

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 249

del 27/04/2023

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Indizione Avviso Pubblico per riapertura termini anno 2023 per la presentazione delle 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.

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XI/1058 del 17.12.2018**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO F.F.
del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Giovanni Marazza

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Viste:

- la 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)", secondo cui le Regioni, per garantire la diagnosi tempestiva di Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), possono prevedere percorsi specifici per il riconoscimento di 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;
- la Legge Regionale n. 17 del 29.10.2019 avente ad oggetto "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento e individuazione precoce dei segnali predittivi" il cui articolo 6 dispone che "La Regione garantisce nelle procedure di concorso pari opportunità ai soggetti con diagnosi di DSA certificata secondo le procedure in vigore";

Dato atto che, in applicazione delle indicazioni di cui alle note regionali protocolli n. H1.2013.0006315 del 21.2.2013, n. H1.2013.0009534 del 25.3.2013, n. H1.2013.0014997 del 20.5.2013, n. H1.2015.0010049 del 30.3.2015 e n. H1.2015.0018622 del 22.6.2015, è stato stilato ed aggiornato periodicamente l'elenco delle equipe private non accreditate autorizzate al rilascio della prima certificazione diagnostica di DSA, a seguito di valutazione di nuove richieste presentate nel periodo 01.05 - 31.05 di ogni anno;

Richiamato da ultimo il Decreto D.G. ATS Brescia n. 255 del 29.04.2022 con il quale si è disposto di procedere all'indizione dell'Avviso Pubblico in oggetto per l'anno 2022, secondo le indicazioni contenute nella nota della Direzione Generale Welfare – Rete Territoriale – Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria protocollo n. G1.2022.0016967 del 06.04.2022, successivamente integrata con nota protocollo n. G1.2022.0018107 del 14.04.2022;

Ritenuto di procedere all'indizione dell'Avviso Pubblico in oggetto per l'anno 2023, secondo lo schema tipo ed i modelli di domanda, distinti nelle due tipologie previste, Nuova Equipe e Nuovi Professionisti in Equipe già autorizzate, documenti aggiornati nel mese di aprile 2023 in sede di Tavolo Tecnico regionale dei Referenti DSA delle ATS, allegati al presente provvedimento quali parti integranti:

- Allegato A - Avviso Pubblico per riapertura termini anno 2023 per la presentazione delle 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 (composto da n. 6 pagine);
- Allegato A.1 - Nuova Equipe, composto complessivamente da n. 9 pagine (comprensivo del modulo 1 - Domanda di Nuova Equipe DSA, del modulo 1.1 - Modulistica integrativa per Domanda di nuova Equipe DSA, Allegato Formazione e Allegato Competenze - del modulo 3.1 - Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati);
- Allegato A.2 - Nuovi Professionisti in Equipe già autorizzate, composto complessivamente da n. 6 pagine (comprensivo del modulo 2 - Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/in equipe già autorizzata - del modulo 2.1 - Modulistica integrativa per Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/i in equipe già autorizzata, Allegato Formazione e Allegato Competenze);



Dato atto che, in riscontro alle richieste di ATS Brescia, prot. n. 0035943/23 del 28.03.2023 e prot. n. 0035966/23 del 28.03.2023, l'ASST del Garda (cfr. nota atti ATS prot. n. 0040011/23 del 06.04.2023) e l'ASST degli Spedali Civili di Brescia (cfr. nota atti ATS prot. n. 0040008/23 del 06.04.2023) hanno autorizzato la partecipazione delle proprie dipendenti Dott.ssa Claudia Chiari, Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile, e Dott.ssa Monica Olzi, Prof. San. Logopedista, nella Commissione per la verifica e la valutazione delle istanze che perverranno in esito all'Avviso Pubblico in oggetto;

Stabilito pertanto di nominare la Commissione di valutazione per la verifica e la valutazione delle domande che perverranno in esito all'Avviso Pubblico in oggetto, così composta:

- Ing. Luca Chinotti – Direttore Dipartimento PIPSS – o delegato con funzioni di Presidente;
- Dott.ssa Claudia Chiari – Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile – o delegato con funzioni di Componente
- Dott.ssa Giovanna Milzani – Dirigente Psicologa Responsabile SS Minori e Famiglia – o delegato con funzioni di Componente
- Dott.ssa Monica Olzi – Prof. San. Logopedista – o delegato con funzioni di Componente
- Dott.ssa Sandra Cozzaglio – Prof. San. Educatore Professionale – o delegato con funzioni di Segretaria;

