



**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DI PAVIA**

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Via Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

DECRETO N. 298/DGi  
DEL 18/04/2025

---

IL DIRETTORE GENERALE: LORELLA CECCONAMI

---

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA L. N.170/2010 E DALLA L.R. N. 17/2019 - ANNO 2025.

Codifica n. 1.1.02

---

Acquisiti i pareri di competenza del:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO                      SILVIA LIGGERI

DIRETTORE SANITARIO                              STEFANO BONI

DIRETTORE SOCIO SANITARIO                      ILARIA MARZI

---

Il Responsabile del Procedimento:

LOREDANA NIUTTA – SC Governo presa in carico e dei percorsi assistenziali

Il Redattore:

ELISA DUCA – SC Governo presa in carico e dei percorsi assistenziali



## IL DIRETTORE GENERALE

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

**VISTA** la DGR XI/1643 del 21 dicembre 2023 con la quale la Giunta Regione Lombardia ha nominato la dott.ssa Lorella Ceconami Direttore Generale dell'ATS di Pavia con decorrenza dal 1 gennaio 2024 fino al 31 dicembre 2026;

### **RICHIAMATI:**

- 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)", le quali hanno disposto che le Regioni, per garantire la diagnosi tempestiva di Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), possano 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 nota della Direzione Generale Sanità prot. H1.2013.0006315 del 21/02/2013 "Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA). Istituzione presso le ASL degli elenchi dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010", che ha previsto la costituzione in ogni ASL (ora ATS) di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti, sulla base di un'autocertificazione attestante il possesso degli specifici requisiti richiesti, i soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010", precisando che "i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza pubblici e privati accreditati, non sono tenuti alla presentazione dell'istanza" in quanto già autorizzati;

**PRESO ATTO** che la Direzione Generale Salute, con nota prot. H1.2015.0010049 del 30/03/2015 "Attività di prima certificazione del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) - Istanze di autorizzazione delle equipe", ha comunicato che dall'anno 2016 la finestra temporale per la presentazione alle ATS della richiesta di autorizzazione ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica DSA, da parte dei soggetti interessati, è fissata nel periodo 1-31 maggio di ogni anno;

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

**RITENUTO**, pertanto, necessario:

- aggiornare la Commissione per la valutazione, verifica e redazione dell'elenco dei soggetti autorizzati all'attività di certificazione DSA, di cui al decreto di ATS di Pavia n. 289/Dgi del 14/04/2023, per le istanze che perverranno ad ATS di Pavia nel periodo dal 1/05 al 31/05 di ogni anno, in quanto due membri della stessa non si sono più resi disponibili, come di seguito indicato:

\* dott.ssa Simonetta Cardinali - Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST PAVIA (o suo sostituto);

\* dott.ssa Alessandra Piccolini - Psicologa ASST PAVIA (o suo sostituto);



- \* dott.ssa Rosaliria Grossi - Logopedista ASST PAVIA (o suo sostituto);
- \* dott.ssa Renata Passi - Pediatra di Libera Scelta (o suo sostituto);
- \* dott.ssa Laura Pini – Dirigente Medico con funzione di segretario ATS di PAVIA;
- \* dott.ssa Elisa Duca - Assistente Sociale con funzione di segretario ATS di PAVIA;

- recepire l'Avviso Pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2025 e con termine il 31/05/2025, secondo il modello regionale di cui all'Allegato A al presente provvedimento e i relativi allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- ~ Modulo 1 - Domanda Nuova Equipe DSA - 2025;
- ~ Modulo 1.1 - Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA - 2025;
- ~ Modulo 2 - Domanda Integrazione nuovo professionista in Equipe DSA già autorizzata - 2025;
- ~ Modulo 2.1 - Modulistica Integrativa per Modifica Equipe DSA già autorizzata - 2025;
- ~ Modulo 3.1 - Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionista già autorizzato;

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

**ATTESO**, pertanto, che dall'adozione del presente provvedimento non derivano né costi né ricavi, come rappresentato dal Responsabile del procedimento;

**SU PROPOSTA** del Responsabile della SC Governo presa in carico e dei percorsi assistenziali, il quale, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la legittimità e regolarità tecnico/amministrativa, nella forma e nella sostanza, del presente provvedimento;

**ACQUISITI**, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm. e ii., il parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario;

