



Delibera n. 172 del 18/04/2025

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE IN EQUIPE ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA AI FINI SCOLASTICI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE N.170/2010 E PER LE PROCEDURE CONCORSUALI DI CUI ALLA L.R.N.17/2019

IL DIRETTORE GENERALE – Dott. Michele Brait

Nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. XII/1653 del 21/12/23

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario

Dr. Aldo Bellini

Favorevole

Direttore SocioSanitario

Dr. Antonio Colaianni

Favorevole

Direttore Amministrativo

Dott. Giuseppe Matozzo

Favorevole

PREMESSI

- la Legge 8 ottobre 2010 n. 170 avente ad oggetto “Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico”;
- l’Accordo Stato-Regioni del 25/07/2012 “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)”;

che prevedono che le Regioni, al fine di garantire la diagnosi tempestiva di Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), possano prevedere percorsi specifici per il riconoscimento di soggetti privati nel caso in cui i servizi pubblici o accreditati del Servizio Sanitario Nazionale non siano in grado di rilasciare certificazioni in tempi utili per l’attivazione delle misure didattiche;

RICHIAMATI:

- l’Accordo tra Governo, Regioni e Provincie autonome di Trento e Bolzano avente ad oggetto “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)”;
- la nota della Direzione Generale Sanità prot. H1.2013.0006315 del 21/02/2013 “Disturbo Specifico dell’Apprendimento (DSA). Istituzione presso le ASL degli elenchi dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell’Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010” che prevede la costituzione in ogni ASL di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti, sulla base di un’autocertificazione attestante il possesso degli specifici requisiti richiesti, i soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell’Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010”, precisando che “I servizi di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza pubblici e privati accreditati, non sono tenuti alla presentazione dell’istanza” in quanto già autorizzati;
- la nota della Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2015.0018622 del 22/06/2015 “Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento” che:
 - individua i requisiti necessari per l’inserimento negli elenchi dei soggetti autorizzati a effettuare la prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni del 25/07/2012 e dalla L. 170/2010;
 - trasmette il modulo di presentazione della richiesta di autorizzazione;
 - identifica la procedura per la presentazione delle domande precisando che “A partire dal 2016 le istanze dovranno essere presentate nel periodo 01/05 – 31/05” e che “Le apposite commissioni istituite in ogni ASL verificano la coerenza delle istanze ricevute con le indicazioni contenute nella presente nota e comunicano alla Direzione Generale della ASL l’elenco dei soggetti autorizzati alla attività di prima certificazione di DSA. L’elenco dei soggetti autorizzati a effettuare prime certificazioni di DSA ai fini scolastici ai sensi della L. 170/2010 sarà reso disponibile sul sito della ASL. L’elenco ha valore su tutto il territorio regionale”;
- la nota della Direzione Generale Welfare prot. n.55684.21 del 09/04/2021 ad oggetto “Modulistica relativa alle equipe DSA per l’inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi delle Legge n. 170/2010 e L.R. n. 17/2019)” che aggiorna la modulistica in uso nell’ottica di una omogeneizzazione degli strumenti e delle modalità in atto nei diversi territori;
- la nota della Direzione Generale Welfare prot.n. del 08/04/2024 ad oggetto “Modulistica inerente iter di inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e Lr. n. 17/2019) che aggiorna nuovamente la modulistica in uso;

VISTA la nota regionale G1.2025.0015002 del 10/04/2025 ad oggetto “Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) - Aggiornamento modulistica” che, con riferimento alla definizione dell’iter relativo all’avviso per la presentazione delle domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica dei DSA, ha provveduto a:

- aggiornare le indicazioni fornite dalla nota regionale H1.2015.0018622 del 22/06/2015 “Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento (DSA)”;
- rivedere i moduli “Certificazione di DSA valida ai fini scolastici” e “Aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA”;

VISTA la nota regionale G1.2025.0015213 del 11/04/2025 ad oggetto “Modulistica relativa alle equipe private DSA per l’inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e Lr. n. 17/2019)” che nell’ottica di una omogeneizzazione degli strumenti e delle modalità in atto nei diversi territori ha trasmesso il modello dell’Avviso pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) unitamente alla relativa modulistica;

RITENUTO di approvare l’Avviso Pubblico per la riapertura dei termini per la presentazione delle istanze di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2025 e con termine il 31/05/2025, secondo il modello regionale di cui all’Allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e i relativi moduli:

- Modulo 1 Domanda Nuova Equipe - 2025
- Modulo 1.1 Modulistica Integrativa;
- Modulo 2 Domanda Integrazione Nuovo Professionista - 2025;
- Modulo 2.1 Modulistica Integrativa;
- Modulo 3.1 Dichiarazione sostitutiva atto notorio;

STABILITO di pubblicare l’Avviso Pubblico per la riapertura dei termini per la presentazione delle domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2025 e con termine il 31/05/2025 e relativi allegati sul sito Internet aziendale a seguito dell’adozione del presente atto;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;

VISTA la proposta presentata dal Direttore della S.C. Salute Mentale, Dipendenza e Disabilità Psicica Dott.ssa Paola Passoni che, anche in qualità di Responsabile del procedimento, attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare l’Avviso Pubblico per la riapertura dei termini per la presentazione delle domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2025 e con termine il 31/05/2025, secondo il modello regionale di cui all’Allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e i relativi moduli:
 - Modulo 1 Domanda Nuova Equipe -2025
 - Modulo 1.1 Modulistica Integrativa;
 - Modulo 2 Domanda Integrazione Nuovo Professionista-2025;
 - Modulo 2.1 Modulistica Integrativa;
 - Modulo 3.1 Dichiarazione sostitutiva atto notorio
- di stabilire la pubblicazione dell’Avviso Pubblico per la riapertura dei termini per la presentazione delle domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2025 e con

termine il 31/05/2025 e relativi allegati sul sito Internet aziendale a seguito dell'adozione del presente atto;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art.17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di comunicare l'adozione del presente provvedimento alle Strutture aziendali.

Documento firmato digitalmente
IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Michele Brait)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

STRUTTURA PROPONENTE: SC SALUTE MENTALE DIPENDENZA E DISABILITA' PSICHICA

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Dirigente Responsabile
Paola Passoni

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

Si attesta la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n.: _____ Importo: _____

NOTE

AVVISO PUBBLICO

APERTURA TERMINI ANNO 2025

Dal 01/05/2025 al 31/05/2025

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA L.170/2010, ACCORDO STATO REGIONI DEL 25/07/2012 E DALLA L.R. N. 17/2019

nelle due seguenti tipologie:

A) EQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE (Modulo 1)

B) NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Modulo 2):

- per l'inserimento di nuovi professionisti in equipe già autorizzate e inserite nell'elenco pubblicato sul sito di ATS

Premessa

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) rappresentano una condizione clinica evolutiva di difficoltà di apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo che si manifesta con l'inizio della scolarizzazione. Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale.

La famiglia, che rileva significative difficoltà nel percorso di apprendimento scolastico del figlio, può confrontarsi con i docenti di classe, con il referente scolastico DSA e/o con il pediatra e decidere di richiedere una valutazione clinica per accertare l'eventuale presenza di Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Finalità

Nell'Accordo Stato Regioni del 25/07/2012 "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e nella Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico", sono stati definiti i criteri qualitativi per l'individuazione dei soggetti abilitati al rilascio della prima certificazione diagnostica dei DSA.

Il presente AVVISO dà attuazione ad un percorso specifico volto a garantire la diagnosi tempestiva dei DSA da parte di soggetti privati non accreditati.

La finalità del presente AVVISO è la costituzione nell'ATS di un elenco aggiornato, a valore regionale, in cui vengono iscritte le equipe private, autorizzate ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento valida ai fini scolastici

secondo quanto previsto dalla L. n.170/2010 e per garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso regionale come da Legge regionale n.17 del 29/10/2019 art. 6. A tal fine si applicano le indicazioni della nota regionale del 10/04/2025 ad oggetto “Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)– Aggiornamento modulistica” – rif prot G1.2025.0015002 –e la procedura prevista dal presente AVVISO.

Destinatari

Enti e soggetti privati con personalità giuridica o professionisti in possesso dei requisiti richiesti per il rilascio di certificazioni utili per l’attivazione delle misure in presenza di diagnosi DSA ai sensi della Legge 8 ottobre 2010 n.170 avente ad oggetto “Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico” e l’Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)”.

