



Joint Action MENTAL HEALTH TOGETHER

Definiția parcursului integrat de îngrijire

Versiune	2.0
Autor	Institutul Național de Sănătate, Italia
Sarcină	5.4
Data livrabilului	30 mai 2026
Tipul livrabilului	Raport



Co-funded by
the European Union

This Joint Action is co-funded by the Health Programme of
the European Union under Grant Agreement No.
101162928

1. Proprietățile documentului

Numele proiectului	Mental Health Together
Acronimul proiectului	MENTOR
Numărul proiectului	1011622928
Subiect	Knowledge exchange report
Autorul documentului	Institutul Național de Sănătate, Italia
Perioada acoperită (durata)	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Istoricul revizuirii documentului

Versiune	Data	Autori/contribuitori	Comentarii
1.0	18.11.2025	ISS	Primul draft
1.1	29.01.2026	ISS/State Membre	Revizie
1.2	05.02.2026	ISS/State Membre	Revizie
2.0	17.02.2026	Actorii implicați/ISS/State Membre	Versiunea finală
2.0	17.02.2026	ISS/State Membre	Traducere
2.0	26.02.2026	ISS/CNSM	Validarea traducerii

1.2. Declarație de originalitate

Conținutul acestui livrabil este original și a fost creat exclusiv de către contribuitorii proiectului JA Mentor.

1.3 Cuprins

<i>1. Proprietățile documentului.....</i>	<i>1</i>
<i>1.1. Istoricul revizuirii documentului.....</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Declarație de originalitate.....</i>	<i>1</i>
<i>1.3 Cuprins</i>	<i>2</i>
<i>1.4 Abrevieri și acronime.....</i>	<i>4</i>
<i>2. Despre proiectul MENTOR.....</i>	<i>5</i>
<i>2.1. Scopul acestui document.....</i>	<i>5</i>
<i>2.2.1. Descrierea sarcinii.....</i>	<i>6</i>
<i>2.2.2. Structura sarcinii.....</i>	<i>8</i>
<i>2.2.3. Organizarea sarcinii.....</i>	<i>8</i>
<i>2.3. Contacte</i>	<i>9</i>
<i>2.3.1. Contactul coordonatorului.....</i>	<i>9</i>
<i>2.3.2 Principalii contribuatori și persoane de contact ale Sarcinii 5.4.....</i>	<i>9</i>
<i>3. Cale integrată europeană de îngrijire, cu o abordare centrată pe persoană, pentru promovarea incluziunii sociale și a calității vieții persoanelor cu tulburări de sănătate mintală.....</i>	<i>11</i>
<i>3.1. Premisă</i>	<i>11</i>
<i>3.2 Experiențe privind metodologia Bugetului de Sănătate</i>	<i>12</i>
<i>3.3. Aplicarea europeană a Bugetului Personal de Sănătate</i>	<i>16</i>
<i>3.4. Tranziția de la pachete standardizate de servicii la sprijin personalizat.....</i>	<i>16</i>
<i>4. COMPONENTE CHEIE ale parcursului integrat de îngrijire.....</i>	<i>18</i>
<i>4.1. Echipa multiprofesională.....</i>	<i>18</i>
<i>4.2. Evaluarea multidimensională și instrumentele aferente</i>	<i>20</i>
<i>4.2.1. Definirea Bugetul Personal de Sănătate printr-o abordare de CO-PROGRAMARE și CO-MANAGEMENT.....</i>	<i>21</i>
<i>4.3. Intervenție personalizată și integrată</i>	<i>22</i>
<i>4.4. Definirea Bugetului Personal de Sănătate.....</i>	<i>24</i>
<i>4.4.1. Provocări în dezvoltarea Bugetelor Personale de Sănătate.....</i>	<i>24</i>
<i>4.5. Identificarea managerului de caz.....</i>	<i>25</i>
<i>4.5.1. Literatură recentă privind managerul de caz: Funcții și Roluri Cheie.....</i>	<i>26</i>
<i>4.5.2. Funcțiile de bază ale Managerului de Caz.....</i>	<i>26</i>



<i>4.6. Semnarea și monitorizarea</i>	<i>27</i>
<i>4.6.1. Definirea indicatorilor pentru monitorizarea Bugetul Personal de Sănătate sau a studiului pilot european</i>	<i>27</i>
<i>5. FORMATUL Parcursului Integrat de Îngrijire.....</i>	<i>29</i>
<i>6. Bibliography</i>	<i>35</i>
<i>7. Următorul pas: Implementarea pilot și monitorizarea parcursului integrat de îngrijire.....</i>	<i>36</i>
<i>7.1. Sinergii.....</i>	<i>36</i>

1.4 Abrevieri și acronime

EU	European Union
JA	Joint Action
MENTOR	Mental Health Together
PLE	People with Lived Experience
WP	Work package

Lista abreviilor – Participanți 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
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. Despre proiectul MENTOR

MENTOR își propune să promoveze sănătatea mintală prin schimbul de experiențe într-un spectru larg, de la inițiative politice la practici profesionale clinice. Proiectul integrează bune practici bazate pe dovezi și adaptează inițiative pentru a asigura sustenabilitatea pe termen lung, îmbunătățind sănătatea mintală și bunăstarea la nivel individual și populațional.

