



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI BISOGNO DEL BUDGET DI SALUTE.

SCHEDA 1: LIVELLO CLINICO.  
COMPILAZIONE DELL'ASSE V DI KENNEDY NELLE FUNZIONI DA 1 A 4

IL QUESTIONARIO DELL'ASSE V DI KENNEDY

Asse v di Kennedy: Scheda di valutazione ©1986-2003

Nome: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

ISTRUZIONI: Per ogni sotto-scala, annotare il punteggio seguito da una breve descrizione dei sintomi e dei comportamenti più rilevanti. Arrotondare i valori intermedi (per esempio: 43, 62, 78) al multiplo di 5 più vicino (per esempio: 45, 60, 80). Annotare *NIV* se Non Valutato. I valori per il Livello di pericolosità sono riportati sotto i punteggi della sotto-scala e sono automaticamente indicati, quando si annota il punteggio.

← FUNZIONALE

DISFUNZIONALE →

1) Compromissione del funzionamento psicologico

100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5

100 95 90 90 85 80 75 75 70 70 65 60 55 55 50 40 35 25 15 5

Prevalentemente (indicare uno): Nessuna compromissione \_\_\_\_\_ Compromissione antisociale \_\_\_\_\_ Altre compromissioni \_\_\_\_\_ Entrambe \_\_\_\_\_

2) Abilità sociali

100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5

100 95 90 90 85 80 75 70 65 65 60 55 50 45 40 30 25 20 15 5

3) Comportamenti violenti

100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5

100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5

Prevalentemente (indicare uno): Non violento \_\_\_\_\_ Violento verso se stesso \_\_\_\_\_ Violento verso gli altri \_\_\_\_\_ Violento verso se stesso e gli altri \_\_\_\_\_

4) Attività della vita quotidiana - Abilità occupazionali

100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40 35 30 25 20 15 10 5

100 95 90 90 85 80 75 75 70 70 65 60 55 55 50 40 35 25 15 5

Assegnare ad ognuna delle 4 funzioni un valore da 10 a 100, seguendo la legenda allegata.

CALCOLARE il valore E equivalente VGF-Eq: sommando i 4 punteggi e dividendo per 4:

FUNZIONE ASSE V KENNEDY	VALORE ASSEGNATO
Compromissione funzionamento psicologico	
Abilità sociali	
Comportamenti violenti	
Abilità vita quotidiana e occupazionali	
SOMMATORIA PUNTEGGI	
Divisione per 4	
	VALORE OTTENUTO:

ASSEGNAZIONE VALORE ALLA SCALA PUNTEGGI BDS:

VALORE OTTENUTO	liv. intensità
Da 100 a 80	0
Da 79 a 60	1
Da 59 a 40	2
Da 39 a 10	3



## SCHEDE DI VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI BISOGNO DEL BUDGET DI SALUTE.

**SCHEDA 2: LIVELLO COMPETENZE:**

compilazione delle seguenti scale:

CAN valutazione paziente

CAN valutazione staff

**TABELLA DI VALUTAZIONE:**

VALUTAZIONE: sommare i 4 punteggi e dividere per 4	Valore PAZIENTE	Valore STAFF
1.ALLOGGIO:		
2.ALIMENTAZIONE:		
3.CURA DELLA CASA:		
4.CURA DI SE':		
5.ATTIVITA' QUOTIDIANE:		
6.SALUTE FISICA:		
7.SINTOMI PSICOTICI:		
8.INFORMAZIONI TRATTAMENTI:		
9.DISAGIO PSICOLOGICO		
10.SICUREZZA PERSONALE		
11.SICUREZZA PER GLI ALTRI		
12.ABUSO ALCOOL		
13.FARMACI		
VALORE TOTALE A:		
DALLA 14 ALLA 22 INSERIRE IL SINGOLO VALORE		
14.VITA DI RELAZIONE		
15.VITA DI COPPIA		
16.VITA SESSUALE		
17.CURA DEI FIGLI		
18.ISTRUZIONE		
19.TELEFONO		
20.TRASPORTI		
21.DENARO		
22.SUSSIDI		
VALORE TOTALE B:		
SOMMARE I 2 VALORI TOTALI E DIVIDERE PER 22*		
VALORE FINALE:		

- Se vi sono aree valutate col punteggio di 9: non conteggiarle nel totale. Sommare gli altri valori ottenuti (quelli da 0 a 3) e dividerli per le aree valutate, senza quelle conteggiate 9.

