



Regione Liguria – Giunta Regionale

Oggetto	Proroga elenco di cui al Decreto del Direttore Generale n. 8977/2025 e apertura termini per presentazione nuove domande e verifica dei requisiti in ambito DSA
Tipo Atto	Decreto del Direttore Generale
Struttura Proponente	Settore Politiche socio sanitarie
Dipartimento Competente	Direzione generale di area Salute e servizi sociali
Soggetto Emanante	Paolo BORDON
Responsabile Procedimento	Simona BENEDETTI
Soggetto Responsabile	Claudia TELLI

Atto rientrante nei provvedimenti di cui alla lett.D punto 41 dell'allegato alla Delibera di Giunta Regionale n. 1166/2023

Elementi di corredo all'Atto:

- Allegati, che ne sono parte integrante e necessaria

IL DIRETTORE GENERALE DI AREA

Richiamati

- la Legge 07 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- la Legge 08 Ottobre 2010 n. 170 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico";
- il Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 62 "Norme in materia di valutazione e certificazione delle competenze nel primo ciclo ed esami di Stato, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera i), della legge 13 luglio 2015, n. 107;
- la Legge regionale 7 dicembre 2006 n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale";
- la Legge regionale 15 Febbraio 2010 n. 3 "Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento";
- la Legge regionale 29 luglio 2016 n. 17 ad oggetto "Disciplina di Liguria Salute e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria";
- il Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) del 12 Luglio 2011, emanato in attuazione dell'art. 7 comma 2 della Legge 170/2010 che individua, a partire dall'anno scolastico 2011/2012, le modalità di formazione del personale docente e dirigenziale delle scuole di ogni ordine e grado, al fine di garantire le finalità di cui all'art. 2 della stessa Legge 170/2010;

RICHIAMATE le seguenti Deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 1047 del 5 agosto 2011 "Indirizzi per l'applicazione della L.R. 3/2010 (Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento) e della L. 170/2010 in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico";
- 24 febbraio 2012 n. 200 (Integrazioni e modifiche della D.G.R. n. 1047/2011, in materia di Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA));
- n. 999 del 5 agosto 2013 "Recepimento Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012, "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)" e indicazioni attuative in materia di DSA" ex D.G.R. n. 1047/2011;
- n. 430 del 28 agosto 2025 ad oggetto "Modifiche all'assetto organizzativo di alcune strutture della Giunta Regionale";

RICHIAMATE, altresì, le deliberazioni di A.Li.Sa.:

- n. 114 del 24.04.2024 avente ad oggetto "Aggiornamento requisiti in merito all'elenco regionale dei professionisti accreditati per la diagnosi DSA valida per la scuola";
- n.226 del 05.08.2025 avente ad oggetto "Aggiornamento composizione commissione tecnica per l'accertamento dei requisiti per l'effettuazione di diagnosi DSA istituita con Delibera di Alisa n. 212/2022 e contestuale proroga validità elenco di cui alla Delibera di Alisa n. 251 del 28/10/2024.";

RICHIAMATO, inoltre, il Decreto del Direttore Generale n.8977/2025 ad oggetto "Approvazione dell'elenco dei professionisti e delle strutture accreditati al rilascio delle certificazioni diagnostiche in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) per la scuola;

CONSIDERATO che con la succitata deliberazione di A.Li.Sa. n. 144 del 24.04.24 sono stati aggiornati i requisiti per l'inserimento nell'elenco dei professionisti e delle strutture accreditati al rilascio delle certificazioni diagnostiche in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) per la scuola, ed è stato previsto quale termine annuale di presentazione delle nuove domande per l'inserimento il periodo dal 01 al 31 maggio di ogni anno solare;

RILEVATO inoltre che con Deliberazione di A.Li.Sa. n. 226 del 05.08.2025 è stato previsto di rimandare a successivo provvedimento la definizione di specifiche indicazioni e delle tempistiche per la verifica dei requisiti per la permanenza nell'elenco e per le richieste di modifiche;

RITENUTO di confermare i requisiti di iscrizione per la presentazione delle domande dei soggetti e dei professionisti delle strutture accreditate in Regione Liguria che chiedono di essere autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) come previsti dalla sopracitata deliberazione di A.Li.sa. n. 114 del 24.04.2024 e come meglio di seguito specificati:

1. Iscrizione all'Ordine degli Psicologi Albo A o all' Albo dei Medici con specializzazione in NPIA (Aspecifico);
2. Presenza di equipe multidisciplinare come previsto nell'art 2) del l'Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012 recepito dalla Regione Liguria con la sopra richiamata DGR 999/2013;
3. Criteri specifici del professionista che presenta la domanda o del professionista della struttura accreditata (Psicologo o NPIA): il professionista deve garantire almeno 600 ore totali di esperienza clinica e formazione in ambito di DSA entro i tre anni solari precedenti alla presentazione della domanda in una delle seguenti modalità:

➤ Modalità 1:

1. Almeno 300 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ATS, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
2. Almeno 300 ore di formazione (didattica e pratica, ricevuta o erogata a terzi) successive all'iscrizione all'ordine professionale, relative ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (per es. Master o Corsi di Perfezionamento in Psicopatologia dell'apprendimento ecc.) svolte presso Enti Universitari o Scuole di Specializzazione riconosciute dal MIUR o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico. Il percorso formativo deve essere concluso alla data della . presentazione della domanda;

➤ Modalità 2:

1. Almeno 560 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi, nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ATS Liguria, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
2. Almeno 40 ore di Formazione specifica sui DSA (didattica e pratica ricevuta o erogata a terzi) presso Enti Universitari, Scuole di Specializzazione, Corsi di Perfezionamento riconosciuti dal MIUR (quali Master), da ATS Liguria, IRCCS ed Enti Ospedalieri o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico (elenco di enti di formazione riconosciuti dalle Regioni). Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

4. Criteri specifici dei componenti dell'equipe multidisciplinare che collaborano con il proponente della richiesta:
 - essere iscritti all'Ordine professionale di riferimento;
 - avere comprovata esperienza in ambito DSA;

RITENUTO inoltre di stabilire i criteri per la verifica dei requisiti dei soggetti già inseriti nell'elenco di cui al Decreto del Direttore Generale n. 8977/2025, come segue:

- a) Permanenza dell'iscrizione all'Ordine degli Psicologi Albo A o permanenza dell'iscrizione all'Albo dei Medici e specializzazione in NPI;
- b) Permanenza dell'equipe multidisciplinare come previsto nell'art 2) dell' Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012, recepito dalla Regione Liguria con la sopra richiamata DGR 999/2013;

- c) Aggiornamento annuale professionale: almeno 15 ECM o 15 ore annui, per la partecipazione a convegni o corsi, su Disturbi dell'Apprendimento, effettuati successivamente alla precedente verifica ed entro il 30/05 dell'anno della verifica in corso, anche con autocertificazione. Tale criterio viene riparametrato al periodo di permanenza nell'elenco o da precedente verifica effettuata (se già presenti) o dall'anno di inserimento nell'elenco stesso;
- d) Mantenimento di comprovata esperienza in ambito DSA da parte dei componenti dell'equipe multidisciplinare che collaborano con il proponente la richiesta;

RITENUTO necessario:

1. approvare la modulistica aggiornata allegata quale parte sostanziale del presente provvedimento che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata dal referente dell'equipe o dal rappresentante legale nel caso di struttura:
 - allegato 1) domanda per l'accertamento dei requisiti per essere autorizzati a svolgere la funzione diagnostica e consulenziale nei confronti della scuola;
 - allegato 2) modulo per la verifica dei requisiti per i soggetti già autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
 - allegato 3) autocertificazione del proponente;
 - allegato 4) autocertificazione dell'equipe;
 - allegato 5) modulo per la richiesta di variazione sede operativa e/o variazione composizione equipe multidisciplinare o richiesta cancellazione dall'elenco per i soggetti o per l'Ente accreditato e i loro professionisti già autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
2. Stabilire i seguenti termini per la presentazione dei moduli:
 - per la presentazione delle domande attraverso i moduli 1), 3), 4) e la richiesta di variazione o cancellazione attraverso il modulo 5) , come segue:
 - o ANNO 2026 dal 1 GIUGNO al 30 GIUGNO 2026
 - o ANNI SUCCESSIVI dal 01 MAGGIO al 31 MAGGIO di ogni anno solare a partire dal 2027, precisando che se la scadenza coincide con un giorno festivo il termine è posticipato al primo giorno lavorativo utile;
 - per la trasmissione del modulo 2) relativo alla verifica dei requisiti per la permanenza negli elenchi come segue :
 - o ANNO 2026 dal 01 GIUGNO 2026 al 30 GIUGNO 2026;
 - o TRIENNI SUCCESSIVI dal 01 MAGGIO al 31 MAGGIO a partire dal 2029 precisando che se la scadenza coincide con un giorno festivo il termine è posticipato al primo giorno lavorativo utile;
3. stabilire che l'invio delle nuove domande per l'inserimento nell'elenco, della richiesta di verifica dei requisiti per i soggetti già autorizzati, la richiesta di variazione sede operativa e/o variazione composizione equipe multidisciplinare o richiesta cancellazione dall'elenco per i soggetti o gli enti autorizzati, tutti con la relativa modulistica debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata, corredata di tutti gli allegati richiesti, deve avvenire nei termini indicati, esclusivamente attraverso Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo mail protocollo@pec.regione.liguria.it da indirizzo PEC personale del professionista o della struttura solo nel caso di domanda da parte di struttura accreditata;

STABILITO che il mancato rispetto dei sopracitati punti 1), 2), 3) comporta la non ammissibilità della documentazione presentata;

RITENUTO di confermare l'utilizzo del "Modello di certificazione per DSA" di cui all' Accordo Stato Regioni recepito con DGR 999/2013, quale modello da adottare per la Certificazione di DSA sia per gli enti del SSR che per i professionisti e le strutture dell'elenco in parola;

RITENUTO altresì di rimandare a successivo provvedimento la costituzione della commissione tecnica deputata alla valutazione delle domande pervenute;

CONSIDERATO necessario, nelle more dell'espletamento delle procedure di cui sopra, prorogare la validità dell'elenco di cui al Decreto del Direttore Generale n. 8977/2025, sino all'approvazione del nuovo elenco di cui trattasi.

DATO ATTO che dal presente provvedimento non derivano oneri per il bilancio regionale;

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate:

1. prorogare la validità dell'elenco di cui al Decreto del Direttore Generale n. 8977/2025, sino all'approvazione del nuovo elenco dei professionisti e delle strutture accreditati al rilascio delle certificazioni diagnostiche in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) per la scuola;
2. di confermare i requisiti di iscrizione per la presentazione delle domande dei soggetti e dei professionisti delle strutture accreditate in Regione Liguria che chiedono di essere autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) come previsti dalla sopracitata deliberazione di A.Li.sa. n. 114 del 24.04.2024;
3. di stabilire i criteri per la verifica dei requisiti dei soggetti già inseriti nell'elenco di cui al Decreto del Direttore Generale n. 8977/2025, come segue:
 - a) Permanenza dell'iscrizione all'Ordine degli Psicologi Albo A o permanenza dell'iscrizione all'Albo dei Medici e specializzazione in NPI;
 - b) Permanenza dell'equipe multidisciplinare come previsto nell'art 2) dell' Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012, recepito dalla Regione Liguria con la sopra richiamata DGR 999/2013;
 - c) Aggiornamento annuale professionale: almeno 15 ECM o 15 ore annui, per la partecipazione a convegni o corsi, su Disturbi dell'Apprendimento, effettuati successivamente alla precedente verifica ed entro il 30/05 dell'anno della verifica in corso, anche con autocertificazione. Tale criterio viene riparametrato al periodo di permanenza nell'elenco o da precedente verifica effettuata (se già presenti) o dall'anno di inserimento nell'elenco stesso;
 - d) Mantenimento di comprovata esperienza in ambito DSA da parte dei componenti dell'equipe multidisciplinare che collaborano con il proponente la richiesta;
4. approvare la modulistica aggiornata quale parte sostanziale del presente provvedimento che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata dal referente dell'equipe o dal rappresentante legale nel caso di struttura:
 - allegato 1) domanda per l'accertamento dei requisiti per essere autorizzati a svolgere la funzione diagnostica e consulenziale nei confronti della scuola;
 - allegato 2) modulo per la verifica dei requisiti per i soggetti già autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
 - allegato 3) autocertificazione del proponente;
 - allegato 4) autocertificazione dell'equipe;
 - allegato 5) modulo per la richiesta di variazione sede operativa e/o variazione composizione equipe multidisciplinare o richiesta cancellazione dall'elenco per i soggetti o per l'Ente accreditato e i loro professionisti già autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA);
5. Stabilire i seguenti termini per la presentazione dei moduli:
 - per la presentazione delle domande attraverso i moduli 1), 3), 4) e la richiesta di variazione o cancellazione attraverso il modulo 5) , come segue:
 - o ANNO 2026 dal 1° GIUGNO al 30 GIUGNO 2026

