



Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER

Definizione di un Percorso di Cura Integrato

Versione	2.0
Autore	Istituto Superiore di Sanità, Italia
Task	5.4
Data del deliverable	30 Maggio 2026
Tipo di deliverable	Report



Co-funded by
the European Union

Questa Joint Action è co-finanziata dal Programma Salute dell'Unione Europea nell'ambito della Convenzione di Sovvenzione n. 101162928.

1. Proprietà del Documento

Nome del progetto:	Mental Health Together
Acronimo del progetto	MENTOR
Numero del progetto:	1011622928
Argomento:	Report sullo scambio di conoscenze
Autore del documento:	Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia
Periodo coperto (durata):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Cronologia delle revisioni del documento

Versione	Data	Autori/collaboratori	Commenti
1.0	18.11.2025	ISS	Prima bozza
1.1	29.01.2026	ISS/Stati Membri	Revisione
1.2	05.02.2026	ISS/Stati Membri	Revisione
1.2	16.02.2026	ISS/Stati Membri	Traduzione
2.0	26.02.2026	Stakeholders/ISS/ Stati Membri	Versione finale in inglese
2.0	27.02.2026	Stakeholders/ISS/ Stati Membri	Versione finale tradotta e validata in italiano

1.2. Dichiarazione di originalità

Il contenuto del deliverable è originale e creato esclusivamente dai collaboratori del progetto JA Mentor.



Co-funded by
the European Union

1.3 Sommario

<i>1. Proprietà del Documento</i>	<i>1</i>
<i>1.1. Cronologia delle revisioni del documento</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Dichiarazione di originalità</i>	<i>1</i>
<i>1.3 Sommario</i>	<i>3</i>
<i>1.4 Abbreviazioni e Acronimi.....</i>	<i>5</i>
<i>2. Il progetto MENTOR.....</i>	<i>7</i>
<i>2.1. Scopo di questo documento</i>	<i>8</i>
<i>2.2. Task 5.4.....</i>	<i>8</i>
<i>2.2.1. Descrizione del task.....</i>	<i>8</i>
<i>2.2.2. Struttura del task.....</i>	<i>10</i>
<i>2.2.3. Impostazione del task.....</i>	<i>10</i>
<i>2.3. Contatti.....</i>	<i>11</i>
<i>2.3.1. Contatti del coordinatore.....</i>	<i>11</i>
<i>2.3.2 Principali collaboratori e contatti del Task 5.4.....</i>	<i>11</i>
<i>D5.4.1. Report di scambio delle conoscenze</i>	<i>12</i>
<i>3. Un Percorso di Cura Integrato europeo con un approccio incentrato sulla persona per promuovere l'inclusione sociale e la qualità di vita delle persone con disturbi di salute mentale</i>	<i>13</i>
<i>3.1. Premessa.....</i>	<i>13</i>
<i>3.2 Esperienze con la metodologia del budget di salute.....</i>	<i>14</i>
<i>3.3. Un'applicazione europea per il budget di salute personalizzato</i>	<i>18</i>
<i>3.4. Passare da pacchetti di servizi standardizzati a un supporto personalizzato.....</i>	<i>18</i>
<i>4. COMPONENTI CHIAVE del percorso di cura integrato.....</i>	<i>19</i>
<i>4.1. Team multiprofessionale</i>	<i>19</i>
<i>4.2. Valutazione e strumenti multidimensionali</i>	<i>20</i>
<i>4.2.1. Definizione del Budget di Salute tramite APPROCCIO di CO-PROGRAMMAZIONE e CO-GESTIONE</i>	<i>21</i>

<i>4.3. Intervento personalizzato e integrato</i>	<i>23</i>
<i>4.4. Definizione del Budget di Salute Personalizzato</i>	<i>25</i>
<i>4.4.1. Sfide nello sviluppo del Budget di Salute.....</i>	<i>25</i>
<i>4.5. Identificazione del Case Manager.....</i>	<i>26</i>
<i>4.5.1. Letteratura recente sul Case Manager: funzioni e ruoli chiave.....</i>	<i>27</i>
<i>4.5.2. Funzioni principali del Case Manager.....</i>	<i>27</i>
<i>4.6. Firma e monitoraggio.....</i>	<i>28</i>
<i>4.6.1. Definizione degli indicatori per il monitoraggio del Budget di Salute o dello studio pilota europeo</i>	<i>28</i>
<i>5. FORMAT del Percorso di Cura Integrato.....</i>	<i>29</i>
Rappresentante legale (se applicabile).....	34
Case manager (indicare profilo professionale).....	35
Team multidisciplinare	35
Soggetto erogatore di servizi del terzo settore.....	35
<i>6. Bibliografia.....</i>	<i>36</i>
<i>7. Prossimo passo: implementazione pilota e monitoraggio del Percorso di Cura Integrato.....</i>	<i>37</i>
<i>7.1. Sinergie</i>	<i>37</i>

1.4 Abbreviazioni e Acronimi

EU	Unione Europea
JA	Joint Action
MENTOR	Mental Health Together
PLE	Persone con Esperienza Diretta
WP	Pacchetto di lavoro

Lista delle abbreviazioni – partecipanti WP5.4	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italy)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud-Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Catala D'oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Lombardy Region	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	National Health Fund
PHC	State Institution Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine
PHCI	Primary Healthcare of the Capital Area
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale



Co-funded by
the European Union

RDS	Southern Region of Denmark
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Servicio Murciano de Salud
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. Il progetto MENTOR

MENTOR mira a promuovere la salute mentale condividendo esperienze in un ampio spettro, dalle iniziative politiche alle pratiche cliniche professionali. Incorpora buone pratiche basate sull'evidenza e adatta le iniziative per ottenere una sostenibilità a lungo termine, migliorando la salute mentale e il benessere a livello individuale e di popolazione.

Obiettivi di MENTOR:

1. Garantire un'efficiente diffusione delle attività/risultati di MENTOR.
2. Promuovere la sostenibilità e l'implementazione dei risultati MENTOR attraverso i diversi sistemi di cura della salute mentale in tutta la regione europea.
3. Rafforzare la capacità di alfabetizzazione nella salute mentale sviluppando raccomandazioni politiche e strumenti di intervento mirati ai gruppi vulnerabili e alla lotta allo stigma.
4. Contribuire ad aumentare l'accesso a pratiche basate sull'evidenza e ad approcci innovativi di monitoraggio, promozione e prevenzione per gestire le condizioni di salute mentale nelle comunità.
5. Migliorare i sistemi di monitoraggio della salute mentale per accrescere la consapevolezza sui disturbi mentali, garantire l'individuazione precoce degli individui a rischio e orientare decisioni basate sui dati.
6. Ridurre le disuguaglianze sociali nella popolazione rivolgendosi alle persone con problemi di salute mentale
7. Promuovere metodi per valutare e implementare approcci MHIAP (Mental Health in All Policies) a livello nazionale e regionale
8. Identificare interventi basati sull'evidenza per la promozione e la prevenzione dei problemi di salute mentale nelle popolazioni vulnerabili e nella popolazione generale
9. Supportare pratiche inclusive e orientate alla guarigione (recovery) nella cura delle persone con disturbi mentali.
10. Implementare approcci personalizzati e integrati per la salute mentale.