**ASSEGNAZIONE VALORE ALLA SCALA PUNTEGGI BDS:**

VALORE FINALE	liv. intensità CAN aiuto richiesto: paziente	liv. intensità CAN problema: staff
Da 0 a 0,5	1	1
Da 0,5 a 1,8	2	2
Da 1,9 a 2,45	3	3



## 1. ALLOGGIO

VALUTAZIONI

PAZIENTE    STAFF

### ATTUALMENTE IL SOGGETTO HA UN POSTO DOVE VIVERE?

Com'è il luogo dove vive?  
Che tipo di luogo è?

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Vive in un alloggio adeguato (anche se attualmente è in ospedale).*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Vive in un alloggio protetto o in un pensionato.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Privo d'alloggio, ha un alloggio precario, oppure vive in una casa senza i servizi basilari come acqua ed elettricità.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 2

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER L'ALLOGGIO?

0= NESSUNO

*per es. Riceve ogni tanto alcune suppellettili.*

1= AIUTO SCARSO

*per es. Sostanziale aiuto nel migliorare l'alloggio, ad es. un nuovo arredamento.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Vive con parenti in quanto il suo alloggio non è soddisfacente.*

3= AIUTO ELEVATO

9= SCONOSCIUTO

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER L'ALLOGGIO?

### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER L'ALLOGGIO?

0= NESSUNO

*per es. Piccoli lavori di manutenzione, consigliato di rivolgersi ai servizi sociali per l'assegnazione di un alloggio.*

1= AIUTO SCARSO

*per es. Grossi lavori per il miglioramento dell'alloggio, messo in contatto con i servizi sociali per l'assegnazione di un alloggio.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Fornito un nuovo alloggio, inserito in un gruppo-famiglia o in un pensionato.*

3= AIUTO ELEVATO

9 = SCONOSCIUTO



## 2. ALIMENTAZIONE

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ A PROCURARSI E A PREPARARSI DA MANGIARE?

*Che tipo di cibo consuma?*

*Provvede da sé alla preparazione dei pasti ed alla spesa?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Capace di acquistare e preparare i pasti.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA

*per es. Incapace di preparare i pasti; i pasti vengono forniti.*

GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Dieta molto povera, alimentazione impropria.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 3

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI A PROCURARSI E PREPARARSI DA MANGIARE?

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Pasto fornito non più di una volta la settimana.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Aiuto per la spesa, oppure pasti forniti più di una volta la settimana ma non tutti i giorni.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Pasto fornito tutti i giorni.*

9= SCONOSCIUTO

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI A PROCURARSI E PREPARARSI DA MANGIARE?

### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI A PROCURARSI E PREPARARSI DA MANGIARE?

0=NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Forniti 1-4 pasti la settimana, oppure aiuto per preparare un pasto al giorno.*


2= AIUTO MODERATO

*per es. Forniti più di 4 pasti alla settimana, oppure aiuto per preparare tutti i pasti.*

3= AIUTO ELEVATO


*per es. Forniti tutti i pasti.*

9= SCONOSCIUTO

<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>ULSS 1</b> DOLOMITI</p>	<p>SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale</p>	<p><b>ALL. A</b> <b>Rif. PG 01</b></p>
	<p>Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS n.1 Dolomiti</p>	<p>Rev. 0 del 29/05/2025</p>
	<p>Procedura per la realizzazione di Progetti Budget di Salute - area salute mentale</p> <p><i>Allegato A: schede di valutazione dei livelli di bisogno del budget di salute (rif. DGR 1364/2024)</i></p>	<p>Pag. 5 di 22</p>

