

<i>ISCHIA</i>	<i>CASAMICCIOLA TERME</i>	<i>LACCO AMENO</i>	<i>FORIO</i>	<i>SERRARA FONTANA</i>	<i>BARANO D'ISCHIA</i>	<i>PROCIDA</i>
						

**AMBITO SOCIALE N13**



**ALLA PORTA UNITARIA D'ACCESSO**

Presso l'Ufficio/Antenna Sociale del Comune di \_\_\_\_\_

Presso l'U.O. \_\_\_\_\_ Distretto 36 ASL NA 2 NORD

N. Prot. interno \_\_\_\_\_ data compilazione scheda \_\_\_\_\_

**Richiesta di segnalazione a cura di:**

Unità Operativa Distrettuale: \_\_\_\_\_

Servizio Sociale professionale di: \_\_\_\_\_  Segretariato Sociale di: \_\_\_\_\_

M.M.G  P.L.S.

U.O. ospedaliera: \_\_\_\_\_

familiare /parente  componente della rete informale  tutore giuridico  amministratore di sostegno  strutture residenziali : \_\_\_\_\_  strutture semiresidenziali: \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Nominativo operatore: \_\_\_\_\_

**DATI DELL'ASSISTITO**

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

Luogo Nascita \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Genere  M  F

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

Straniero temporaneamente presente (STP) Codice STP \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'Assistito: \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Regione di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_

A.s.l. di residenza dell'assistito \_\_\_\_\_

Nazionalità:  italiana  Straniero, cittadinanza: \_\_\_\_\_

### Profilo Personale

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  separato/a  divorziato/a  vedovo/a  convivente

non dichiarato

### Istruzione

nessuna  licenza elementare  media inferiore  media superiore  diploma universitario

laurea  non dichiarato

**Condizione lavorativa:**  Occupato/a  occupazione stabile  occupazione temporanea

occupazione precaria  in forma dipendente  in forma autonoma  disoccupato/a  inoccupato

cassintegrato/a  casalinga  studente  pensionato/a  inabile al lavoro

Altro (Specificare).....

**Medico dell'assistito:**  MMG  PLS nome: \_\_\_\_\_ cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ distretto n. \_\_\_\_\_

### Utente già in carico

Servizi sociali  Servizi sanitari  Altro (specificare)

Attualmente fruisce di servizi:  Servizi sociali  Servizi sanitari  Altro (specificare)

### Richiesta espressa dall'utente:

**X assegno di cura** (Sostituisce le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'oss di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. di Cure Domiciliari Integrate/ADI. E' nel contempo aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico

globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc, ad esclusione dei voucher per l'assunzione di badanti)

- Assistenza domiciliare    Ricovero in strutt. residenziale    Ricovero in strutt. Semiresidenziale    Contributo economico  
Altro (specificare) .....

Bisogno rilevato dall'operatore:

---

---

**Motivazioni della richiesta dell'operatore:**

- Anziano "fragile" e patologie geriatriche con riduzione dell'autonomia  
 Disabilità fisico/psichica, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano riduzione dell'autonomia  
 Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico (post acuzie)  
 Insufficienza del supporto familiare/famiglia non in grado di provvedere  
 Solitudine    Alloggio non idoneo    Dimissione socio-sanitaria protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale    Tossicodipendenza    Altro:

**Prima valutazione**

- bisogno semplice    sociale    sanitario    Bisogno complesso    Caso urgente

**Attivazione dei Servizi:**

**Servizi attivati:**    sociale    sanitario    invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

---

---

RUOLO \_\_\_\_\_ FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_

-----

**Consenso informato**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare) \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003    SI    NO

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



MODULO PER LA PROPOSTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

AL DISTRETTO SANITARIO

U.O. Anziani e Cure Domiciliari  U.O. Assistenza Riabilitativa   
 U.O. Materno Infantile  S.E.R.T.  U.O. Salute Mentale

Dati anagrafici dell'assistito

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo (domicilio attuale) \_\_\_\_\_

Numeri di telefono (casa e cell.) \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

N° di familiari conviventi \_\_\_\_\_

Patologia prevalente che determina l'attivazione dell'assistenza:

\_\_\_\_\_

Patologie concomitanti che condizionano la presa in carico:

\_\_\_\_\_

Stato civile: Coniugato  Vedovo/a  Celibe/nubile  Separato/Divorziato

Esenzione ticket: Età  Invalidità  Patologia  Reddito  Accompagnamento

*Indicazioni sulle prestazioni assistenziali*

Macrolivello di Assistenza:

Ambulatoriale  Domiciliare  Semiresidenziale  Residenziale

In caso di sola Assistenza Domiciliare:

Paziente oncologico  Paziente terminale  Ass. medico generica  Ass. medico generica

Medico specialistica  Infermieristica  Riabilitativa  Terapia del dolore

Dimissione Protetta da struttura di ricovero (allegare richiesta della struttura)

Nutrizione Artificiale Domiciliare

Assistenza tutelare\*  Assistenza domestica\*

\*prestazioni a carico dei Comuni e/o in compartecipazione ASL-Comuni

Il Medico di Medicina Generale  
(timbro e firma)

