

All'Agenzia Tutela della Salute
Della Val Padana
Dipartimento PAAPSS
Pec : protocollo@pec.ats-valpadana.it

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

Il/La sottoscritto/a _____, telefono _____
e-mail _____ pec _____
in qualità di:

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

chiede

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

A tal fine dichiara:

1) di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;

2) che dell'équipe multidisciplinare fanno parte i seguenti professionisti:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n _____
- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____
- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____

Solo per certificazione di adulti:

- Neurologo/altro specialista medico

Nome cognome _____ Specialità: _____

Iscrizione Ordine n _____

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

4) che il professionista (nome e cognome) * _____

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

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

* parte da compilare per ogni professionista interessato

Modulo 1)

- 5) di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:
 - alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione, alla adeguata misurazione delle competenze cognitive, alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
 - alla formulazione della relazione diagnostica in modo che essa contenga gli elementi necessari per poter verificare l'esistenza dei criteri previsti per la diagnosi di DSA;
 - alla multidisciplinarietà;
- 6) di impegnarsi ad utilizzare il modulo trasmesso con nota della Direzione Generale Salute del 22.06.2015 (protocollo n.H1.2015.0018622) "*Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)*", riportando sullo stesso, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale del neuropsichiatra infantile o psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale di tutte le figure professionali che compongono l'équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;
- 7) di impegnarsi ad utilizzare la scheda di aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA trasmessa con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094 dalla Direzione Generale Welfare;
- 8) di impegnarsi ad informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione, come indicato nelle "Linee Guida esplicative del percorso di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento per la scuola, per le famiglie e per i professionisti" trasmesse dalla Direzione Generale Welfare con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094;
- 9) di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l'équipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione nonché della composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione, compresi i costi minimi e massimi riferiti al percorso, garantendone la trasmissione ad ATS in caso di variazioni;
- 10) di impegnarsi a informare ATS di ogni variazione con le modalità previste e di fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS, i dati che questa richiederà nell'ambito del flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

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

Equipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA _____

Referente dell'équipe

nome e cognome _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

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

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede operativa di riferimento: _____

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Modulo 1)

Nel caso in cui l'equipe **non operi in un'unica sede** ed i componenti che ne fanno parte lavorino presso propri studi professionali, saranno pubblicati nell'elenco sul sito ATS i dati di cui al Modulo 1.1. delle singole sedi.

nome e cognome del professionista _____
via _____ n. civico _____ località _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità** del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'equipe DSA;
- 2) **Curriculum Vitae** dei singoli componenti dell'equipe non ancora autorizzati (**autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali**): totale allegati n. _____;
- 3) **Modulistica integrativa relativa ai componenti dell'equipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1. allegato)**: totale allegati n. _____;
- 4) **Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i professionista/i già autorizzati in altra equipe (**Modulo 3.1 allegato**);
- 5) **Fotocopia di un documento di identità di tutti** i componenti dell'equipe: totale allegati n. _____;
- 6) **Protocollo di cui al punto 9)** che descrive:
 1. le modalità con cui l'equipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione, la composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione,
 2. i costi minimi e massimi indicativi del percorso diagnostico.

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

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)
