

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 24/04/2026

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Indizione Avviso Pubblico 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 dell'08.10.2010, dall'Accordo Stato-Regioni del 25.07.2012 e dalla Legge Regionale n. 17 del 29.10.2019 - Apertura termini anno 2026.

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XII/1645 del 21.12.2023**

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

Dott. Luca Maria Bassoli

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- la Legge n. 170 dell'08.10.2010 "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)";
- la Legge Regionale n. 17 del 29.10.2019 "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento e individuazione precoce dei segnali predittivi";

Viste:

- la nota della Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2013.0006315 del 21.02.2013 (atti ASL prot. n. 0029785/13) e ss.mm.ii. relativa alla costituzione e all'aggiornamento periodico di un elenco delle équipes private autorizzate al rilascio della prima certificazione diagnostica DSA, a seguito di valutazione di nuove richieste presentate nel periodo 01.05 - 31.05 di ogni anno;
- la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2025.0015002 del 10.04.2025 (atti ATS prot. n. 0034850/25) relativa all'aggiornamento delle indicazioni in merito all'iter di inserimento dei soggetti autorizzati al rilascio della prima certificazione diagnostica DSA e della modulistica ai fini della certificazione;
- la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2025.0015213 dell'11.04.2025 (atti ATS prot. n. 0035369/25) relativa all'aggiornamento anno 2025 dell'Avviso Pubblico e della modulistica per la presentazione delle domande;
- la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2026.0016536 del 17.04.2026 (atti ATS prot. n. 0039131/26), recante l'aggiornamento per l'anno 2026 del modello 3.1 e la conferma che, per quanto concerne l'Avviso e la restante modulistica, si rinvia a quanto già stabilito con la nota relativa all'anno precedente, da adeguarsi limitatamente alle parti variabili o necessarie;

Ritenuto di procedere all'indizione dell'Avviso Pubblico in oggetto per l'anno 2026, ad integrazione dell'elenco dei professionisti componenti le équipes private autorizzate negli anni precedenti al rilascio della prima certificazione diagnostica DSA, secondo i moduli aggiornati, distinti nelle due tipologie previste, Équipe di nuova costituzione e Nuovi Professionisti in Équipe già autorizzate, allegati al presente provvedimento quali parti integranti:

- Allegato A - Avviso Pubblico (composto da n. 8 pagine);
- Allegato A.1 - Domanda Équipe di nuova costituzione (composto da n. 12 pagine) comprendente il Modulo 1 - "Domanda di équipes DSA di nuova costituzione", il Modulo 1.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di équipes DSA di nuova costituzione, Allegato Formazione e Allegato Competenze" e il Modulo 3.1 - "Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati";
- Allegato A.2 - Domanda Nuovi Professionisti in Équipe già autorizzate (composto da n. 8 pagine) comprendente il Modulo 2 - "Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i" e il Modulo 2.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i, Allegato Formazione e Allegato Competenze";

Stabilito di demandare a successivo atto del Direttore Generale la nomina della Commissione di valutazione che effettuerà la verifica e la valutazione delle istanze;

Vista la proposta del Direttore del Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Socio Sanitarie con quelle Sociali (PIPSS), Ing. Luca Chinotti;

Dato atto che la Responsabile della SS Minori e Famiglia Dott.ssa Daniela Rossi attesta, 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. Luca Maria Bassoli, 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 per la presentazione delle domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) per l'anno 2026, nel periodo dall'01.05.2026 al 31.05.2026, ad integrazione dell'elenco dei professionisti componenti le équipes private autorizzate negli anni precedenti al rilascio della prima certificazione diagnostica di DSA, valida secondo quanto previsto dalla Legge n. 170 dell'08.10.2010, dall'Accordo Stato-Regioni del 25.07.2012 e dalla Legge Regionale n. 17 del 29.10.2019 secondo i moduli aggiornati, distinti nelle due tipologie previste, Équipe di nuova costituzione e Nuovi Professionisti in Équipe già autorizzate, allegati al presente provvedimento quali parti integranti:
- Allegato A - Avviso Pubblico (composto da n. 8 pagine);
 - Allegato A.1 - Domanda Équipe di nuova costituzione (composto da n. 12 pagine) comprendente il Modulo 1 - "Domanda di équipe DSA di nuova costituzione", il Modulo 1.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di équipe DSA di nuova costituzione, Allegato Formazione e Allegato Competenze" e il Modulo 3.1 - "Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati";
 - Allegato A.2 - Domanda Nuovi Professionisti in Équipe già autorizzate (composto da n. 8 pagine) comprendente il Modulo 2 - "Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i" e il Modulo 2.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i, Allegato Formazione e Allegato Competenze";
- b) di demandare al Dipartimento PIPSS ogni adempimento conseguente all'adozione del presente provvedimento, compresa l'attivazione delle iniziative volte alla pubblicazione dell'Avviso Pubblico:
- all'Albo on line - Pubblicità Legale - Sezione Altri Documenti, a cura della SC Affari Generali e Legali;
 - sul sito di ATS - sezione Operatori - a cura della Funzione Gestione delle relazioni interne ed esterne;
- c) di demandare a successivo atto del Direttore Generale la nomina della Commissione di valutazione che effettuerà la verifica e la valutazione delle istanze;
- 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

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ATS Brescia

AVVISO PUBBLICO

APERTURA TERMINI ANNO 2026**01.05.2026 - 31.05.2026**

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE N. 170/2010, DALL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 25.07.2012 E DALLA LEGGE REGIONALE N. 17/2019

nelle due seguenti tipologie:

A) ÉQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE (Allegato A.1)

B) NUOVI PROFESSIONISTI IN ÉQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Allegato A.2):

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

in esecuzione del Decreto D.G. ATS n. _____ del _____

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 n. 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 équipe private autorizzate ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, valido ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla Legge n. 170/2010 e per garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso regionale come da art. 6 della Legge Regionale n. 17 del 29.10.2019. A tal fine si applicano le indicazioni della procedura prevista dal presente AVVISO e dalle seguenti note regionali:

- prot. n. G1.2025.0015002 del 10.04.2025 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) – Aggiornamento modulistica";
- prot. n. G1.2025.0015213 dell'11.04.2025 "Modulistica relativa alle équipe 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 Legge regionale n. 17/2019);
- prot. n. G1.2026.0016536 del 17.04.2026 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) – Aggiornamento modulistica".

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 n. 170/2010 avente ad oggetto "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico" e l'Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 "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 è sostituita da quella del neurologo o di altro specialista medico formato in modo specifico sull'argomento (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 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.

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 Legge n. 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 (Legge n. 60 del 25.06.2019, conversione in legge del cosiddetto "Decreto Calabria" – Decreto Legge n. 35 del 30.04.2019, Legge n. 87 del 03.07.2023) 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 équipe 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 2026 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 01.05.2026 ed il 31.05.2026.

La richiesta va presentata utilizzando esclusivamente il *fac-simile* di domanda e i moduli allegati al presente AVVISO 2026 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 Brescia
- 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.

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 di Tutela della Salute (ATS) di Brescia all'indirizzo PEC protocollo@pec.ats-brescia.it
entro il termine di scadenza dell'AVVISO: 31.05.2026.

ATS di 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.

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. n. 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 n. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", autorizza ATS di Brescia 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 équipe 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 équipe, inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate), con successiva pubblicazione sul sito web dell'Agenzia:

- sezione cittadini

<https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa>

- sezione operatori

<https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento>

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

Di seguito ATS provvederà - tramite PEC - a comunicare al Legale Rappresentante/Referente dell'équipe l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione preposta.

Flusso Informativo

Il Legale Rappresentante/Referente delle équipe 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'équipe autorizzate (inserimenti di professionisti già autorizzati, dimissioni, ecc.) e/o nei riferimenti delle stesse (sede operativa dell'équipe, 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'équipe 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 all'indirizzo PEC: 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 utile ai fini programmatori.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. n. 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 dalla Legge n. 170 dell'08.10.2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico" e dall'Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)".

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE con le modalità contenute nel Regolamento di ATS reperibile al link <https://www.ats-brescia.it/esercizio-diritti-interessati-privacy>.

La documentazione prevista dal presente AVVISO è costituita da:

A) ÉQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE (Allegato A.1):

- ✓ modulo 1_ Domanda di équipe DSA di nuova costituzione;
- ✓ modulo 1.1_ Modulistica integrativa per Domanda di équipe DSA di nuova costituzione, Allegato Formazione e Allegato Competenze;
- ✓ modulo 3.1_ Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati;

B) NUOVI PROFESSIONISTI IN ÉQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Allegato A.2):

- ✓ modulo 2_ Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i;
- ✓ modulo 2.1_ Modulistica integrativa per Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i, Allegato Formazione e Allegato Competenze.

Per eventuali informazioni e chiarimenti:

@ famiglia@ats-brescia.it

☎ 030/3839020 030/3839045 030/3839061

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

Firmato digitalmente
Il Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

Allegati:

Allegato A.1 - Domanda équipe di nuova costituzione (composto da n. 12 pagine) comprendente il Modulo 1 - "Domanda di équipe DSA di nuova costituzione", il Modulo 1.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di équipe DSA di nuova costituzione, Allegato Formazione e Allegato Competenze" e il Modulo 3.1 - "Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati".

Allegato A.2 - Domanda Nuovi Professionisti in équipe già autorizzate (composto da n. 8 pagine) comprendente il Modulo 2 - "Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i" e il Modulo 2.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i, Allegato Formazione e Allegato Competenze".

All'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia
 Dipartimento PIPSS
 Pec: protocollo@pec.ats-brescia.it

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 della Legge Regionale 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 2026 approvato da ATS Brescia

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 25.07.2012 su "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e dalla Legge n. 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. n. 445 del 28.12.2000, 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 professionale n. _____ del gg/mm/aaaa

Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza

Nome Cognome _____ Iscrizione all'Albo 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 prot. n. G1.2025.0015002 del 10.04.2025 “Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) - Aggiornamento modulistica”, disponibile sul sito di ATS Brescia. 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 con nota prot. n. G1.2015.0022094 del 23.12.2015;
- 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 i Moduli disponibili sul sito ATS;
 - fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS i dati relativi al flusso informativo di rendicontazione annuale dell'attività, 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.

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, a pena di esclusione, 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 del/i professionista/i già autorizzato/i in altra équipe (Modulo 3.1 allegato); totale allegati n. _____;
- 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.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14

del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all’indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it .

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

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

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 della Legge Regionale n.17/2019) relativa all'équipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2026 approvato da ATS Brescia

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica acquisita sul campo sui DSA", 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 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'équipe.

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

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it.

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'ÉQUIPE

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.

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'ÉQUIPE

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA**• di aver effettuato:**

- Competenza acquisita** sul campo attraverso almeno **300 ore*** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA + Formazione teorica sui DSA di almeno **140 ore** o in alternativa
- Competenza acquisita** sul campo attraverso almeno **1.500 ore*** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA + Formazione teorica sui DSA di almeno **50 ore**

• di aver svolto l'attività sul campo così come specificata nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata

Ente/Struttura**	Periodo	Numero ore da computare ai fini DSA ***	Eventuali note

Data _____

Firma _____

Note:

* Per il computo delle ore previste per la competenza DSA 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 alla Scuola di Specialità in NPI dal secondo anno (Legge n. 60 del 25.06.2019, conversione in legge del cosiddetto "*Decreto Calabria*" - Decreto legge n. 35 del 30.04.2019, L. n. 87 del 03.07.2023,) o successivamente.
- ✓ 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 ed iscrizione all'Albo A.
- ✓ 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 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 DI ATTO NOTORIO
RELATIVA ALLA DOMANDA DI INTEGRAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DI EQUIPE PRIVATA
AUTORIZZATA PER PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DSA
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 residente a _____ in Via _____ n. _____
 Cell _____ mail _____,
 pec _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 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) in quanto

(barrare la casistica corrispondente):

- componente di équipe DSA Privata autorizzata** denominata _____ n. identificativo _____ con sede a _____ indirizzo _____ tel. _____ e-mail _____
(indicare tutte le équipe nell'ambito delle quali si svolge/si è svolto attività di prima certificazione DSA)

- in quiescenza pensione da precedente rapporto** di dipendenza presso servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza pubblico/privato accreditato
 denominazione Ente: _____ Servizio/UO: _____
 indirizzo Ente: _____, tel. _____, e-mail _____
 nel periodo: dal _____ al _____

(da compilare per ogni Ente presso il quale si è prestato servizio di attività di prima diagnosi DSA);

2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo Professionale:
- dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di _____ effettuata in data _____ Specialità _____
 - degli Psicologi di _____ all'Albo A effettuata in data _____
 - dei TSRM PSTRP - Albo Logopedisti di _____ effettuata 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 non avere in atto alcun rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione professionale incompatibile con la presente dichiarazione;
5. di aver preso visione e di condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione ed alla composizione del pacchetto base, adottato dall'équipe in cui chiede di essere inserito.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di integrazione di equipe privata autorizzata per prima certificazione diagnostica DSA, di cui la presente dichiarazione fa parte, verrà effettuata unicamente attraverso la PEC del referente/Legale Rappresentante dell'Equipe.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede di cui al punto 3 saranno pubblicati sul sito di ATS Brescia.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it.

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.

All'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia
 Dipartimento PIPSS
 Pec: protocollo@pec.ats-brescia.it

Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e Legge Regionale 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 2026
 approvato da ATS Brescia in relazione**

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

Logopedista

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

Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza

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

Psicologo

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

solo per certificazioni di adulti:

Neurologo/altro specialista Medico

Nome Cognome _____ Specialità _____ Iscrizione Ordine professionale 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 professionale 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 professionale 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 professionale 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 professionale 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) **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 dell/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 ai componenti dell'équipe non ancora autorizzati (Modulo 2.1. allegato): totale allegati n. _____;
- 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. _____;

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it.

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

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

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 della Legge Regionale n.17/2019) relativa all'équipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2026 approvato da ATS Brescia

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 _____,

Allegato A.2 "Nuovi professionisti in Équipe già autorizzata - Modulo 2.1"

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'équipe.

7. di aver contestualmente presentato istanza di autorizzazione allo svolgimento dell'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____

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

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it; Posta elettronica certificata (PEC): protocollo@pec.ats-brescia.it. I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: privacy.RPD@ats-brescia.it o al seguente indirizzo PEC: protocollo@pec.ats-brescia.it.

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'ÉQUIPE

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

Allegato A.2 "Nuovi professionisti in Équipe già autorizzata - Modulo 2.1"

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. n. 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.

Allegato A.2 "Nuovi professionisti in Équipe già autorizzata - Modulo 2.1"

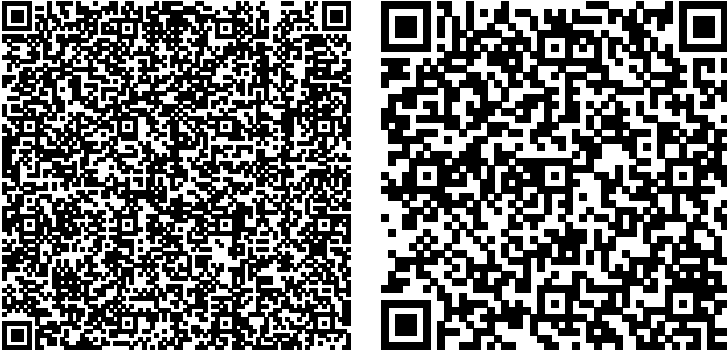
✓ Per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA.

** 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. 2.1. viene firmato digitalmente.

Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 36438CE996B19BABA75ABBD49B08BEB7C9E13304FED70D07075D209CC3B84C9F

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato pdf: CLAUDIO VITO SILEO

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL <https://protocollo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

IDENTIFICATIVO AT SBS-YS9SO-706090

PASSWORD ukvOE

DATA SCADENZA Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

Scansiona il codice a lato per verificare il documento