La domanda di autorizzazione da parte di équipe di nuova costituzione ad effettuare attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento (tipologia A) e la domanda per l’inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate (tipologia B) devono essere presentate dal:

- Legale Rappresentante Enti/soggetti privati con personalità giuridica
- o
- Professionista Referente dell’équipe.

Requisiti indispensabili per la partecipazione

a) Presenza di una équipe multidisciplinare costituita da:

- Neuropsichiatra dell’Infanzia e dell’adolescenza
- Psicologo
- Logopedista

Nel caso di valutazione e prima diagnosi a favore di soggetti adulti, la figura del neuropsichiatra dell’infanzia e dell’adolescenza può essere sostituita da quella del neurologo o di altro specialista medico formato in modo specifico sull’argomento (rif. Consensus Conference del 2010).

- b) Iscrizione all’Ordine professionale per i neuropsichiatri dell’infanzia e dell’adolescenza/neurologi o altro specialista; iscrizione all’Albo A dell’Ordine Professionale per gli psicologi; iscrizione all’Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale per i logopedisti.
- c) Documentato possesso, da parte di tutti i professionisti componenti l’équipe, dei previsti livelli minimi di formazione teorica e competenza specifica acquisita sul campo, come di seguito precisato:

- formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi di utenti con DSA;

o in alternativa

- formazione sui DSA di almeno 50 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostico-terapeutico – riabilitativi di utenti con DSA.

Per la formazione teorica si specifica che:

- ✓ per la figura del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, verranno riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura dello Psicologo, in attuazione della L.163/2021, verranno riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura del Logopedista le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario, con acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all'Ordine Professionale. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/ scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per tutte le figure professionali l'attività di formazione effettuata in qualità di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA;
- ✓ i corsi/seminari, con contenuti specifici sulla tematica DSA, per essere computati nella formazione teorica devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini Professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa.
Le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate;

- ✓ per il riconoscimento delle ore computabili come formazione teorica, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

Per la competenza acquisita sul campo si specifica che:

- ✓ per la figura del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo maturati durante la frequenza della Scuola di Specialità in NPIA dal secondo anno (L. 25 giugno 2019 n. 60, conversione in legge del cosiddetto "Decreto Calabria" - Decreto-legge 30 aprile 2019 n. 35, L. 3 luglio 2023, n. 87) o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
 - ✓ per la figura dello Psicologo verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo svolti successivamente all'acquisizione del titolo abilitante con il conseguimento della laurea magistrale. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
 - ✓ per la figura del Logopedista i percorsi di competenza acquisita sul campo possono essere conteggiati solo se successivi all'acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all'Ordine Professionale. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
 - ✓ per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA;
 - ✓ per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria
- d) Possesso di titolo autorizzativo (SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di inizio attività di Studio Professionale) per tutte le sedi di svolgimento delle attività per il rilascio delle certificazioni indicate.

Si precisa che i professionisti che prestano la loro attività **in regime di esclusività** presso strutture pubbliche del SSN **non** possono svolgere attività di prima certificazione DSA nell'ambito di equipe di cui al presente AVVISO, fermo restando quanto stabilito dalla vigente normativa in materia e dalle disposizioni contrattuali.

Termini e modalità di presentazione della domanda

Per l'anno 2025 il periodo di presentazione delle istanze di autorizzazione di équipe di nuova costituzione e per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzata è compreso tra il **01/05/2025 ed il 31/05/2025**.

La richiesta va presentata utilizzando esclusivamente il *fac-simile* di domanda e i moduli allegati al presente AVVISO 2025 e pubblicati sul sito di ATS.

La domanda dovrà pervenire in un unico invio, secondo la modalità sottoindicata:

Come da *fac-simile* nella domanda dovranno essere indicati:

- i dati identificativi dell'équipe da pubblicare sul sito di ATS della Brianza;
- la sede ove viene conservata la documentazione relativa ai componenti dell'équipe e la documentazione clinica.

Si specifica che, se la sede operativa dell'équipe di nuova costituzione non è unica, dovranno essere riportati i dati dei singoli professionisti relativi alle sedi degli studi professionali/strutture sanitarie in cui operano, oltre al recapito telefonico ed agli indirizzi mail, al fine di riportarli successivamente nell'elenco pubblicato sul sito web di ATS <https://www.ats-brianza.it>

I requisiti autocertificati nella modulistica da allegare alla domanda devono trovare corrispondenza con quanto dichiarato nel CV.

