

ASL BARI

**Avviso pubblico per la costituzione di una short list di professionisti abilitati a fornire servizi abilitativi/riabilitativi/educativi e di supporto familiare alle persone con disturbi dello spettro autistico (DSA).**

## IL DIRETTORE GENERALE

### PREMESSO CHE

- La Legge Regionale n. 12 del 11 luglio 2025, recante: *“Osservatorio regionale pugliese per persone con disturbo dello spettro autistico e disposizioni diverse”* è stata pubblicata sul BURP n. 56 del 14/07/2025.
- L’art. 9 della Legge Regionale n. 12 del 11 luglio 2025, avente titolo: *“Modifica alla L.R. 32/2022”* prevede: *“All’articolo 72 della legge regionale 29 dicembre 2022, n. 32 (Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2023 e Bilancio pluriennale 2023-2025 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2023)), è aggiunto il seguente comma: “4 bis. In aggiunta alle prestazioni erogate dalle strutture dedicate per i disturbi dello spettro autistico di cui al regolamento regionale n. 9/2016, la Regione Puglia partecipa, con la concessione di un contributo, alle spese sanitarie e socio-sanitarie sostenute dai soggetti affetti dai disturbi dello spettro autistico e dalle loro famiglie, residenti in Puglia, che si avvalgono di prestazioni riabilitative erogate da professionisti qualificati che abbiano comunicato all’azienda sanitaria locale (ASL) di riferimento i propri titoli qualificati, anche mediante presentazione di progettualità innovative per i ragazzi maggiorenni ai fini dell’inserimento lavorativo. Le ASL pugliesi sono tenute, entro sessanta giorni dall’approvazione della presente legge, a pubblicare l’elenco dei professionisti abilitati a erogare le prestazioni di cui al presente articolo. Tale elenco viene aggiornato ogni novanta giorni. In assenza della pubblicazione del suddetto elenco da parte delle ASL, le stesse non potranno rifiutare le richieste di rimborso motivate presentate dalle famiglie dei soggetti affetti dai disturbi dello spettro autistico”.*
- Nell’ottica di semplificazione e celerità dell’azione amministrativa, l’ASL BA intende procedere ad istituire una short list di professionisti singoli o in équipe per l’erogazione di interventi abilitativi, riabilitativi, educativi e di supporto familiare rivolti a persone con disturbo dello spettro autistico (DSA) da inserire nell’elenco dei professionisti abilitati a erogare le prestazioni di cui all’art. 9 della Legge Regionale n. 12 del 11 luglio 2025.

### AVVISA

gli interessati ad essere iscritti nell’elenco in oggetto che sono aperti i termini per la presentazione delle relative istanze, secondo le seguenti modalità e precisazioni.

#### **Art. 1 – REQUISITI PER L’ISCRIZIONE NELL’ELENCO**

##### 1.1 Requisiti generali

Possono formulare richiesta di iscrizione al presente elenco tutti i Professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- iscrizione al pertinente Albo professionale (dove previsto);
- assenza di cause di esclusione previste dall’art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
- copertura assicurativa per responsabilità civile professionale;

##### 1.2 Requisiti professionali specifici

I professionisti devono possedere almeno uno dei seguenti titoli professionali:

**Per interventi clinico-terapeutici:**

Laurea in Psicologia con iscrizione all'Albo degli Psicologi

Laurea in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Neuropsichiatria Infantile o Psichiatria

Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

Laurea in Logopedia

Laurea in Educazione Professionale

Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Laurea in Terapista occupazionale

**Per interventi educativi:**

Laurea in Scienze dell'Educazione o Pedagogia

Educatore Professionale socio-pedagogico (L. 205/2017)

**Formazione specialistica obbligatoria:**

I candidati devono dimostrare il possesso di una formazione specialistica in linea con le Linee Guida ISS del 9 ottobre 2023 producendo:

- idonea documentazione attestante la specializzazione nell'ambito della riabilitazione per l'autismo
- comprovata competenza nell'implementazione di strategie cognitivo-comportamentali, Interventi Naturalistici Evolutivi Comportamentali (NDBI) quali ad esempio ESDM, programmi di Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA), sostenuti da evidenze scientifiche
- per l'erogazione di trattamenti ABA: titolo di specializzazione di primo livello (BCaBA) o in subordine Diploma RBT (vedi conformità con DGR Puglia 1584/2024)

**1.3 Requisiti di esperienza**

- Comprovata esperienza professionale di almeno 3 anni sulla progettazione e gestione di interventi educativi/abilitativi a favore di persone con disturbo dello spettro autistico nei diversi contesti di vita domiciliare/ambientale e scolastico (vedi conformità con DGR Puglia 1584/2024)
- Partecipazione a percorsi formativi teorico- pratici presso strutture sanitarie e/o universitarie specializzate nel trattamento di ASD

Gli interventi dovranno riguardare le seguenti aree:

**Valutazione e assessment**

Valutazione funzionale delle competenze

Profilo psicodiagnostico e funzionale

Individuazione di obiettivi personalizzati

**Interventi terapeutici ed educativi**

Interventi comportamentali (ABA, ESDM, ecc.)