Obiectivele MENTOR:

1. Asigurarea diseminării eficiente a activităților și rezultatelor MENTOR.
2. Promovarea sustenabilității și implementării rezultatelor MENTOR în diferitele sisteme de îngrijire a sănătății mintale din regiunea europeană.
3. Consolidarea capacității de alfabetizare în sănătate mintală prin elaborarea de recomandări de politici și instrumente de intervenție destinate grupurilor vulnerabile și prin combaterea stigmei.
4. Contribuirea la creșterea accesului la practici bazate pe dovezi și la abordări inovatoare de monitorizare, promovare și prevenire în sănătatea mintală pentru gestionarea condițiilor de sănătate mintală în comunități.
5. Îmbunătățirea sistemelor de monitorizare a sănătății mintale pentru a spori conștientizarea problemelor de sănătate mintală, a asigura detectarea timpurie a persoanelor la risc și a sprijini luarea deciziilor bazate pe date.
6. Reducerea inegalităților sociale în rândul populației, vizând persoanele cu probleme de sănătate mintală.
7. Promovarea metodelor de evaluare și implementare a abordărilor MHIAP (Mental Health in All Policies) la nivel național și regional.
8. Identificarea intervențiilor bazate pe dovezi pentru promovarea și prevenirea problemelor de sănătate mintală în populațiile vulnerabile și generale.
9. Sprijinirea practicilor incluzive și orientate spre recuperare în îngrijirea persoanelor cu afecțiuni de sănătate mintală.
10. Implementarea unor abordări personalizate și cuprinzătoare pentru sănătatea mintală.

2.1. Scopul acestui document

Acest document servește drept raport de Schimb de Cunoștințe pentru livrabilul 5.4.2 „Definirea parcursului integrat de îngrijire” din cadrul JA Mental Health Together – MENTOR, Sarcina 5.4. Pe baza datelor colectate prin D.5.4.1 și incluse în Raportul de Schimb de Cunoștințe (disponibil la următorul link: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), vor fi

detaliat elementele esențiale ale parcursului integrat de îngrijire în sănătatea mintală, implicând:

membrii echipei multidisciplinare responsabile de evaluarea inițială;

instrumente de testare și chestionare pentru evaluarea rezultatelor clinice și personale;

format standardizat pentru planificarea și monitorizarea intervențiilor integrate medico-sociale.

Prezentul raport de Schimb de Cunoștințe include informațiile colectate de la Statele Membre implicate în această sarcină.

Varianța draft a prezentului document va fi publicată pe site-ul Joint Action (JA). Părțile interesate (precum centre clinice de sănătate mintală, persoane cu experiență trăită, ONG-uri, municipalități etc.) vor fi invitate să transmită feedback și sugestii. Toate comentariile vor fi analizate de către Panel pentru posibile modificări, conducând la finalizarea documentului. Documentul finalizat va fi tradus în toate limbile europene ale Statelor Membre pentru a asigura o accesibilitate și o înțelegere mai largă. 2.2. Task 5.4

2.2.1. Descrierea sarcinii

Parcurs integrat de îngrijire pentru promovarea incluziunii sociale și a calității vieții persoanelor cu tulburări de sănătate mintală

Personalizarea reprezintă un element-cheie al politicilor de sănătate, așa cum este subliniat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Aceasta se bazează pe concepția unui sistem de sănătate centrat pe principii și drepturi umane, precum echitatea, participarea, autodeterminarea și nediscriminarea. Aceasta presupune tratarea pacienților dintr-o perspectivă centrată pe persoană, ascultarea nevoilor lor și recunoașterea abilităților și libertății lor de a decide pentru propria sănătate. O abordare centrată pe persoană permite diferitelor sectoare să colaboreze, folosind resursele disponibile și competențe variate, pentru a răspunde în mod global nevoilor individului.

Sarcina 5.4 sprijină partenerii participanți în definirea și implementarea parcursurilor integrate de îngrijire pentru persoanele cu tulburări mintale în țările lor și în elaborarea de recomandări pentru promovarea integrării în sănătate și în plan social. Politicile publice, diferitele surse de finanțare, serviciile de sănătate, educație și sociale, precum și diverse resurse profesionale vor colabora în strânsă integrare și parteneriat. Obiectivul acestui demers sinergic este recuperarea și incluziunea deplină în comunitate a persoanelor cu tulburări de sănătate mintală.

Prin metodologia inovatoare a **bugetului personal de sănătate**, serviciile de sănătate și sociale colaborează pentru a furniza intervenții integrate în următoarele patru domenii: sănătate, locuire, integrare profesională, afectivitate/sociabilitate/abilități de viață și relaționare. Fiecare persoană este însoțită printr-un proiect individual personalizat, conceput în funcție de nevoile și preferințele sale specifice și utilizând resurse publice/private/personale disponibile. Împuternicirea persoanei este garantată prin implicarea sa deplină și consimțământul oferit în fiecare etapă a procesului de negociere și luare a deciziilor.

Disponibilitatea sau absența resurselor economice/materiale (de ex., locuință, venit, pensie, salariu, rentă...) și a resurselor informale (calificări educaționale, sprijin familial, rețea socială, abilități personale...) este luată în considerare în definirea nevoilor persoanei și a bugetului său personal de sănătate. Acesta este definit ca ansamblul resurselor disponibile individului și contextului său, precum și lista resurselor/intervențiilor pe care serviciile integrate le asigură sau le oferă în cadrul proiectului personalizat. Proiectul este monitorizat, evaluat periodic și actualizat în consecință.

În cadrul sarcinii, date și informații privind politicile publice și organizarea serviciilor de sănătate mintală sunt colectate din țările participante și analizate. Persoanele cu experiență trăită vor fi implicate activ în echipa multidisciplinară, evaluând datele colectate și definind componentele-cheie ale parcursului integrat de îngrijire medico-socială care va fi implementat în unele State Membre.

Bugetul personal de sănătate a fost testat până în prezent în diferite țări, inclusiv Regatul Unit, Belgia, Danemarca, Italia, Finlanda, Austria, Franța, Suedia, Germania, Australia și Statele Unite, prin diverse tipuri de programe ce diferă în funcție de criteriile de includere legate de serviciile contractate sau de gradul de alegere al persoanei. Scopul principal al majorității programelor a fost promovarea autonomiei și a vieții independente, în timp ce alte programe s-au concentrat mai mult pe îmbunătățirea sistemului de sprijin al îngrijitorilor.

