

AGENZIA TUTELA SALUTE (ATS) - PAVIA

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Pavia

Viale Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Tel. (0382) 4311 - Fax (0382) 431299 - Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

DECRETO N.327/DGi DEL 28/04/2023

IL DIRETTORE GENERALE: Dr.ssa Lorella CECCONAMI

OGGETTO: Avviso Pubblico per la presentazione di domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) valida secondo quanto previsto dalla Legge n. 170/2010 e dalla Legge Regionale n. 17/2019

Codifica n. 1.1.02

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE SANITARIO

Dr. Stefano BONI
(Facente Funzioni)

(Firmato digitalmente)

PER IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Mariacristina TAVERNA

(Firmato digitalmente)

DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Dr.ssa Ilaria MARZI

(Firmato digitalmente)

Il Responsabile del Procedimento:

SC Governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali
Dr.ssa Loredana Niutta

(La sottoscrizione dell'attestazione è avvenuta in via telematica con password di accesso)

Il Funzionario istruttore:

Assistente Sociale Dr.ssa Elisa Duca

L'anno 2023 addì 28 del mese di Aprile

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la DGR X/4469 del 10 dicembre 2015, costitutiva dell'ATS di Pavia;

Vista la DGR XI/5201 del 07 settembre 2021 di conferimento dell'incarico di Direttore Generale dell'ATS di Pavia;

Premesso che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- la Legge 8 ottobre 2010 n. 170 e l'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 hanno disposto che le Regioni, per garantire la diagnosi tempestiva di Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), possano prevedere percorsi specifici per ulteriori 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;

- in seguito a nota Prot. H1.2013.0006315 del 21/02/2013 di Regione Lombardia, l'ASL di Pavia (ora ATS) con decreto n. 101/DG del 28/03/2013 ha istituito l'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica dei DSA, valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010 aggiornandolo annualmente;

- Regione Lombardia con nota Prot. H1.2015.0010049 del 30/03/2015 ha comunicato che dal 2016 la finestra temporale per la presentazione alle ATS delle richieste di autorizzazione ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica dei DSA, da parte dei soggetti interessati, è fissata nel periodo 1-31 maggio di ogni anno;

- la Legge regionale 29 ottobre 2019 n. 17, in conformità con alla L. n. 170 del 2010, ha dato disposizioni in favore dei soggetti con diagnosi di disturbo specifico di apprendimento (DSA), quale dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia, con lo scopo, tra l'altro, di promuovere la diagnosi precoce dei DSA nell'ambito di una stretta collaborazione tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, pediatri di libera scelta (PLS), istituzioni scolastiche, istituzioni universitarie, sistema di istruzione e formazione professionale regionale, famiglie e associazionismo, affinché i soggetti con diagnosi di DSA si realizzino in ambito scolastico, nella formazione professionale, nel lavoro e in ogni altro contesto nel quale si sviluppa e realizza la persona;

- Regione Lombardia con note Prot. G1.2022.0016967 del 06/04/2022 e Prot. G1.2022.0018107 del 14/04/2022 ha trasmesso il modello di Avviso pubblico e i modelli di domanda, quali strumenti da implementare in tutte le ATS, nell'ottica di una omogeneizzazione dei mezzi e delle modalità in atto;

- con Email del 24/03/2023 (Prot. ATS n. 23299 del 20/04/2023) è stata confermata per il 2023 la modulistica in uso apportando alcune modifiche formali.

Richiamato quanto sopra riferito, il responsabile del procedimento propone:

- di approvare l'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica dei DSA valida secondo quanto previsto dalla L. n. 170/2010 e dalla L.R. n. 17/2019, Allegato A, ed i relativi modelli di domanda di cui agli Allegati A1, A2, A3, A4 e A5, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

- di procedere alla pubblicazione dell'Avviso sul sito internet aziendale fino al 31/05/2023, quale fase temporale per la finalità di cui al punto precedente;

- di far valutare le istanze che verranno trasmesse ad ATS Pavia in merito alla pubblicazione del suddetto Avviso dalla Commissione di valutazione in essere;

Ritenuto di fare propria la proposta del responsabile del procedimento SC Governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali Dr.ssa Loredana Niuotta che, con la propria sottoscrizione, attesta che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittimo;

Acquisito ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., su richiesta del Direttore Generale, il parere favorevole, espresso per competenza dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sociosanitario.