## DECRETA

per le motivazioni esposte in premessa:

1. di aggiornare la Commissione per la valutazione, verifica e redazione dell'elenco dei soggetti autorizzati all'attività di certificazione DSA per la valutazione delle istanze che perverranno ad ATS di Pavia nel periodo dal 01/05 al 31/05 di ogni anno, come di seguito indicato:

- \* dott.ssa Simonetta Cardinali - Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST PAVIA (o suo sostituto);
- \* dott.ssa Alessandra Piccolini - Psicologa ASST PAVIA (o suo sostituto);
- \* dott.ssa Rosaliria Grossi - Logopedista ASST PAVIA (o suo sostituto);
- \* dott.ssa Renata Passi - Pediatra di Libera Scelta (o suo sostituto);
- \* dott.ssa Laura Pini – Dirigente Medico con funzione di segretario ATS di PAVIA;



\* dott.ssa Elisa Duca - Assistente Sociale con funzione di segretario ATS di PAVIA;

2. di recepire l'Avviso Pubblico per la riapertura dei termini per la presentazione domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2025 e con termine il 31/05/2025, secondo il modello regionale di cui all'Allegato A al presente provvedimento e i relativi allegati:

- ~ Allegato A - Avviso Pubblico 2025 (pagine n. 7);
- ~ All. Modulo 1 - Domanda Nuova Equipe DSA - 2025 (pagine n. 4);
- ~ All. Modulo 1.1 - Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA - 2025 (pagine n. 6);
- ~ All. Modulo 2 - Domanda Integrazione nuovo professionista in Equipe DSA già autorizzata - 2025 (pagine n. 2);
- ~ All. Modulo 2.1 - Modulistica Integrativa per Modifica Equipe DSA già autorizzata - 2025 (pagine n. 6);
- ~ All. Modulo 3.1 - Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionista già autorizzato (pagine n. 2);

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

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta nè costi nè ricavi, come rappresentato dal Responsabile del Procedimento e riportato nel parere contabile allegato al presente provvedimento;

5. di unire quale parte integrante e sostanziale la seguente documentazione:

- ~ Allegato A - Avviso Pubblico 2025 (pagine n. 7);
- ~ All. Modulo 1 - Domanda Nuova Equipe DSA - 2025 (pagine n. 4);
- ~ All. Modulo 1.1 - Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA - 2025 (pagine n. 6);
- ~ All. Modulo 2 - Domanda Integrazione nuovo professionista in Equipe DSA già autorizzata - 2025 (pagine n. 2);
- ~ All. Modulo 2.1 - Modulistica Integrativa per Modifica Equipe DSA già autorizzata - 2025 (pagine n. 6);
- ~ All. Modulo 3.1 - Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionista già autorizzato (pagine n. 2);

6. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss.mm. e ii.;

7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on-line aziendale, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e ss. mm. e ii.;

8. di demandare, per il tramite della struttura competente, la trasmissione dell'elenco nel quale è incluso il presente provvedimento al Collegio Sindacale;

9. di incaricare il Responsabile del procedimento di dare esecuzione al presente provvedimento.

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Pavia

**IL DIRETTORE GENERALE**  
LORELLA CECCONAMI

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n 82/2005 e s.m.i.)

# **AVVISO PUBBLICO**

**APERTURA TERMINI ANNO 2025**

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

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

**nelle due seguenti tipologie:**

**A) EQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE (Modulo 1)**

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

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

## **Premessa**

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

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

## **Finalità**

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

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

La finalità del presente AVVISO è la costituzione nell'ATS di un elenco aggiornato, a valore regionale, in cui vengono iscritte le equipe private, autorizzate ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L. 170/2010 e per garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso regionale come da Legge

regionale n.17 del 29/10/2019 art. 6. A tal fine si applicano le indicazioni della nota regionale del 10/04/2025 ad oggetto “Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)– Aggiornamento modulistica” – rif prot G1.2025.0015002 –e la procedura prevista dal presente AVVISO.