Terapia cognitivo-comportamentale

Interventi comunicativi (CAA, PECS)

Psicomotricità

Logopedia

Supporto educativo domiciliare o territoriale

Training sulle autonomie personali e sociali

**Supporto al contesto**

Parent training

Formazione e consulenza a insegnanti e operatori  
Supervisione di équipes educative

## Art. 2 - PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

I soggetti interessati dovranno far pervenire, a pena di esclusione, entro le ore 23.59 del 30° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP), apposita istanza secondo il modello allegato (all.1), da inviarsi esclusivamente tramite pec all'indirizzo [npiametropolitana.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:npiametropolitana.aslbari@pec.rupar.puglia.it), recante il seguente oggetto: **AVVABA**.

La validità della presentazione dell'istanza è subordinata all'utilizzo, pena esclusione, da parte dell'interessato di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) personale. Non sarà, pertanto, ritenuta ammissibile la domanda inviata da un indirizzo di posta elettronica semplice/ordinaria.

È esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione, pena la non ammissione.

Il termine per la presentazione della domanda, ove cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno seguente non festivo. Le domande inviate dopo la scadenza del suddetto termine, non saranno prese in considerazione.

L'aspirante deve dichiarare sotto forma di autocertificazione, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/00, e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/00, e s.m.i., anche attraverso il modello di autocertificazione di cui all'all.2, quanto segue:

1. il numero di iscrizione all'Ordine di cui all'art. 1, con indicazione della data di prima iscrizione;
2. il numero di partita IVA, la titolarità e la data di attribuzione della partita IVA;
3. di possedere la cittadinanza italiana ovvero i requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 d. Lgs.n. 165/01, e s.m.i.;
4. di godere dei diritti civili e politici;
5. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti ovvero, qualora siano state riportate condanne penali o siano pendenti procedimenti penali, l'indicazione degli estremi della condanna riportata o del procedimento penale pendente, come indicati dalle risultanze documentali dei competenti uffici giudiziari;
6. di non aver subito sanzioni disciplinari attivate dall'Ordine di appartenenza in relazione all'esercizio della propria attività professionale;
7. di essere titolare di una polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, a copertura dei rischi da attività professionale.

Il professionista deve indicare il domicilio presso il quale effettuare, agli effetti di legge, ogni necessaria comunicazione, completo di numero di codice di avviamento postale, numero telefonico (anche cellulare) e indirizzo e-mail; con la precisazione che in caso di mancata indicazione si tiene conto, ad ogni effetto, della residenza indicata. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo.

La presentazione dell'istanza deve avvenire con un unico invio, attraverso il quale devono essere inoltrati, esclusivamente in formato PDF, a pena di esclusione:

- la domanda redatta secondo il modello di cui all'allegato n.1 e recante la firma autografa ovvero digitale del professionista;
- le dichiarazioni rese sotto forma di autocertificazione, anche attraverso il modello di autocertificazione di cui all'allegato n.2 e recante la firma autografa ovvero digitale dell'istante;
- il curriculum formativo e professionale redatto in formato europeo e in modalità di autocertificazione,

datato e debitamente firmato (il curriculum dovrà essere dettagliato e contenere tutti gli elementi che lo rendano utilizzabile ai fini della valutazione prodromica all'iscrizione nell'elenco ed eventualmente all'affidamento del servizio);

- l'eventuale documentazione comprovante il possesso dei requisiti richiesti o autocertificazione degli stessi (titoli, esperienze, ecc.);
- la copia della polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, a copertura dei rischi da Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI (BA) attività professionale, dalla quale si evince il numero della polizza, la compagnia di assicurazione, la data di stipula e la data di scadenza;
- la fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, dalla ricevuta di avvenuta consegna.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di richiedere la comprova dei requisiti, titoli e esperienza dichiarati nella domanda e nei relativi allegati, mediante produzione di adeguata documentazione.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di chiedere integrazioni nel caso di domande di inserimento con documentazione incompleta.

