



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

“ PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO ASL AL”
Indicazioni per l’attivazione delle Continuità Assistenziali dai
PS/ DEA dell’ ASL AL e dell’ ASO di Alessandria

Redazione a cura di : S.S.P.I.O.T. ASL AL Responsabile Dott. Romano Silvana

anno 2022

Servizio: “CENTRALE OPERATIVA per la CONTINUITA’ ASSISTENZIALE”
a Valenza Sanitaria ASL AL
Dott.ssa Silvana Romano
Tel : 0142 434765 – 0142 434713 fax: 0142 434614
e-mail: coca@aslal.it
www.aslal.it



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Di seguito si elencano i CAVS presenti nell' ASL di Alessandria con sedi e numeri di telefono/fax e flow chart di riferimento (all. 4) :

- 1- CAVS Casale M. “Padre Pio” via della Biblioteca 1 tel. 0142 79838/
fax 0142 424669**
- 2- CAVS Tortona “ Lisino” strada Paghisano 3 tel. 0131 861205/
fax 0131 895272**
- 3- CAVS Alessandria “ Salus” via Trotti 21 tel. 0131 2946111
fax 0131 2946135**
- 4- CAVS Acqui Terme “Monsignor Capra” tel. 0144 325505
fax 0144 326128**

Si ricorda la necessità di inviare i pazienti in CAVS con tutta la documentazione sanitaria, i farmaci e il materiale sanitario necessario per le prime 48/72 ore.



SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

All.n. 1

Presidio Ospedaliero..... SOC/SOS.....

DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome.....

Nato/a il...../...../..... a..... Cod. fiscale.....

residente a..... in via..... n.....

MMG..... care giver..... n. telef.....

grado di parentela.....

composizione del nucleo familiare.....

SINTESI ANAMNESTICA E CLINICA

Ricoverato dal...../...../.....

.....
.....
.....

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE

.....
.....
.....

Dimissibile dal.....

TERAPIA SOMMINISTRATA

.....
.....
.....

Indice di attività di vita quotidiana

	Si, senza difficoltà	Si, con difficoltà	No, totalmente dipendente
LAVARSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOBILITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRESSIONE DEL TONO DELL'UMORE		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se presenti indicare quali.....			



AUSILI E PRESIDI NECESSARI

- materassino letto ortopedico trapezio spondine carrozzina
 pannoloni deambulatore sollevatore altro.....

CATETERE VESCICALE tipo..... data ultima sostituzione...../...../.....

STOMIA tipo.....

DRENAGGI.....

ACCESSI VENOSI: CVP CVC tipo..... data di inserimento.....

TERAPIA DEL DOLORE: pompa elastomero altro.....

NUTRIZIONE ENTERALE: SNG PEG ALTRO.....

LESIONI CUTANEE: chirurgiche vascolari UDD diabetiche altre.....

se presenti indicare le sedi.....

TRATTAMENTO RIABILITATIVO SI NO

Medico di riferimento..... n. tel.....

Coordinatore di riferimento..... n. tel.....

NOTE/ EVENTUALI OSSERVAZIONI.....

.....

.....

.....

data.....

Firma del medico

Firma del coordinatore.....

All.n. 2

“PERCORSI INTEGRATI OSPEDALE-TERRITORIO”
RETE della CONTINUITA' ASSISTENZIALE ASL AL”

“ SCHEDA DI INVIO PAZIENTE DAL P.S./ DEA dei PP.OO. dell' ASL AL e dell' ASO di Alessandria”

Al CAVS _____ data _____ per 7 gg.

Dati del paziente

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Data di nascita: / / **Residenza:** _____ **in via:** _____

Care giver: _____ **tel:** _____

Paziente inviato dal PS/DEA del P.O. di _____

Sintesi Anamnestica: _____

Terapia: _____

Note ed eventuali osservazioni: _____

Firma del paziente/del familiare/ del tutore

Firma del Medico e dell' Inf. del PS/ DEA

_____ / _____

All. n. 3

CHECK LIST PER DEA/PS dell' ASL AL e dell' ASO AL

Caratteristiche generali dei pazienti candidabili all'inserimento presso CAVS Aziendali:

- Soggetto residente sul territorio governato dall' ASL AL.
- Soggetto > 65 anni, o equiparabile agli over 65 per le condizioni assistenziali, con limitata autonomia funzionale e contesto familiare fragile che non necessita di ricovero ospedaliero.
- Soggetto al quale è necessario fornire un supporto temporaneo (7 gg max) assistenziale, tutelando le autonomie residue e il parziale recupero delle capacità personali e/o del care giver.
- Soggetto per il quale si prospetta una dimissione difficile, soggetto con criticità sociali.
- Soggetto con problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione assistenziale, ma non di ricovero ospedaliero.
- Soggetto con criticità socio-famigliari (pz. soli, non autosufficienti, senza fissa dimora...).
- Soggetto che presenta un insufficiente monitoraggio clinico-assistenziale, con polipatologia, problemi famigliari.

FLOW CHART per PS/ DEA dell' ASL AL e dell' ASO di AL

PS/DEA rileva la necessità di attivare il percorso di Continuità Assistenziale per un paziente

Nei giorni feriali

Nella giornata di sabato e festivi

Invia scheda di segnalazione agli uffici di continuità delle cure territoriali per attivare il Nucleo di Valutazione:

Casale M. : tel 0142 434713
fax 0142 434614
ndcc.casale@aslal.it

Tortona tel 0131 865844
fax 0131 865773
tndcc@aslal.it

Acqui Terme tel 0144 777668
fax 0144 777619
ndcc.ao@aslal.it

Alessandria tel 0131 307482
fax 0131 307514
ndcc.alessandria@aslal.it

Rilevata la necessità, il PS/DEA può autonomamente inserire c/o CAVS aziendali il paziente per 7 gg., previa verifica disponibilità PL e inviando fax con "Scheda di invio paziente dal PS/DEA dell' ASL AL e dell' ASO AL". Di seguito i n° tel. e fax dei CAVS aziendali:

-CAVS Casale tel. 0142 79838
fax 0142 424669

-CAVS Tortona tel. 0131 861205
fax 0131 895272

- CAVS AL tel 0131 2946111
fax 0131

2946135

- CAVS Acqui tel 0144 325505
fax 0144

326128

Il Nucleo si attiva recandosi c/o il PS/DEA, evadendo la richiesta attivando i servizi territoriali idonei



Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Servizio: "CENTRALE OPERATIVA per la CONTINUITA' ASSISTENZIALE"
a Valenza Sanitaria ASL AL
Dott.ssa Silvana Romano
Tel : 0142 434765 – 0142 434713 fax: 0142 434614
e-mail: coca@aslal.it
www.aslal.it