3. CURA DELLA CASA		VALUTAZIONI	
		PAZIENTE	STAFF
<p><b>IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ A PRENDERSI CURA DELLA CASA?</b></p> <p><i>È in grado di prendersi cura della casa? C'è qualcuno che l'aiuta?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0= NESSUN PROBLEMA</p> <p>1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO</p> <p>2= GRAVE PROBLEMA</p> <p>9= SCONOSCIUTO</p>	<p><i>per es. La casa può essere disordinata ma di base la persona la tiene pulita.</i></p> <p><i>per es. Incapace di prendersi cura della casa e riceve regolarmente aiuto per le faccende domestiche.</i></p> <p><i>per es. La casa è sporca con un potenziale rischio per la salute.</i></p>		
SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 4			
<p><b>QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER LA CURA DELLA CASA?</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0= NESSUNO</p> <p>1= AIUTO SCARSO</p> <p>2= AIUTO MODERATO</p> <p>3= AIUTO ELEVATO</p> <p>9= SCONOSCIUTO</p>	<p><i>per es. Sollecitato o aiutato occasionalmente a mettere in ordine o a pulire.</i></p> <p><i>per es. Sollecitato o aiutato a pulire almeno una volta alla settimana.</i></p> <p><i>per es. Supervisionato più di una volta alla settimana; aiutato a lavare tutti i panni e a pulire la casa.</i></p>		
<p><b>QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER LA CURA DELLA CASA?</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER LA CURA DELLA CASA?</b></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0= NESSUNO</p> <p>1= AIUTO SCARSO</p> <p>2= AIUTO MODERATO</p> <p>3= AIUTO ELEVATO</p> <p>9= SCONOSCIUTO</p>	<p><i>per es. Sollecitazione da parte degli operatori.</i></p> <p><i>per es. Qualche aiuto per i lavori domestici.</i></p> <p><i>per es. Svolgimento della maggior parte dei lavori domestici da parte degli operatori.</i></p>		



<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>ULSS 1</b> DOLOMITI</p>	<p>SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale</p>	<p><b>ALL. A</b> <b>Rif. PG 01</b></p>
	<p>Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS n.1 Dolomiti</p>	<p>Rev. 0 del 29/05/2025</p>
	<p>Procedura per la realizzazione di Progetti Budget di Salute - area salute mentale</p> <p><i>Allegato A: schede di valutazione dei livelli di bisogno del budget di salute (rif. DGR 1364/2024)</i></p>	<p>Pag. 7 di 22</p>

**5. ATTIVITÀ QUOTIDIANE** VALUTAZIONI

PAZIENTE    STAFF

---

**IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ NELLO SVOLGERE IN MANIERA REGOLARE ED APPROPRIATA LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?**

*Come passa il suo tempo?  
Ha abbastanza cose da fare?*

0=NESSUN PROBLEMA *per es.* Impiegato a tempo pieno o adeguatamente occupato con le attività domestiche/sociali.

1= NESSUN/MODERATO GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO *per es.* Incapace di organizzare il suo tempo per cui frequenta un centro diurno.

2= GRAVE PROBLEMA *per es.* Nessun impiego e non adeguatamente occupato/a con le attività domestiche/sociali.

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 6

---

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER SVOLGERE IN MANIERA REGOLARE ED APPROPRIATA LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?**

0= NESSUNO *per es.* Consigli occasionali sullo svolgimento delle attività quotidiane.

1= AIUTO SCARSO *per es.* Aiuto nel programmare le attività quotidiane, come ad es. frequentare scuole o corsi di formazione.

2= AIUTO MODERATO *per es.* Aiuto giornaliero per lo svolgimento delle attività quotidiane.

3= AIUTO ELEVATO

9= SCONOSCIUTO

---

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER SVOLGERE IN MANIERA REGOLARE ED APPROPRIATA LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?**

**DI QUANTO AIUTO HA BISOGNO IL SOGGETTO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER SVOLGERE IN MANIERA REGOLARE ED APPROPRIATA LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?**

0= NESSUNO *per es.* Training lavorativo/corsi.