### **Destinatari**

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

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

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

### **Requisiti indispensabili per la partecipazione**

a) Presenza di una équipe multidisciplinare costituita da:

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

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

b) Iscrizione all’Ordine professionale per i neuropsichiatri dell’infanzia e dell’adolescenza/neurologi o altro specialista; iscrizione all’Albo A dell’Ordine Professionale per gli psicologi; iscrizione all’Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale per i logopedisti.

c) Documentato possesso, da parte di tutti i professionisti componenti l’équipe, dei previsti livelli minimi di formazione teorica e competenza specifica acquisita sul campo, come di seguito precisato:

- formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi 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 NP/IA o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura dello Psicologo, in attuazione della L.163/2021, verranno riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura del Logopedista le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario, con acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all'Ordine Professionale. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/ scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per tutte le figure professionali l'attività di formazione effettuata in qualità di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA;
- ✓ i corsi/seminari, con contenuti specifici sulla tematica DSA, per essere computati nella formazione teorica devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini Professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa.  
Le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate;
- ✓ per il riconoscimento delle ore computabili come formazione teorica, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

Per la competenza acquisita sul campo si specifica che:

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

d) Possesso di titolo autorizzativo (SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di inizio attività di Studio Professionale) per tutte le sedi di svolgimento delle attività per il rilascio delle certificazioni indicate.

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

**Termini e modalità di presentazione della domanda**

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

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

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

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

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

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

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

Le domande, a pena di esclusione, dovranno essere inviate a:

**Agenzia Tutela della Salute (ATS) di Pavia, con inoltro via PEC al Protocollo di ATS protocollo@pec.ats-pavia.it entro il termine di scadenza dell'AVVISO: 31/05/2025.**

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

### **Istruttoria e criteri valutazione istanze**

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

**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 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;

- il sottoscritto ....., ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", autorizza l'ATS di Pavia al trattamento dei dati personali.

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

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

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

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

### **Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione**

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

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

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

### **Flusso Informativo**

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

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

Il Legale rappresentante/Referente dell'equipe autorizzata è tenuto a trasmettere annualmente i dati di monitoraggio richiesti dalla Direzione Generale Welfare sull'attività svolta mediante la compilazione di specifica scheda di monitoraggio dati e la conseguente restituzione ad ATS con invio a [protocollo@pec.ats-pavia.it](mailto:protocollo@pec.ats-pavia.it) entro la scadenza prevista.

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

### **Trattamento dei dati personali**

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

Responsabile del trattamento dei dati personali è ATS di Pavia.

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

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

#### **A) EQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE:**

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

#### **B) NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE:**

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

#### **Per eventuali informazioni e chiarimenti:**

DIPARTIMENTO PIPSS - S.C. Governo della Presa in Carico e dei Percorsi Assistenziali

Assistente Sociale Elisa Duca

☎ 0382/431766

@ elisa\_duca@ats-pavia.it

Dirigente medico Laura Pini

☎ 0382/431217

@ laura\_pini@ats-pavia.it

🌐 <https://www.ats-pavia.it/dsa>

All'Agenzia di Tutela della Salute di Pavia  
Dipartimento PIPSS  
Pec: protocollo@pec.ats-pavia.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 L.R. n.17/2019)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

in qualità di:

Rappresentante Legale dell'Ente \_\_\_\_\_  
(in caso la richiesta sia presentata da un Ente)

Referente dell'équipe DSA \_\_\_\_\_  
(in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

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

**CHIEDE**

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

A tal fine dichiara:

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

**Logopedista**

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

**Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza**

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

**Psicologo**

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

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

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

3) che l'équipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS \_\_\_\_\_

4) che il professionista (nome e cognome) \* \_\_\_\_\_  
\* *parte da compilare per ogni professionista interessato*

è componente di altra équipe di **nuova** costituzione che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all'attività di prima certificazione presso l'ATS di \_\_\_\_\_;  
è componente di équipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di \_\_\_\_\_ équipe n. \_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_

5) di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:

- alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione, alla adeguata misurazione delle competenze cognitive, alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
- alla formulazione della relazione diagnostica in modo che essa contenga gli elementi necessari per poter verificare l'esistenza dei criteri previsti per la diagnosi di DSA;
- alla multidisciplinarietà;

6) di impegnarsi ad utilizzare il modulo "Aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA", trasmesso con nota regionale del 10/04/2025 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA)– Aggiornamento modulistica" – rif prot G1.2025.0015002 –. Nello stesso va riportato, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza o Psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale di tutte le figure professionali che compongono l'équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;