2.1. Scopo di questo documento

Questo documento costituisce il Report sullo Scambio di Conoscenze del Deliverable 5.4.2 "Definizione del percorso di cura integrato" per la JA Mental Health Together – MENTOR Task 5.4. In base ai dati raccolti dal rapporto D.5.4.1 e contenuti nel Report sullo Scambio di Conoscenze, la definizione degli elementi essenziali del percorso di cura integrato nella salute mentale coinvolge tre pilastri fondamentali:

1. membri dell'equipe multidisciplinare per la valutazione iniziale;
2. strumenti di test e questionari per valutare gli esiti clinici e personali;
3. formato standardizzato per la pianificazione e il monitoraggio degli interventi socio-sanitari integrati.

Il presente Report sullo scambio di conoscenze include le informazioni raccolte tra gli Stati Membri coinvolti nel task. La bozza di questo documento sarà pubblicata sul sito web della Joint Action (JA). Gli stakeholder (come centri clinici di salute mentale, persone con esperienza vissuta, ONG, comuni, ecc.) saranno invitati a fornire feedback e suggerimenti. Tutti i contributi saranno revisionati dal Panel per eventuali modifiche, fino alla finalizzazione del documento. Il documento definitivo sarà tradotto in tutte le lingue europee degli Stati membri, per garantirne una più ampia accessibilità e comprensione.

2.2. Task 5.4

2.2.1. Descrizione del task

Percorso integrato di cura per promuovere l'inclusione sociale e la qualità di vita delle persone con disturbi di salute mentale.

La personalizzazione è un elemento chiave delle politiche sanitarie, come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Si fonda sulla concezione di un sistema di assistenza sanitaria centrato su principi e diritti umani, quali equità, partecipazione, autodeterminazione e non discriminazione. Ciò significa prendersi cura dei pazienti secondo una prospettiva centrata sulla persona, ascoltandone i bisogni e riconoscendone le capacità e la libertà di scelta in relazione alla propria salute. Un approccio centrato sulla persona consente a diversi settori di lavorare insieme, mettendo a sistema le risorse disponibili e competenze differenti, per rispondere in modo complessivo ai bisogni della persona.

Il task 5.4 supporta i partner partecipanti nella definizione e nell'implementazione, nei rispettivi Paesi, di percorsi integrati di cura per le persone con disturbi mentali e nella

produzione di raccomandazioni per promuovere la salute e l'integrazione sociale. Politiche pubbliche, diverse fonti di finanziamento, servizi sanitari, educativi e sociali, differenti risorse professionali, ecc. collaboreranno in stretta integrazione e in un rapporto di partenariato. L'obiettivo di questo intervento sinergico è la recovery e la piena inclusione nella comunità delle persone con disturbi di salute mentale.

Attraverso la metodologia innovativa del budget di salute, i servizi sanitari e sociali lavorano insieme per offrire interventi integrati nelle seguenti quattro aree: salute, abitare, inserimento lavorativo, affettività/sociabilità/competenze di vita e relazionali. Ogni persona è accompagnata lungo un progetto individuale personalizzato, definito in base ai suoi specifici bisogni e preferenze e valorizzando le risorse pubbliche/private/personali disponibili. L'empowerment della persona è garantito dal suo pieno coinvolgimento e consenso in ogni fase del processo di negoziazione e decisione.

La disponibilità o l'assenza di risorse economiche/materiali (ad es. casa, reddito, pensione, stipendio, rendita...) e di risorse/asset informali (titoli di studio, supporto familiare, rete sociale, competenze personali...) viene presa in considerazione nella definizione dei bisogni della persona e del budget di salute. Quest'ultimo è definito come l'insieme delle risorse disponibili dell'individuo e del suo contesto, nonché l'elenco delle risorse/interventi che i servizi integrati garantiscono o mettono a disposizione durante il progetto personalizzato. Il progetto viene monitorato, valutato periodicamente e aggiornato di conseguenza.

Durante il task, i dati e le informazioni riguardanti le politiche pubbliche e l'organizzazione dei servizi di salute mentale vengono raccolti dai Paesi partecipanti e analizzati. Le persone con esperienza vissuta saranno attivamente incluse nel team multidisciplinare incaricato di valutare i dati raccolti e di definire le componenti chiave del percorso integrato di presa in carico sanitaria e sociale che sarà implementato in alcuni Stati membri.

Il budget di salute è stato finora sperimentato in diversi Paesi, tra cui Regno Unito, Belgio, Danimarca, Italia, Finlandia, Austria, Francia, Svezia, Germania, Australia e Stati Uniti, attraverso differenti tipologie di programmi, che variano in base a criteri di inclusione legati ai servizi commissionati o al grado di scelta della persona. L'obiettivo principale della maggior parte dei programmi era promuovere l'autonomia e la vita indipendente, mentre altri programmi si sono concentrati maggiormente sul miglioramento del sistema di cura del caregiver.

Il task 5.4 collabora strettamente con il task 5.3 per supportare l'implementazione di questo approccio integrato, attraverso il coinvolgimento attivo di diversi settori del sistema

sanitario pubblico, sociale ed educativo. I partner di progetto trasferiscono l'esperienza e le conoscenze acquisite ad altri Stati membri, attraverso i seguenti quattro principali output:

- Report sullo scambio di conoscenze (D.5.4.1), pubblicato su: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- Definizione del percorso integrato di cura (ICP) (D.5.4.2) con focus sulle persone vulnerabili: il presente report;
- Linee guida e materiale formativo (D.5.4.3) rivolti ai professionisti della salute mentale;
- Raccomandazioni di policy (D.5.4.4) rivolte ai decisori politici nazionali.

2.2.2. Struttura del task

Il Task 5.4 di JA MENTOR si articola in 4 subtask: diffusione e analisi della survey (5.4.1), definizione del percorso integrato di cura (5.4.2), implementazione pilota e monitoraggio del percorso integrato di cura (5.4.3) e definizione e diffusione di politiche di salute mentale basate sulla comunità (5.4.4).

Il Task 5.4 prevede un task leader (Istituto Superiore di Sanità, Italia), responsabile del raggiungimento dei deliverable e degli obiettivi del task. Ventuno Stati membri partecipano al Task 5.4.

2.2.3. Impostazione del task

Il Task 5.4 presenta un'ampia copertura geografica in Europa (22 istituzioni in 10 Paesi): Cipro (SHSO-MHS), Danimarca (RSD), Estonia (MOSA), Germania, Islanda (PHCI), Italia (ISS, ProMIS, ASL di Torino, UNIMIBI, Regione Lombardia), Polonia (NHF), Romania (NCMHFAD), Spagna (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) e Ucraina (PHC).



Tutti i Paesi, ad eccezione di Islanda, Germania e Danimarca, partecipano attivamente al Pacchetto di lavoro (WP) e pertanto forniscono un'analisi più approfondita della situazione attuale e delle sfide correlate.

Ciascuna istituzione partecipante e ciascun Paese/regione contribuiscono al Task con competenze ed esperienze preziose e complementari. I partner dispongono delle capacità,

qualifiche e risorse necessarie per realizzare il Task in modo efficace. Inoltre, possiedono i mandati legali e tecnici appropriati per implementare le attività del Task a livello nazionale.