Sarcina 5.4 colaborează îndeaproape cu sarcina 5.3 pentru a sprijini implementarea acestei abordări integrate, prin implicarea activă a diferitelor sectoare din sistemul de Sănătate Publică, Social și Educațional. Partenerii de proiect transferă experiența și cunoștințele dobândite către alte State Membre, prin următoarele patru rezultate principale:

- **Raportul de schimb de cunoștințe (D.5.4.1)**, publicat la: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>

- **Definirea parcursului integrat de îngrijire (ICP) (D.5.4.2)**, cu accent pe persoanele vulnerabile – prezentul raport;
- **Ghidurile și materialele de formare (D.5.4.3)** destinate profesioniștilor din sănătatea mintală;
- **Recomandări de politici (D.5.4.4)** pentru factorii de decizie naționali.

2.2.2. Structura sarcinii

Sarcina 5.4 din JA MENTOR este alcătuită din 4 sub-sarcini:

- Diseminarea și analiza sondajului (5.4.1),
- Definirea parcursului integrat de îngrijire (5.4.2),
- Implementarea pilot și monitorizarea parcursului integrat de îngrijire (5.4.3),
- Definirea și diseminarea politicilor de sănătate mintală bazate pe comunitate (5.4.4).

Sarcina 5.4 are un lider de sarcină (Institutul Național de Sănătate, Italia), responsabil pentru atingerea livrabilelor și obiectivelor sarcinii. Douăzeci și unu de State Membre participă la Sarcina 5.4.

2.2.3. Organizarea sarcinii

Sarcina 5.4 are o acoperire geografică extinsă în Europa (22 de instituții din 10 țări) – Cipru (SHSO-MHS), Danemarca (RSD), Estonia (MOSA), Germania, Islanda (PHCI), Italia (ISS, ProMIS, ASL Torino, UNIMIB, Regiunea Lombardia), Polonia (NHF), România (NCMHFAD), Spania (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) și Ucraina (PHC).



Toate țările, cu excepția Islandei, Germaniei și Danemarcei, participă activ la Pachetul de Lucru (WP) și astfel oferă o analiză mai detaliată a situației actuale și a provocărilor asociate.

Fiecare instituție și fiecare țară/regiune participantă contribuie cu expertiză și experiență valoroasă și complementară la Sarcină. Partenerii dețin competențele, calificările și resursele necesare pentru a desfășura în mod eficient activitățile Sarcinii. Ei au, de

asemenea, mandatele legale și tehnice adecvate pentru implementarea activităților Sarcinii la nivel național.

2.3. Contacte

2.3.1. Contactul coordonatorului

Numele persoanei de contact	Rol în proiect	E-mail
Maria Luisa Scattoni	Liderul Sarcinii 5.4	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Principalii contribuitori și persoane de contact ale Sarcinii 5.4

Numele persoanei de contact	Instituție	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@cnsn.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.casellasl@uvic.cat
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.2. Raport de schimb de cunoștințe

Prezentul raport de schimb de cunoștințe reunește activitatea unui Panel format din membri ai ministerelor, agențiilor publice, profesioniști în sănătate mintală și asistență socială, municipalități și persoane cu experiență trăită din Statele Membre, desfășurată în primul an al Acțiunii Comune MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR).

3. Cale integrată europeană de îngrijire, cu o abordare centrată pe persoană, pentru promovarea incluziunii sociale și a calității vieții persoanelor cu tulburări de sănătate mintală

3.1. Premisă

Sănătatea mintală reprezintă un obiectiv prioritar al politicilor și finanțărilor europene, principalul scop al unui sistem modern și eficient de sănătate fiind identificarea celor mai eficiente metodologii și instrumente posibile.

Managementul adecvat al tulburărilor mintale severe generează, de asemenea, o reducere semnificativă a impactului social și economic pe care aceste afecțiuni îl au asupra sistemului.

Dovezile științifice demonstrează importanța asigurării unor intervenții adecvate în mediul comunitar pentru persoanele cu tulburări mintale severe. Această abordare previne spitalizările inutile și instituționalizarea, adesea nerezolutive, mai ales atunci când sunt prelungite. Pentru a răspunde eficient complexității îngrijirii în sănătatea mintală, este esențială crearea unor condiții structurale și a unor contexte inovatoare care să integreze politicile și resursele din domeniul sănătății cu cele ale serviciilor sociale și comunitare.

În această perspectivă, capacitatea unei comunități de a oferi răspunsuri care să îmbine nevoile de sănătate cu cele educaționale, de angajare, locuire și participare comunitară este fundamentală. Experimentarea unor trasee integrate și personalizate de incluziune socială pentru persoanele cu tulburări mintale severe, deseori marginalizate pe piața muncii, a locuirii și în viața socio-culturală, reprezintă o prioritate.

În Europa, intervențiile sociale și medico-sanitare integrate sunt reglementate prin legislații și cadre strategice naționale și regionale, care acoperă asistarea minorilor cu tulburări neuropsihiatrice, a persoanelor cu tulburări mintale, dizabilități, dependențe, HIV/SIDA și tulburări din spectrul autist. Acestea constituie drepturi garantate cetățenilor, având ca scop recuperarea și/sau menținerea și consolidarea autonomiei individuale, contracararea instituționalizării și segregării, evitarea transferului responsabilităților de îngrijire către terți și promovarea participării personale și comunitare.

În ultimii ani, un interes tot mai mare s-a concentrat asupra experiențelor de integrare teritorială realizate prin modelul organizațional „Bugetul de Sănătate”, una dintre cele mai avansate și inovatoare propuneri pentru integrarea serviciilor de sănătate cu sistemele comunitare în domeniul sănătății mintale în Europa.

Bugetul de Sănătate combină resurse economice, profesionale, umane și relaționale necesare pentru a crea contexte relaționale, familiale și sociale de sprijin, care să îmbunătățească incluziunea socială. Este un instrument generator, care sprijină Proiecte de Viață personalizate, garantând dreptul la sănătate prin intervenții sociale și medico-sanitare integrate și flexibile. Modelul transformă, de asemenea, rețeaua de servicii, orientând realocarea resurselor, contracarând noile forme de instituționalizare și identificând oportunități de incluziune social-economică și de locuire.