7) di impegnarsi ad informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione, come indicato nelle "Linee Guida esplicative del percorso di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento per la scuola, per le famiglie e per i professionisti" trasmesse dalla Direzione Generale Welfare con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094;

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

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

Équipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA \_\_\_\_\_

Referente dell'équipe

nome e cognome \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

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

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

Sede operativa di riferimento: \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

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

Professionista:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Studio Professionale/Struttura Sanitaria:

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_ località \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

## A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (\*)

Esame di Stato \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

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

dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

degli Psicologi di \_\_\_\_\_ all'Albo A in data \_\_\_\_\_

dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

3. di essere dipendente del SSN (SI  - NO

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

presso l'Azienda: \_\_\_\_\_

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

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

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

indirizzo mail .....

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

in data .....

ovvero

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

telefono..... indirizzo mail .....

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

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

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

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

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

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

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

• **di aver effettuato:**

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

o in alternativa

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

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

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

All'Agenzia di Tutela della Salute di Pavia  
 Dipartimento PIPSS  
 Pec: protocollo@pec.ats-pavia.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 L.r n.17/2019) per l'inserimento di nuovo/i professionista/i**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
 telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

in qualità di:

Rappresentante Legale dell'Ente \_\_\_\_\_ (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)

Referente dell'équipe DSA \_\_\_\_\_ (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

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

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

**Logopedista**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Psicologo**

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

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

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

**CHIEDE**

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

(è possibile inserire più nominativi per la stessa professione)

**Logopedista** Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo dell'Ordine n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

in integrazione ai componenti l'équipe

in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

**Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'Adolescenza:** Nome Cognome \_\_\_\_\_

Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

in integrazione ai componenti l'équipe

in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e

ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

**Psicologo** Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo A Ordine n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

in integrazione ai componenti l'équipe

in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e

ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

**solo per certificazioni di adulti:**

**Neurologo/altro specialista Medico** Nome Cognome \_\_\_\_\_

Specialità \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

in integrazione ai componenti l'équipe

in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e

ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

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

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

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

\_\_\_\_\_

## MODULISTICA INTEGRATIVA

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

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICA

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

## A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (\*)

Esame di Stato \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

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

dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

degli Psicologi di \_\_\_\_\_ all'Albo A in data \_\_\_\_\_

dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

3. di essere dipendente del SSN (SI  - NO

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

presso l'Azienda: \_\_\_\_\_

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

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

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

indirizzo mail .....

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

in data .....

ovvero

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

telefono..... indirizzo mail .....

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

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

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

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

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

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

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

• **di aver effettuato:**

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

o in alternativa

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

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

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

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

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

- ✓ Per tutte le figure l'attività di formazione effettuata in veste di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA.
- ✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata

\*\* I corsi/seminari devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini Professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa con contenuti specifici sulla tematica DSA. Le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate.

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

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

---



✓ Per 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. 2.1. viene firmato digitalmente.**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

## DICHIARA

1. di essere già autorizzato all'attività di prima certificazione diagnostica del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) quale componente della equipe DSA Privata autorizzata denominata \_\_\_\_\_ n. identificativo \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
(*indicare tutte le equipe nell'ambito delle quali si svolge attività di prima certificazione DSA*);
2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo Professionale:
  - dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Specialità (*indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA*) \_\_\_\_\_
  - degli Psicologi di \_\_\_\_\_ all'Albo A in data \_\_\_\_\_
  - dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
3. che svolgerà l'attività **oggetto della presente richiesta** presso:
  - lo Studio Professionale sito a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

ovvero

  - la Struttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. \_\_\_\_\_  
(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)
4. di essere dipendente del SSN: SI - NO  
se **SI**, dipendente SSN, di operare in regime di esclusività: SI - NO  
presso l'Azienda: \_\_\_\_\_  
  
se **NO**, non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

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

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

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

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

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.



**AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DI PAVIA**

(DGR n. X/4469 del 10.12.2015)

Via Indipendenza n. 3 - 27100 PAVIA

Partita I.V.A. e Cod. Fiscale N° 02613260187

**ATTESTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

Il Direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità attesta che il presente provvedimento non comporta né costi né ricavi.

**Il Direttore**

**SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità**

**ROSARIA MARIA ROMINA CHESSA**

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n 82/2005 e s.m.i.)