1= AIUTO SCARSO *per es.* Lavoro protetto tutti giorni. Centro diurno 2-4 giorni alla settimana.

2= AIUTO MODERATO *per es.* Frequenza giornaliera ad un day-hospital o centro diurno.

3= AIUTO ELEVATO

9= SCONOSCIUTO



**6. SALUTE FISICA**

VALUTAZIONI

PAZIENTE    STAFF

**IL SOGGETTO HA QUALCHE DISABILITÀ O MALATTIA FISICA?**

*Come si sente fisicamente?*



*Riceve qualche terapia per problemi fisici da parte del suo medico?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Sta bene dal punto di vista fisico.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA

*per es. Disturbo fisico, ad es. ipertensione arteriosa, controllato da trattamento farmacologico.*

**GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO**

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Disturbo fisico non curato, compresi gli effetti collaterali della terapia.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 7

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER I PROBLEMI FISICI?**



0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Sollecitato a recarsi dal medico.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Accompagnato dal medico.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Aiuto giornaliero per andare in bagno, alimentarsi, spostarsi.*

9= SCONOSCIUTO

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER I PROBLEMI FISICI?**



**DI QUANTO AIUTO HA BISOGNO IL SOGGETTO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER I PROBLEMI FISICI?**



0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Consigli sulla dieta o sui metodi contraccettivi.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Prescritta una terapia. Regolarmente visto dal medico di base/infermiere.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Frequenti visite specialistiche. Assistenza medica domiciliare.*

9= SCONOSCIUTO



## 7. SINTOMI PSICOTICI

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

**IL SOGGETTO MANIFESTA DEI SINTOMI PSICOTICI, COME CONVINZIONI DELIRANTI, ALLUCINAZIONI, DISTURBO FORMALE DEL PENSIERO O PASSIVITÀ?**

*Ha mai sentito delle voci o avuto problemi con i suoi pensieri?  
Assume qualche farmaco o fa delle iniezioni? Per che cosa?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Assenza di sintomi positivi, non presenta rischio di sviluppare sintomi, non è in trattamento.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Sintomi alleviati dai farmaci o da altro tipo di aiuto.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Attualmente manifesta sintomi o è a rischio.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 8

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER I SINTOMI PSICOTICI?**

0= NESSUNO

*per es. Un po' di comprensione e di incoraggiamento.*

1= AIUTO SCARSO

*per es. Familiari ed amici coinvolti nell'aiutarlo ad affrontare i sintomi o nel fargli seguire la terapia farmacologica.*

2= AIUTO MODERATO

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Costante controllo della terapia farmacologica ed aiuto nell'affrontare i sintomi.*

9= SCONOSCIUTO

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER I SINTOMI PSICOTICI?**

**DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER I SINTOMI PSICOTICI?**

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Farmacoterapia controllata non più di tre volte al mese, terapia di supporto psicologico.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Farmacoterapia controllata più di tre volte al mese, psicoterapia.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Farmacoterapia e ricovero o trattamento domiciliare della crisi.*

9= SCONOSCIUTO



## 8. INFORMAZIONI (SU DISTURBI E TRATTAMENTI)

VALUTAZIONI

PAZIENTE    STAFF

**IL SOGGETTO HA AVUTO INFORMAZIONI CHIARE, VERBALI  
O SCRITTE, SULLE SUE CONDIZIONI E SUI TRATTAMENTI?**

*Le sono state fornite informazioni chiare riguardo ai farmaci  
o ad altri trattamenti?*