I partecipanti al presente avviso devono indicare nella domanda il proprio principale ambito di attività/specializzazione.

### **Art. 3 - FORMAZIONE DELLA SHORT LIST**

L'analisi delle istanze e la costituzione della short list sarà effettuata dalla UOC NPIA.

All'esito dell'esame delle istanze pervenute e della documentazione ad esse allegata, l'Amministrazione provvederà a formulare la short list di che trattasi, secondo il criterio alfabetico.

Le eventuali esclusioni saranno comunicate agli interessati nei modi di legge.

L'inserimento nella short list non comporta attribuzione di punteggi e non dà luogo alla formazione di alcuna graduatoria.

L'inserimento nella short list non è costitutivo né di diritti, né di aspettative, né di interessi qualificati in ordine al conferimento di affidamenti e/o incarichi da parte della ASL BA.

La ASL si impegna ad aggiornare detto elenco ogni 90 giorni. L'aggiornamento sarà effettuato mediante la richiesta di inserimento tramite una comunicazione da inviare alla PEC della NPIA che, come detto, procederà all'aggiornamento ogni 3 mesi e specificatamente entro il 31/3;30/6;30/9 e 31/12 di ogni anno.

### **Art. 4 – AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO**

La short list costituisce un elenco di professionisti singoli o in équipe abilitati a fornire interventi abilitativi, riabilitativi, educativi e di supporto familiare per persone con disturbo dello spettro autistico (DSA), ai sensi dell'art. 9 della L.R. 32/2022 e del comma 4-bis.

La short list ha finalità informativa e di supporto agli assistiti e alle loro famiglie, residenti nella provincia di Bari, che potranno individuare i professionisti cui rivolgersi per la richiesta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per soggetti affetti dai disturbi dello spettro autistico, qualora intendano beneficiare della possibilità di rimborso di dette spese sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'art. 9 della L. R. n. 12 del 11 luglio 2025.

Pertanto occorre precisare che le prestazioni erogate da professionisti non presenti nella short list non potranno essere oggetto di rimborso.

L'inserimento nella short list non comporta alcun obbligo di affidamento da parte dell'ASL né genera diritti o

aspettative da parte dei professionisti iscritti.

I professionisti presenti nell'elenco devono mantenere aggiornati i propri dati, comunicando tempestivamente eventuali cause di incompatibilità, conflitto di interessi o variazioni nei titoli e nelle competenze dichiarate e quindi il venir meno dei requisiti previsti dal presente bando, ai fini della corretta utilizzazione della short list da parte degli assistiti.

#### **ART.5 –VALIDITÀ DELL'ELENCO**

L'elenco verrà aggiornato mediante richiesta di iscrizione nell'elenco. L'aggiornamento dell'elenco c.d. "aperto" verrà effettuato ogni 3 mesi a cura del NPIA.

#### **Art. 6 – CANCELLAZIONE DALL'ELENCO**

Sono causa di cancellazione dalla short list:

- la rinuncia, senza giustificato motivo, ad un servizio affidato;
- il non aver adempiuto diligentemente agli obblighi connessi al servizio affidato;
- il venir meno dei requisiti di cui all'art. 1

Al termine di ogni anno solare la NPIA richiederà a tutti i professionisti iscritti di confermare il possesso dei requisiti pena la cancellazione dall'elenco.

#### **Art. 7- TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Ai sensi del GDPR 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 si informa che:

- i dati personali raccolti in occasione della presentazione della domanda di partecipazione al presente avviso pubblico saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento che trattasi;
- il trattamento dei dati personali dei professionisti richiedenti è finalizzato unicamente alla stesura dell'elenco per l'eventuale successiva stipula e gestione del contratto di affidamento;
- il trattamento sarà effettuato dal personale degli uffici competenti nei limiti necessari a conseguire le sopra citate finalità, con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati dei richiedenti;
- i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza dei responsabili o incaricati del trattamento o dipendenti coinvolti, a vario titolo, in ragione del servizio professionale affidato o da affidare;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per l'inserimento nell'elenco e l'eventuale affidamento. Il rifiuto preclude l'inserimento nell'elenco, nonché l'affidamento del servizio;
- all'interessato sono riconosciuti i diritti sanciti dal GDPR n° 679/2016 artt. 15-22. Per esercitare i Suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679), l'interessato potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: [dpo@asl.bari.it](mailto:dpo@asl.bari.it); p e c : [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it)). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>."