2.3. Contatti

2.3.1. Contatti del coordinatore

Nome del contatto	Ruolo nel progetto	E-mail
Maria Luisa Scattoni	Coordinatore del Task 5.4	marialuisa.scattoni@iss.it

2.3.2 Principali collaboratori e contatti del Task 5.4

Nome del contatto	Istituzione	E-mail
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsr.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus

Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB- IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB- IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB- IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Senate of Bremen/Health Ministry	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	anna.casellas1@uvic.cat
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.1. Report di scambio delle conoscenze

Il presente report di scambio di conoscenze raccoglie il lavoro di un Panel composto da rappresentanti di ministeri, agenzie pubbliche, professionisti della salute mentale e del lavoro sociale, comuni e Persone con Esperienza Vissuta degli Stati membri, svolto durante il primo anno della Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR).

3. Un Percorso di Cura Integrato europeo con un approccio incentrato sulla persona per promuovere l'inclusione sociale e la qualità di vita delle persone con disturbi di salute mentale

3.1. Premessa

La salute mentale è un obiettivo primario delle politiche e dei finanziamenti europei, e il principale scopo di un sistema sanitario moderno ed efficace è individuare le metodologie e gli strumenti più efficienti possibili.

Una corretta gestione dei disturbi mentali gravi comporta inoltre una sostanziale riduzione dell'impatto sociale ed economico che tali disturbi impongono al sistema.

Le evidenze scientifiche dimostrano l'importanza di garantire interventi adeguati in contesti di comunità per le persone con disturbi mentali gravi. Questo approccio previene ricoveri ospedalieri e istituzionalizzazioni non necessarie, spesso non risolutive, soprattutto se protratte nel tempo. Per rispondere efficacemente alla complessità dell'assistenza in salute mentale, è essenziale creare condizioni strutturali e contesti innovativi che integrino politiche e risorse sanitarie con quelle dei servizi sociali e di comunità.

In questa prospettiva, è fondamentale la capacità di una comunità di offrire risposte che integrino i bisogni di salute con quelli educativi, lavorativi, abitativi e di partecipazione alla vita della comunità. Sperimentare percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale per le persone con disturbi mentali gravi, spesso marginalizzate nei mercati del lavoro, dell'abitare e socio-culturali, è una priorità.

In Europa, gli interventi integrati sociali e sanitari sono regolati da legislazioni e quadri strategici nazionali e regionali e comprendono l'assistenza a minori con disturbi neuropsichiatrici, persone con disturbi mentali, disabilità, dipendenze, HIV/AIDS e disturbi dello spettro autistico. Si tratta di diritti esigibili dei cittadini, finalizzati a recuperare e/o mantenere e potenziare l'autonomia individuale, contrastare istituzionalizzazione e segregazione ed evitare il trasferimento delle responsabilità di cura a terzi, promuovendo il coinvolgimento della persona e della comunità.

Negli ultimi anni, un interesse crescente si è concentrato sulle esperienze di integrazione territoriale realizzate attraverso il modello organizzativo del "Budget di salute", una delle proposte più avanzate e innovative per integrare l'assistenza sanitaria con i sistemi di comunità nell'ambito della salute mentale in Europa.

Il Budget di Salute combina risorse economiche, professionali, umane e relazionali necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali di supporto che favoriscano l'inclusione sociale. È uno strumento generativo a sostegno di Progetti di Vita personalizzati che garantiscono il diritto alla salute attraverso interventi socio-sanitari altamente integrati e flessibili. Il modello trasforma inoltre la rete dei servizi, orientando la riallocazione delle risorse, contrastando nuove forme di istituzionalizzazione e individuando opportunità di inclusione socio-economica e abitativa.

Il modello del Budget di Salute è oggi in espansione nelle regioni italiane, sebbene in modo disomogeneo, con esperienze che differiscono per aspetti tecnici, professionali e amministrativi, modalità di finanziamento, volumi di sperimentazione e durata.

Il suo scopo principale è promuovere e rilanciare l'assistenza territoriale in salute mentale, assumendo la comunità come quadro di riferimento, tutelando i diritti umani e la dignità delle persone con problemi di salute mentale, incoraggiando, ove possibile, una presa in carico inclusiva e partecipativa e migliorando la qualità e la sicurezza dei servizi a beneficio dei pazienti, delle loro famiglie e degli operatori.

Le presenti linee guida strategiche possono essere considerate applicabili, con specifici adattamenti e opportuni aggiustamenti, a tutti i progetti rivolti a persone con bisogni socio-sanitari complessi, per le quali risultano appropriati interventi di empowerment e di sviluppo.

Un esempio nazionale sviluppato in Italia (Linee guida strategiche: Progettare il Budget di Salute con un approccio centrato sulla persona – Proposta di elementi qualificanti), che fornisce orientamenti amministrativi e operativi per l'implementazione del Budget di Salute, è stato tradotto e pubblicato sul sito web di JA MENTOR ed è disponibile al seguente link:

<https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Esperienze con la metodologia del budget di salute

Per introdurre l'argomento, è stata condotta una revisione della letteratura internazionale e sono state raccolte documentazioni provenienti dalle Regioni e Province Autonome al fine di identificare le "Best Practices" in preparazione di una Consensus Conference nazionale.

La revisione sistematica della letteratura internazionale ha identificato 29 pubblicazioni relative al Budget di Salute in contesti di salute mentale, sia da una prospettiva qualitativa

sia quantitativa. Ha sintetizzato le evidenze più recenti su interventi, esiti e costo-efficacia del Budget di Salute per le persone con disturbi di salute mentale. Dei 29 studi internazionali selezionati, che hanno coinvolto complessivamente circa 11.541 utenti, familiari e professionisti, undici studi sono stati condotti nel Regno Unito, 11 negli Stati Uniti d'America, 6 in Italia e uno in Australia, nel periodo compreso tra aprile 2013 e settembre 2021. Gli studi inclusi nella revisione sistematica evidenziano alcune limitazioni che rendono difficile generalizzare i risultati. In primo luogo, la distribuzione dei Paesi rappresentati è riferita quasi esclusivamente al mondo occidentale. Inoltre, il confronto dei Budget di Salute tra Paesi è complesso a causa delle significative differenze tra i rispettivi sistemi sanitari. In secondo luogo, molti studi hanno campioni di piccole dimensioni, un disegno prevalentemente qualitativo, non utilizzano strumenti validati per misurare gli esiti e la qualità degli studi non è sempre soddisfacente. In terzo luogo, i campioni degli studi inclusi non sono sempre rappresentativi della popolazione oggetto di studio e spesso manca una descrizione esaustiva dei fenotipi clinici dei pazienti. Infine, le informazioni sulle risorse economiche impiegate nel Budget di Salute sono frequentemente omesse. Tenendo conto di tali limitazioni, è possibile trarre alcune conclusioni generali. Sono stati confermati esiti positivi per le persone con disturbi di salute mentale che utilizzano il Budget di Salute, in particolare in termini di scelta e controllo del paziente sul proprio percorso di recovery. L'uso del Budget di Salute per queste persone ha mostrato diversi benefici, tra cui empowerment dell'utente, maggiore coinvolgimento degli stakeholder, partecipazione di caregiver e operatori nella definizione del Budget di Salute e accesso tempestivo e appropriato ai trattamenti. Inoltre, diversi studi indicano che gli utenti hanno espresso soddisfazione rispetto all'implementazione dei Budget di Salute.

