico/riabilitativo dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della Scuola [infanzia/primaria/secondaria di I
grado] _____ di questo Istituto,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. di essere stato/a incaricato/a formalmente dalla ASL/Ente accreditato sopra indicato per lo svolgimento di attività terapeutiche e/o riabilitative in ambito scolastico;
2. di essere a conoscenza che l'accesso ai locali scolastici avviene in virtù dell'autorizzazione del Dirigente Scolastico ai sensi del **D.Lgs. n. 20/2024** e della **Raccomandazione n. 1/2025**;
3. di impegnarsi a **rispettare la normativa vigente in materia di tutela dei dati personali e di riservatezza** (Reg. UE 2016/679 – GDPR e D.Lgs. 196/2003), nonché il **Regolamento interno sulla privacy** dell'Istituto;
4. di non acquisire, trattare, conservare o diffondere in alcun modo dati personali o sensibili relativi ad altri alunni o personale scolastico, né immagini, né informazioni di natura riservata;
5. di non interagire con gli altri studenti presenti nella classe, salvo casi di necessità legati alla sicurezza o su richiesta del docente;
6. di svolgere la propria attività **sempre in presenza del docente** della classe e nel rispetto delle norme di sicurezza e di comportamento previste dall'Istituto;
7. di impegnarsi a un uso esclusivamente professionale delle informazioni riguardanti l'alunno destinatario del piano terapeutico, limitatamente alle finalità del proprio incarico;
8. di essere a conoscenza che eventuali violazioni della presente dichiarazione potranno comportare l'immediata revoca dell'autorizzazione all'accesso, oltre alle responsabilità previste dalla legge.

Luogo e data: _____

Firma del professionista sanitario

Per presa visione e archiviazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Barbara Pecere

*Documento Firmato Digitalmente ai sensi
del CAD e delle norme ad esso correlate*

Allegato 3 – Comunicazione informativa alle famiglie della classe

Gentili Genitori,

si informa che, nell’ambito dell’attuazione del **Piano Educativo Individualizzato (PEI)** e del **piano terapeutico/riabilitativo individuale** previsto per un alunno della classe, sarà presente, in alcuni momenti della giornata scolastica, un **professionista sanitario esterno** incaricato dall’**Azienda Sanitaria Locale / Ente accreditato** di riferimento.

L’attività, **autorizzata dal Dirigente Scolastico** ai sensi del **Decreto Legislativo n. 20/2024** e della **Raccomandazione n. 1/2025** dell’Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità, si inserisce nel percorso di inclusione previsto dalla normativa vigente (**Legge 104/1992, D.Lgs. 66/2017 e D.Lgs. 96/2019**) e contribuisce a garantire la continuità terapeutica e il diritto allo studio dell’alunno.

Si precisa che:

- il professionista sanitario è un operatore qualificato, incaricato dalla ASL o da ente accreditato e già sottoposto ai controlli previsti dalla normativa vigente;
- la sua presenza è **limitata alle attività previste nel piano terapeutico individuale** e avviene **sempre in presenza con il docente**;
- il professionista è tenuto a rispettare la **riservatezza** e la **privacy** di tutti gli alunni, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR);
- non è richiesto alcun consenso da parte delle famiglie degli altri studenti, poiché l’accesso è regolato dalla normativa sopra richiamata e rientra nei compiti istituzionali della scuola e del Servizio Sanitario Nazionale.

Archiviata agli atti dell’Istituto con riferimento al relativo protocollo di autorizzazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Barbara Pecere

*Documento Firmato Digitalmente ai sensi
del CAD e delle norme ad esso correlate*