



SCHEDA DI SEGNALAZIONE AL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO

DATA DI COMPILAZIONE _____

All'Ufficio Servizio Sociale Ospedaliero
Direzione Sanitaria AOU Federico II

UOS/UOC _____ Ed. _____ Piano _____

Medico di reparto: _____

Telefono: _____ Mail: _____

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ Sesso F M

Codice fiscale _____ STP _____

Comune di Residenza _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Cittadinanza: ☐ Italiana ☐ Comunitaria _____ ☐ Apolide ☐ Extracomunitaria _____

Persona di riferimento (per i minori indicare il padre e la madre con date e luoghi nascita):

Nome e Cognome _____

Nome e Cognome _____

in qualità di _____ Telefono _____

DIAGNOSI: _____

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Area di Intervento (richiesta di interventi e servizi per...) Legge 328/2000

- ☐ Famiglia e Minori (crescita dei figli, tutela dei minori, donne sole con figli, madri minorenni, giovani coppie, famiglie monoparentali, famiglie con figli)
- ☐ Anziani
- ☐ Disabili (pz con disabilità fisica, psichica, pz con HIV, TBC)
- ☐ Dipendenze (pz dipendenti da alcool e droghe)
- ☐ Salute Mentale (pz con problemi di salute mentale)
- ☐ Immigrati e Nomadi (stranieri privi di cittadinanza italiana: profughi, rifugiati, richiedenti asilo)
- ☐ Emarginazione e disagio adulti (indigenti, senza fissa dimora, detenuti, donne vittime di violenza)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE AL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO

Tipologia della segnalazione:

- ☐ Dimissione Ospedaliera Protetta: cure domiciliari ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente), Hospice, Riabilitazione, RSA, etc.
- ☐ Segretariato sociale: informazioni su servizi e risorse socio sanitarie del territorio
- ☐ Sostegno alla comprensione di problematiche per attivare efficaci percorsi di intervento
- ☐ Intervento nei casi con risvolti legali

DICHIARAZIONE DEL MEDICO DI REPARTO

- ☐ il paziente non è autosufficiente
- ☐ il paziente è stabilizzato e la sua patologia non è più in fase acuta
- ☐ in caso di assistenza domiciliare ha bisogno dei seguenti ausili:

Alimentazione: ☐ per OS ☐ enterale ☐ parenterale

Continenza: _____

Firma del medico _____

Dipartimento (barrare il DAI di riferimento):

- Chirurgia Generale e Specialistica
- Emergenze Cardiovascolari, Medicina Clinica e dell'Invecchiamento
- Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia Endoscopica
- Immunologia Clinica, Patologia Clinica e Malattie Infettive
- Materno Infantile
- Medicina di Laboratorio e Trasfusionale
- Medicina Interna ad indirizzo specialistico
- Nefrologia, Urologia e Chirurgia Generale e dei Trapianti di Rene, Anestesia e Rianimazione
- Oncoematologia, Diagnostica per Immagini e Morfologica e Medicina Legale
- Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia
- Testa-Collo

Inviare a: assistentisociali.aou@unina.it

Dott.ssa Cinzia Storace, Assistente Sociale

mail: storace@unina.it; PEC: cinzia.storace@pec.it

Dott.ssa Serafina Esposito, Assistente Sociale

PEC: serafina.esposito@pec.it

DAI Materno Infantile Tel. 0817463593

Direzione Sanitaria

Fax 0817462696

mail: direzionesanitaria.aou@unina.it

PEC: direzionesanitaria.aou@pec.it