Inoltre, in Italia, il Budget di Salute ha migliorato gli esiti clinici degli utenti, la qualità della vita, il coinvolgimento in attività lavorative retribuite e le esperienze di inserimento lavorativo e vita indipendente, con effetti positivi estesi all'intera famiglia e alla rete di supporto. Le evidenze hanno mostrato che il Budget di Salute ha determinato cambiamenti significativi nell'utilizzo delle risorse e negli approcci di intervento personalizzati, con conseguenti risparmi di costo per le famiglie e per i Servizi Sanitari Nazionali. Tuttavia, in diversi studi sono emerse preoccupazioni circa l'applicazione del Budget di Salute. Le famiglie hanno ritenuto impegnative e stressanti la gestione e le procedure del Budget di Salute, così come la sua implementazione con i professionisti, arrivando a sentirsi meno coinvolte nella cura del proprio congiunto. In alcuni studi, i professionisti hanno percepito la gestione del Budget di Salute come un ulteriore carico di lavoro.

La ricchezza delle esperienze ha messo in luce pratiche e concezioni diverse del Budget di Salute, rispecchiando le culture e i bisogni dei contesti locali e processi sviluppatasi storicamente, in particolare per quanto riguarda la salute mentale in relazione alla chiusura degli ospedali psichiatrici. Tuttavia, dalle esperienze mappate è emersa la necessità di promuovere il modello del Budget di Salute per favorire cambiamenti organizzativi trasversali nei servizi di welfare.

Dal punto di vista regolatorio, è emersa inoltre la necessità di coordinare e integrare le disposizioni del Codice dei Contratti Pubblici e del Codice del Terzo Settore con pratiche amministrative in grado di raggiungere gli obiettivi del Budget di Salute. Le pratiche sanitarie e sociali dovrebbero essere flessibili e consentire la riconfigurazione dei servizi per rafforzare la personalizzazione, permettendo valutazioni rischio/beneficio e un uso innovativo delle risorse dei servizi e della comunità, centrato sulla persona.

Pertanto, è essenziale definire procedure amministrative che consentano flessibilità e innovazione nell'applicazione di questo modello. La strategia progettuale è quindi orientata a rendere il Budget di Salute sempre più chiaro e consolidato nelle pratiche dei servizi, promuovendone l'utilizzo e una corretta applicazione a livello regionale.

La Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) mira a promuovere la salute mentale e il benessere condividendo esperienze lungo un ampio spettro, dalle iniziative politiche alle pratiche cliniche e professionali. Integra best practices basate su evidenze e le adatta in un'ottica di sostenibilità a lungo termine, con l'obiettivo di migliorare gli esiti di salute mentale sia a livello individuale sia di popolazione.

Nell'ambito di questa iniziativa, un task dedicato è incentrato sul **Percorso Integrato di Cura per Promuovere l'Inclusione Sociale e la Qualità della Vita delle Persone con Disturbi di Salute Mentale (MHDs)**. In questo quadro, è stato sviluppato il Knowledge Exchange Report (disponibile al seguente link: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>) con l'obiettivo principale di valutare i bisogni delle popolazioni locali, i servizi disponibili e le politiche pertinenti. Tale valutazione è stata condotta da un Panel multidisciplinare composto da rappresentanti di ministeri, agenzie pubbliche, professionisti della salute mentale e del lavoro sociale, comuni e persone con esperienza vissuta.

Le attività che hanno portato al report sono iniziate con una valutazione dettagliata di bisogni, servizi e politiche relative alla salute mentale nei Paesi e nelle regioni partecipanti. Il Panel, rappresentativo sia del settore pubblico sia di quello privato, ha guidato la revisione complessiva dei quadri esistenti e dei servizi che supportano le persone con MHDs.

Un elemento chiave di questo processo è stato il co-design di una survey, sviluppata congiuntamente dai partner. La survey mirava a raccogliere informazioni cruciali in tre principali aree:

1. I bisogni, i suggerimenti e le sfide identificati dalle popolazioni locali;
2. Le caratteristiche dei servizi sociali e sanitari dedicati alle persone con MHDs;
3. Le politiche nazionali esistenti relative ai percorsi integrati socio-sanitari.

Tutti i partecipanti attivi e gli osservatori hanno progettato e affinato la **“Survey on Defining an Integrated Care Pathway for Promoting Social Inclusion and Quality of Life of People with Mental Health Disorders”**, prodotta in inglese e tradotta/adattata in italiano, spagnolo, ucraino e polacco.

Il sondaggio includeva le seguenti sezioni:

- Parte 1 – Organizzazione dei servizi sanitari e sociali / sistemi di salute mentale e assistenza sociale
- Parte 2 – Tipologie di interventi erogati
- Parte 3 – Benefici e meccanismi di finanziamento
- Parte 4 – Sistemi informativi del settore salute mentale e sociale
- Parte 5 – Budget di Salute: politiche nazionali ed esperienze locali
- Parte 6 – Strutturazione del Budget di Salute
- Parte 7 – Esperienze locali con Budget di Salute e presa in carico integrata socio-sanitaria
- Parte 8 – Punti di forza e criticità del sistema attuale

In totale, 401 partecipanti hanno avuto accesso alla survey e il 67% (n = 268) l'ha completata totalmente o parzialmente. Le risposte sono state raccolte da:

- 176 in Ucraina
- 39 in Italia
- 34 in Spagna
- 12 in Polonia
- 1 ciascuno da Estonia, Germania, Romania e Lettonia

La valutazione dei bisogni, dei servizi e delle politiche di salute mentale nei Paesi e nelle regioni partecipanti, insieme ai risultati della survey presentati nel Knowledge Exchange Report, ha costituito la base di questo documento.

3.3. Un'applicazione europea per il budget di salute personalizzato

Il Budget di Salute è una metodologia innovativa in cui i servizi sanitari e sociali lavorano insieme per offrire interventi integrati nelle seguenti aree:

- Affettività/socialità/competenze di vita e relazionali
- Educazione – formazione – inserimento lavorativo
- Abitare

Ogni persona è accompagnata attraverso un progetto individuale personalizzato, definito in base ai suoi bisogni e preferenze specifici e valorizzando le risorse pubbliche/personali/private disponibili.

L'empowerment personale dovrebbe essere sostenuto attraverso il coinvolgimento della persona e il consenso informato in ogni fase, con un supporto adeguato a garantire una partecipazione significativa quando il processo decisionale risulta difficoltoso.

3.4. Passare da pacchetti di servizi standardizzati a un supporto personalizzato

Le persone con condizioni di salute mentale co-progettano piani di cura personalizzati e orientati alla recovery e scelgono servizi in linea con i propri bisogni, preferenze e obiettivi di vita, con il supporto di un'azione coordinata a livello micro, meso e macro, promuovendo autonomia e inclusione nella comunità.

Azioni progettate per rispondere all'evoluzione di **bisogni, preferenze e aspirazioni** della persona, tenendo conto del suo specifico profilo funzionale, del contesto ambientale e degli obiettivi personali.

L'integrazione degli interventi clinici, educativi, sociali e relazionali richiede coerenza tra i servizi e continuità nel tempo.

Strumento dinamico che orienta traiettorie di cura personalizzate, rafforza la partecipazione e promuove **autonomia e qualità della vita** lungo tutto l'arco della vita.