*Quanto le sono state utili queste informazioni?*

0= NESSUN PROBLEMA

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

2= PROBLEMA GRAVE

9= SCONOSCIUTO

*per es. Ha ricevuto informazioni adeguate e le ha comprese.*

*per es. Non ha ricevuto o compreso tutte le informazioni  
necessarie.*

*per es. Non ha ricevuto informazioni.*

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 9

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI  
O PARENTI PER OTTENERE TALI INFORMAZIONI?**

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

2= AIUTO MODERATO

3= AIUTO ELEVATO

9= SCONOSCIUTO

*per es. Ha avuto qualche consiglio da amici o parenti.*

*per es. Sono stati forniti foglietti illustrativi oppure è stato messo in  
contatto con gruppi di self-help da amici o parenti.*

*per es. Amici o parenti lo mettono regolarmente in contatto con i medici  
o con associazioni per la tutela dei diritti dei malati.*

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI  
LOCALI PER OTTENERE TALI INFORMAZIONI?**

**DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE  
DEI SERVIZI LOCALI PER OTTENERE TALI INFORMAZIONI?**

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

2= AIUTO MODERATO

3= AIUTO ELEVATO

9= SCONOSCIUTO

*per es. Brevi informazioni verbali o scritte sui disturbi o sul trattamento.*

*per es. Informazioni sui gruppi di self-help. Dettagliate informazioni  
verbali sui farmaci e i trattamenti alternativi.*

*per es. Informazioni dettagliate per iscritto oppure corsi teorico-pratici  
personalizzati.*



## 9. DISAGIO PSICOLOGICO

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### ATTUALMENTE IL SOGGETTO PRESENTA UN DISAGIO PSICOLOGICO?

*Recentemente si è sentito molto triste o giù di corda?  
Si è sentito eccessivamente ansioso o impaurito?*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Disagio occasionale o lieve.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Necessita e riceve supporto costante.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Il disagio influenza la vita in maniera significativa,  
ad esempio impedendo al soggetto di uscire.*

9= SCOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 10

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER QUESTO DISAGIO?

0= NESSUNO

*per es. Un po' di comprensione o di incoraggiamento.*

1= AIUTO SCARSO

2= AIUTO MODERATO

*per es. Almeno una volta alla settimana ha la possibilità di parlare  
di questo disagio ad amici o parenti.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Costante supporto o supervisione.*

9= SCOSCIUTO

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER QUESTO DISAGIO?

### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER QUESTO DISAGIO?

0= NESSUNO

*per es. Valutazione dello stato mentale o supporto occasionale.*

1= AIUTO SCARSO

2= AIUTO MODERATO

*per es. Specifico trattamento psicologico o sociale per l'ansia. Aiuto  
da parte dello staff almeno una volta alla settimana.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Ricovero ospedaliero.*

9= SCOSCIUTO



## 10. SICUREZZA PERSONALE

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### IL SOGGETTO RAPPRESENTA UN PERICOLO PER SÉ STESSO?

Ha mai pensato di farsi del male, o si è fatto effettivamente del male?  
Si è mai messo in pericolo in altro modo?

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Non pensieri suicidari.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA

*per es. Il rischio suicidario è tenuto sotto controllo dallo staff, riceve colloqui di sostegno psicologico.*

GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Ha espresso idee suicidarie nell'ultimo mese oppure si è messo in grave pericolo.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 11

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER RIDURRE IL RISCHIO DI GESTI AUTOLESIVI?

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. È in grado di contattare amici o parenti quando si sente in pericolo.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Amici o parenti sono di solito in contatto e probabilmente sono in grado di capire se si sente in pericolo.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Amici o parenti sono costantemente in contatto e molto probabilmente sono in grado di capire e fornire aiuto se si sente in pericolo.*

9= SCONOSCIUTO

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER RIDURRE IL RISCHIO DI GESTI AUTOLESIVI?

### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER RIDURRE IL RISCHIO DI GESTI AUTOLESIVI?