Le domande, a pena di esclusione, dovranno:

- **essere inviate ad Agenzia Tutela della Salute (ATS) della Brianza con inoltro via PEC al Protocollo di ATS della Brianza entro il termine di scadenza dell'AVVISO: protocollo@pec.ats-brianza.it**
- **consegnate direttamente all'Ufficio protocollo ATS della Brianza sito in Monza-Viale Elvezia n.2**

ATS della Brianza non si assume responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito, disguidi o altri eventi analoghi dovuti a fatto di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

Istruttoria e criteri valutazione istanze

La domanda dovrà essere redatta sulla modulistica allegata al presente AVVISO in modo completo e conforme.

Non sarà ritenuta ammissibile la domanda:

- inviata ad indirizzo PEC diverso da quello previsto dal presente AVVISO;
- inviata ad indirizzo PEC oltre i termini indicati nell'AVVISO;
- priva della firma, in autografo o digitale;

- priva del documento d'identità, ove la firma sia autografa. In caso di firma digitale, il suddetto documento non è richiesto.
- non completa in tutte le sue parti e di tutti gli allegati previsti dalla stessa.

Non sarà ritenuta inoltre ammissibile la domanda con modulistica allegata:

- priva della firma in autografo o digitale;
- diversa da quella allegata al presente AVVISO;
- con Curricula Vitae, privi delle seguenti dichiarazioni debitamente sottoscritte:
 - il sottoscrittodichiara che le informazioni rese, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sono veritiere e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
 - il sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", autorizza l'ATS della Brianza al trattamento dei dati personali.

Si precisa che, in caso di domanda relativa al singolo professionista che presenta gli elementi di inammissibilità sopra elencati, l'inammissibilità è applicata al singolo componente a cui la documentazione carente si riferisce.

Laddove l'esclusione di tale componente determina l'assenza di una figura professionale obbligatoria, l'intera equipe non verrà autorizzata.

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata da apposita "Commissione di valutazione" nominata da ATS e istituita così come previsto dalle indicazioni regionali.

La Commissione garantirà uniformità ed omogeneità nella valutazione del possesso dei requisiti di formazione teorica e competenza acquisita sul campo così come dichiarati dai singoli professionisti. È facoltà della Commissione preposta richiedere documentazione integrativa nella fase di valutazione dei suddetti requisiti.

Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione

A conclusione dell'iter valutativo da parte della Commissione di valutazione, ATS, con specifico atto deliberativo, provvederà ad aggiornare l'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (inserimento nuove equipe, inserimento di nuovi professionisti in equipe già autorizzate), con successiva pubblicazione sul sito web-dell'Agenzia: <https://www.ats-brianza.it>

L'elenco delle equipe autorizzate ha validità su tutto il territorio regionale.

Nei casi di non autorizzazione dell'equipe ovvero di esclusione dei singoli componenti dell'equipe, ATS provvederà - tramite PEC - a comunicare al Legale Rappresentante/Referente dell'equipe l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione preposta.

Flusso Informativo

Il Legale Rappresentante/Referente delle equipe autorizzate è tenuto a verificare direttamente la correttezza e completezza dei riferimenti pubblicati e a segnalare eventuali errori o inesattezze ad ATS.

Eventuali variazioni nella composizione dell'equipe autorizzate (inserimenti di professionisti già autorizzati, dimissioni, ecc.) e/o nei riferimenti delle stesse (sede operativa dell'equipe e/o di ciascun professionista, recapiti telefonici, ecc.) dovranno essere comunicati entro 30 gg. dalla data della variazione all'indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it

Il Legale rappresentante/Referente dell'equipe autorizzata è tenuto a trasmettere annualmente i dati di monitoraggio richiesti dalla Direzione Generale Welfare sull'attività svolta mediante la compilazione di specifica scheda di monitoraggio dati e la conseguente restituzione ad ATS con invio a ATS della Brianza entro la scadenza prevista.

Si sottolinea che il monitoraggio dell'attività di prima certificazione diagnostica DSA costituisce un'importante rilevazione ai fini dell'aggiornamento della mappa regionale del bisogno e dell'offerta utile ai fini programmatori.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali forniti dai richiedenti sono trattati da ATS della Brianza in qualità di titolare del trattamento.