4. COMPONENTI CHIAVE del percorso di cura integrato

Di seguito sono riportati gli elementi qualificanti, che devono tutti coesistere per definire il Budget di Salute, insieme agli elementi operativi, che includono adeguati percorsi e strumenti amministrativi. Queste due aree devono procedere di pari passo. Per garantire l'unitarietà del processo e la piena implementazione dei percorsi di Budget di Salute, è necessario creare punti di convergenza tra le componenti clinico-assistenziali e quelle amministrative.

4.1. Team multiprofessionale

Il Budget di Salute si rivolge alle persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali che presentano bisogni socio-sanitari complessi¹. Al centro del Budget di Salute vi è la persona, considerata nel proprio contesto di comunità e nella globalità delle sue risorse, dei bisogni socio-sanitari, delle relazioni e degli obiettivi, rispetto ai quali può esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione. Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati finalizzati a promuovere la permanenza della persona nell'abitazione da lei scelta, coinvolgendo diversi stakeholder della comunità.

Il Budget di Salute è governato e coordinato a livello pubblico per garantire una reale integrazione socio-sanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, che può essere avviata anche dalla persona e/o dal suo rappresentante legale, deve essere presentata da un professionista dei servizi sanitari, socio-sanitari o sociali responsabile del caso. Esso mira a rafforzare la persona, attuandone pienamente i diritti e valorizzandone le responsabilità civiche. I servizi sanitari e sociali operano in modo integrato, in conformità con la normativa nazionale e/o regionale. I servizi sanitari garantiscono l'assistenza clinica e la continuità delle cure, mentre i servizi sociali assicurano l'accesso ai diritti sociali, alle prestazioni e ai servizi di supporto territoriale. L'équipe multiprofessionale rappresenta il contesto operativo per la valutazione congiunta, la co-progettazione e il monitoraggio. Il case manager coordina il processo.

La componente sociale garantisce i diritti e i doveri di cittadinanza, mentre la componente sanitaria tutela il diritto alla salute, e entrambe contribuiscono al diritto al rafforzamento della persona. Ciascun servizio opera nel rispetto delle proprie normative per l'erogazione

¹ I bisogni sociali e sanitari complessi si riferiscono a situazioni in cui la gravità clinica e/o la presenza di condizioni concomitanti si associano a una compromissione del funzionamento e a rilevanti vulnerabilità sociali (ad es. instabilità abitativa, disoccupazione, difficoltà economiche, isolamento sociale). La complessità è pertanto multidimensionale e richiede interventi coordinati, multiprofessionali e intersettoriali.

degli interventi. L'équipe socio-sanitaria, composta da almeno un professionista sanitario, uno socio-sanitario e uno sociale, deve includere il contributo della persona, dell'eventuale tutore/amministratore di sostegno nominato secondo il relativo mandato e, su richiesta della persona, di altre figure significative. Questo assetto garantisce che la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed eserciti il proprio diritto all'autodeterminazione nella presa in carico condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita, nel quale può investire consapevolmente le proprie risorse, incluse quelle economiche.

Il team multiprofessionale dovrebbe essere composto come segue:

- **Componente sanitaria:** almeno un professionista sanitario o socio-sanitario responsabile della presa in carico della persona, tenendo conto di eventuali comorbidità specifiche.
- **Componente sociale:** un assistente sociale dell'Autorità Locale, insieme ad altri professionisti educativi o sociali coinvolti nel supporto alla persona.

Nella survey MENTOR 5.4, in risposta alla domanda "È presente un team multiprofessionale per valutare il funzionamento psicosociale e sviluppare il piano di cura?", la maggior parte dei Paesi ha dichiarato di disporre di un team di questo tipo. Tra i professionisti che più frequentemente ne fanno parte figurano psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, medici di medicina generale, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione e altri.

Il team multiprofessionale dovrebbe includere almeno un professionista della componente sanitaria e almeno uno della componente sociale.

Sulla base del report, tra i professionisti suggeriti per la componente sanitaria rientrano uno psichiatra, uno psicologo e un infermiere, mentre per la componente sociale è raccomandato un assistente sociale.

La persona con disturbi di salute mentale dovrebbe essere SEMPRE un membro centrale del team e guidare le decisioni in base alle proprie preferenze; i caregiver sono coinvolti solo se e nella misura in cui la persona lo sceglie. La partecipazione è garantita attraverso processi decisionali condivisi, pianificazione anticipata, autogestione supportata e una presa in carico centrata sulla persona e orientata alla recovery.

4.2. Valutazione e strumenti multidimensionali

L'approccio orientato al rafforzamento della persona mira a costruire una relazione di fiducia per condurre una valutazione dei bisogni e delle risorse multiprofessionale e multidimensionale e definire il Budget di Salute. Tale valutazione deve essere effettuata

attraverso una relazione e un dialogo con la persona, utilizzando strumenti validati e standardizzati, ed esplorando tutte le seguenti aree:

- Area clinica
- Area del funzionamento psicosociale
- Area dei bisogni e delle risorse personali e di comunità
- Area della qualità della vita

Dopo la diagnosi e la definizione del piano di cura, a ciascuna persona dovrebbe essere offerta la possibilità di sviluppare un progetto di vita, personalizzato e riferito a tutte le aree pertinenti. Se la persona presta consenso, il professionista dovrebbe avviare la definizione del piano di cura e programmare un incontro con la persona e con il team multiprofessionale, composto da almeno un professionista sanitario e un professionista dell'assistenza sociale.

Il Percorso Integrato di Cura dovrebbe basarsi sulle preferenze della persona. Il processo inizia con una valutazione della condizione clinica e del profilo funzionale. Successivamente, il team multiprofessionale dovrebbe valutare i bisogni e le preferenze della persona. Infine, il team dovrebbe definire gli interventi nelle aree individuate (salute, abitare, formazione/istruzione/inserimento lavorativo, apprendimento/socializzazione/affettività) e prioritarie per la persona. Inoltre, il percorso dovrebbe riconoscere che le crisi di salute mentale possono avere un impatto sulla famiglia e sulle reti sociali; pertanto, saranno selezionati interventi sociali a supporto della persona nella gestione dei ruoli familiari e sociali.

Dovrebbe essere individuato il case manager (facilitatore) e dovrebbero essere valutate le risorse personali e di comunità della persona, tenendo conto del profilo clinico e dei servizi disponibili nel Paese. In questa fase può essere definito il Budget di Salute.

4.2.1. Definizione del Budget di Salute tramite APPROCCIO di CO-PROGRAMMAZIONE e CO-GESTIONE

La fascia d'età target comprende persone di età pari o superiore a 18 anni, con la possibilità di includere soggetti più giovani nella fase di transizione, qualora ciò sia richiesto e clinicamente e sul piano sociale appropriato.

La riunione del team multidisciplinare include la persona con disturbi di salute mentale per la valutazione di:

- condizioni cliniche

- profilo di funzionamento
- qualità della vita.

L'incontro è seguito da un processo di pianificazione condivisa, articolato nelle seguenti fasi:

1. Comprendere i bisogni e le preferenze della persona.
2. La persona richiede interventi in specifiche aree quali salute, abitare, formazione/inserimento lavorativo, istruzione, socializzazione e affettività.
3. Definire gli interventi nelle aree selezionate/suggerite da ciascun soggetto (co-creazione).
4. Individuare le risorse personali e di comunità disponibili.
5. Individuare il case manager (facilitatore) nell'area di maggiore rilevanza.
6. Definire il Budget di Salute e sottoscriverlo.