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Qualcuno da contattare quando si sente in pericolo.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Almeno un controllo alla settimana da parte dello staff, regolari colloqui di sostegno psicologico.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Supervisione giornaliera, ricovero.*

9= SCONOSCIUTO



## 11. SICUREZZA PER GLI ALTRI

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### IL SOGGETTO RAPPRESENTA UN RISCHIO ATTUALE O POTENZIALE PER LA SICUREZZA DEGLI ALTRI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

*Crede che potrebbe essere un pericolo per la sicurezza degli altri?  
Ha mai perso il controllo di se stesso e colpito qualcuno?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Non storia di violenza, o di comportamenti aggressivi.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. È sotto controllo per rischio potenziale.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Recenti atti di violenza o minacce.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 12

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAR MALE AGLI ALTRI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Riceve aiuto non più di una volta alla settimana a causa di comportamenti aggressivi.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Riceve aiuto più di una volta alla settimana a causa di comportamenti aggressivi.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Aiuto costante per comportamenti aggressivi persistenti.*

9= SCONOSCIUTO

### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAR MALE AGLI ALTRI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER RIDURRE IL RISCHIO DI FAR MALE AGLI ALTRI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Controllo del comportamento non più di una volta alla settimana.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Controllo giornaliero.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Controllo costante. Programma per gestire l'aggressività.*

9= SCONOSCIUTO





### 13. FARMACI

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO ABUSA DI FARMACI?

*Assume farmaci non prescritti?  
Ci sono farmaci che non può fare a meno di prendere?*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- |   |  |
|---|--|
| 0= NESSUN PROBLEMA                                      | <i>per es. Non dipendenza o abuso di farmaci.</i>  |
| 1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA<br>GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO | <i>per es. Riceve aiuto per dipendenza o abuso.</i>                                      |
| 2= GRAVE PROBLEMA                                       | <i>per es. Dipendenza o abuso di farmaci prescritti,<br/>non prescritti o di droghe.</i> |
| 9= SCONOSCIUTO  |  |

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 14

#### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER L'ABUSO DI FARMACI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- |                   |   |
|-------------------|---|
| 0= NESSUNO        | <i>per es. Occasionali consigli o incoraggiamenti.</i>  |
| 1= AIUTO SCARSO   | <i>per es. Consigli regolari, è stato messo in contatto con centri<br/>dove può ricevere aiuto.</i> |
| 2= AIUTO MODERATO | <i>per es. Controllo costante, è stato affidato a centri specializzati.</i>                         |
| 3= AIUTO ELEVATO  |   |
| 9= SCONOSCIUTO    |   |

#### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER L'ABUSO DI FARMACI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

#### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER L'ABUSO DI FARMACI?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- |                   |  |
|-------------------|--|
| 0= NESSUNO        | <i>per es. Consigli da parte del medico di base.</i>     |
| 1= AIUTO SCARSO   | <i>per es. Programma ambulatoriale di sospensione.</i>   |
| 2= AIUTO MODERATO | <i>per es. Programma ospedaliero di disassuefazione.</i> |
| 3= AIUTO ELEVATO  |  |
| 9= SCONOSCIUTO    |  |



### 14. VITA DI RELAZIONE

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO HA BISOGNO DI AIUTO PER I CONTATTI SOCIALI?

*È soddisfatto della sua vita sociale?  
Desidera avere più contatti con gli altri?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. È capace di mantenere un numero sufficiente di contatti sociali, ha abbastanza amici.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Frequenta centri sociali o attività socializzanti presso centri diurni.*

2= PROBLEMA GRAVE

*per es. Spesso si sente solo ed isolato.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 15

### 15. VITA DI COPPIA

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ A TROVARE UN PARTNER O A MANTENERE UN RAPPORTO DI COPPIA?

*Ha un partner?  
Ha problemi nei rapporti di coppia, nel matrimonio?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Relazione soddisfacente o felice di non avere una relazione.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Segue una terapia di coppia che dà buoni risultati.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Conflitto coniugale, desidera un partner.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 16

### 16. VITA SESSUALE

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO HA PROBLEMI NELLA VITA SESSUALE?

*Com'è la sua vita sessuale?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Soddisfatto/a dell'attuale vita sessuale.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Segue una terapia sessuale traendone beneficio.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Gravi difficoltà sessuali, ad es. impotenza.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 17



### 17. CURA DEI FIGLI

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ A PRENDERSI CURA DEI FIGLI?