Modelul Bugetului de Sănătate este în prezent în extindere în diferite regiuni ale Italiei, deși într-un mod neuniform, cu experiențe care diferă din punct de vedere tehnic, profesional, administrativ, ca metodă de finanțare, volum al experimentării și durată.

Scopul său principal este promovarea și revitalizarea asistenței teritoriale în domeniul sănătății mintale, având comunitatea drept cadru de referință, protejând drepturile omului și demnitatea persoanelor cu probleme de sănătate mintală, încurajând îngrijirea inclusivă și participativă ori de câte ori este posibil și îmbunătățind calitatea și siguranța serviciilor în beneficiul pacienților, familiilor acestora și furnizorilor de servicii.

Prezentul cadru strategic poate fi considerat aplicabil, cu adaptări specifice și ajustări adecvate, tuturor proiectelor destinate persoanelor cu nevoi sociale și medico-sanitare complexe, pentru care sunt adecvate intervenții de tip recuperare și dezvoltare.

Un exemplu național dezvoltat în Italia (Orientări strategice: Proiectarea Bugetului de Sănătate cu o abordare centrată pe persoană – Propunere de elemente calitative), care oferă îndrumări administrative și operaționale pentru implementarea Bugetului de Sănătate, a fost tradus și publicat pe site-ul JA MENTOR și este disponibil la următorul link:

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

3.2 Experiențe privind metodologia Bugetului de Sănătate

Pentru a introduce subiectul, a fost realizată o revizuire a literaturii internaționale și a fost colectată documentație din Regiuni și Provinciile Autonome, în vederea identificării „Bunelor Practici” ca pregătire pentru o Conferință Națională de Consens.

Revizuirea sistematică a literaturii internaționale a identificat 29 de publicații referitoare la Bugetul de Sănătate în contexte de sănătate mintală, din perspective atât calitative, cât și cantitative. Aceasta a sintetizat dovezile recente privind intervențiile, rezultatele și raportul

cost-eficacitate al Bugetului de Sănătate pentru persoanele cu tulburări mintale. Dintre cele 29 de studii internaționale selectate, implicând aproximativ 11.541 de utilizatori, membri ai familiilor și profesioniști, unsprezece studii au fost realizate în Regatul Unit, unsprezece în Statele Unite ale Americii, șase în Italia și unul în Australia, între aprilie 2013 și septembrie 2021.

Studiile incluse în revizuirea sistematică prezintă anumite limitări care îngreunează generalizarea rezultatelor. În primul rând, distribuția țărilor este reprezentativă doar pentru lumea occidentală. În plus, compararea Bugetelor de Sănătate între țări este dificilă din cauza diferențelor semnificative dintre sistemele lor de sănătate. În al doilea rând, multe studii au eșantioane mici, un design predominant calitativ, nu folosesc instrumente validate pentru măsurarea rezultatelor, iar calitatea studiilor nu este întotdeauna satisfăcătoare. În al treilea rând, eșantioanele nu sunt întotdeauna reprezentative pentru populația studiată și deseori nu includ o descriere completă a caracteristicilor pacienților. În final, informațiile privind resursele economice utilizate în cadrul Bugetului de Sănătate sunt adesea omise.

Ținând cont de aceste limitări, pot fi formulate câteva concluzii generale. Rezultate pozitive pentru persoanele cu tulburări mintale care utilizează Bugetul de Sănătate au fost confirmate, în special în ceea ce privește posibilitatea de alegere și controlul asupra propriului parcurs de recuperare. Utilizarea Bugetului de Sănătate pentru aceste persoane a prezentat mai multe beneficii, printre care împuternicirea utilizatorilor, implicarea crescută a actorilor relevanți, participarea furnizorilor de îngrijire și a personalului în definirea Bugetului de Sănătate, precum și un acces mai rapid și adecvat la tratament. De asemenea, mai multe studii au indicat că utilizatorii s-au declarat mulțumiți de implementarea Bugetelor de Sănătate.

În plus, în Italia, Bugetul de Sănătate a îmbunătățit rezultatele clinice ale utilizatorilor, calitatea vieții, participarea la activități remunerate și experiențele privind angajarea și viața independentă, având efecte pozitive asupra întregii familii și rețele de sprijin. Dovezile au arătat că Bugetul de Sănătate a determinat schimbări importante în utilizarea resurselor și în modalitățile personalizate de intervenție, generând economii pentru familii și pentru Sistemele Naționale de Sănătate. Cu toate acestea, unele studii au evidențiat preocupări cu privire la aplicarea Bugetului de Sănătate. Familiile au considerat că gestionarea și procedurile aferente sunt dificile și stresante, iar modul de implementare împreună cu profesioniștii le-a făcut uneori să se simtă mai puțin implicate în îngrijirea persoanelor dragi.

În unele studii, profesioniștii au perceput gestionarea Bugetului de Sănătate ca pe o povară suplimentară în activitatea lor.

Bogăția experiențelor a evidențiat practici și concepții diverse privind Bugetul de Sănătate, reflectând culturile și nevoile contextelor locale, precum și procesele dezvoltate istoric, în special în ceea ce privește sănătatea mintală în raport cu închiderea spitalelor psihiatrice. Totuși, din experiențele analizate a reieșit necesitatea promovării modelului Bugetului de Sănătate pentru a facilita transformări organizaționale transversale în serviciile de protecție socială.

Din punct de vedere normativ, a apărut și nevoia de a coordona și integra prevederile Codului Achizițiilor Publice și ale Codului Sectorului Terțiar cu practici administrative capabile să atingă obiectivele Bugetului de Sănătate. Practicile sanitare și sociale ar trebui să fie flexibile și să permită reconfigurarea serviciilor pentru a crește gradul de personalizare, permițând evaluări risc/beneficiu și utilizarea inovatoare a resurselor din servicii și din comunitate, centrate pe individ.

Prin urmare, este esențială definirea unor proceduri administrative care să permită flexibilitate și inovare în aplicarea acestui model. Strategia proiectului vizează astfel clarificarea și consolidarea Bugetului de Sănătate în cadrul practicilor de servicii, promovând utilizarea și aplicarea sa adecvată la nivel regional.