D E C R E T A

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare l'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica dei DSA valida secondo quanto previsto dalla L. n. 170/2010 e dalla L.R. n. 17/2019, Allegato A, ed i relativi modelli di domanda di cui agli Allegati A1, A2, A3, A4 e A5, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di procedere alla pubblicazione dell'Avviso sul sito internet aziendale fino al 31/05/2023, quale fase temporale per la finalità di cui al punto precedente;
3. di far valutare le istanze che verranno trasmesse ad ATS Pavia in merito alla pubblicazione del suddetto Avviso dalla Commissione di valutazione in essere.
4. di unire quale parte integrante e sostanziale la seguente documentazione:
All.A - "Avviso Pubblico" (pagine n. 6)
All.A1 - Modulo 1 "Domanda nuova Equipe" (pagine n. 3)
All.A2 - Modulo 1.1 "Modulistica integrativa" (pagine n. 4)
All.A3 - Modulo 2 "Domanda integrazione nuovo professionista" (pagine n. 2)
All.A4 - Modulo 2.1 "Modulistica integrativa" (pagine n.4)
All.A5 - Modulo 3.1 (Dichiarazione sostitutiva atto notorio" (pagine n. 1);
5. di demandare , per il tramite della struttura competente, la trasmissione dell'elenco nel quale è incluso il presente provvedimento al Collegio Sindacale, che potrà visionare l'atto nell'area del sito internet aziendale al link Amministrazione Trasparente - Provvedimenti;
6. di demandare al Responsabile del procedimento l'attuazione del presente provvedimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Lorella CECCONAMI
(Firmato digitalmente)

Ai sensi dell'art. 17 comma 6 della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e smi, il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo e sarà pubblicato all'Albo pretorio on line con l'osservanza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente decreto sarà pubblicato sull'Albo pretorio on line per la durata di giorni quindici consecutivi.

Pavia lì 28/04/2023

Il Funzionario addetto



AVVISO PUBBLICO

RIAPERTURA TERMINI ANNO 2023

1.5.2023 – 31.5.2023

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 E DALLA L.R. N. 17/2019

Nelle due seguenti tipologie:

- A) **NUOVA EQUIPE**
- B) **NUOVI PROFESSIONISTI IN Equipe GIA' AUTORIZZATE:**
 - per l'inserimento di nuovi professionisti in Equipe gia' autorizzate e inserite nell'elenco pubblicato sul sito di ATS Pavia

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 manifestano 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. 170/2010, come indicato nelle note Direzione Generale Salute del 21/11/2012 prot. H1.2012.0033445 e del 21/02/2013 prot. H1.2013.0006315 e valida a garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso come da Legge regionale n.17 del 29/10/2019 art.6 sulla base della 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 nuove Equipe ad effettuare attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (tipologia A) e la domanda per l'inserimento di nuovi professionisti in Equipe già autorizzate (tipologia B) deve essere presentata dal:

- Legale Rappresentante Enti/soggetti privati con personalità giuridica
- o
- Professionista Referente dell'Equipe

Requisiti

- Presenza di una Equipe multidisciplinare costituita da:
 - Neuropsichiatra infantile
 - Psicologo
 - Logopedista
- La figura del neuropsichiatra infantile può essere sostituita, nel caso di valutazione e prima diagnosi a favore di soggetti adulti, da un neurologo o da specialista medico con comprovata competenza neuropsicologica sull'età evolutiva e sui DSA.
- Iscrizione all'Ordine professionale per i neuropsichiatri infantili e gli psicologi; per i logopedisti iscrizione all'Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale dei logopedisti.
 - Documentato possesso da parte di tutti i professionisti componenti l'Equipe 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-terapeutici –riabilitativi di utenti con DSA.
- Possesso di titolo autorizzativo per la sede di svolgimento delle attività per il rilascio delle certificazioni indicate (SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di Apertura di Studio Professionale).

Si precisa che i professionisti che prestano la loro attività **in regime di esclusività** presso strutture pubbliche 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.

Termini - Domanda – Modalità di presentazione

Per l'anno 2023 il periodo di presentazione delle istanze di autorizzazione di nuova Equipe e per l'inserimento di nuovi professionisti in Equipe già autorizzata è compreso tra il **01/05/2023 e il 31/05/2023**.

La richiesta va presentata utilizzando esclusivamente il fac-simile di domanda e i moduli allegati al presente avviso.

Si raccomanda di effettuare un unico invio della domanda secondo la modalità sotto indicata.

Come da fac-simile nella domanda dovranno essere indicati:

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

Si specifica che per la sede operativa di riferimento, e nel caso in cui l'Equipe non operi in un'unica sede, devono essere indicati gli indirizzi degli studi professionali ed il recapito telefonico del singolo professionista al fine di riportarlo successivamente nell'elenco pubblicato sul sito web dell'ATS di Pavia.

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 a:

Agenzia Tutela della Salute (ATS) di Pavia con inoltro via PEC al Protocollo di ATS: protocollo@pec.ats-pavia.it entro il termine di scadenza dell'avviso: **31.05.2023**.