*Ha dei figli di età inferiore a 18 anni?  
Ha qualche difficoltà a prendersi cura di loro?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Non ha figli sotto i 18 anni o nessun problema a prendersi cura di loro.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Difficoltà nella cura dei figli per cui riceve aiuto.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Gravi difficoltà nella cura dei figli.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 18

### 18. ISTRUZIONE DI BASE

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO È PRIVO DI CONOSCENZE ELEMENTARI IN ARITMETICA, LETTURA E SCRITTURA?

*Ha difficoltà a leggere, scrivere o comprendere l'italiano?  
È in grado di contare il resto in un negozio?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. capace di leggere e scrivere.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Ha difficoltà a leggere ed è aiutato dai parenti.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Scarse conoscenze di base, difficoltà ad esprimersi.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 19

### 19. TELEFONO

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ AD ACCEDERE O AD UTILIZZARE UN TELEFONO?

*Sa usare il telefono?  
È facile trovarne uno da usare?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. Ha un telefono a casa o ha facile accesso ad un telefono pubblico.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Può usare il telefono solo se ne fa richiesta.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Non ha accesso ad un telefono o non è in grado di usarlo.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 20



## 20. TRASPORTI

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ AD USARE I TRASPORTI PUBBLICI?

Come si trova ad usare l'autobus, la metropolitana o il treno?  
Ha un abbonamento gratuito per viaggiare con gli autobus?

0= NESSUN PROBLEMA

*per es.* È capace di usare i trasporti pubblici oppure può disporre di una macchina.

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA

*per es.* Fornito abbonamento per autobus o altro aiuto per quanto riguarda i trasporti.

GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

2= GRAVE PROBLEMA

*per es.* Non è in grado di usare i trasporti pubblici.

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 21

## 21. DENARO

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### IL SOGGETTO HA PROBLEMI PER LA GESTIONE DEL DENARO?

Come si trova a gestire il denaro?  
Riesce a pagare le bollette?

0= NESSUN PROBLEMA

*per es.* Capace di acquistare le cose essenziali e pagare i conti.

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA

*per es.* Riceve aiuto per la gestione del denaro.

GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

2= GRAVE PROBLEMA

*per es.* Spesso non ha soldi per i bisogni essenziali e per pagare i conti.

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 22

## 22. SUSSIDI

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

### IL SOGGETTO RICEVE TUTTI I SUSSIDI CHE GLI SPETTANO?

Riceve tutti i soldi di cui ha diritto?

0= NESSUN PROBLEMA

*per es.* Riceve tutti i sussidi di cui ha diritto.

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA

*per es.* Riceve aiuto appropriato nel richiedere i sussidi.


GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

2= GRAVE PROBLEMA

*per es.* Non è sicuro/ non riceve tutti i sussidi di cui ha diritto.

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 L'INTERVISTA È FINITA

	<b>SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</b> Procedura Gestionale	<b>ALL. A</b> <b>Rif. PG 01</b>
	Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Rev. 0 del 29/05/2025
	Procedura per la realizzazione di Progetti Budget di Salute - area salute mentale <i>Allegato A: schede di valutazione dei livelli di bisogno del budget          di salute (rif. DGR 1364/2024)</i>	Pag. 19 di 22

**SCHEDE DI VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI BISOGNO DEL BUDGET DI SALUTE.**

**SCHEDA 3: RISORSE UTENTE E FAMIGLIA**

Compilazione scheda SVAMDI SITUAZIONE ABITATIVA:

SITUAZIONE ABITATIVA	
<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> (una sola risposta) <input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico  E' in atto lo sfratto esecutivo? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO</b> (una sola risposta) <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE</b> (una sola risposta) <input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne <span style="float: right; margin-left: 20px;">             piano: <input type="checkbox"/>              ascensore si<input type="checkbox"/> no<input type="checkbox"/> </span>	
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b> <input type="checkbox"/> 1 <u>abitazione idonea</u> (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) <input type="checkbox"/> 2 <u>abitazione parzialmente idonea</u> (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 <u>abitazione non idonea</u> (alloggio pericoloso, fatiscente ed ant igienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiavano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	