Acțiunea Comună MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) urmărește promovarea sănătății mintale și a bunăstării prin schimbul de experiențe într-un spectru larg — de la inițiative politice la practici clinice și profesionale. Aceasta integrează bune practici bazate pe dovezi și le adaptează pentru sustenabilitate pe termen lung, cu scopul de a îmbunătăți rezultatele în sănătatea mintală atât la nivel individual, cât și populațional.

În cadrul acestei inițiative, o sarcină dedicată se concentrează pe **Parcursul Integrat de Îngrijire pentru Promovarea Incluziunii Sociale și a Calității Vieții Persoanelor cu Tulburări Mintale (MHD)**. În acest context a fost elaborat **Raportul de Schimb de Cunoștințe** (disponibil la: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), având ca obiectiv principal evaluarea nevoilor populației, a serviciilor disponibile și a politicilor relevante. Această evaluare a fost realizată de un Panel multidisciplinar format din reprezentanți ai ministerelor, agențiilor publice, profesioniști în sănătate mintală și asistență socială, municipalități și persoane cu experiență trăită.

Activitățile care au condus la raport au început cu o evaluare detaliată a nevoilor, serviciilor și politicilor de sănătate mintală din țările și regiunile participante. Panelul, reprezentând atât sectorul public, cât și cel privat, a coordonat analiza cuprinzătoare a cadrului existent și a serviciilor care sprijină persoanele cu MHD.

Un element-cheie al procesului a fost **co-designul unui chestionar**, dezvoltat în mod colaborativ de parteneri. Chestionarul a avut scopul de a colecta informații esențiale în trei domenii principale:

1. Nevoile, sugestiile și provocările identificate de populațiile locale;
2. Caracteristicile serviciilor sociale și de sănătate destinate persoanelor cu MHD;
3. Politicile naționale existente legate de parcursurile integrate de îngrijire medico-socială.

Toți participanții activi și observatorii au conceput și au rafinat „Chestionarul privind definirea unui Parcurs Integrat de Îngrijire pentru Promovarea Incluziunii Sociale și a Calității Vieții Persoanelor cu Tulburări Mintale”, elaborat în limba engleză și tradus/adaptat în italiană, spaniolă, ucraineană și poloneză.

Chestionarul a inclus următoarele secțiuni:

- **Partea 1** – Organizarea serviciilor de sănătate și a serviciilor sociale / sistemele de îngrijire mintală și socială
- **Partea 2** – Tipuri de intervenții furnizate
- **Partea 3** – Beneficii și mecanisme de finanțare
- **Partea 4** – Sisteme de informare în domeniul sănătății mintale și social
- **Partea 5** – Bugetul Personal de Sănătate: politici naționale și experiențe locale
- **Partea 6** – Structurarea Bugetul Personal de Sănătate
- **Partea 7** – Experiențe locale cu Bugetul Personal de Sănătate și îngrijirea integrată medico-socială
- **Partea 8** – Puncte forte și provocări ale sistemului actual

În total, 401 participanți au accesat chestionarul, dintre care 67% (n = 268) l-au completat total sau parțial. Răspunsurile au provenit din:

- 176 din Ucraina
- 39 din Italia

- 34 din Spania
- 12 din Polonia
- câte 1 din Estonia, Germania, România și Letonia

Evaluarea nevoilor, serviciilor și politicilor de sănătate mintală din țările și regiunile participante, împreună cu rezultatele chestionarului prezentate în Raportul de Schimb de Cunoștințe, au constituit baza prezentului document.

3.3. Aplicarea europeană a Bugetului Personal de Sănătate

Persoanele cu tulburări de sănătate mintală co-proiectează planuri de îngrijire centrate pe persoană și orientate spre recuperare și aleg serviciile aliniate nevoilor, preferințelor și obiectivelor lor de viață, fiind sprijinite de acțiuni coordonate la nivel micro, meso și macro, care promovează autonomia și incluziunea în comunitate.

Acțiuni concepute pentru a răspunde nevoilor, preferințelor și aspirațiilor în evoluție ale persoanei, ținând cont de profilul său funcțional specific, de contextul de mediu și de obiectivele personale. Integrarea intervențiilor clinice, educaționale, sociale și relaționale necesită coerență între servicii și continuitate în timp.

Un instrument dinamic care ghidează traiectoriile de îngrijire personalizate, sporește participarea și promovează autonomia și calitatea vieții de-a lungul întregului parcurs de viață.

3.4. Tranziția de la pachete standardizate de servicii la sprijin personalizat

Persoanele cu tulburări de sănătate mintală co-proiectează planuri de îngrijire centrate pe persoană, orientate spre recuperare și aleg serviciile aliniate nevoilor, preferințelor și obiectivelor lor de viață, sprijinind autonomia și incluziunea în comunitate.

Acțiunile sunt concepute pentru a răspunde nevoilor, preferințelor și aspirațiilor în evoluție ale persoanei, ținând cont de profilul său funcțional specific, de contextul de mediu și de obiectivele personale.

Integrarea intervențiilor clinice, educaționale, sociale și relaționale necesită coerență între servicii și continuitate în timp.

Este un instrument dinamic care ghidează traiectoriile de îngrijire personalizate, sporește participarea și promovează autonomia și calitatea vieții de-a lungul întregului parcurs de viață.



Co-funded by
the European Union

4. COMPONENTE CHEIE ale parcursului integrat de îngrijire

Mai jos sunt prezentate elementele calificative, care trebuie să coexiste pentru a defini Bugetul de Sănătate, împreună cu elementele operaționale, care includ trasee administrative adecvate și instrumente specifice. Aceste două domenii trebuie să avanseze în paralel. Pentru a asigura unitatea procesului și implementarea completă a parcursurilor Bugetului de Sănătate, este necesar să se creeze puncte de convergență între componentele clinico-terapeutice și cele administrative.