Responsabile del trattamento dei dati personali è ATS della Brianza.

I dati personali sono utilizzati da ATS per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

La documentazione prevista dal presente AVVISO e ad esso allegata è costituita da:

A) EQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE:

- ✓ modulo 1_domanda nuova equipe
- ✓ modulo 1.1_modulistica integrativa + Allegato formazione teorica sui DSA e competenza acquisita sul campo con utenti con DSA
- ✓ modulo 3.1_dichiarazione sostitutiva atto notorio

B) NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE:

- ✓ modulo 2_domanda integrazione nuovo/i professionista/i in equipe già autorizzata
- ✓ modulo 2.1_modulistica integrativa + Allegato formazione teorica sui DSA e competenza acquisita sul campo con utenti con DSA

Per eventuali informazioni e chiarimenti:

DIPARTIMENTO PIPSS

S.C. Salute Mentale, Dipendenza e Disabilità Psicica

Referenti: Dr.ssa Ambrisi Maria; dott.ssa Paravati Caterina

TEL. 039/2384052-039/2384951

protocollo@pec.ats-brianza.it

grave.disabilita@ats-brianza.it

All'Agenzia Tutela della Salute _____
Pec: protocollo@_____

Domanda di équipe DSA di nuova costituzione per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019)

Il/La sottoscritto/a _____,
telefono _____ e-mail _____ pec _____

in qualità di:

- Rappresentante Legale dell'Ente _____
(in caso la richiesta sia presentata da un Ente)
- Referente dell'équipe DSA _____
(in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2025 approvato da ATS

CHIEDE

di autorizzare l'équipe di seguito riportata ai fini dell'iscrizione nell'elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 su "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e dalla L. 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico".

A tal fine dichiara:

- 1) di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;
- 2) che dell'équipe multidisciplinare faranno parte i seguenti professionisti:
(è possibile inserire più nominativi per la stessa professione)

Logopedista

Nome Cognome _____ Iscrizione all'Albo dell'Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa

Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza

Nome Cognome _____ Iscrizione dell'Ordine professionale n. _____ del gg/mm/aaaa

Psicologo

Nome cognome _____ Iscrizione all'Albo A dell'Ordine professionale n. _____ del gg/mm/aaaa

solo per certificazioni di adulti:

Neurologo/altro specialista Medico

Nome Cognome _____ Specialità _____ Iscrizione Albo dell'Ordine professionale n. _____ del gg/mm/aaaa

- 3) che l'équipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS _____
- 4) che il professionista (nome e cognome) * _____
* *parte da compilare per ogni professionista interessato*
- è componente di altra équipe di **nuova** costituzione che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____;
- è componente di équipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____ équipe n. _____ denominazione _____
- 5) di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:
- alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione, alla adeguata misurazione delle competenze cognitive, alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
 - alla formulazione della relazione diagnostica in modo che essa contenga gli elementi necessari per poter verificare l'esistenza dei criteri previsti per la diagnosi di DSA;
 - alla multidisciplinarietà;
- 6) di impegnarsi ad utilizzare il modulo "Aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA", trasmesso con nota regionale del 10/04/2025 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)– Aggiornamento modulistica" – rif prot G1.2025.0015002 –. Nello stesso va riportato, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza o Psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale di tutte le figure professionali che compongono l'équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;
- 7) di impegnarsi ad informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione, come indicato nelle "Linee Guida esplicative del percorso di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento per la scuola, per le famiglie e per i professionisti" trasmesse dalla Direzione Generale Welfare con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094;

- 8) di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l'équipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione nonché della composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione, compresi i costi minimi e massimi riferiti al percorso, garantendone la trasmissione ad ATS in caso di variazioni;
- 9) di impegnarsi a trasmettere ad ATS:
- ogni variazione in riferimento all'équipe utilizzando il Modello "*Comunicazione variazioni équipe*" disponibile sul sito;
 - fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS i dati relativi al flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Di seguito si indicano i **dati identificativi dell'équipe**:

Équipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA _____

Referente dell'équipe

nome e cognome _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede in cui viene conservata la documentazione clinica e relativa all'équipe:

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede operativa di riferimento: _____

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Se la sede operativa dell'équipe di nuova costituzione non è unica, riportare i dati riferiti alle sedi degli studi professionali/strutture sanitarie in cui operano i singoli professionisti, al fine di inserirli successivamente nell'elenco pubblicato sul sito web di ATS <https://www.ats...>