- ANNI SUCCESSIVI dal 01 MAGGIO al 31 MAGGIO di ogni anno solare a partire dal 2027, precisando che se la scadenza coincide con un giorno festivo il termine è posticipato al primo giorno lavorativo utile;
- per la trasmissione del modulo 2) relativo alla verifica dei requisiti per la permanenza negli elenchi come segue :
 - ANNO 2026 dal 1° GIUGNO 2026 al 30 GIUGNO 2026;
 - TRIENNI SUCCESSIVI dal 01 MAGGIO al 31 MAGGIO a partire dal 2029 precisando che se la scadenza coincide con un giorno festivo il termine è posticipato al primo giorno lavorativo utile;
- 5. stabilire che l'invio delle nuove domande per l'inserimento nell'elenco, della richiesta di verifica dei requisiti per i soggetti già autorizzati, la richiesta di variazione sede operativa e/o variazione composizione equipe multidisciplinare o richiesta cancellazione dall'elenco per i soggetti o gli enti autorizzati, tutti con la relativa modulistica debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata, corredata di tutti gli allegati richiesti, deve avvenire nei termini indicati, esclusivamente attraverso Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo mail protocollo@pec.regione.liguria.it da indirizzo PEC personale del professionista o della struttura solo nel caso di domanda da parte di struttura accreditata;
- 6. di confermare l'utilizzo del "Modello di certificazione per DSA" di cui all' Accordo Stato Regioni recepito con DGR 999/2013, quale modello da adottare per la Certificazione di DSA sia per gli enti del SSR che per i professionisti e le strutture dell'elenco in parola;
- 7. dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri per il bilancio regionale;
- 8. di disporre la pubblicazione del presente decreto e dei relativi allegati sul sito WEB della Regione Liguria

Avverso il presente provvedimento è esperibile ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) o, in alternativa, ricorso straordinario, rispettivamente entro 60 o 120 giorni dalla notifica, comunicazione o pubblicazione dello stesso."

ALLEGATO 1 - MODELLO A

Accertamento dei requisiti per essere autorizzati a svolgere la funzione diagnostica e consulenziale nei confronti della scuola

La domanda dovrà pervenire entro i termini stabiliti posta elettronica certificata all'indirizzo mail

protocollo@pec.regione.liguria.it

Regione Liguria
Via Fieschi 15
16121 GENOVA

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

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

DENOMINAZIONE ENTE _____

autorizzazione al funzionamento (allegare provvedimento di autorizzazione) _____

Accreditamento n. provvedimento e data _____

Libero Professionista

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 la sede operativa e l'equipe multidisciplinare sono le seguenti:
(nel caso di più sedi replicare le tabelle sotto)

Sede Operativa			
Denominazione	Città	Prov.	Indirizzo

Equipe multidisciplinare	
Cognome nome	Qualifica (NPI, Logopedista, Psicologo)

3. di condividere e adottare per la diagnosi delle persone affette da DSA Le linee guida nazionali riprese nella Delibera regionale "Indicazioni per l'applicazione della Legge regionale 15 Febbraio 2010, n.3 "Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento" e le indicazioni del documento definitivo relativo alla Conferenza di consenso celebrata all'Istituto Superiore di Sanità a Roma il 6-7 dicembre 2010 in merito ai "Disturbi specifici dell'apprendimento".