L'ATS di Pavia 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. In caso di mancanza di elementi essenziali (come ad esempio: la sottoscrizione da parte del legale rappresentante/referente Equipe, i dati relativi alle figure professionali che compongono l'Equipe, la documentazione prevista dalla modulistica), l'ATS comunica l'irricevibilità o l'inammissibilità o l'improcedibilità ai sensi della legge n. 241/1990 e s.m.i.

Non saranno ritenute ammissibili le domande:

- non firmate;
- non conformi al testo previsto o presentate su modulistica diversa da quella indicata nel presente Avviso;
- inviate ad indirizzo PEC diverso da quello previsto dal presente avviso;

ovvero contenenti in riferimento ai singoli professionisti:

- documentazione non firmata in autografo o digitalmente;
- Curricula Vitae privi di autocertificazione riportante le seguenti dichiarazioni:
 - 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 del 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 di..... al trattamento dei dati personali.

Si precisa che in questi casi 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 viene autorizzata.

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata dalla "Commissione di valutazione" della ATS per la verifica e la valutazione delle istanze, istituita così come previsto dalle indicazioni regionali e composta da medici specialisti in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, logopedisti e psicologi.

Non sarà possibile inviare documentazione successivamente alla chiusura dei termini se non su specifica richiesta di integrazione da parte della Commissione preposta.

In fase istruttoria, la Commissione garantirà uniformità ed omogeneità nella verifica formale e documentale delle domande e nella valutazione del possesso dei requisiti (formazione teorica e competenza acquisita sul campo) così come dichiarati dai singoli professionisti. È facoltà della Commissione di valutazione richiedere documentazione integrativa.

Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione



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

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, l'ATS provvederà - tramite PEC - a comunicare al Legale Rappresentante/Referente dell'Equipe l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione.

Flusso Informativo

I Referenti delle Equipe autorizzate sono tenuti 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-pavia.it

Il Legale rappresentante/Referente dell'Equipe autorizzata è tenuto a trasmettere 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 protocollo@pec.ats-pavia.it 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.

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 dall'ATS di Pavia in qualità di titolare del trattamento.

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.

Allegati

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

A) NUOVA Equipe:



- ✓ modulo 1 - Domanda di nuova Equipe DSA
- ✓ modulo 1.1 - Modulistica integrativa
- ✓ modulo 3.1 – Dichiarazione sostitutiva atto notorio

B) NUOVI PROFESSIONISTI IN Equipe GIA' AUTORIZZATE:

- ✓ modulo 2 - Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/in Equipe già autorizzata
- ✓ modulo 2.1 - Modulistica integrativa

Per eventuali informazioni e chiarimenti:

DIPARTIMENTO P.I.P.S.S. - S.C. Governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali

Assistente Sociale Elisa Duca

☎ 0382/431766

@ elisa_duca@ats-pavia.it

🌐 <https://www.ats-pavia.it/dsa>

Modulo 1)

All'Agenzia di Tutela della Salute di PAVIA
Dipartimento P.I.P.S.S.
Pec: protocollo@pec.ats-pavia.it

Domanda di nuova Equipe 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 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'Equipe DSA (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'Equipe o professionisti associati)

chiede

di iscrivere l'Equipe di seguito riportata all'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'Equipe multidisciplinare fanno parte i seguenti professionisti:
 - Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n _____
 - NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____
 - Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____
 - Neurologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____
 (solo per certificazione di adulti)
- 3) che l'Equipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS di Pavia
- 4) che il professionista (nome e cognome) * _____

è componente di altra **nuova** Equipe che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____;

è componente di Equipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____ Equipe n. _____ denominazione _____

** parte da compilare per ogni professionista interessato*

- 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

Modulo 1)

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 trasmesso con nota della Direzione Generale Salute del 22.06.2015 (protocollo n.H1.2015.0018622) "*Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)*", riportando sullo stesso, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale del neuropsichiatra infantile 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'Equipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;
- 7) di impegnarsi ad utilizzare la scheda di aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA trasmessa con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094 dalla Direzione Generale Welfare;
- 8) 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;
- 9) di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l'Equipe 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;
- 10) di impegnarsi a informare ATS di ogni variazione con le modalità previste e di fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS, i dati che questa richiederà nell'ambito del flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Di seguito si indicano i **dati identificativi dell'Equipe** da pubblicare nell'elenco sul sito dell'ATS:

Equipe/centro DSA:

nome identificativo dell'Equipe/centro DSA _____

Referente dell'Equipe

nome e cognome _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

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

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede operativa di riferimento: _____