Per supportare sia la valutazione sia il processo di pianificazione condivisa, è stato utilizzato un set di strumenti standardizzati. Gli strumenti sono stati selezionati in modo da essere gratuiti, disponibili in più lingue ove possibile e già utilizzati nella pratica clinica degli Stati membri.

La letteratura scientifica suggerisce l'utilizzo dei seguenti strumenti per valutare le condizioni cliniche, la salute mentale e il funzionamento psicosociale (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS- ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+);

La letteratura scientifica suggerisce l'utilizzo dei seguenti strumenti per valutare il funzionamento globale, la disabilità e la compromissione funzionale (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

La letteratura scientifica suggerisce l'utilizzo dei seguenti strumenti per valutare la qualità della vita (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life) disponibile in diverse lingue:
<https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Intervento personalizzato e integrato

Definire gli interventi nelle aree selezionate/suggerite per ciascuna persona, tenendo conto anche dei bisogni e delle preferenze individuali:

- Salute
- Abitare
- Formazione/Istruzione/Inserimento lavorativo
- Apprendimento/Socializzazione/Affettività

Definire l'obiettivo principale degli interventi (a breve e lungo termine), giorni/ore, professionisti coinvolti, risorse disponibili, indicatori per il monitoraggio.

Gli interventi elencati di seguito sono stati individuati principalmente a partire dalla survey MENTOR 5.4 (Parte 2: *Tipologie di interventi erogati*), che ha mappato le pratiche attuali nei diversi Stati membri/regioni partecipanti. I risultati della survey sono stati affinati attraverso discussioni del Panel e successivamente organizzati nei quattro domini del Budget di salute personalizzato. Gli interventi dovrebbero essere selezionati dal seguente elenco:

Intervento sanitario	Intervento abitativo	Intervento di formazione/istruzione /occupazione	Intervento di apprendimento/socializzazione/affettività
Terapia ambulatoriale	Abitare supportato o soluzioni di residenzialità assistita	Servizi di supporto occupazionale	Programmi di inserimento lavorativo supportato
Assistenza psichiatrica in regime di ricovero	Addestramento alle abilità di vita indipendente	Programmi di formazione professionale	Addestramento alle abilità sociali
Gestione/monitoraggio della terapia farmacologica	Programmi di transizione abitativa	Collocamento e inserimento lavorativo	Supporto ai caregiver
Intervento psicologico	Strutture residenziali a lungo termine	Laboratori di sviluppo delle competenze	Assistenza abitativa o soluzioni di abitare supportato
Terapia culturale e creativa	Assistenza abitativa d'emergenza	Programmi di istruzione supportata	Gruppi di supporto tra pari

Supporto psicologico	Housing first	Tirocini o apprendistati con supporto per la salute mentale	Programmi di integrazione nella comunità
Day-hospital	Altro	Cooperative e imprese sociali	Programmi per l'autonomia personale
Programma di riabilitazione di comunità		Programmi ricreativi associativi	Banche del tempo o programmi di volontariato
Promozione della salute mentale di comunità		Programmi di mentoring o job coaching	Programma culturale di comunità
Monitoraggio della salute fisica		Programmi di transizione per giovani	Altro
Servizi di intervento in crisi		Altro	
Intervento familiare			
Programmi di prevenzione del suicidio			
Interventi mirati per gruppi specifici			
Altro			

Il Budget di Salute integra il percorso di cura della persona con il suo progetto di vita. Sulla base delle valutazioni condotte in tutte le aree di intervento (abitare/ambiente di vita, istruzione/lavoro, socializzazione e apprendimento/espressione/comunicazione), viene sviluppato congiuntamente con la persona, tenendo conto delle sue preferenze, un "Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato". Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato definisce azioni e obiettivi per ciascuna area e, in quanto percorso di cura orientato alla recovery, evolve insieme al progetto di vita.

4.4. Definizione del Budget di Salute Personalizzato

Poiché esistono diverse modalità per presentare i risultati, il team multiprofessionale dovrebbe illustrare tali opzioni e individuare l'approccio più appropriato per garantire che la persona ottenga i massimi benefici e finanziamenti. I professionisti dovrebbero identificare le risorse disponibili nella comunità e, qualora siano previste prestazioni specifiche, fornire alla persona le informazioni pertinenti. Insieme alla persona, dovrebbero essere analizzate le barriere di accesso. Insieme alla persona dovrebbero essere analizzate le barriere di accesso. La presenza di un case manager può facilitare la richiesta di finanziamento, ma può risultare complesso per le persone che devono innanzitutto sapere come richiedere l'assegnazione di un case manager.

Il team multiprofessionale è composto da un **professionista sanitario dei Servizi di Salute Mentale** e da un **assistente sociale del comune**.

Il team dovrebbe:

- **identificare le risorse disponibili** (professionali, personali, economiche, ecc.)
- **selezionare le opzioni più appropriate** con ciascuna persona e **facilitarne l'accesso**

4.4.1. Sfide nello sviluppo del Budget di Salute

Come descritto nel *Knowledge Exchange Report*, le principali sfide nello sviluppo dei Budget di Salute Personali sono strettamente legate alle differenze tra **contesti operativi, fonti di finanziamento e sistemi sanitario-sociali**. In Italia e in Spagna, ad esempio, i Budget di salute personalizzati devono funzionare trasversalmente tra centri di salute mentale di comunità, servizi sociali e comuni, ciascuno con proprie regole e priorità, rendendo difficile il coordinamento tra i diversi setting. Ucraina, Polonia, Romania e Lettonia affrontano una frammentazione simile, ma aggravata da infrastrutture di comunità più deboli: in questi casi i Budget di salute personalizzati devono fare da ponte tra servizi ospedalieri, assistenza sociale ancora limitata e, spesso, supporto familiare informale.

Anche i flussi di finanziamento differiscono: in alcune aree di Italia e Spagna le risorse provengono principalmente dai bilanci sanitari regionali e dai comuni, mentre in Paesi come Polonia, Romania o Ucraina occorre combinare prestazioni sociali, pensioni di invalidità e fondi progettuali occasionali, generando incertezza e disuguaglianze nell'accesso. Germania ed Estonia illustrano un ulteriore livello di complessità, in cui i Budget di salute personalizzati (o strumenti analoghi) devono inserirsi in sistemi basati in

larga parte sull'assicurazione sanitaria e su schemi separati di assicurazione sociale, richiedendo accordi tra assicurazioni, servizi sociali e autorità locali.

Nel complesso, in Ucraina, Italia, Spagna, Polonia, Estonia, Germania, Lettonia e Romania, i Budget di salute personalizzati incontrano ostacoli meno legati all'idea in sé che alla necessità di collegare contesti di servizio molto differenti, conciliare fonti di finanziamento multiple e instabili e orientarsi tra sistemi di sanità e protezione sociale eterogenei, che spaziano da modelli pubblici finanziati dalla fiscalità generale a modelli basati su assicurazioni.

JA MENTOR promuoverà il benchmarking tra Paesi per identificare soluzioni di implementazione trasferibili tra Paesi/regioni con sistemi di sanità e protezione sociale simili, producendo opzioni pratiche in grado di supportare altri Paesi nel rafforzamento e nella diffusione su scala dei Budget di salute.

4.5. Identificazione del Case Manager

Per rendere operativo il Budget di Salute è necessario acquisire il consenso, espresso attraverso un accordo firmato dalla persona, nel quale sono dettagliati gli obiettivi e gli impegni di tutte le parti coinvolte. Tale accordo costituisce parte integrante del Budget di Salute.