4.1. Echipa multiprofesională

Bugetul de Sănătate se adresează persoanelor gestionate de rețeaua serviciilor teritoriale de sănătate, care au nevoi complexe sociale și medico-sanitare¹. În centrul Bugetului de Sănătate se află individul, considerat în contextul comunității sale și în întregul spectru al resurselor, nevoilor sociale și de sănătate, relațiilor și obiectivelor sale, în raport cu care își poate exercita dreptul la autodeterminare. Bugetul de Sănătate sprijină proiecte individualizate menite să promoveze locuirea persoanei în locuința aleasă de aceasta, implicând diferiți actori comunitari.

Bugetul de Sănătate este guvernat și coordonat public pentru a garanta o integrare reală între domeniul social și cel sanitar. Solicitarea de activare a Bugetului de Sănătate, care poate fi inițiată și de persoană și/sau de reprezentantul său legal, trebuie făcută de un profesionist din domeniul sanitar, social-sanitar sau al serviciilor sociale responsabil de caz. Scopul este de a împuternici persoana, prin implementarea deplină a drepturilor sale și susținerea responsabilităților civice. Serviciile de sănătate și cele sociale colaborează în conformitate cu reglementările naționale și/sau regionale. Serviciile de sănătate asigură îngrijirea clinică și continuitatea tratamentului, în timp ce serviciile sociale garantează accesul la drepturi sociale, prestații și servicii de sprijin comunitar. Echipa multiprofesională reprezintă cadrul operațional pentru evaluarea comună, co-planificare și monitorizare. Managerul de caz coordonează procesul.

Componenta socială garantează drepturile și obligațiile cetățenești, în timp ce componenta sanitară asigură dreptul la sănătate, ambele contribuind la dreptul la împuternicire. Fiecare

¹ Nevoile sociale și de sănătate complexe se referă la situații în care severitatea clinică și/sau condițiile coexistente se asociază cu afectarea funcționării și cu vulnerabilități sociale relevante (de exemplu, instabilitate locativă, șomaj, dificultăți economice, izolare socială). Prin urmare, complexitatea este multidimensională și necesită intervenții coordonate, multiprofesionale și intersectoriale.

serviciu respectă propriile reglementări pentru furnizarea intervențiilor. Echipa social-sanitară, formată din cel puțin un profesionist din domeniul sanitar, unul din domeniul social-sanitar și unul din domeniul social, trebuie să includă contribuția persoanei, a oricărui tutore legal numit conform mandatului său și, la solicitarea persoanei, a altor persoane semnificative. Această structură asigură participarea activă a individului la evaluarea nevoilor și resurselor și exercitarea dreptului la autodeterminare în îngrijirea partajată și în definirea propriului proiect de viață, proiect în care poate investi conștient resursele sale, inclusiv cele financiare.

Echipa multiprofesională ar trebui să fie compusă astfel:

- **Componenta sanitară:** cel puțin un profesionist din domeniul sănătății sau social-sanitar, responsabil de îngrijirea persoanei, ținând cont de eventualele comorbidități.
- **Componenta socială:** un asistent social din cadrul Autorității Locale, alături de alți profesioniști educaționali sau sociali implicați în sprijinul persoanei.

În sondajul MENTOR 5.4, la întrebarea „Există o echipă multiprofesională care să evalueze funcționarea psiho-socială și să elaboreze planul de îngrijire?”, majoritatea țărilor au raportat existența unei astfel de echipe. Cei mai frecvenți profesioniști incluși sunt psihiatri, psihologi, asistente medicale, asistenți sociali, medici de familie, terapeuți ocupaționali, terapeuți de reabilitare și alții.

Echipa multiprofesională ar trebui să includă cel puțin un profesionist din componenta sanitară și cel puțin unul din componenta socială.

Pe baza raportului, profesioniștii recomandați pentru componenta sanitară includ psihiatru, psiholog și asistent medical, iar pentru componenta socială este recomandat un asistent social.

Persoana cu tulburări de sănătate mintală trebuie să fie ÎNTOTDEAUNA membrul central al echipei și să conducă procesul decizional pe baza propriilor preferințe; îngrijitorii sunt implicați doar dacă și în măsura în care persoana dorește acest lucru. Participarea este asigurată prin luarea deciziilor în mod partajat, planificare anticipată, auto-gestionare asistată și îngrijire centrată pe persoană și orientată spre recuperare.

4.2. Evaluarea multidimensională și instrumentele aferente

Abordarea orientată spre împuternicire are ca obiectiv construirea unei relații de încredere pentru realizarea unei evaluări multiprofesionale și multidimensionale a nevoilor și resurselor, precum și pentru definirea Bugetului de Sănătate. Această evaluare trebuie realizată printr-o relație și un dialog cu persoana, utilizând instrumente validate și standardizate, și trebuie să exploreze toate următoarele domenii:

- Domeniul clinic
- Domeniul funcționării psiho-sociale
- Domeniul nevoilor și resurselor personale și comunitare
- Domeniul calității vieții

După stabilirea diagnosticului și definirea planului de îngrijire, fiecărei persoane ar trebui să i se ofere dezvoltarea unui proiect de viață adaptat tuturor domeniilor relevante. Dacă persoana își exprimă consimțământul, profesionistul trebuie să inițieze definirea planului de îngrijire și să programeze o întâlnire cu persoana și echipa multiprofesională, compusă din cel puțin un profesionist din domeniul sănătății și un profesionist din domeniul social.

Parcursul Integrat de Îngrijire trebuie să se bazeze pe preferințele persoanei. Procesul începe cu o evaluare a stării clinice și a profilului funcțional. Ulterior, echipa multiprofesională evaluează nevoile și preferințele persoanei. În final, echipa trebuie să definească intervențiile în domeniile identificate (sănătate, locuire, formare/educație/angajare, învățare/socializare/afectivitate) și prioritizate de persoană. În plus, parcursul trebuie să recunoască faptul că crizele de sănătate mintală pot afecta rețelele familiale și sociale; prin urmare, vor fi selectate intervenții sociale pentru a sprijini persoana în gestionarea rolurilor familiale și sociale.

