



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA

PROVINCIA DI LECCE

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 -569476

PEC: protocollo@cert.comune.galatina.le.it

MAIL: protocollo@comune.galatina.le.it

AVVISO PUBBLICO

“MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER LA CREAZIONE DI PIÙ ELENCHI DI LIBERI PROFESSIONISTI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE RELATIVE AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025”

A. OGGETTO

L’INPS ha pubblicato il nuovo “*Bando di concorso Home Care Premium 2025 – Assistenza domiciliare*”, con validità dal 1° luglio 2025 al 30 giugno 2028, dedicato ai dipendenti e pensionati pubblici iscritti alla gestione unitaria prestazioni creditizie e sociali, ai loro coniugi e parenti di primo grado non autosufficienti. L’Istituto prevede:

- Il riconoscimento di contributi economici - *c.d. “prestazioni prevalenti”* - in favore di soggetti non autosufficienti, anche minori di età, finalizzati al rimborso delle spese sostenute per l’assunzione di un assistente domiciliare;
- L’erogazione di servizi di assistenza alla persona – *c.d. “prestazioni integrative”* - avvalendosi della collaborazione degli Ambiti Territoriali Sociali di cui alla Legge n. 328/2000.

B. PRESTAZIONI E REQUISITI

Ai fini del convenzionamento con l’INPS, l’Ambito Territoriale Sociale di Galatina dovrà indicare nell’apposita piattaforma, entro e non oltre il prossimo 9 maggio 2025, almeno 3 delle prestazioni professionali indicate nell’ *art. 3 dell’Avviso INPS di “Adesione al Progetto Home Care Premium 2025, rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socioassistenziali”*. Pertanto l’ATS, intende raccogliere le manifestazioni di interesse per la creazione di un più elenchi di liberi professionisti, disponibili a collaborare nell’erogazione delle prestazioni integrative relativamente al progetto “Home Care Premium 2025”.

I servizi oggetto di prestazioni integrative sono i seguenti:

1. Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**;
2. Servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**;
3. Servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**;
4. Servizi professionali di **biologia nutrizionale**;
5. Servizi professionali di **fisioterapia**;
6. Servizi professionali di **logopedia**;



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA

PROVINCIA DI LECCE

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 -569476

PEC: protocollo@cert.comune.galatina.le.it

MAIL: protocollo@comune.galatina.le.it

7. Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**;
8. Servizi professionali di **infermieristica**.

Per tutti i servizi professionali indicati è **necessaria** l'iscrizione da parte del singolo Professionista al rispettivo Albo Professionale di appartenenza e il possesso di Partita Iva.

B. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

I Professionisti interessati possono aderire alla manifestazione di interesse **entro e non oltre il 30.04.2025** inoltrando, all'indirizzo Pec protocollo@cert.comune.galatina.le.it avente ad oggetto "Manifestazione d'interesse per la creazione di più elenchi di liberi professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative relative al progetto Home Care Premium 2025", i seguenti documenti:

- ISTANZA DI ADESIONE (Allegato 1);
- Documento d'identità in corso di validità;
- Tariffario delle prestazioni.

C. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679, i dati personali forniti saranno raccolti presso l'Ambito Territoriale Sociale di Galatina per le finalità di gestione della presente manifestazione d'interesse.

D. DISPOSIZIONI FINALI

Le manifestazioni d'interesse pervenute non comporteranno per questo ATS alcun obbligo o impegno a contrattare.

Si fa presente che, con il presente Avviso non si verrà a formare alcuna graduatoria, ma solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari HCP 2025 per la scelta autonoma del Professionista, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative.

L'Ambito Territoriale Sociale di Galatina, si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di revocare o sospendere la manifestazione d'interesse.



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA

PROVINCIA DI LECCE

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 - 569476

PEC: protocollo@cert.comune.galatina.le.it

MAIL: protocollo@comune.galatina.le.it

L'Ambito Territoriale Sociale di Galatina si riserva, inoltre, ai sensi dell'articolo 71 del D.P.R. n.445/2000, la facoltà di procedere ad idonei controlli sulla veridicità di tutte le dichiarazioni sostitutive rese dai Professionisti. Qualora, in esito a detti controlli, venga accertata la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, dispone l'immediata adozione del relativo provvedimento di esclusione dei medesimi dall'inserimento negli elenchi che, tuttavia, non esime i candidati dalle eventuali azioni di responsabilità previste dal D.P.R. n. 445/2000 e dalla vigente normativa e connesse e conseguenti a dichiarazioni mendaci o falsità in atti, punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

L'Ambito Territoriale Sociale di Galatina, infine, non si assume responsabilità per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni prodotte e/o rilasciate dai Professionisti.

E. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 8 della L. 241/1990, si rende noto che il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa Luigina Antonella MELE, nella sua qualità di Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale di Galatina.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare le Referenti del Progetto "Home Care Premium 2025", Dott.ssa Vanessa VENTURIERO e Dott.ssa Francesca GRECO al numero 0836/561550.



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA

PROVINCIA DI LECCE

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 -569476

PEC: protocollo@cert.comune.galatina.le.it

MAIL: protocollo@comune.galatina.le.it

Allegato 1: ISTANZA DI ADESIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov.
 ____ il ____/____/____ c.f. _____ residente a _____ prov. _____
 alla via/piazza _____ Telefono: ____ / _____ Cellulare:
 ____ / _____ E-mail: _____ Pec: _____

CHIEDE

Di essere inserito negli elenchi per la “**Manifestazione d’interesse per la creazione di più elenchi di liberi professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative relative al progetto Home Care Premium 2025**” presso l’Ambito Territoriale Sociale di Galatina.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, **dichiara**, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

1) Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e di specializzazione:

- _____
 _____ conseguito presso _____ in data
 ____ / ____ / _____;
- _____
 _____ conseguito presso _____ in data
 ____ / ____ / _____;

2) Di essere abilitato all’esercizio della professione di _____;

3) Di essere iscritto all’Albo/Ordine dei/degli _____ al n.
 _____ sez. _____ dal ____ / ____ / _____;

4) Di essere titolare di partita IVA n. _____;

5) Di essere in possesso di polizza assicurativa RC;

6) Di non incorrere in nessuna forma di incompatibilità indicate nella manifestazione di interesse;



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA

PROVINCIA DI LECCE

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 -569476

PEC: protocollo@cert.comune.galatina.le.it

MAIL: protocollo@comune.galatina.le.it

- 7) Di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016;
(Si informa che i dati dichiarati sul presente modello sono strettamente correlati al procedimento amministrativo per cui sono stati prodotti e, pertanto, la loro mancata produzione impedisce l'avvio o la conclusione dello stesso.)

(luogo e data)

(firma)

***La presente dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.**