Durante la fase di attuazione, il Budget di Salute deve essere costantemente monitorato e riesaminato dall'équipe socio-sanitaria, almeno con cadenza annuale, con la partecipazione attiva della persona. Il processo di monitoraggio e revisione è coordinato dal Case Manager individuato nella fase di pianificazione. In sede di revisione vengono considerati anche gli indicatori di esito.

Per consentire l'applicazione del Budget di Salute e garantire la qualità del processo, favorendone al contempo l'adozione in tutte le aree territoriali, è essenziale definire un piano strategico ampio e capillare, basato sugli elementi qualificanti e operativi concordati dal Gruppo di Lavoro. Tale piano dovrebbe includere anche un'adeguata raccolta di informazioni strategiche essenziali.

Più nello specifico, è necessario condividere il documento strategico contenente le linee di indirizzo attraverso un accordo formale in sede di Conferenza Unificata, con l'impegno delle Regioni e delle Province Autonome ad adottarne i contenuti mediante propri provvedimenti e/o piani attuativi. Inoltre, dovrebbe essere istituito un sistema nazionale di

monitoraggio periodico, con modalità strutturate di implementazione mediante indicatori di qualità di processo e di esito in termini di qualità della vita.

- a) Nominato nell'ambito in cui si concentra la maggior parte degli interventi (sanitario o sociale).
- b) Definisce chiaramente il proprio ruolo informando la persona sui benefici disponibili e facilitandone l'accesso, avvalendosi di un approccio di *Motivational Interviewing* per favorire l'ingaggio e la partecipazione attiva.

4.5.1. Letteratura recente sul Case Manager: funzioni e ruoli chiave

I case manager forniscono una gamma di supporti, tra cui sostegno relazionale, continuità, validazione, connessione sociale, supporto nelle attività della vita quotidiana e assistenza in ambito formativo e lavorativo. Tali supporti sono personalizzati in base ai bisogni specifici delle persone che utilizzano i servizi di salute mentale, ponendo l'accento sulla costruzione della relazione, sul riconoscimento/rafforzamento della persona e su un coinvolgimento costante come funzioni centrali (Fitzgerald et al., 2024). I case manager svolgono inoltre un ruolo di coordinamento dei servizi, aiutando le persone a orientarsi in sistemi complessi per accedere ad alloggio, benefici, assistenza sanitaria e supporto sociale, operando spesso in contesti di comunità (Kim et al., 2020).

4.5.2. Funzioni principali del Case Manager

I case manager per le persone con bisogni di salute mentale sono responsabili di una serie di attività di supporto, tra cui:

- Coordinare l'attuazione del piano di cura tra i servizi sanitari, sociali e comunitari, al fine di garantire che i pazienti ricevano un supporto appropriato e tempestivo.
- Costruire relazioni terapeutiche che favoriscano fiducia, validazione e riconoscimento, elementi cruciali per l'ingaggio e il percorso di recovery.
- Fare advocacy per i bisogni della persona, inclusi l'accesso all'abitazione, ai sostegni economici e ai servizi sociali, aiutandola a orientarsi in sistemi complessi.
- Offrire supporto pratico ed emotivo, ad esempio assistenza nelle attività della vita quotidiana, supporto formativo/lavorativo e connessione sociale.
- Monitorare e valutare i bisogni per individuare cambiamenti nello stato di salute mentale e, quando necessario, collegare la persona a cure specialistiche.
- Promuovere autonomia e recovery, sostenendo la partecipazione della persona alla pianificazione della cura e supportandone l'indipendenza.

4.6. Firma e monitoraggio

4.6.1. Definizione degli indicatori per il monitoraggio del Budget di Salute o dello studio pilota europeo

Questi indicatori vengono raccolti nei seguenti momenti temporali: **T0 (baseline)**: all'ammissione/inizio del trattamento e **T1 (follow-up)**: alla dimissione o dopo un periodo di follow-up predefinito (ad es. 6 o 12 mesi dopo il T0):

1. Numero e durata complessiva dei Trattamenti Sanitari Obbligatori / ricoveri involontari
2. Numero e durata complessiva dei ricoveri ospedalieri
3. Esiti clinici e funzionali
4. Strumenti di valutazione per età:
 - Adulti (>18 anni): HoNOS, GAF, WHOQoL BREF
 - Bambini e adolescenti (<18 anni): HoNOSCA
5. Periodo di esposizione al trattamento
6. Tipologia di intervento e intensità del trattamento (ore/giorni)



5. FORMAT del Percorso di Cura Integrato

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA

DATA DELLA PRIMA VISITA _____

DATA DELL'ULTIMA VALUTAZIONE/ FOLLOW-UP _____

Codice Diagnostico ICD _____

LIVELLO DI GRAVITA'

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Data di completamento: _____

NOME: _____ COGNOME: _____

DATE DI INIZIO: dalla data di approvazione _____ DATA DI SCADENZA: _____

LIVELLO DI INTENSITA':

SOGGETTI CO-GESTORI INDIVIDUATI:

REVISIONI: trimestrali _____ semestrali _____ altro _____

SCHEDA ANAGRAFICA

Luogo e data di nascita	
Genere	
Nazionalità	

Indirizzo di residenza (indicare se residenza)	
Numero di telefono	
E-mail	
DATI ANAGRAFICI	
Riconoscimento dell'invalidità civile e %	
Valutazione dello stato di disabilità	
Titolo di studio	
Occupazione	
Altri dati rilevanti	
RISORSE	
Pensione/pensione di invalidità	
Indennità di accompagnamento	
Mezzi di trasporto utilizzati	
Altre forme di reddito (tipologia/importo)	

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

FAMILIARI / PERSONE DI RIFERIMENTO			
NOME	COGNOME	TIPO DI RELAZIONE	CONVIVENTE <i>si/no</i>

STORIA DI SALUTE/ MALATTIA/DISAGIO	
Presa in carico (data e Servizio)	
Storia familiare	
Storia personale	

Precedenti interventi sanitari	
Precedenti interventi sociali	

CURA PERSONALE		
Aspetti da valutare	Descrizione della situazione rilevata	Bisogni prioritari
<i>Esempio</i>	<i>Non-aderenza, rifiuto del trattamento, aderenza parziale o completa, non applicabile</i>	
Aderenza al trattamento farmacologico		
Aderenza al piano terapeutico		

DIAGNOSI	ICD-10	DESCRIZIONE ICD-10
Diagnosi principale		
Diagnosi secondaria		

VALUTAZIONE DEL PROFILO DI FUNZIONAMENTO

VALUTAZIONE		
Test <i>(ad es., HONOS, GAF, WHOQoL BREF)</i>	Data di somministrazione	Risultati <i>(si prega di riportare, se disponibili, il punteggio totale e i punteggi delle subscale per ciascun test)</i>