Ritenuto, altresì, di demandare al Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali ogni adempimento conseguente all'adozione del presente provvedimento compresa l'attivazione delle iniziative volta alla pubblicazione dell'avviso pubblico:

- all'Albo on line – Pubblicità Legale – Sezione Altri Documenti, a cura della SC Affari Generali e Legali;
- sulla home page del sito di ATS a titolo di pubblicità notizia a cura della Funzione Gestione Relazioni Interne ed Esterne;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali, Ing. Luca Chinotti, che attesta altresì, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario f.f., Dott. Giovanni Marazza, del Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

- a) di procedere all'indizione dell'Avviso Pubblico in oggetto, secondo lo schema tipo ed i modelli di domanda, distinti nelle due tipologie previste, Nuova Equipe e Nuovi Professionisti in Equipe già autorizzate, documenti aggiornati nel mese di aprile 2023 in sede di Tavolo Tecnico regionale dei Referenti DSA delle ATS, allegati al presente provvedimento quali parti integranti;
- Allegato A - Avviso Pubblico per riapertura termini anno 2023 per la presentazione delle 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 (composto da n. 6 pagine);
 - Allegato A.1 – Nuova Equipe, composto complessivamente da n. 9 pagine



- (comprensivo del modulo 1 - Domanda di Nuova Equipe DSA, del modulo 1.1 - Modulistica integrativa per Domanda di nuova Equipe DSA, Allegato Formazione e Allegato Competenze - del modulo 3.1 - Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati);
- Allegato A.2 - Nuovi Professionisti in Equipe già autorizzate, composto complessivamente da n. 6 pagine (comprensivo del modulo 2 - Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/in equipe già autorizzata - del modulo 2.1 - Modulistica integrativa per Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/i in equipe già autorizzata, Allegato Formazione e Allegato Competenze);
- b) di nominare la Commissione di valutazione per la verifica e la valutazione delle domande che perverranno in esito all'Avviso Pubblico in oggetto, così composta:
- Ing. Luca Chinotti - Direttore Dipartimento PIPSS - o delegato con funzioni di Presidente;
 - Dott.ssa Claudia Chiari - Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile - o delegato con funzioni di Componente
 - Dott.ssa Giovanna Milzani - Dirigente Psicologa Responsabile SS Minori e Famiglia - o delegato con funzioni di Componente
 - Dott.ssa Monica Olzi - Prof. San. Logopedista - o delegato con funzioni di Componente
 - Dott.ssa Sandra Cozzaglio - Prof. San. Educatore Professionale - o delegato con funzioni di Segretaria;
- c) di demandare al Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali ogni adempimento conseguente all'adozione del presente provvedimento compresa l'attivazione delle iniziative volta alla pubblicazione dell'avviso pubblico:
- all'Albo on line - Pubblicità Legale - Sezione Altri Documenti, a cura della SC Affari Generali e Legali;
 - sulla home page del sito di ATS a titolo di pubblicità notizia a cura della Funzione Gestione Relazioni Interne ed Esterne;
- d) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agenzia;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

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.1 NUOVA EQUIPE

A.2 NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE:

- 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 per soggetti privati 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 dell'Apprendimento (tipologia A.1) e la domanda per l'inserimento di nuovi professionisti in equipe già autorizzata (tipologia A.2) devono essere presentate dal:

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

Requisiti

a) Presenza di una equipe multidisciplinare costituita da:

- Psicologo
- Logopedista
- Neuropsichiatra infantile

Nel caso di valutazione e prima diagnosi a favore di soggetti adulti, la figura del Neuropsichiatra infantile può essere sostituita da quella del Neurologo con specifica esperienza nel settore DSA (rif. Nota Regione Lombardia 21/02/2013 prot. H1.2013.0006315).

b) Iscrizione all'Ordine professionale per i neuropsichiatri infantili e gli psicologi; per i logopedisti iscrizione all'Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale dei 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 diagnostici-terapeutici-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 diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA.

d) Avvenuta presentazione della “Comunicazione di Inizio Attività” ad ATS Brescia.

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 di [ATS Brescia](#)
- la sede ove viene conservata la documentazione relativa ai componenti dell'equipe e la documentazione clinica.

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 esclusivamente tramite PEC a:

Dipartimento PIPSS - Agenzia Tutela della Salute Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

entro il termine di scadenza del presente avviso: **31/05/2023**.

L'ATS Brescia 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), ATS comunicherà 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 non completa o diversa da quella indicata nel presente Avviso;
- prive di tutti i documenti richiesti da allegare;
- con documentazione non firmata in autografo o digitalmente;
- con Curricula Vitae privi di autocertificazione riportante le seguenti dichiarazioni:
 1. *il sottoscritto _____dichiara 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;*
 2. *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 Brescia al trattamento dei dati personali;*

Si precisa che, in caso di documenti mancanti/incompleti relativi ai singoli professionisti, 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 dalla Commissione di Valutazione dell'ATS, appositamente nominata.

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.

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

Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione

A conclusione dell'iter valutativo da parte della Commissione preposta, 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 aziendale sezione [Cittadini](#) e sezione [Operatori](#).

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.

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 autorizzata (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-brescia.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-brescia.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 da ATS Brescia 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.1 NUOVA EQUIPE

<u>Modulo 1</u>	Domanda di Nuova Equipe DSA
<u>Modulo 1.1</u>	Modulistica integrativa per Domanda di nuova Equipe DSA + Allegato Formazione e Allegato Competenze
<u>Modulo 3.1</u>	Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati

A.2 NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE

<u>Modulo 2</u>	Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/in equipe già autorizzata
<u>Modulo 2.1</u>	Modulistica integrativa per Domanda integrazione composizione Equipe per inserimento nuovo/i professionista/i in equipe già autorizzata + Allegato Formazione e Allegato Competenze

Per eventuali informazioni e chiarimenti

@ famiglia@ats-brescia.it

☎ 030/3839061 030/3839045

🌐 sito web ATS Brescia sezione [Operatori](#).

All'Agenzia Tutela della Salute di Brescia
Dipartimento PIPSS
Pec protocollo@pec.ats-brescia.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'équipe o professionisti associati),

CHIEDE

di iscrivere l'équipe 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 privata 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 _____
 - 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 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'équipe 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'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;
- 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'équipe** da pubblicare nell'elenco sul sito dell'ATS:

Equipe/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 _____

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:

nome e cognome del professionista _____
via _____ n. civico _____ località _____
telefono _____ indirizzo mail _____

** 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);
- 3) **Modulistica integrativa relativa ai componenti dell'equipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1);**
- 4) **Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i professionista/i già autorizzati in altra equipe (**Modulo 3.1**);
- 5) **Fotocopia di un documento di identità di tutti** i componenti dell'equipe;
- 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 Brescia 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)

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 "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 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. di impegnarsi, se non dipendente SSN, 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 l'attività (*barrare casella/e di interesse*)

presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ con avvenuta presentazione della Comunicazione di Inizio Attività ad ATS Brescia;

presso struttura sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____;

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 Brescia 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 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 teorica sui DSA - vedasi sito ATS Brescia

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON 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'EUIQPE
(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

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA **	Eventuali note

Data _____

Firma _____

Note:

* 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

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come Competenza acquisita sul campo - vedasi sito ATS Brescia

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. _____ telefono _____, e-
mail _____ pec _____

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 l'attività (*barrare casella/e di interesse*)

- presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ con avvenuta presentazione della Comunicazione di Inizio Attività ad ATS Brescia;
 presso struttura sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____;
 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 Brescia 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 dichiarante

All.: Fotocopia documento di identità

All'Agenzia Tutela della Salute di Brescia
Dipartimento PIPSS
Pec protocollo@pec.ats-brescia.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 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'equipe DSA, (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati),

IN RELAZIONE

all'equipe DSA privata autorizzata denominata _____ con identificativo n. _____ dell'anno _____, composta da:

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

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
(solo per certificazioni di adulti) | Nome cognome _____ | Iscrizione Ordine n. _____ |

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);

- 3) **Modulistica integrativa relativa al/i professionista/i non ancora autorizzato/i (Modulo 2.1);**
- 4) **Fotocopia di un documento di identità dei nuovi professionisti.**

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 Brescia 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)

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 denominata _____ con identificativo n. _____ dell'anno _____, 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 "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 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 l'attività (*barrare casella/e di interesse*)

presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ con avvenuta presentazione della Comunicazione di Inizio Attività ad ATS Brescia;

presso struttura sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____;

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 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 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS di Brescia 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 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

Luogo e 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 Brescia