Ar trebui identificat managerul de caz (facilitatorul), iar resursele personale și comunitare ale persoanei trebuie evaluate, ținând cont de profilul clinic și de serviciile disponibile în țară. În această etapă poate fi stabilit Bugetul Personal de Sănătate.

4.2.1. Definirea Bugetul Personal de Sănătate printr-o abordare de CO-PROGRAMARE și CO-MANAGEMENT

Intervalul de vârstă vizat este de **18 ani și peste**, cu posibilitatea de a include persoane mai tinere în faza de tranziție, atunci când acest lucru este solicitat și necesar din punct de vedere clinic/psihosocial.

Întâlnirea echipei multidisciplinare include persoana cu tulburări de sănătate mintală și are ca scop evaluarea:

- condițiilor clinice
- profilului de funcționare
- calității vieții

Întâlnirea este urmată de un proces de planificare partajată, structurat în următorii pași:

1. Înțelegerea nevoilor și preferințelor individului.
2. Persoana solicită intervenții în domenii specifice precum sănătate, locuire, formare/angajare, educație, socializare și afectivitate.
3. Stabilirea intervențiilor în domeniile selectate/sugerate de fiecare persoană (co-creare).
4. Identificarea resurselor personale și comunitare disponibile.
5. Identificarea managerului de caz (facilitatorului) în domeniul cel mai relevant.
6. Stabilirea și semnarea Bugetului Personal de Sănătate.

Pentru a sprijini atât procesul de evaluare, cât și cel de planificare partajată, a fost utilizat un set de instrumente standardizate. Instrumentele au fost selectate astfel încât să fie gratuite, disponibile în mai multe limbi atunci când este posibil și deja utilizate în practica clinică a Statelor Membre.

Literatura științifică sugerează utilizarea următoarelor instrumente pentru evaluarea condițiilor clinice, a sănătății mintale și a funcționării psiho-sociale (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

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

Literatura științifică sugerează utilizarea următorului instrument pentru evaluarea funcționării globale, dizabilității și deteriorării funcționale (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

Literatura științifică sugerează utilizarea următorului instrument pentru evaluarea calității vieții (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (World Health Organization Quality of Life) disponibil în mai multe limbi: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Intervenție personalizată și integrată

Stabilirea intervențiilor în domeniile selectate/sugerate pentru fiecare persoană, ținând cont și de nevoile și preferințele individuale:

- Sănătate
- Locuire
- Formare/Educație/Angajare
- Învățare/Socializare/Afectivitate

Trebuie definite obiectivul principal al intervențiilor (pe termen scurt și lung), zilele/orele, profesioniștii implicați, resursele disponibile și indicatorii de monitorizare.

Intervențiile enumerate mai jos au fost identificate în principal din sondajul MENTOR 5.4 (Partea 2: Tipuri de intervenții furnizate), care a cartografiat practicile actuale din Statele Membre/regiunile participante. Rezultatele sondajului au fost ulterior rafinate prin discuții în panel și apoi organizate în cele patru domenii ale Bugetul Personal de Sănătate.

Intervențiile trebuie selectate din următoarea listă:

Intervenție în domeniul sănătății	Intervenție în domeniul locuirii	Intervenție în domeniul formării/educației/angajării	Intervenție în domeniul învățării/socializării/afectivității
Terapie ambulatorie	Locuințe asistate sau aranjamente de locuire asistată	Servicii de sprijin ocupațional	Programe de angajare asistată

Îngrijire psihiatrică internată	Instruire pentru abilități de viață independentă	Programe de formare profesională	Training de abilități sociale
Gestionarea/monitorizarea medicației	Programe de locuire tranzitorie	Plasare pe piața muncii și angajare	Sprijin pentru îngrijitori
Intervenție psihologică	Facilități rezidențiale pe termen lung	Ateliere de dezvoltare a abilităților	Asistență pentru locuire sau locuințe sprijinite
Terapie culturală și creativă	Asistență de urgență pentru locuire	Programe de educație sprijinită	Grupuri de sprijin între egali (peer support)
Sprijin psihologic	Housing First	Internshipuri sau ucenicii cu sprijin în sănătatea mintală	Programe de integrare comunitară
Spital de zi	Alte opțiuni	Cooperative și întreprinderi sociale	Programe de autonomie personală
Program de reabilitare bazat pe comunitate	–	Programe de timp liber asociative	Programe de time-banking sau voluntariat
Promovarea sănătății mintale la nivel comunitar	–	Programe de mentorat sau job coaching	Program cultural bazat pe comunitate
Monitorizarea sănătății fizice	–	Programe de tranziție pentru tineri	Alte intervenții
Serviciu de intervenție în criză	–	Alte intervenții	–
Intervenții pentru familie	–	–	–
Programe de prevenire a suicidului	–	–	–
Intervenții specifice pentru grupuri țintă	–	–	–
Alte intervenții	–	–	–

Bugetul de Sănătate integrează parcursul de îngrijire al individului cu proiectul său de viață. Pe baza evaluărilor realizate în toate domeniile de intervenție (locuire/mediu de viață, educație/muncă, socializare și învățare/exprimare/comunicare), este elaborat în mod colaborativ, împreună cu persoana, un „Proiect Terapeutic Reabilitativ Individualizat”, adaptat preferințelor acesteia. Proiectul Terapeutic Reabilitativ Individualizat stabilește acțiunile și obiectivele pentru fiecare domeniu și, ca parcurs de îngrijire orientat spre recuperare, evoluează împreună cu proiectul de viață al persoanei.