4. di condividere e adottare l' "Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano su "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)" e il "Modello di Certificazione Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" allegato all' Accordo stesso.
5. di rendermi disponibile ad eventuali controlli sulla sussistenza dei requisiti dichiarati nel presente modulo da parte della Commissione Tecnica istituita dalla Regione;

Data

Firma

Tutti i campi devono essere adeguatamente compilati pena la non ammissibilità della domanda.

**** in caso di richiesta da parte di struttura accreditata firma del legale rappresentante***

Allegare

- CV in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione del provvedimento riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda;
- CV dei componenti dell'equipe multidisciplinare in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione del provvedimento riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda
- Documento di Identità in corso di validità del proponente e dei componenti equipe. Se il richiedente è Ente accreditato anche del legale rappresentante firmatario del presente modulo
- Autocertificazione allegato 3) e 4) per ogni componente dell'equipe compreso il proponente datata e firmata

ALLEGATO 2 – MODELLO B

Verifica dei requisiti per i soggetti già autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento

La domanda dovrà pervenire entro i termini stabiliti tramite posta elettronica certificata all'indirizzo mail protocollo@pec.regione.liguria.it

Regione Liguria
Via Fieschi 15
16121 GENOVA

Il/La sottoscritto/a _____, telefono _____
e-mail _____ pec _____

in qualità di

Rappresentante Legale dell'Ente (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)
DENOMINAZIONE ENTE _____

autorizzazione al funzionamento (allegare provvedimento di autorizzazione) _____

Accreditamento n. provvedimento e data _____

Libero Professionista

Titolo Professionale _____

Iscrizione all'Albo/Ordine n. _____ della Regione/Provincia _____

Prima iscrizione nell'elenco con Provvedimento n. _____

Anno ultima verifica (lasciare in bianco se mai effettuata) _____

Anno da cui opera nei DSA _____

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 la sede operativa e l'equipe multidisciplinare sono le seguenti:
(nel caso di più sedi replicare le tabelle sotto)

Sede Operativa			
Denominazione	Città	Prov.	Indirizzo

Equipe multidisciplinare	
Cognome nome	Qualifica (NPI, Logopedista, Psicologo)

3. di condividere e adottare per la diagnosi delle persone affette da DSA Le linee guida nazionali riprese nella Delibera regionale "Indicazioni per l'applicazione della Legge regionale 15 Febbraio 2010, n.3 "Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento" e le indicazioni del documento definitivo relativo alla Conferenza di consenso celebrata all'Istituto Superiore di Sanità a Roma il 6-7 dicembre 2010 in merito ai "Disturbi specifici dell'apprendimento".
4. di condividere e adottare l' "Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano su "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)" e il "Modello di Certificazione Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" allegato all' Accordo stesso;
5. di aver effettuato l'aggiornamento professionale richiesto per il mantenimento dell'iscrizione nell'elenco (aggiornamento annuale professionale: almeno 15 ECM o 15 ore annui, per la partecipazione a convegni o corsi, su Disturbi dell'Apprendimento, effettuati successivamente alla precedente verifica ed entro il 30/05 dell'anno della verifica in corso, tale criterio viene riparametrato al periodo di permanenza nell'elenco o da precedente verifica effettuata (se già presenti) o dall'anno di inserimento nell'elenco stesso;
6. il mantenimento di comprovata esperienza in ambito DSA da parte dei componenti dell'equipe multidisciplinare che collaborano con il proponente la richiesta;
7. di rendermi disponibile ad eventuali controlli sulla sussistenza dei requisiti dichiarati nel presente modulo da parte della Commissione Tecnica istituita dalla Regione;

Allegare

- **CV in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione del provvedimento riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda;**
- **CV dei componenti dell'equipe multidisciplinare in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione del provvedimento riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda**
- **Documento di Identità in corso di validità del proponente e dei componenti equipe. Se il richiedente è Ente accreditato anche del legale rappresentante firmatario del presente modulo**
- **Autocertificazione allegato 2) e 3) per ogni componente dell'equipe compreso il proponente datata e firmata**

Data

FIRMA DEL PROPONENTE

Tutti i campi devono essere adeguatamente compilati pena la non ammissibilità della domanda.