#### **Art. 8 – NORME FINALI**

Con la partecipazione al presente avviso è implicita da parte degli interessati l'accettazione, senza riserva alcuna, di tutte le disposizioni contenute nell'avviso stesso, salva la facoltà dell'Amministrazione di modificare, prorogare, sospendere o revocare l'avviso, per legittimi ed insindacabili motivi, senza che gli interessati

possano vantare pretese o diritti di sorta, anche in caso di presentazione delle domande.  
Per quanto non previsto dal presente avviso, si rinvia alle previsioni di legge.

ALLEGATI AVVISO:

- All. 1 - Domanda di iscrizione alla Short list;
- All. 2 – Modello autocertificazione.

Responsabile f.f. UOSVD NPIA Area Centrale-Autismo-CAT ASL BA  
Dott.ssa Giustina Giannella

Il Direttore Dipartimento di Medicina dell'Età Evolutiva  
Dott. Mariano Manzionna

Il Direttore Generale  
Avv. Luigi Fruscio



	<b>ALLEGATO 1</b>	
	<b>Domanda di iscrizione</b>	

**Alla A.S.L. della Provincia di  
Bari Via Lungomare Starita,  
n. 6 70123 – BARI  
NPIA**

**ISTITUZIONE DI UNA SHORT LIST SHORT LIST DI PROFESSIONISTI ABILITATI A FORNIRE SERVIZI ABILITATIVI/RIABILITATIVI/EDUCATIVI E DI SUPPORTO FAMILIARE ALLE PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (DSA)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_  
con studio professionale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_  
n. di telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco in oggetto.

Si dichiara che le comunicazioni da parte di questa Azienda potranno essere inviate al seguente domicilio \_\_\_\_\_ e/o \_\_\_\_\_ al seguente indirizzo mail \_\_\_\_\_ e/o numero telefonico \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di autorizzare, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., il trattamento dei dati personali forniti in tutta la fase di presentazione della domanda di iscrizione;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse verificarsi relativamente a quanto dichiarato con la presente.

(Luogo e data): \_\_\_\_\_

(firma): \_\_\_\_\_



	<b>ALLEGATO 2</b> <b>Dichiarazione sostitutiva di</b> <b>certificazione</b> <b>D.P.R. 445/2000</b>	
--	---	--

**Alla A.S.L. della Provincia di**  
**Bari Via Lungomare Starita,**  
**n. 6 70123 – BARI**

**ISTITUZIONE DI UNA SHORT LIST SHORT LIST DI PROFESSIONISTI ABILITATI A FORNIRE SERVIZI ABILITATIVI/RIABILITATIVI/EDUCATIVI E DI SUPPORTO FAMILIARE ALLE PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (DSA)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_ in

qualità di \_\_\_\_\_

con studio professionale in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap

Partita I.V.A. n. \_\_\_\_\_

n. di telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_,

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi, altresì consapevole, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici per i quali essa è rilasciata, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

1. di essere iscritto all'Ordine \_\_\_\_\_, al numero \_\_\_\_\_, a far data da \_\_\_\_\_;
2. di essere componente dello studio associato \_\_\_\_\_;



3. di possedere la cittadinanza italiana ovvero i requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 d. Lgs. n. 165/01, e s.m.i.;
4. di godere dei diritti civili e politici;
5. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_ o di avere in corso i seguenti procedimenti penali \_\_\_\_\_;
6. di non aver subito sanzioni disciplinari attivate dall'Ordine di appartenenza in relazione all'esercizio della propria attività professionale;
7. di essere titolare della seguente polizza assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, a copertura dei rischi da attività professionale (indicare n. polizza, la compagnia assicurativa, la data di stipula, la data di scadenza) \_\_\_\_\_;
8. il seguente numero di partita IVA con indicazione della titolarità e della data di attribuzione della partita IVA \_\_\_\_\_;
9. di non versare in una delle cause di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016 ss.mm.ii;
10. che non sussiste la causa interdittiva prevista dall'art.53, comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001 (cd. "pantouflage");
11. che non sussistono cause di incompatibilità e di conflitto di interessi previste dalle vigenti disposizioni legislative e regolamentari in materia, ivi comprese quelle dell'ordine professionale di appartenenza.
12. Di possedere tutti i requisiti richiesti dal bando senza alcuna esclusione. A tal fine allega la documentazione allegata che dichiara conforme all'originale in proprio possesso.

(Luogo e data): \_\_\_\_\_

(Timbro e firma): \_\_\_\_\_