Breve descrizione: _____

VALUTAZIONE DEI BISOGNI PRIORITARI IN CIASCUNA AREA

ASPETTI DA VALUTARE	DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE	BISOGNI PRIORITARI
Salute		
<i>Esempio</i>	<i>Assunzione della terapia farmacologica</i>	<i>Instabilità nell'aderenza alla terapia antipsicotica</i>
		<i>Monitoraggio dell'assunzione dei farmaci e dei possibili effetti collaterali</i>
1a		
2a		
3a		
Apprendimento/socializzazione/affettività		
<i>Esempio</i>	<i>Interazione sociale</i>	<i>Isolamento sociale</i>
		<i>Sviluppare relazioni significative</i>
1b		
2b		
3b		
Formazione/istruzione/occupazione		
<i>Esempio</i>	<i>Occupazione</i>	<i>Svolge un tirocinio con bassa soddisfazione percepita</i>
		<i>Opportunità occupazionali significative e soddisfacenti</i>
1c		
2c		
3c		
Abitare		
<i>Esempio</i>	<i>Vita indipendente</i>	<i>Vive con genitori non di supporto</i>
		<i>Vita indipendente</i>

1d

2d

3d

SINTESI, OBIETTIVI E PIANIFICAZIONE CO-GESTITA

a. Area salute

Programmazione del trattamento (giorni/ore)	Professionista coinvolto (ad es. psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale)	Risorse disponibili	Obiettivi a medio termine (fino a 6 mesi)	Indicatori di processo	Obiettivi a lungo termine (da 6 a 12 mesi)
---	---	---------------------	---	------------------------	--

1b

2b

3b

b. Area Apprendimento/socializzazione/affettività

Programmazione del trattamento (giorni/ore)	Professionista coinvolto (ad es. psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale)	Risorse disponibili	Obiettivi a medio termine (fino a 6 mesi)	Indicatori di processo	Obiettivi a lungo termine (da 6 a 12 mesi)
---	---	---------------------	---	------------------------	--

1b

2b

3b

c. Area Formazione/istruzione/occupazione

Programmazione del trattamento (giorni/ore)	Professionista coinvolto (ad es. psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale)	Risorse disponibili	Obiettivi a medio termine (fino a 6 mesi)	Indicatori di processo	Obiettivi a lungo termine (da 6 a 12 mesi)
---	---	---------------------	---	------------------------	--

1b

2b

3b

d. Area abitare

Programmazione del trattamento (giorni/ore)	Professionista coinvolto (ad es. psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale)	Risorse disponibili	Obiettivi a medio termine (fino a 6 mesi)	Indicatori di processo	Obiettivi a lungo termine (da 6 a 12 mesi)
---	---	------------------------	---	---------------------------	--

1b

2b

3b

INTERVENTI

Azioni programmate	DA..... A.....	Risorse umane e livello di intensità (totale ore mensili)	Costo mensile dell'intervento
-----------------------	-------------------	---	----------------------------------

FIRME

Ruolo	Nome e Cognome (stampatello)	Firma
Beneficiario/a / Titolare del progetto	_____	_____

Rappresentante legale (se applicabile)

Ruolo	Nome e Cognome (stampatello)	Firma
Genitore	_____	_____
Tutore	_____	_____



Ruolo	Nome e Cognome (stampatello)	Firma
Amministratore di sostegno	_____	_____
Altro (specificare: _____)	_____	_____

Case manager (indicare profilo professionale)

Profilo professionale	Nome e Cognome (stampatello)	Firma
Case Manager (ruolo: _____)	_____	_____

Team multidisciplinare

Profilo professionale	Nome e Cognome (stampatello)	Firma
Psichiatra	_____	_____
Psicologo/a	_____	_____
Assistente sociale	_____	_____
Infermiere/a	_____	_____
Terapista occupazionale/Educatore	_____	_____
Altro (specificare: _____)	_____	_____

Soggetto erogatore di servizi del terzo settore

Ruolo	Nome e Cognome (stampatello)	Firma
Nome dell'organizzazione	_____	_____
Rappresentante legale	_____	_____

Data, _____

6. Bibliografia

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Prossimo passo: implementazione pilota e monitoraggio del Percorso di Cura Integrato

Sulla base dei dati raccolti nell'ambito della D.5.4.1, verranno dettagliati gli elementi essenziali del percorso di cura integrato in salute mentale (SM), includendo: 1. i membri dell'équipe multidisciplinare per la valutazione iniziale; 2. strumenti e questionari per valutare gli esiti clinici e personali; 3. un formato standardizzato per la pianificazione e il monitoraggio degli interventi socio-sanitari integrati. Il documento definito sarà pubblicato sul sito della Joint Action per invitare a fornire feedback e suggerimenti da parte di stakeholder quali centri clinici di SM, persone con esperienza vissuta (PLE), ONG, comuni, ecc. Tutti i feedback saranno esaminati dal Panel ai fini di eventuali modifiche, fino alla finalizzazione del documento. Il documento definitivo sarà tradotto in tutte le diverse lingue europee per garantire una più ampia accessibilità e comprensione.

7.1. Sinergie

Lo sviluppo collaborativo della Definizione di un Percorso di Cura Integrato (Integrated Care Pathway) (Sottotask 5.4.2) ha favorito preziose sinergie tra i partner di progetto e gli stakeholder esterni.

1. Cross-Country Exchange of Best Practices

Scambio transnazionale di buone pratiche

Le riunioni bisettimanali e le discussioni continue hanno facilitato lo scambio di politiche, linee guida e strategie nazionali e regionali relative alla salute mentale integrata. Ciò ha rafforzato l'apprendimento reciproco e ha arricchito i contenuti del questionario con prospettive diversificate, garantendone la pertinenza rispetto a differenti sistemi sanitari.

2. Collaborazione interdisciplinare

Il coinvolgimento di Ministeri, agenzie pubbliche, servizi di salute mentale, settori del welfare e del lavoro, persone con esperienza vissuta (*people with lived experience*), e organizzazioni del terzo settore (ONG, gruppi di volontariato e realtà non profit) ha rafforzato un approccio multisettoriale.

3. Rafforzamento delle reti per azioni future

Il processo di diffusione del questionario ha consolidato le connessioni tra istituzioni e stakeholder, ponendo le basi per collaborazioni future oltre l'ambito iniziale del

progetto. Si prevede che tali relazioni faciliteranno iniziative congiunte, sviluppi di policy e attività di ricerca sui percorsi di cura integrati e sulle strategie di inclusione sociale.

4. Allineamento con quadri di policy e di ricerca

I dati raccolti contribuiscono non solo ai deliverable del progetto, ma anche a più ampie discussioni europee e nazionali sul miglioramento dei servizi di salute mentale, l'inclusione sociale e i modelli di cura integrata. Le conoscenze generate attraverso questa iniziativa sono coerenti con i framework UE esistenti e possono fungere da riferimento per future ricerche e raccomandazioni di policy.

Queste sinergie, sia pianificate che impreviste, hanno migliorato l'impatto complessivo del progetto, promuovendo un approccio coordinato e sostenibile all'assistenza sanitaria mentale a livello locale, regionale, nazionale ed europeo.



Definizione di un Percorso di Cura Integrato

Autore	Istituto Superiore di Sanità, Italia
Task	5.4
Data del deliverable	30 Maggio 2026
Contatto del coordinatore del Task 5.4	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

Questa Joint Action è co-finanziata dal Programma Salute dell'Unione Europea nell'ambito della Convenzione di Sovvenzione n. 101162928

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse sono tuttavia esclusivamente quelle dell'autore o degli autori e non riflettono necessariamente quelle dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per la salute e il digitale (HaDEA). Né l'Unione europea né l'autorità concedente possono essere ritenute responsabili per esse.