**** in caso di richiesta da parte di struttura accreditata firma del legale rappresentante***

ALLEGATO 3 - AUTOCERTIFICAZIONE PROPONENTE (NPI o PSICOLOGO)
ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000
(NON COMPILARE MANUALMENTE MA UTILIZZANDO IL PRESENTE FILE)

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

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in _____ in data _____ (*)
Esame di Stato _____ in data _____

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

2. di essere iscritto all'Ordine:

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

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO)

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO)
presso l'Azienda: _____

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

5. di essere già stato presente nell'elenco dei professionisti e delle strutture accreditati per diagnosi DSA per la scuola di Regione Liguria (SI - NO) se si indicare la deliberazione _____

6. FORMAZIONE TEORICA ed esperienza clinica SUI DSA (barrare la modalità scelta):

Modalità 1:

- a) Almeno 300 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
- b) Almeno 300 ore di formazione (didattica e pratica, ricevuta o erogata a terzi) successive all'iscrizione all'ordine professionale, relative ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (per es. Master o Corsi di Perfezionamento in Psicopatologia dell'apprendimento ecc.) svolte presso Enti Universitari o Scuole di Specializzazione riconosciute dal MIUR o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico. Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

Modalità 2:

- a) Almeno 560 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi, nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
- b) Almeno 40 ore di Formazione specifica sui DSA (didattica e pratica ricevuta o erogata a terzi) presso Enti Universitari, Scuole di Specializzazione, Corsi di Perfezionamento riconosciuti dal MIUR (quali Master), da ASL, IRCCS ed Enti Ospedalieri o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico (elenco di enti di formazione riconosciuti dalle Regioni). Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

e di aver svolto i percorsi formativi ed esperienza clinica specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

ESPERIENZA CLINICA

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA	Eventuali note

FORMAZIONE

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

Data _____

Firma _____

Note:

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

ALLEGATO 4 - AUTOCERTIFICAZIONE COMPONENTI EQUIPE
 ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000
(da compilarsi a cura di ciascun professionista dell'equipe
NON COMPILARE MANUALMENTE MA UTILIZZANDO IL PRESENTE FILE)

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

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in _____ in data _____ (*)
 Esame di Stato _____ in data _____

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

2. di essere iscritto all'Ordine:

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

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO)

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO)
 presso l'Azienda: _____

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

5. di essere già stato componente di equipe multidisciplinari dell'elenco dei professionisti e delle strutture accreditati per diagnosi DSA per la scuola di Regione Liguria (SI - NO) se si indicare la deliberazione del primo inserimento _____

6. di possedere comprovata esperienza in ambito DSA negli ultimi 3 anni solari come da schema sotto

FORMAZIONE

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

ESPERIENZA CLINICA

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA	Eventuali note

Data _____

Firma _____

Note:

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

ALLEGATO 5 – MODELLO C

Richiesta variazione sede/i operative e/o variazione composizione equipe multidisciplinare o richiesta cancellazione dall'elenco per i soggetti o per le strutture accreditate e i loro professionisti autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche per la scuola in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)

La domanda dovrà pervenire entro i termini stabiliti tramite posta elettronica certificata all'indirizzo mail protocollo@pec.regione.liguria.it

Regione Liguria
Via Fieschi 15
16121 GENOVA

Per i soggetti autorizzati

Nome e Cognome del proponente _____

Titolo professionale _____

Iscrizione all'Albo/Ordine n _____ della Regione/Provincia _____

Recapito telefonico _____

Recapito mail _____ pec _____

Numero provvedimento e anno del primo inserimento in elenco _____

Per le strutture accreditate e i loro professionisti già autorizzati

Denominazione della struttura _____

Indirizzo sede legale _____

Presenza di autorizzazione al funzionamento (allegare provvedimento di autorizzazione) _____

Presenza di accreditamento (indicare provvedimento di accreditamento) _____

Recapito telefonico _____

Recapito mail _____ pec _____

Barrare l'opzione scelta:

- ☐ **1. Richiesta di variazione Dati Sede/i in cui opera con indicazione dell'equipe multidisciplinare per ciascuna sede specifica: produrre elenco aggiornato delle sedi che saranno inserite in elenco**

SEDE OPERATIVA:

INDIRIZZO _____

Nome e Cognome del proponente (Psicologo o NPI) _____

Dati Equipe		
Nome Cognome	Titolo Professionale	Eventuale forma associativa

ALTRA SEDE:

INDIRIZZO _____

Nome e Cognome del proponente (Psicologo o NPI) _____

Dati Equipe		
Nome Cognome	Titolo Professionale	Eventuale forma associativa

In presenza di ulteriori sedi allegare elenco schematizzato sopra

Allegare:

- Documento d'identità in corso di validità di ogni professionista indicato nel presente punto e in caso di struttura accreditata del legale rappresentante
- 2. Richiesta variazione professionisti delle altre discipline con i quali collabora in tema DSA (indicare la composizione aggiornata dell'equipe)

SEDE OPERATIVA:

INDIRIZZO _____

Nome e Cognome del proponente (Psicologo o NPI) _____

Dati Equipe		
Nome Cognome	Titolo Professionale	Eventuale forma associativa

In presenza di ulteriori variazioni allegare elenco schematizzato sopra

Allegare:

- CV dei nuovi componenti dell'equipe multidisciplinare in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione del provvedimento riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda
 - Documento d'identità in corso di validità di ogni professionista indicato nel presente punto e in caso di struttura accreditata del legale rappresentante
- **3. Richiesta cancellazione Elenco: con la presente il proponente e la sua equipe non saranno più autorizzati a rilasciare certificazione diagnostica nei confronti della scuola in ambito DSA**

Con la presente si dichiara di condividere e adottare per la diagnosi delle persone affette da DSA Le linee guida nazionali riprese nella DGR 1047/2011 "Indirizzi per l'applicazione della L.R. 3/2010 Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento e della L. 170/2010 in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico" e le indicazioni del documento definitivo relativo alla Conferenza di consenso celebrata all'istituto Superiore di Sanità a Roma il 6-7 dicembre 2010 in merito ai "Disturbi specifici dell'apprendimento".

Dichiara altresì di condividere e adottare l' "Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano su "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)" e il "Modello di Certificazione Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" allegato all' Accordo stesso.

Si dichiara altresì di rendersi disponibile ad eventuali controlli sulla sussistenza dei requisiti dichiarati nel presente modulo da parte di Regione.

Data

FIRMA¹

Io sottoscritto/a _____ nata/o a _____ il _____ e
Residente a _____ Codice Fiscale _____

Autocertifico il contenuto del presente "Modulo A" e degli allegati, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000. Autorizzo inoltre al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data

FIRMA²

Tutti i campi devono essere adeguatamente compilati pena la non ammissibilità della domanda.

¹ In caso di proponente autorizzato la firma deve essere del proponente, in caso di struttura deve essere del legale rappresentante e timbrata

² In caso di proponente autorizzato la firma deve essere del proponente, in caso di struttura deve essere del legale rappresentante e timbrata

Identificativo atto: 2026-AM-3627
Area tematica: Salute, Sociale, Sicurezza e Pari Opportunità > Salute e Servizi Sociali ,

Iter di approvazione del decreto

Compito	Assegnatario	Note	In sostituzione di	Data di completamento
*Approvazione soggetto emanante (regolarità amministrativa, tecnica)	Paolo BORDON Dirigente Responsabile di Giunta		-	20-05-2026 12:05
*Approvazione Dirigente (regolarità amministrativa, tecnica e contabile)	Claudia TELL Dirigente Responsabile di Giunta		-	14-05-2026 10:36
Approvazione legittimità	Barbara FASSIO		-	12-05-2026 11:23
*Validazione Responsabile procedimento (Istruttoria)	Simona BENEDETTI		-	07-05-2026 15:17

L'apposizione dei precedenti visti attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile dell'atto sotto il profilo della legittimità nell'ambito delle rispettive competenze

Trasmissione provvedimento:

Sito web della Regione Liguria