**ASSEGNAZIONE VALORE ALLA SCALA PUNTEGGI BDS:**

VALORE ASSEGNATO: GIUDIZIO SINTETICO	liv. intensità
ABITAZIONE IDONEA	1
ABITAZIONE PARZIALMENTE IDONEA	2
ABITAZIONE NON IDONEA	3



## SCHEDE DI VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI BISOGNO DEL BUDGET DI SALUTE.

## SCHEDA 3: RISORSE UTENTE E FAMIGLIA

Compilazione scheda \$VAMD\$ SITUAZIONE ECONOMICA:

ALLEGATO B Dgr n.

del

pag. 15/18


SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
Assegno – pensione invalidità civile	€           ,00 €
Indennità di accompagnamento	€           ,00 €
Assegno / pensione invalidità INPS	€           ,00 €
Categoria:   n. pensione:	€           ,00 €
Altre pensioni	€           ,00 €
Reddito da lavoro	€           ,00 €
Altri redditi	€           ,00 €
Indennità di frequenza	€           ,00 €
Nessuna risorsa	<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€           ,00 €
ISEE (Familiare) VALORE ANNUO	€               ,00 €
ISEE (Individuale) VALORE ANNUO	€               ,00 €
Integrazione economica del Comune per l'assistenza:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente si
NOTE:	

La valutazione economica per il calcolo dell'ICD prevede questa formula:  
 $30.000/\text{valore ISEE individuale} \times 10 = \text{valore X}$

**FORMULA: 30.000 diviso ISEE ind. per 10 = valore assegnato X**

ASSEGNAZIONE VALORE ALLA SCALA PUNTEGGI BDS:

VALORE ASSEGNATO X	liv. intensità
Sotto 25	1
Del 26 a 40	2
Oltre 40	3

	<b>SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</b> Procedura Gestionale	<b>ALL. A</b> <b>Rif. PG 01</b>
	Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS n.1 Dolomiti	Rev. 0 del 29/05/2025
	Procedura per la realizzazione di Progetti Budget di Salute - area salute mentale <i>Allegato A: schede di valutazione dei livelli di bisogno del budget          di salute (rif. DGR 1364/2024)</i>	Pag. 21 di 22

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI BISOGNO DEL BUDGET DI SALUTE.

**SCHEDA 4: RISORSE ENTI LOCALI E TERRITORIALI**

**1. VALUTAZIONE DISPONIBILITA' CONTRIBUTO O RISORSE COMUNE/ENTI**

ASSEGNAZIONE VALORE ALLA SCALA PUNTEGGI BDS:

VALORE ASSEGNATO	liv. intensità
L'utente usufruisce di servizi attivati da Enti locali: assistenza domiciliare e/o assegnazione di alloggio a titolo gratuito	0
L'utente usufruisce di servizi attivati da Enti locali: assistenza domiciliare e/o assegnazione di alloggio con contribuzione di spesa	1
L'utente non usufruisce di servizi attivati da Enti locali ma riesce a mantenere un livello minimo di sussistenza	2
L'utente necessiterebbe di assistenza domiciliare e/o assegnazione di alloggio, ma non è nelle condizioni di poterli ricevere	3

**2. DISPONIBILITA' DI CAREGIVER, VOLONTARIATO ATTIVO**

VALORE ASSEGNATO	liv. intensità
L'utente ha una rete di sostegno familiare che lo aiuta nelle necessità economiche e assistenziali	0
L'utente ha una rete di sostegno familiare e di volontariato che lo aiuta nelle necessità assistenziali, ma non economiche	1
L'utente ha una ridotta rete di sostegno familiare e di volontariato che saltuariamente lo sostiene nelle necessità assistenziali	2
L'utente non ha una rete di sostegno né familiare né di volontariato e necessita di assistenza e/o aiuto economico	3