

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



PIANO SOCIALE  
DI ZONA

SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DI SERVIZI

PROPOSTA DI ACCESSO

DISTRETTO SANITARIO N. \_\_\_\_\_

\*Codice identificativo Utente

--

Data compilazione scheda \_\_\_\_\_ Protocollo \_\_\_\_\_

\*Codice identificativo Utente (iniziale nome + iniziale cognome + ultime due cifre anno di nascita (es. LD72) + numero progressivo in caso di omocodìa (es. LD721, LD722)

PORTA UNICA D'ACCESSO

Xo Unità Operativa Distrettuale: _____ UM o Servizi Sociali/Segretariato Sociale di: _____ o Altro _____ o Nominativo Operatore: _____ N. Prot. interno _____
---

SEZIONE DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO

COGNOME	NOME	SESSO

DATA DI NASCITA	Comune di Nascita	C.F.-STP

Nazionalità:

<input checked="" type="checkbox"/>	Italiana	STRANIERO: Cittadinanza _____	Straniero Temporaneamente presente (STP)
-------------------------------------	----------	-------------------------------	--

Stato estero di residenza	Regione di residenza	ASL di residenza

Comune di residenza	Indirizzo	Telefono

Comune di domicilio	Indirizzo	Telefono

EMAIL

**Stato civile**

1=celibe/nubile                       4=divorziato/a  
 2=coniugato/a                       5=vedovo/a  
 3=separato/a                       6=Convivente  
  
 =Non dichiarato

**Condizione lavorativa**

Pensionato                                       Non occupato  
 Inabile al lavoro                               Casalinga  
 Occupato dipendente                       Studente  
  
 Occupato con rapporto precario/temporaneo  
 Occupato in forma autonoma  
 Altro \_\_\_\_\_

**Grado d'istruzione**

1 Nessuno                                       4 Media sup.  
 2 Licenza elementare                       5 Diploma universitario  
 3 Media Inf.                                       6 Laurea  
     7 Non dichiarato

**EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

RUOLO \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

MEDICO DI MEDICINA GENERALE                       PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Dott.:

\_\_\_\_\_

A.S.L. \_\_\_\_\_ D.S.N. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## SEZIONE - RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE

## RICHIESTA SEGNALE:

- Utente direttamente  
 Tutore Giuridico  
 Familiare/Parente  
 Rete informale: \_\_\_\_\_  
 U.O. ospedaliera: \_\_\_\_\_  
 Struttura residenziale: \_\_\_\_\_  
 Altri servizi sociali dell'ambito territoriale: \_\_\_\_\_  
 Ambulatorio STP  
 Autorità giudiziaria                       Privato sociale                       Scuola  
 Altro: \_\_\_\_\_

## Tipo di richiesta espressa:

- Assistenza Domiciliare     Ricovero in Strutture Residenziali  
 Ricovero in Stru. Semi Residenziali                                       Contributi Economici  
 Altro: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Area prioritaria di riferimento:

- Famiglie                       Anziani                       Minori                       Disabili  
 Indigeni                       Dipendenza                       Immigrati o Disagio psichico  
 Segretariato sociale     Altro: \_\_\_\_\_

## Utente che già fruisce di servizi :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SEZIONE - BISOGNO RILEVATO

## 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  
 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
- Bisogno complesso
- Caso urgente

Sociale

Sanitario

**PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI**

- Sociale
- Sanitario
- Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO**

li/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03  SI  NO

Luogo e data della richiesta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