Professionista:

Nome _____ Cognome _____

Studio Professionale/Struttura Sanitaria:

via _____ n. civico ___ località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

(da compilarsi per ogni singola professionista che non opera presso la sede operativa di riferimento dell'équipe)

Allega alla presente domanda come parte integrante della stessa i seguenti documenti:

- 1) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'équipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
- 2) Curriculum Vitae dei singoli componenti dell'équipe non ancora autorizzati (autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali): totale allegati n. _____;
- 3) Modulistica integrativa relativa ai componenti dell'équipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1. allegato): totale allegati n. _____;
- 4) Dichiarazione sostitutiva atto notorio dell/i professionista/i già autorizzato/i in altra équipe (Modulo 3.1 allegato);
- 5) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità di tutti i componenti dell'équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (CV, Mod. 1.1., Mod. 2.1, Mod. 3.1) ad essi riferita in autografo. Il documento non è richiesto se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione. totale allegati n. _____;
- 6) Protocollo di cui al punto 9) come dettagliato.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010 e dalla L.R. n.17/2019.

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

MODULISTICA INTEGRATIVA

(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'equipe)

In merito alla domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019) relativa all'equipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in _____ in data _____ (*)

Esame di Stato _____ in data _____

*Note: * per i Medici inserire la tipologia e la data di conseguimento della specializzazione*

2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo professionale:

dei Medici di _____ in data _____

Specialità (*indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA*) _____

degli Psicologi di _____ all'Albo A in data _____

dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di _____ in data _____

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO

presso l'Azienda: _____

4. se non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

5. che svolgerà l'attività **oggetto del presente avviso** presso:

lo Studio Professionale sito a _____ in Via _____

telefono _____ indirizzo mail _____

per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS _____

in data _____

ovvero

la Struttura Sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____,

telefono _____ indirizzo mail _____

già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. _____

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'equipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di autorizzazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata per l'equipe di riferimento.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 5) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Data _____

Firma _____

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA ACQUISITA SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• **di aver effettuato:**

- Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

- Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

- **di aver svolto** la formazione teorica di cui al punto precedente con i corsi/seminari così come specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

Titolo corso/seminario**	Ente organizzatore***	Data/periodo di effettuazione	Numero ore da computare ai fini DSA****	Eventuali note

Data, _____

Firma _____

Note:

*Per il computo delle ore previste per la formazione teorica DSA si specifica che:

- ✓ per la figura del **Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA.
- ✓ Per la figura dello **Psicologo**, in attuazione della L. 163/2021 possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia.
- ✓ Per la figura del **Logopedista** le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/ scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio.
- ✓ Per tutte le figure l'attività di formazione effettuata in veste di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA.

✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata.

** I corsi/seminari devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini Professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa con contenuti specifici sulla tematica DSA.

Le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate.

*** si richiede di inserire i dati completi dell'Ente (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

****Per il riconoscimento delle ore computabili come formazione, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

✓ Per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA.

** si richiede di inserire i dati completi della Struttura (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

*** Per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 1.1. viene firmato digitalmente.

All'Agenzia Tutela della Salute _____
 Pec: protocollo@_____

Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r n.17/2019) **per l'inserimento di nuovo/i professionista/i**

Il/La sottoscritto/a _____,
 telefono _____ e-mail _____ pec _____

in qualità di:

- Rappresentante Legale dell'Ente _____ (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)
- Referente dell'équipe DSA _____ (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

**Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2025 approvato da ATS
 in relazione**

all'Équipe _____ (indicare nome e identificativo), composta da:

Logopedista

Nome Cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa

Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Nome Cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa

Psicologo

Nome cognome _____ Iscrizione all'Albo A Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa

solo per certificazioni di adulti:

Neurologo/altro specialista Medico

Nome Cognome _____ Specialità _____ Iscrizione Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa

CHIEDE

di inserire il/i seguente/i nuovo/i professionista/i:

(è possibile inserire più nominativi per la stessa professione)

- Logopedista** Nome Cognome _____ Iscrizione all'Albo dell'Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa
 - in integrazione ai componenti l'équipe
 - in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa _____ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe
- Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'Adolescenza:** Nome Cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa

- in integrazione ai componenti l'équipe
- in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa _____ e
ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe
- Psicologo** Nome cognome _____ Iscrizione all'Albo A Ordine n. _____ del
gg/mm/aaaa
 - in integrazione ai componenti l'équipe
 - in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa _____ e
ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

solo per certificazioni di adulti:

- Neurologo/altro specialista Medico** Nome Cognome _____
Specialità _____ Iscrizione Ordine n. _____ del gg/mm/aaaa
 - in integrazione ai componenti l'équipe
 - in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa _____ e
ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

Allega alla presente domanda – come parte integrante della stessa – i seguenti documenti:

- 1) **Modulo 2.1;**
- 2) **Curriculum Vitae del/i nuovo/i professionista/i non ancora autorizzato/i** (autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali):
totale allegati n. _____;
- 3) **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'équipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
- 4) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei nuovi componenti dell'équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (CV, Mod. 2.1.) ad essi riferita in autografo. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione. totale allegati n. _____;

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

MODULISTICA INTEGRATIVA

(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'equipe)

In merito alla domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019) relativa all'equipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in _____ in data _____ (*)

Esame di Stato _____ in data _____

*Note: * per i Medici inserire la tipologia e la data di conseguimento della specializzazione*

2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo professionale:

dei Medici di _____ in data _____

Specialità (*indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA*) _____

degli Psicologi di _____ all'Albo A in data _____

dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di _____ in data _____

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO

presso l'Azienda: _____

4. se non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

5. che svolgerà l'attività **oggetto del presente avviso** presso:

lo Studio Professionale sito a in Via.....

telefono.....indirizzo mail

per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS

in data

ovvero

la Struttura Sanitaria denominata sita a in Via.....,

telefono.....indirizzo mail

già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n.

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'equipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di autorizzazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata per l'equipe di riferimento.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 5) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Data _____

Firma _____

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA ACQUISITA SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• **di aver effettuato:**

- Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

- Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

- **di aver svolto** la formazione teorica di cui al punto precedente con i corsi/seminari così come specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

Titolo corso/seminario**	Ente organizzatore***	Data/periodo di effettuazione	Numero ore da computare ai fini DSA****	Eventuali note

Data, _____

Firma _____

Note:

*Per il computo delle ore previste per la formazione teorica DSA si specifica che:

- ✓ per la figura del **Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA.
- ✓ Per la figura dello **Psicologo**, in attuazione della L. 163/2021 possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia.
- ✓ Per la figura del **Logopedista** le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/ scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio.
- ✓ Per tutte le figure l'attività di formazione effettuata in veste di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA.

- ✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata

** I corsi/seminari devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini Professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa con contenuti specifici sulla tematica DSA.

Le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate.

*** si richiede di inserire i dati completi dell'Ente (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

****Per il riconoscimento delle ore computabili come formazione, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

- ✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata
- ✓ Per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA.

** si richiede di inserire i dati completi della Struttura (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

*** Per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 1.1. viene firmato digitalmente.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

1. di essere già autorizzato all'attività di prima certificazione diagnostica del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) quale componente della equipe DSA Privata autorizzata denominata _____ n. identificativo _____ con sede a _____ indirizzo _____ tel. _____ e-mail _____
(*indicare tutte le equipe nell'ambito delle quali si svolge attività di prima certificazione DSA*);

2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo Professionale:

- dei Medici di _____ in data _____
Specialità (*indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA*) _____
 degli Psicologi di _____ all'Albo A in data _____
 dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di _____ in data _____

3. che svolgerà l'attività **oggetto della presente richiesta** presso:

- lo Studio Professionale sito a _____ in Via _____
telefono _____ indirizzo mail _____
per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS
_____ in data _____

ovvero

- la Struttura Sanitaria denominata _____ sita a _____ in
Via _____
Telefono _____ indirizzo mail _____
già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. _____
(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

4. di essere dipendente del SSN: SI - NO

- se **SI**, dipendente SSN, di operare in regime di esclusività: SI - NO
presso l'Azienda: _____

- se **NO**, non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

- di aver preso visione e condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione ed alla composizione del pacchetto base, adottato dall'équipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di integrazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata dall'équipe di riferimento.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 3) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS di _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Luogo e data _____

Il Dichiarante

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 3.1. viene firmato digitalmente.