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Nel caso in cui l'Equipe **non operi in un'unica sede** ed i componenti che ne fanno parte lavorino presso propri studi professionali si chiede di indicare i seguenti dati da pubblicare nell'elenco sul sito dell'ATS*:

nome e cognome del professionista _____

via _____ n. civico _____ località _____

telefono _____ indirizzo mail _____

Modulo 1)

** parte da compilare per ogni professionista interessato*

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità** del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'Equipe DSA;
- 2) **Curriculum Vitae** dei singoli componenti dell'Equipe 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'Equipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1. allegato):** totale allegati n. _____;
- 4) **Dichiarazione sostitutiva atto notorio del/i professionista/i già autorizzati in altra Equipe (Modulo 3.1 allegato);**
- 5) **Fotocopia di un documento di identità di tutti** i componenti dell'Equipe: totale allegati n. _____;
- 6) **Protocollo di cui al punto 9)** che descrive:
 1. le modalità con cui l'Equipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione, la composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione,
 2. i costi minimi e massimi indicativi del percorso diagnostico.

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 Equipe)

Modulo 1.1)

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 della presente e dei successivi moduli "Modulo 1 FORMAZIONE TEORICA SUI DSA", e "Modulo 2 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 art. 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 essere iscritto all'Ordine:

 dei Medici di _____ in data _____ degli Psicologi di _____ in data _____ dei TSRM PSTRP – Albo dei 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.

 di svolgere tale attività presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ n. civico _____
ovvero di svolgere tale attività presso la struttura sanitaria denominata _____
sita a _____ in Via _____ n. civico _____ unicamente per gli psicologi, di rientrare nella fattispecie indicata dalla nota regionale del 17/02/2023 – rif prot n. G1.2023.29475;

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.

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 Pavia 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

Modulo 1.1)

effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Data _____

Firma _____

Modulo 1.1)

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'Equipe
(Rif Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)**

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** i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

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

Data _____

Firma _____

Note:

* 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

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione - vedasi sito ATS di Pavia

Modulo 2)

All'Agenzia di Tutela della Salute di PAVIA
Dipartimento P.I.P.S.S.
Pec: protocollo@pec.ats-pavia.it

Domanda di integrazione della composizione dell'Equipe 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 nuovi/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'Equipe DSA (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'Equipe o professionisti associati)

in relazione

all'Equipe _____ (indicare identificativo), composta da:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n. _____
 - NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
 - Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
 - Neurologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
(solo per certificazioni di adulti)

Nota: riportare la composizione dell'Equipe

chiede

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

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n. _____
 - NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
 - Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
 - Neurologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
(solo per certificazioni di adulti)

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità del richiedente** Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'Equipe DSA;
- 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) **Modulistica integrativa relativa al/i professionista/i non ancora autorizzato/i (Modulo 2.1):** totale allegati n. _____;
- 4) **Fotocopia di un documento di identità dei nuovi professionisti** 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 di Pavia al trattamento dei dati personali

Modulo 2)

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 Equipe)

Modulo 2.1)

MODULISTICA INTEGRATIVA**(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'Equipe)**

In merito alla Domanda per l'integrazione della composizione dell'Equipe/centro DSA _____ già autorizzata per attività di prima certificazione diagnostica DSA (ai sensi della legge n. 170/2010)

Il/La sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ il _____ Residente a _____ in via _____ Prov. _____
 cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto della presente e dei successivi moduli "Modello 1 FORMAZIONE TEORICA SUI DSA", e "Modello 2 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 essere iscritto all'Ordine:

dei Medici di _____ in data _____

degli Psicologi di _____ in data _____

dei TSRM PSTRP – Albo dei 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.

di svolgere tale attività presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ n. civico _____
 ovvero

di svolgere tale attività presso la struttura sanitaria denominata _____
 sita a _____ in Via _____ n. civico _____

unicamente per gli psicologi, di rientrare nella fattispecie indicata dalla nota regionale del 17/02/2023 – rif prot n. G1.2023.29475;

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

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDRP 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS di Pavia 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

Modulo 2.1)

Data _____

Firma _____

Modulo 2.1)

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'Equipe
(Rif Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)**

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 i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

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

Data _____

Firma _____

Note:

* 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

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione – vedasi sito ATS di Pavia

Modulo 3.1)

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 ai fini scolastici 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 _____
 degli Psicologi di _____ in data _____
 dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di _____ in data _____

3.

di svolgere tale attività presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ n. civico _____
ovvero

di svolgere tale attività presso la struttura sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____ n. civico _____

unicamente per gli psicologi, di rientrare nella fattispecie indicata dalla nota regionale del 17/02/2023 – rif prot n. G1.2023.29475;

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;

5. 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'Equipe.

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 Pavia 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 _____

Il Dichiarante

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità _____