



## LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE NEL SISTEMA DELLA SALUTE MENTALE DEL VENETO

### PREMESSA

Nel corso degli ultimi vent'anni i sistemi di welfare in gran parte dei paesi occidentali si sono progressivamente orientati verso lo sviluppo di nuovi servizi assistenziali e di inclusione sociale disegnati su base locale e modellati sugli specifici bisogni della singola persona. Tale cambiamento è stato propiziato dall'esigenza di modernizzare il welfare nell'ottica di una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi e di un nuovo protagonismo della persona. In questo contesto sono emersi dalla società civile forme nuove di organizzazione e di pratiche sociali, che segnano la transizione verso un welfare pubblico-privato, innovativo e basato su reti, con una gestione mista tra enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali. Si parla di "comunità solidale", di "welfare community" o di "welfare generativo" per indicare un modello di politica socio-sanitaria che garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune.

L'esperienza dei "personal budget" e di analoghe forme di personalizzazione dei servizi socio-sanitari, realizzata a partire dalla fine degli anni '90 in alcuni paesi europei (Regno Unito, soprattutto), si inserisce nell'evoluzione dei sistemi di welfare in corso e rappresenta uno strumento di definizione quantitativa/qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale. Obiettivo di tali approcci individualizzati è il miglioramento della qualità della vita degli utenti, anche attraverso la scelta del supporto di cui necessitano, nella direzione di una maggiore autodeterminazione.

Si ispira a questo tipo di approccio il modello organizzativo-gestionale del "Budget di Salute", sperimentato con successo in diverse regioni italiane. Il budget di salute rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona, attraverso un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la comunità in cui vive. Tale strumento si basa quattro elementi cardine: (1) protagonismo degli utenti; (2) attuazione del principio di sussidiarietà; (3) valorizzazione delle risorse informali di cura dei contesti comunitari e (4) affermazione del principio della non istituzionalizzazione e della domiciliarizzazione delle cure.

Questo approccio, che è stato inizialmente sperimentato nelle persone con disabilità fisiche o altre tipologie di fragilità somatiche, può risultare ancora più fecondo in salute mentale. Di fronte ai crescenti bisogni sociali e sanitari complessi delle persone con disturbi mentali, la risposta prevalente dei sistemi sanitari è stata per lungo tempo quella del "prodotto rigido", quale ad esempio il ricorso al posto-letto residenziale. Tuttavia, le evidenze hanno dimostrato, da un lato, la scarsa efficacia di un approccio che non tiene nel debito conto la natura complessa del disturbo e dei suoi effetti sulla persona e sul suo ambiente di vita, dall'altro la sua insostenibilità per il sistema sanitario. Al fine di contrastare e prevenire gli esiti invalidanti dei disturbi mentali più gravi, alcuni autori hanno proposto l'implementazione di azioni e strumenti fondati su approcci ricostruttivi e di valorizzazione dei contesti ambientali, sociali e relazionali, così come definiti dal modello del budget di salute. In quest'ottica, le condizioni di vita delle persone (ad esempio l'ambiente sociale, la casa, la formazione e il lavoro, le relazioni interpersonali, la promozione e l'integrazione sociale) acquistano una posizione centrale e rappresentano i fattori costitutivi della condizione di salute. Assumendo questa logica, le istituzioni sanitarie e sociali sono chiamate alla promozione e mantenimento dell'autonomia dell'utenza, attraverso interventi a sostegno dell'ambiente sociale, della formazione e del lavoro. In particolare andranno privilegiate le situazioni in cui esistono più ampi margini riabilitativi e di autonomizzazione specie se in relazione ad interventi precoci. Tale opzione strategica si fonda sull'incremento della capacitazione contrattuale della persona, su una sua attiva e diretta partecipazione e responsabilizzazione alla costruzione delle risposte corrispondenti ai propri bisogni, in modo da partecipare alla scelta e alla costruzione degli interventi in base alle risorse disponibili.

Le azioni tecniche, messe in atto attraverso la realizzazione di questo "prodotto flessibile", si connotano attraverso la progressiva trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a



prevalenza sociale e rilevanza sanitaria, con la re-inclusione della persona nel tessuto sociale, che segna, in estrema sintesi, l'avvenuto raggiungimento dell'obiettivo terapeutico<sup>1</sup>.

Il modello organizzativo-gestionale del Budget di Salute rappresenta quindi uno strumento per rompere l'equazione rigida "famiglia-comunità-istituzione" oggi presente al centro di molti sistemi sanitari, favorendo la capacità di presa in carico comunitaria e integrata, formale e informale, dei bisogni delle persone e realizzare soluzioni in cui la persona sia sostenuta, capacitata negli atti e nelle aspettative di vita quotidiana da una organizzazione mutuale, che la veda partecipare insieme alle famiglie, ai volontari, agli operatori pubblici e privati. In un modello di questo tipo (che si ispira al concetto di "comunità solidale") il servizio pubblico non delega la gestione di una parte delle proprie competenze al privato, ma piuttosto individua soggetti con cui collaborare in una logica di co-progettazione e co-gestione per la costruzione/rimodulazione dei contesti ove intervenire sui determinanti sociali dei disturbi mentali. In questa logica il soggetto "partner", attraverso competenze e progettualità condivisa, sarà chiamato a fornire occasioni di casa/ambiente sociale, formazione/lavoro, socialità e apprendimento/espressività. Al centro del sistema si colloca quindi non una struttura o un'organizzazione, quanto piuttosto la persona, portatrice di valori, convinzioni, bisogni, desideri, scelte individuali, progettualità e diritti.

Per quanto riguarda il tema dei diritti, riveste un ruolo primario nel contesto del budget di salute il diritto all'autodeterminazione. È il diritto secondo cui a ciascuno deve essere garantita la possibilità di decidere quali siano i propri bisogni, garantita la possibilità di scegliere, senza condizionamenti, i modi in cui affrontare le situazioni che si presentano nel corso dell'esistenza. L'autodeterminazione comporta poter scegliere con dose di maturità e di autocritica ed esprimere giudizi sulla base di opzioni possibili. La possibilità di scelta avviene sulla base delle diverse risorse a disposizione che in loro assenza non permettono la realizzazione del diritto e costringono la persona ad accettare quello che c'è. L'autodeterminazione d'altro canto è vincolata dalle capacità della persona, il cui sviluppo rappresenta un obiettivo dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione. Gli ostacoli o impedimenti possono essere esterni alla persona, oppure interni, come nel caso dei limiti psichici, fisici, ecc. Il diritto all'autodeterminazione non si depotenzia in presenza di impedimenti. Proprio perché è un diritto, gli interventi devono orientarsi verso il suo ottenimento, anche a fronte di enormi limitazioni che non sono mai totalizzanti. Il diritto implica la certezza che le potenzialità siano sempre presenti anche se minime.

L'enfasi sui diritti non deve tuttavia mettere in ombra il corrispettivo dei doveri. La convivenza civile in qualsiasi comunità si basa, infatti, sulla stretta connessione tra diritti e doveri. Il dovere di chi riceve sta nella trasformazione delle risorse ricevute grazie all'azione redistributiva dello Stato. Risorse allora che non sono semplicemente erogate, ma risorse investite, perché acquisiscono la capacità di rigenerarsi producendo ulteriori risorse anche non economiche, attraverso processi di responsabilizzazione: non più solo diritti, ma doveri e responsabilità delle singole persone e della comunità nelle sue molteplici forme e organizzazioni. La persona con disturbi mentali diviene allora destinataria di aiuto, ma anche soggetto potenzialmente in grado di dare, di restituire realizzando processi di auto-mutuo-aiuto.

L'implementazione del modello basato sul Budget di Salute rappresenta quindi un cambio di paradigma nell'assistenza alla salute mentale, che opera una forma di evoluta integrazione socio-sanitaria a livello della singola persona e che trasforma un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato in un vero e proprio progetto di vita. Affinché questo cambio di paradigma possa diventare centrale nell'organizzazione dei servizi di salute mentale della nostra regione va promossa una radicale trasformazione nella mentalità degli operatori e nella cultura organizzativa dei DSM. Questo cambiamento, per quanto complesso e laborioso, non tarderà a fare sentire i suoi effetti benefici anche sulla società nel suo complesso, innescando quel circolo virtuoso indispensabile alla rimozione dello stigma che colpisce il cosiddetto "paziente psichiatrico". La realizzazione delle azioni finalizzate a produrre questo cambiamento rappresenta la vera sfida che attende la salute mentale veneta nel prossimo futuro.

## 1. PRINCIPI GENERALI

La crescita e diversificazione dei bisogni di salute mentale della popolazione comporta risposte integrative al modello di sistema sanitario finora in uso, caratterizzato da proposte di cura e riabilitazione organizzate in percorsi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali, prestazioni occupazionali e di formazione al lavoro.

<sup>1</sup> Cfr. A. Righetti, *I Budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*, Laterza, Roma-Bari 20113.



I Budget di Salute costituiscono uno strumento di integrazione socio sanitaria, centrato sulla persona, coerente con il piano di cura e con il progetto di vita. Nascono in maniera compartecipata, senza essere mera proposizione di singoli servizi e prestazioni.

Obiettivo prioritario del Budget di Salute è innescare un processo di autonomizzazione volto a realizzare, con il protagonismo della persona interessata, risposte sul territorio, producendo un funzionamento sociale accettabile e riducendo il più possibile il rischio della cronicizzazione e il ricorso a forme di trattamento istituzionalizzato.

A questo obiettivo, rivolto alla persona, si integra quello rivolto alla comunità: il modello Budget di Salute vuole favorire il “welfare generativo”<sup>2</sup> e cioè un modello di politica socio-sanitaria che garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune.

Partendo da questi presupposti gli interventi vengono concepiti come mezzo per mobilitare le risorse personali e sociali, per far fruttare il capitale umano e sociale generando autonomia, capacità e corresponsabilità, aprendo così la possibilità di sviluppare interventi che si allontanano dal rischio assistenzialista. L’abilità dei professionisti consiste nel valorizzare, motivare e mobilitare le persone, pur fragili e bisognose, ad agire secondo le loro capacità anche a favore di altri, in definitiva, ad assumersi delle responsabilità e agire dei doveri.

Il modello di riferimento è quello della “recovery personale” e implica che il progetto sia volto al raggiungimento degli obiettivi d’inclusione sociale e di realizzazione personale, del miglior grado di benessere per la persona nel lungo periodo nonostante la persistenza delle disabilità presenti.

Il Budget di Salute si attiva con progetti individualizzati e interventi il più precoci possibili, che promuovano la massima partecipazione possibile della persona e del suo contesto di vita. E’ strumento importante, in linea con i principi del Progetto Obiettivo 2010<sup>3</sup> e della DGR n. 371/2022<sup>4</sup>, per riqualificare la spesa sanitaria e sociale, privilegiando gli interventi territoriali e domiciliari.

## 2. ELEMENTI QUALIFICANTI

Il progetto del Budget di Salute si attiva in favore dei soggetti presi in carico dal DSM che presentano un disturbo mentale con bisogni sanitari e sociali complessi e con basso funzionamento sociale, che determinino rischi di emarginazione, perdita delle abilità socio-lavorative, recrudescenza di malattia e cronicizzazione. Deve necessariamente fare riferimento ai seguenti elementi qualificanti:

- è a governo e coordinamento pubblico per garantire una reale integrazione socio-sanitaria;
- mette insieme il percorso di cura ed il progetto di vita della persona, va partecipato e sottoscritto da tutti i soggetti a vario titolo interessati al progetto. In primis il processo decisionale va condiviso tra persona e servizi;
- persegue obiettivi personali significativi in un’ottica di recovery personale;
- opera tramite nodi di collegamento fra il sistema di cura e il sistema di comunità (contatti, verifiche, cooperazione fra gli attori del progetto), attraverso il case management, ovvero l’identificazione di una figura di case manager le cui funzioni sono quelle di assicurare una buona fedeltà nell’applicazione dell’intervento e una verifica costante degli esiti;
- utilizzo di un approccio riabilitativo con i programmi degli “ambienti supportati” che implicano la realizzazione di percorsi inclusivi nei contesti di vita reali (scuola, casa, lavoro, ambiente sociale e ricreativo) secondo il modello “place and train” tipo IPS (Individual Placement and Support);
- si realizza promuovendo la co-progettazione e l’attuazione della stessa fra il soggetto interessato, il servizio pubblico, la rete di riferimento primaria e il terzo settore che valorizzi e sviluppi un lavoro “trasversale di rete”, attraverso la condivisione/compartecipazione delle progettualità, delle risorse e delle responsabilità attuative.

<sup>2</sup> La Fondazione Emanuela Zancan di Padova ha elaborato un modello di applicazione del concetto di generatività al nostro sistema di welfare e numerose sono le pubblicazioni.

<sup>3</sup> DGR 651/2010

<sup>4</sup> Cfr. “implementando le risorse dei Centri di Salute Mentale ed una capillare rete di primo livello nelle strutture di prossimità e potenziando le cure domiciliari”



e1e71018



### 3. AMBITI DI PROGETTAZIONE

Diventa necessario condividere percorsi che s'integrino fra di loro, senza disperderli in processi pre-strutturati, ma che accomunino obiettivi complessivi nel sistema di welfare sociale, comprendendo TRE AMBITI di valutazione e promozione della qualità di vita del soggetto interessato e che mirino al raggiungimento delle sue aspirazioni e al superamento dello stigma. Si esplicita che il Budget di Salute è comprensivo dei fondi sanitari relativamente ai bisogni sanitari definiti dai Livelli Essenziali di Assistenza. Peraltro, la condizione necessaria per l'attivazione del Budget di Salute è l'integrazione di fondi sociali da parte della persona, degli enti locali e altri entri privati

- Ambito dell'ABITARE
- Ambito dell'AFFETTIVITA' E SOCIALITA'
- Ambito della FORMAZIONE E LAVORO

#### a) Abitare

Gli interventi possono includere tutte le azioni volte al raggiungimento di una esperienza abitativa supportata e non istituzionale quali la ricerca, il reperimento e la gestione di abitazioni in forma singola o mutualmente associata (gruppi di convivenza, co-housing ecc.), il supporto nell'Intermediazione tra i potenziali conviventi per la creazione di un contesto relazionale di sostegno reciproco, l'aiuto nella costruzione di reti supportive formali e informali sul territorio, ecc.

Le abitazioni potranno avere forme di supporto differenziate, in relazione alla scelta delle stesse persone, e fornire sostegno attivo, finalizzato all'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, anche attraverso interventi domiciliari.

Tali interventi possono essere rivolti anche a utenti che rimangono nel loro domicilio, quale supporto al mantenimento d'una buona condizione abitativa e familiare, finalizzate al recupero delle autonomie delle persone o famiglie nella loro capacità di vivere in modo autonomo.

I progetti possono essere associati ad altri progetti/servizi, per esempio: percorsi IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti); residenzialità leggera (allegato D DGR 1673/2018); co-housing; abitare autonomo e/o supportato ecc.

#### b) Affettività/Socialità

Gli interventi in questa area hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali volte a favorire l'inclusione, l'attività aggregativa e la promozione della salute mentale.

Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva valorizzando il più possibile il coinvolgimento attivo e il protagonismo del soggetto attraverso il più ampio interscambio con la cittadinanza e la creazione di opportunità di incontro e di relazione anche finalizzati a un impiego costruttivo del tempo libero.

La partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive deve avvenire prioritariamente nei luoghi di vita delle persone anziché in contesti artificiali e lontani dalla vita reale. Vanno pertanto privilegiate le attività e le iniziative che permettano una partecipazione attiva e un coinvolgimento dell'utenza in contesti della realtà quotidiana.

Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, degli enti locali, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, dei circoli culturali, delle scuole, delle società sportive, delle parrocchie e di tutte le realtà formali e informali presenti sul territorio che dimostrino interesse a sviluppare una cultura dell'inclusione sociale e del contrasto allo stigma.

I progetti possono essere associati ad altri progetti/servizi, per esempio: centri aggregativi/socializzanti; centri promozione salute mentale; club-house; laboratori creativi ed espressivi ecc.



e1e71018



**c) Formazione/Lavoro**

Comprende tutte le azioni finalizzate alla promozione, realizzazione e mantenimento di opportunità formative (comprese quelle scolastiche e universitarie), pre-occupazionali e lavorative con personale di supporto allo scopo di perseguire la realizzazione personale e promuovere lo sviluppo di un percorso volto a ottenere e mantenere un lavoro gratificante e stabile sulla base delle capacità della persona.

Obiettivo è quello dell'inclusione lavorativa, formativa e sociale per lo sviluppo del senso di autoefficacia e di autodeterminazione attraverso la possibilità di esercitare e mantenere ruoli validi in contesti formativi e lavorativi (pubblici, privati, non-profit), che abbiano una buona capacità di accoglienza di persone con problemi di salute mentale.

I progetti possono essere associati ad altri progetti/servizi, per esempio: laboratori occupazionali, lavoro supportato, IPS, tirocini, collocamento mirato, Servizio Integrazione Lavorativa ecc.

**3.1 Ambiti specifici di applicazione all'interno della residenzialità**

Sono ammessi progetti Budget di Salute per persone inserite in strutture accreditate residenziali solo nel seguente caso:

1. percorso di dimissione dalla struttura residenziale per reinserimento nel territorio, per un tempo massimo di tre mesi prolungabile, dopo valutazione in UVMD, di altri tre per una sola volta.

**4. GOVERNANCE DEL BUDGET DI SALUTE**

Per garantire l'integrazione socio-sanitaria, la governance del progetto Budget di Salute (intesa come attivazione monitoraggio, verifica e coordinamento, gestione delle risorse sanitarie) è attuata dal Direttore di DSM per il tramite della UOSD "Riabilitazione residenziale e percorsi riabilitativi", quale suo delegato.

**5. ELEMENTI ATTUATIVI**

L'attuazione del Budget di Salute è sostenuta dall'integrazione delle risorse umane, professionali, tecnologiche strumentali ed economiche (sanitarie e sociali) attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali. Si prevede di integrare le risorse di diversi soggetti, in modo articolato e flessibile (non solo erogazioni sanitarie), misurate su specifici obiettivi primari (non un "generico portafoglio di risorse da spendere) valutando, con tutti gli attori coinvolti nel progetto, tutte le opportunità di finanziamento perseguibili.

Per rafforzare la funzione del progetto Budget di Salute è necessario utilizzare la massima condivisione con la persona e la famiglia, l'AdS, gli ETS disponibili e gli Enti Locali favorendo la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti, definendo un progetto da sottoscrivere in UVMD, nel quale siano declinati gli obiettivi e gli impegni di tutti i soggetti coinvolti.

La condivisione delle risorse e delle azioni è finalizzata a valutare quali capacità la persona possiede, quali vanno maggiormente rafforzate e secondo quali modalità d'integrazione in relazione agli aspetti:

- professionali
- economici
- relazionali
- comunitari

**6. MODALITA' ATTIVAZIONE**

1. La proposta di attivazione di un progetto Budget di Salute può essere promossa, oltre che dalla persona in carico al servizio e/o da un suo legale rappresentante, sempre in accordo con l'interessato, anche dalla stessa équipe curante ovvero dai vari portatori di interesse.
2. L'équipe curante in collaborazione con la persona ed i portatori di interesse eventualmente coinvolti valuta l'opportunità terapeutica e riabilitativa di avviare un percorso di Budget di Salute.
3. L'équipe curante, qualora ritenuto opportuno l'accesso allo strumento Budget di Salute, esplora la disponibilità e propone l'attivazione delle risorse nelle modalità successivamente descritte al punto 5.



e1e71018



Formalizza quindi la richiesta al Direttore di DSM, tramite UOSD “Riabilitazione residenziale e percorsi riabilitativi” quale suo delegato, compilando la scheda di valutazione dei livelli di intensità del bisogno (paragrafo 7) con la collaborazione della persona e dei portatori d’interesse eventualmente coinvolti, e la proposta del progetto.

4. Il Direttore di DSM, tramite UOSD “Riabilitazione residenziale e percorsi riabilitativi” quale suo delegato:
  - verifica gli elementi oggettivi di valutazione, clinici, abilitativi, familiari, sociali in particolare analizzando l’effettiva presenza delle risorse di rete;
  - attribuisce la quota sanitaria all’interno del budget disponibile previa verifica dell’eventuale congruità della proposta;
  - acquisita la congruità del progetto identifica l’équipe socio-sanitaria allargata in cui definire la figura del Case Manager (tra le figure coinvolte del DSM) e, ove previsto, dell’operatore referente del progetto (tra le figure coinvolte del DSM o di altro ente interessato).

Il Case Manager è quella figura che sin dall’inizio accompagna la persona e chi la rappresenta (se presente), nella partecipazione attiva all’intero procedimento. E’ colui che prende in carico la persona e proattivamente la segue, ne verifica i progressi, coordina gli interventi fra i vari attori, funge da interfaccia con i vari soggetti coinvolti. E’ quella figura di collegamento, facilitatore organizzativo dell’intero processo.

Ove opportuno potrà essere inoltre prevista la figura dell’operatore referente per garantire/permettere la realizzazione della progettualità Budget di Salute.

Laddove il progetto di Budget di Salute sia attuato in collaborazione con enti interessati lo stesso dovrà essere concepito in un’ottica di coprogettazione.

5. Formalizzazione del progetto di Budget di Salute in UVMD da parte di tutti i soggetti coinvolti per quanto concerne
  - definizione delle aree di competenza e di attività di ogni soggetto coinvolto
  - definizione delle risorse sanitarie e sociali e loro modalità di gestione
  - definizione della durata del progetto
  - definizione dei momenti di monitoraggio e valutazione
  - definizione di eventuale rimodulazione
  - approvazione e sottoscrizione da parte della persona o del suo legale rappresentante e di tutti gli altri soggetti coinvolti

## 7. LIVELLI DI INTENSITA’

Il Budget di Salute è inteso come strumento di integrazione territoriale che si declina in TRE LIVELLI Di INTENSITA’. La valutazione del livello di intensità viene eseguita dall’équipe curante, attraverso l’utilizzo della griglia di seguito riportata (tabella A), secondo una valorizzazione che prevede:

- 1 = bisogno lieve
- 2 = bisogno medio
- 3 = bisogno elevato

Il Budget di Salute è applicabile ad uno o più ambiti di intervento contemporaneamente (ABITARE, AFFETTIVITA’ E SOCIALITA’, FORMAZIONE E LAVORO) e la valutazione espressa mediante i punteggi è da intendersi in senso complessivo comprendendo i diversi assi ove necessario.

L’attribuzione dei punteggi è determinata

- dall’analisi dei fattori di rischio clinico presenti nel contesto di vita della persona
- dalle risorse disponibili da parte della persona stessa o della famiglia
- dalle opportunità presenti nel territorio in cui vive e dai portatori d’interesse presenti nel territorio, non delimitato alle sole risorse o servizi della salute mentale, ma ampliato a tutte le componenti attivabili nel contesto di vita dell’utente e nella comunità civile.



e1e71018



Ogni livello d'intensità corrisponderà a una specifica quota di assegnazione di budget sanitario che potrà essere utilizzata per la realizzazione del progetto definito in UVMD, in integrazione alla quota di budget sociale (contributi personali, familiari e sociali).

**TABELLA A (IN ALLEGATO LA SPIEGAZIONE)**

BISOGNI	LIVELLO DI INTENSITA' DEL BISOGNO	LIEVE	MEDIO	ELEVATO
<b>CLINICI:</b> APPLICAZIONE AREE DA 1 A 4 DELLA SCALA ASSE IV DI KENNEDY		0-1	2	3
<b>COMPETENZE:</b> 1. CAN PROBLEMA 2. CAN AIUTO RICHIESTO		1 1	2 2	3 3
<b>RISORSE UTENTE E FAMIGLIA:</b> 2. SITUAZIONE ABITATIVA 3. SITUAZIONE ECONOMICA		1 1	2 2	3 3
<b>RISORSE ENTI LOCALI E TERRITORIALI:</b> 1. DISPONIBILITA' CONTRIBUTO COMUNE/ENTI 2. DISPONIBILITA' CAREGIVER, VOLONTARIATO ATTIVO		0 0-1	1-2 2	3 3
<b>PUNTEGGIO / CRITERIO DI INQUADRAMENTO</b>		= RANGE DA 4 A 6	= RANGE DA 7 A 14	= RANGE DA 15 A 21

## 8. DURATA E CONCLUSIONE DEI PROGETTI BUDGET DI SALUTE

I Budget di Salute vanno definiti con periodi e scadenze di valutazione del progetto, valutando nel tempo il livello d'intensità e gli investimenti necessari, in relazione alle acquisizioni di empowerment nel tempo del soggetto interessato e alla valorizzazione delle risorse che verranno attivate nel suo territorio.

Essendo strumenti che sostengono un progetto di recovery e quindi con l'obiettivo di stimolare e/o restituire alla persona le capacità per raggiungere la sua maggiore autonomia possibile di vita nel suo territorio, prevedono una revisione almeno annuale, fino al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Ogni progetto di Budget di Salute viene istituito per un tempo massimo di 18 mesi, con possibilità di rinnovo del progetto stesso, definito in UVMD, per 12 mesi, ulteriormente rinnovabili una sola volta per una durata massima complessiva di 42 mesi.

Un progetto di Budget di Salute, per la sua evoluzione può transitare, attraverso l'UVMD di valutazione del rinnovo, ad un livello d'intensità diversa, sulla base dell'applicazione della scheda di valutazione. In ogni caso



e1e71018



la durata massima, indipendentemente dai diversi livelli di intensità, sarà di 42 mesi a far data dalla UVMD di attivazione del progetto.

#### **Budget di mantenimento**

Qualora alla conclusione del percorso di Budget di Salute emerga la necessità di ulteriori percorsi, per il mantenimento di un progetto di vita autonoma nel territorio dell'utente interessato, evitando l'istituzionalizzazione, se ne valuterà la possibilità di una sua applicazione, a livello di intensità bassa, al massimo fino al 65° anno d'età, compatibilmente con le risorse disponibili (non oltre 1/3 delle risorse sanitarie complessive messe a disposizione per il Budget di Salute da ogni Azienda Ulss), sempre con revisione annuale formalizzata in UVMD.

### **9. CRUSCOTTO REGIONALE DI MONITORAGGIO BUDGET DI SALUTE**

La Regione, attraverso i DSM, monitora il numero ed il trend annuale del numero di progetti BdS attivati prorogati e conclusi.

Il monitoraggio della sperimentazione del Budget di Salute sarà a cadenza annuale a cura dell'UO Salute mentale e sanità penitenziaria e dovrà opportunamente valutare oltre alla concreta implementazione dello strumento, anche eventuali ricadute in termini di ricorso a forme di trattamento istituzionalizzato, prevedendo specifici indicatori di valutazione.

### **10. FORMAZIONE AI PROGETTI DI GESTIONE Bds:**

E' necessario all'implementazione del modello di gestione Budget di Salute e durante le fasi della sua integrazione nel sistema di funzionamento socio sanitario, creare percorsi di formazione/informazione rivolti sia ai soggetti coinvolti, sia ai clinici operanti nei CSM e sia a coloro che verranno individuati nel ruolo di case manager e di operatore referente di progetto.

Si propone l'attivazione di percorsi di formazione/informazione in ogni azienda rivolti a tutti i portatori d'interesse dei progetti Budget di Salute, distinti in tre tematiche

1. Gestione e applicazione del modello Budget di Salute
2. Percorsi condivisi di co-progettazione nel modello Budget di Salute
3. Il case management: il ruolo del case manager e dell'operatore referente di progetto (funzioni, responsabilità e modalità gestionali).
4. Approccio riabilitativo e valorizzazione degli interventi psicosociali di provata efficacia.



e1e71018



**Legenda di spiegazione della compilazione del manuale di valutazione del livello d'intensità del Budget di Salute.****SCHEDA 1: ASSE V DI KENNEDY**

- 1) E' composto da 4 aree. Per ogni area vi è, a seguito, la sua pagine in cui andare ad individuare il punteggio da assegnare.
- 2) Inserire i 4 punteggi individuati nello schema "Funzione Asse V di Kennedy", sommarli e poi dividere per 4. Si ottiene il "Valore Ottenuto".
- 3) Il "Valore Ottenuto" permette di vedere in quale livello d'intensità si colloca il test, nello schema "Assegnazione valore alla scala punteggi BdS".
- 4) Individuato il livello d'intensità (0, 1 o 2 o 3), riportare il suo valore nello schema in ultima pagina.

**SCHEDA 2: LIVELLO DI COMPETENZE, COMPILAZIONE DELLE SCALE CAN**

- 1) Far compilare all'utente interessato il questionario CAN dalla domanda "1:Alloggio" alla domanda "22: Sussidi", inserendo il valore di ogni domanda nel riquadro "paziente". Se l'utente è in grado di compilarlo da solo lo si lascia in autonomia e poi si controlla alla fine se lo ha completato tutto. Se ha bisogno di assistenza si compila insieme il questionario, lasciando libero spazio al suo personale pensiero.
- 2) Dalla domanda 1 alla domanda 13 ogni tema ha 3 quesiti con 4 valori da inserire. Dalla domanda 14 alla domanda 22 vi è un quesito unico per ogni domanda.
- 3) Terminata la compilazione da parte dell'utente, l'operatore/gli operatori incaricati della compilazione eseguono invece la valutazione nel riquadro "staff", seguendo le stesse indicazioni date per l'utente.
- 4) Terminata la compilazione dei valori in tutti i quadri, vanno riportati i valori ottenuti nella "Tabella di valutazione", dividendo per 4 la somma dei valori ottenuti ad ognuna delle domande dalla 1 alla 13: *(esempio se alla domanda 1 si ottengono i seguenti valori:  $1 + 2 + 0 + 1 = 4 : 4 =$  il valore da inserire sarà 1).*
- 5) Se alle domande dalla 1 alla 13 vi è una risposta di valore 9, a risposta non va conteggiata ed il valore riportato si divide per le domande in cui vi è stata una risposta dal 0 al 3, *(esempio: se alla domanda 1 si ottengono i seguenti valori  $1 + 9 + 2 + 2$ , si conteggiano solo i valori  $1 + 2 + 2$  e si divide per  $3 = 1,66$ , senza contare la domanda con il valore 9).*
- 6) Dalla domanda 14 alla 22 inserire direttamente il valore ottenuto. Non si considerano anche qui le aree in cui il valore è 9. Queste vanno tolte e si dividerà la somma totale per il numero delle aree valide, senza quelle con il 9 *(esempio: se la somma di tutte le aree, tolta quella "16:vita sessuale" perché ha valore 9, è 26, il punteggio finale ottenuto sarà  $26 : 21$  aree valutate = 1,238).*
- 7) Il "Valore finale" permette di vedere in quale livello d'intensità si colloca il test, nello schema "Assegnazione valore alla scala punteggi BdS".
- 8) Individuato il livello d'intensità (1 o 2 o 3), riportare il suo valore nello schema in ultima pagina.

**SCHEDA 3: SITUAZIONE ABITATIVA**

- 1) Compilare i vari riquadri per ottenere le informazioni necessarie alla valutazione della situazione in cui attualmente abita l'utente.
- 2) Dopo aver valutato l'attuale situazione abitativa dell'utente o, in caso di progetto di dimissione da struttura residenziale, l'abitazione in cui dovrebbe andare a vivere, valutare, secondo i criteri espressi dal riquadro "Giudizio sintetico" il livello di idoneità dell'abitazione.
- 3) Il "Valore Assegnato dal giudizio sintetico" permette di vedere in quale livello d'intensità si colloca il test, nello schema "Assegnazione valore alla scala punteggi BdS".
- 4) Individuato il livello d'intensità (1 o 2 o 3), riportare il suo valore nello schema in ultima pagina.



e1e71018



**SCHEDA 3/bis RISORSE UTENTE E FAMIGLIA**

- 1) Ottenere tutte le informazioni utili a definire la condizione economica dell'utente e della famiglia, usufruendo come linea guida dello schema di raccolta informazioni "Situazione economica: reddito mensile".
- 2) Richeidere l'ISEE della persona a cui applicare la formula prevista dal calcolo ICD, ovvero:
  - a.  $30.000 \text{ diviso il valore ISEE individuale} = \text{valore ottenuto}$
  - b.  $\text{Valore ottenuto moltiplicato per } 10 = \text{valore assegnato } X$
- 3) Il "Valore Assegnato X" permette di vedere in quale livello d'intensità si colloca il test, nello schema "Assegnazione valore alla scala punteggi BdS".
- 4) Individuato il livello d'intensità (1 o 2 o 3), riportare il suo valore nello schema in ultima pagina.

**SCHEDA 4 RISORSE ENTI LOCALI E TERRITORIALI**

- 1) Nella prima scheda "Valutazione disponibilità contributo o risorse Comune/Enti" valutare attraverso l'intervista all'utente, a un familiare se disponibile e all'assistente sociale del Comune di residenza se l'utente usufruisce dei servizi segnalati o, in caso di progetto di dimissione da struttura residenziale, se al suo rientro a domicilio avrà l'effettiva possibilità di usufruirne.
- 2) Individuato il livello d'intensità (0, 1 o 2 o 3), riportare il suo valore nello schema in ultima pagina.
- 3) Nella seconda scheda "Disponibilità di caregiver, volontariato attivo", valutare attraverso l'intervista all'utente, a un familiare o ad enti di volontariato partecipanti alla formulazione della proposta di BdS, se l'utente ha l'effettiva possibilità in questo momento o, in caso di progetto di dimissione da struttura residenziale, se al suo rientro a domicilio avrà l'effettiva possibilità di usufruirne.
- 4) Individuato il livello d'intensità (0, 1 o 2 o 3), riportare il suo valore nello schema in ultima pagina.

**SCHEMA FINALE DI VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI INTENSITA'**

- 1) A questo punto dovrete aver completato la raccolta dei valori assegnati ad ogni riquadro.
- 2) La loro somma darà il valore totale assegnato.
- 3) Utilizzando lo schema valore totale/livello intensità del bisogno avete la possibilità di individuare il livello d'intensità finale assegnato: lieve o medio o elevato.



e1e71018



SCHEDE 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 NV 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



e1e71018



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



e1e71018



# 1. ALLOGGIO

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

<p><b>ATTUALMENTE IL SOGGETTO HA UN POSTO DOVE VIVERE?</b></p> <p><i>Com'è il luogo dove vive? Che tipo di luogo è?</i></p> <p>0= NESSUN PROBLEMA <i>per es. Vive in un alloggio adeguato (anche se attualmente è in ospedale).</i></p> <p>1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO <i>per es. Vive in un alloggio protetto o in un pensionato.</i></p> <p>2= GRAVE PROBLEMA <i>per es. Privo d'alloggio, ha un alloggio precario, oppure vive in una casa senza i servizi basilari come acqua ed elettricità.</i></p> <p>9= SCONOSCIUTO</p> <p>SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 2</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER L'ALLOGGIO?</b></p> <p>0= NESSUNO <i>per es. Riceve ogni tanto alcune suppellettili.</i></p> <p>1= AIUTO SCARSO <i>per es. Sostanziale aiuto nel migliorare l'alloggio, ad es. un nuovo arredamento.</i></p> <p>2= AIUTO MODERATO <i>per es. Vive con parenti in quanto il suo alloggio non è soddisfacente.</i></p> <p>3= AIUTO ELEVATO</p> <p>9= SCONOSCIUTO</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p><b>QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER L'ALLOGGIO?</b></p> <p><b>DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER L'ALLOGGIO?</b></p> <p>0= NESSUNO <i>per es. Piccoli lavori di manutenzione, consigliato di rivolgersi ai servizi sociali per l'assegnazione di un alloggio.</i></p> <p>1= AIUTO SCARSO <i>per es. Grossi lavori per il miglioramento dell'alloggio, messo in contatto con i servizi sociali per l'assegnazione di un alloggio.</i></p> <p>2= AIUTO MODERATO <i>per es. Fornito un nuovo alloggio, inserito in un gruppo-famiglia o in un pensionato.</i></p> <p>3= AIUTO ELEVATO</p> <p>9= SCONOSCIUTO</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



e1e71018



**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  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

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

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



### 3. CURA DELLA CASA

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

**IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ A PRENDERSI CURA DELLA CASA?**

*È in grado di prendersi cura della casa?  
C'è qualcuno che l'aiuta?*

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. La casa può essere disordinata ma di base la persona la tiene pulita.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Incapace di prendersi cura della casa e riceve regolarmente aiuto per le faccende domestiche.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. La casa è sporca con un potenziale rischio per la salute.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 4

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER LA CURA DELLA CASA?**

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Sollecitato o aiutato occasionalmente a mettere in ordine o a pulire.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Sollecitato o aiutato a pulire almeno una volta alla settimana.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Supervisionato più di una volta alla settimana; aiutato a lavare tutti i panni e a pulire la casa.*

9= SCONOSCIUTO

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER LA CURA DELLA CASA?**

**DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER LA CURA DELLA CASA?**

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Sollecitazione da parte degli operatori.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Qualche aiuto per i lavori domestici.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Svolgimento della maggior parte dei lavori domestici da parte degli operatori.*

9= SCONOSCIUTO



### 4. CURA DI SÉ

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

#### IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ PER LA CURA DI SÉ?

*Ha problemi a mantenersi pulito e ordinato?  
A volte deve essere stimolato? Da chi?*

 

0= NESSUN PROBLEMA

*per es. L'aspetto può essere eccentrico o disordinato, ma di base è pulito.*

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es. Necessita e riceve aiuto per la cura di sé.*

2= GRAVE PROBLEMA

*per es. Scarsa igiene personale, cattivo odore.*

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 5

#### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER LA CURA DI SÉ?

 

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Occasionale sollecitazione al soggetto perché si cambi d'abito.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Aiuto per fare il bagno o la doccia e insistenza quotidiana affinché lo faccia.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Seguito quotidianamente per molti aspetti della cura di sé.*

9= SCONOSCIUTO

#### QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER LA CURA DI SÉ?

 

#### DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER LA CURA DI SÉ?

 

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es. Sollecitazione occasionale.*

2= AIUTO MODERATO

*per es. Controllo settimanale della pulizia personale.*

3= AIUTO ELEVATO

*per es. Supervisione di molti aspetti della cura di sé, programma specifico per migliorare la capacità di avere cura di sé.*

9= SCONOSCIUTO



**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

1= AIUTO SCARSO

*per es.* Consigli occasionali sullo svolgimento delle attività quotidiane.

2= AIUTO MODERATO

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

3= AIUTO ELEVATO

*per es.* Aiuto giornaliero per lo svolgimento delle attività quotidiane.

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

1= AIUTO SCARSO

*per es.* Training lavorativo/corsi.

2= AIUTO MODERATO

*per es.* Lavoro protetto tutti giorni. Centro diurno 2-4 giorni alla settimana.

3= AIUTO ELEVATO

*per es.* Frequenza giornaliera ad un day-hospital o centro diurno.

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  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

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

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
- 1= AIUTO SCARSO *per es. Un po' di comprensione e di incoraggiamento.*
- 2= AIUTO MODERATO *per es. Familiari ed amici coinvolti nell'aiutarlo ad affrontare i sintomi o nel fargli seguire la terapia farmacologica.*
- 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





**9. DISAGIO PSICOLOGICO**

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PRESENTA UN DISAGIO PSICOLOGICO?**

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

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

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= SCONOSCIUTO

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?**

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

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

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

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= SCONOSCIUTO

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

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

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

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

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

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

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= SCONOSCIUTO



**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  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

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

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

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

1= AIUTO SCARSO

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

2= AIUTO MODERATO

*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.

3= AIUTO ELEVATO

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

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

1= AIUTO SCARSO

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

2= AIUTO MODERATO

*per es.* Supervisione giornaliera, ricovero.

3= AIUTO ELEVATO

9= SCONOSCIUTO



**11. SICUREZZA PER GLI ALTRI**

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

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

*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 *per es. È sotto controllo per rischio potenziale.*  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO
- 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?**

- 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?**

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

- 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



## 12. ABUSO DI ALCOOL

VALUTAZIONI

PAZIENTE STAFF

**IL SOGGETTO BEVE ECCESSIVAMENTE OPPURE HA DIFFICOLTÀ A CONTROLLARE IL BERE?**

*Il bere le causa qualche problema?  
Desidererebbe ridurre il bere?*

 

0= NESSUN PROBLEMA

*per es.* Non ha problemi a controllare il bere.

1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO

*per es.* È a rischio per abuso di alcool e per questo riceve un aiuto.

2= GRAVE PROBLEMA

*per es.* Attualmente il bere è dannoso o incontrollabile.

9= SCONOSCIUTO

SE LA CODIFICA È 0 O 9 PASSARE ALL'AREA 13

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DI AMICI O PARENTI PER IL BERE?**

 

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es.* Consigliato di ridurre il bere.

2= AIUTO MODERATO

*per es.* Consigliato di recarsi agli Alcolisti Anonimi.

3= AIUTO ELEVATO

*per es.* Controllo giornaliero dell'uso di alcool.

9= SCONOSCIUTO

**QUANTO AIUTO IL SOGGETTO RICEVE DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER IL BERE?**

 

**DI QUANTO AIUTO IL SOGGETTO HA BISOGNO DA PARTE DEI SERVIZI LOCALI PER IL BERE?**

 

0= NESSUNO

1= AIUTO SCARSO

*per es.* Informazioni sui rischi.

2= AIUTO MODERATO

*per es.* Informazioni dettagliate sui centri dove può ricevere aiuto.

3= AIUTO ELEVATO

*per es.* Frequenza presso un centro per alcoolisti, partecipazione ad un programma di disassuefazione.

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?*

- 0= NESSUN PROBLEMA *per es. Non dipendenza o abuso di farmaci.*
- 1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA *per es. Riceve aiuto per dipendenza o abuso.*  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO
- 2= GRAVE PROBLEMA *per es. Dipendenza o abuso di farmaci prescritti,  
non prescritti o di droghe.*
- 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?**

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

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

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

- 0= NESSUNO
- 1= AIUTO SCARSO *per es. Consigli da parte del medico di base.*
- 2= AIUTO MODERATO *per es. Programma ambulatoriale di sospensione.*
- 3= AIUTO ELEVATO *per es. Programma ospedaliero di disassuefazione.*
- 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 *per es. Difficoltà nella cura dei figli per cui riceve aiuto.*  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO
- 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 *per es. Ha difficoltà a leggere ed è aiutato dai parenti.*  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO
- 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 *per es. Può usare il telefono solo se ne fa richiesta.*  
GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO
- 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	STAF
<b>IL SOGGETTO HA DIFFICOLTÀ AD USARE I TRASPORTI PUBBLICI?</b>			
Come si trova ad usare l'autobus, la metropolitana o il treno? Ha un abbonamento gratuito per viaggiare con gli autobus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0= NESSUN PROBLEMA	<i>per es.</i> È capace di usare i trasporti pubblici oppure può disporre di una macchina.		
1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO	<i>per es.</i> Fornito abbonamento per autobus o altro aiuto per quanto riguarda i trasporti.		
2= GRAVE PROBLEMA	<i>per es.</i> 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
<b>IL SOGGETTO HA PROBLEMI PER LA GESTIONE DEL DENARO?</b>			
Come si trova a gestire il denaro? Riesce a pagare le bollette?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0= NESSUN PROBLEMA	<i>per es.</i> Capace di acquistare le cose essenziali e pagare i conti.		
1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO	<i>per es.</i> Riceve aiuto per la gestione del denaro.		
2= GRAVE PROBLEMA	<i>per es.</i> 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
<b>IL SOGGETTO RICEVE TUTTI I SUSSIDI CHE GLI SPETTANO?</b>			
Riceve tutti i soldi di cui ha diritto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0= NESSUN PROBLEMA	<i>per es.</i> Riceve tutti i sussidi di cui ha diritto.		
1= NESSUN/MODERATO PROBLEMA GRAZIE ALL'AIUTO FORNITO	<i>per es.</i> Riceve aiuto appropriato nel richiedere i sussidi.		
2= GRAVE PROBLEMA	<i>per es.</i> 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			



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

**SCHEDA 3: RISORSE UTENTE E FAMIGLIA**

Compilazione scheda SVAMD I SITUAZIONE ABITATIVA:

SITUAZIONE ABITATIVA	
<b>TITOLO DI GODIMENTO</b> <i>(una sola risposta)</i> <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> <i>(una sola risposta)</i> <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> <i>(una sola risposta)</i> <input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne	piano: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ascensore si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<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 alloggiano, 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



e1e71018



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

**SCHEDA 3: RISORSE UTENTE E FAMIGLIA**

Compilazione scheda SVAMDI SITUAZIONE ECONOMICA:

**ALLEGATO B Dgr n.**

**del**

**pag. 15/18**

<b>SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE</b>	
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
Dal 26 a 40	2
Oltre 40	3



e1e71018



SCHEDE 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:

<b>VALORE ASSEGNATO</b>	<b>liv. intensità</b>
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**

<b>VALORE ASSEGNATO</b>	<b>liv. intensità</b>
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 la 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



e1e71018



**SCHEMA DI VALUTAZIONE LIVELLI D'INTENSITÀ**

BISOGNI	LIVELLO D'INTENSITA' del BISOGNO	VALORE ASSEGNATO
<b>CLINICI:</b> APPLICAZIONE AREE DA 1 A 4 DELLA SCALA ASSE V DI KENNEDY		
<b>COMPETENZE:</b> 1. CAN AIUTO RICHIESTO (paziente)		
2. CAN PROBLEMA RILEVATO (staff)		
<b>RISORSE UTENTE E FAMIGLIA:</b> 2.SVAMDI SITUAZIONE ABITATIVA		
3.SVAMDI SITUAZIONE ECONOMICA		
<b>RISORSE ENTI LOCALI E TERRITORIALI :</b> 1. DISPONIBILITA' CONTRIBUTO COMUNE/ENTI		
2. DISPONIBILITA' CAREGIVER , VOLONTARIATO ATTIVO		
<b>VALORE TOTALE:</b>		
<b>LIVELLO INTENSITA' ASSEGNATO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ LIEVE</li> <li>○ MEDIO</li> <li>○ ELEVATO</li> </ul>		

VALORE TOTALE	LIVELLO INTENSITA' DEL BISOGNO
DA 4 A 6	LIEVE
DA 7 A 14	MEDIO
DA 15 A 21	ELEVATO



e1e71018

