

“ 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 :

Dott.R. Stura Coordinatore Direttore di Distretto ASL AL

Dott.ssa S. Romano Resp. Centrale Operativa Continuità Assistenziale ASL AL

anno 2016

DESCRIZIONE

Al fine di uniformare i comportamenti organizzativi a livello provinciale, si comunica quanto segue: nei **giorni feriali** in caso di necessaria attivazione del percorso di Continuità Assistenziale per pazienti giunti in **PS/DEA dei PP.OO. dell'ASL AL e dell'ASO AL**, il medico e l'infermiere di turno possono attivare il servizio inviando agli uffici di riferimento territoriale la **“Scheda di segnalazione Continuità Assistenziale”** (vd. Allegato n.1). Di seguito si riportano i numeri di telefono e di fax degli **uffici di riferimento territoriale dell'ASL** a cui inviare la modulistica sopraccitata. Il Nucleo di Valutazione si attiverà nel più breve tempo possibile :

- **Casale Monferrato:** **tel. 0142 434713 fax 0142 434614**
- **Tortona** **tel. 0131 865844 fax 0131 865773**
- **Novi Ligure** **tel. 0143 332611 fax 0143 332649**
- **Acqui Terme** **tel. 0144 777668 fax 0144 777619**
- **Ovada** **tel. 0143 826603 fax 0143 826689**
- **Alessandria** **tel. 0131 307482 fax 0131 307514**

ATTENZIONE : nei restanti giorni (sabato e festivi) il medico e l'infermiere di guardia del Pronto Soccorso dei PP.OO. dell'ASL AL e dell'ASO AL, **possono autonomamente inserire in “Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria” (CAVS)**, ove presente il posto letto libero (previa telefonata e invio dell'allegato n. 2 **“Scheda di invio paziente dal P.S./ DEA al CAVS”**), un paziente che non necessita di ricovero ospedaliero, ma che ha bisogno di continuità delle cure (vd. check list all.3).

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 Valenza “ex Mauriziano”viale Santuario 74 tel. 0131 959328/
fax 0131 959331
- 4- CAVS Alessandria “ Salus” via Trotti 21 tel. 0131 2946111
fax 0131 2946135

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

Novi L. tel. 0143 332611
fax 0143 332649

Tortona tel 0131 865844
fax 0131 865773

Acqui Terme tel 0144 777668
fax 0144 777619

Ovada tel 0143 826603
fax 0143 826689

Alessandria tel 0131 307482
fax 0131 307514

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 Valenza tel. 0131 959328
fax 0131 959331

-CAVS Tortona tel. 0131 861205
fax 0131 895272

- CAVS AL tel 0131 2946111
fax 0131

7046135

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 434713 – 0142 434075
e-mail: COCA@aslal.it
www.aslal.it