4.4. Definirea Bugetului Personal de Sănătate

Având în vedere că există diferite modalități de a furniza rezultatele, echipa multiprofesională ar trebui să prezinte aceste opțiuni și să determine abordarea cea mai adecvată pentru a se asigura că persoana beneficiază la maximum de avantaje și finanțare. Profesioniștii ar trebui să identifice resursele disponibile în comunitate și, dacă există beneficii specifice, să ofere persoanei informațiile relevante. Împreună cu persoana, trebuie analizate barierele de acces. Prezența unui manager de caz poate facilita procesul de solicitare a finanțării, însă poate fi dificil pentru persoanele care trebuie mai întâi să afle cum se aplică pentru un manager de caz.

Echipa multiprofesională este formată dintr-un profesionist din domeniul sănătății (din cadrul Serviciilor de Sănătate Mintală) și un asistent social din cadrul municipalității.

Echipa ar trebui să:

- identifice resursele disponibile (profesionale, personale, economice etc.);
- selecteze opțiunile cele mai adecvate împreună cu fiecare persoană și să faciliteze accesul la acestea.

4.4.1. Provocări în dezvoltarea Bugetelor Personale de Sănătate

Așa cum este descris în Raportul de Schimb de Cunoștințe, principalele provocări în dezvoltarea Bugetelor Personale de Sănătate sunt strâns legate de diferențele dintre contexte, surse de finanțare și sistemele de sănătate-sociale.

În Italia și Spania, de exemplu, Bugetul Personal de Sănătate trebuie să funcționeze în cadrul centrelor comunitare de sănătate mintală, al serviciilor sociale și al municipalităților, fiecare având propriile reguli și priorități, ceea ce face dificilă coordonarea între aceste

niveluri. Ucraina, Polonia, România și Letonia se confruntă cu o fragmentare similară, însă aceasta este amplificată de infrastructuri comunitare mai slabe, ceea ce înseamnă că Bugetul Personal de Sănătate trebuie să conecteze serviciile spitalicești, îngrijirea socială insuficient dezvoltată și, adesea, sprijinul informal al familiei.

Fluxurile de finanțare diferă, de asemenea: în unele regiuni din Italia și Spania, resursele provin în principal din bugetele regionale de sănătate și de la municipalități, în timp ce în țări precum Polonia, România sau Ucraina, este necesară combinarea beneficiilor sociale, pensiilor de dizabilitate și a finanțărilor ocazionale din proiecte, generând incertitudine și inechitate în acces.

Germania și Estonia ilustrează un alt nivel de complexitate, unde Bugetul Personal de Sănătate (sau instrumentele echivalente) trebuie integrat în sisteme bazate în mare parte pe asigurări de sănătate și scheme separate de asigurări sociale, necesitând acorduri între asiguratori, servicii sociale și autorități locale.

Per ansamblu, în Ucraina, Italia, Spania, Polonia, Estonia, Germania, Letonia și România, dificultățile Bugetul Personal de Sănătate nu țin atât de conceptul în sine, cât de necesitatea de a conecta servicii foarte diferite, de a reconcilia multiple surse de finanțare — adesea instabile — și de a naviga sisteme diverse de protecție socială și sănătate, de la modele publice finanțate din taxe până la modele bazate pe asigurări.

JA MENTOR va promova un benchmarking transnațional pentru a identifica soluții de implementare transferabile între țările/regiunile cu sisteme similare de sănătate și protecție socială, generând opțiuni practice care să sprijine alte țări în extinderea Bugetul Personal de Sănătate -urilor.

4.5. Identificarea managerului de caz

Pentru ca Bugetul de Sănătate să devină operațional, este necesar consimțământul persoanei, exprimat printr-un acord semnat de aceasta, care detaliază obiectivele și angajamentele tuturor părților implicate. Acest acord reprezintă o parte integrantă a Bugetului de Sănătate.

În faza de implementare, Bugetul de Sănătate trebuie monitorizat și revizuit constant de către echipa social-sanitară, cel puțin o dată pe an, cu participarea activă a persoanei. Acest proces de monitorizare și revizuire este coordonat de **Managerul de Caz** desemnat în etapa de planificare. În cadrul revizuirii sunt luați în considerare și indicatorii de rezultat.

Pentru a permite aplicarea Bugetului de Sănătate și a asigura calitatea procesului, facilitând totodată adoptarea acestuia în toate zonele teritoriale, este esențială definirea unui plan strategic amplu și extins, bazat pe elementele calitative și operaționale agreeate de Grupul de Lucru. Acest plan ar trebui să includă și colectarea adecvată a informațiilor strategice esențiale.

Mai precis, este necesară diseminarea documentului strategic ce conține liniile directoare printr-un acord formal în cadrul Conferinței Unificate, cu un angajament din partea Regiunilor și Provinciilor Autonome de a adopta conținutul prin propriile măsuri și/sau planuri de implementare. De asemenea, trebuie instituit un sistem național de monitorizare periodică, cu metode structurate de implementare folosind indicatori ai calității procesului și ai rezultatelor în termeni de calitate a vieții.

Atribuțiile managerului de caz includ:

- a) Numirea sa în cadrul sectorului în care sunt concentrate majoritatea intervențiilor (sănătate sau asistență socială).
- b) Definirea clară a rolului, prin informarea persoanei despre beneficiile disponibile și facilitarea accesului la acestea, utilizând o abordare de *Motivational Interviewing* pentru a susține implicarea și participarea activă.

4.5.1. Literatură recentă privind managerul de caz: Funcții și Roluri Cheie

Managerii de caz oferă o gamă largă de tipuri de sprijin, inclusiv sprijin relațional, stabilitate și continuitate, validare, conectare socială, sprijin pentru activitățile zilnice și asistență vocațională. Aceste forme de sprijin sunt adaptate nevoilor specifice ale persoanelor care utilizează servicii de sănătate mintală, punând accent pe construirea relației, afirmare și implicare consecventă ca funcții centrale (Fitzgerald et al., 2024).

Managerii de caz acționează, de asemenea, ca coordonatori ai serviciilor, ajutând persoanele să navigheze în sisteme complexe pentru a accesa locuințe, beneficii sociale, servicii de sănătate și sprijin social, lucrând frecvent în contexte comunitare (Kim et al., 2020).

4.5.2. Funcțiile de bază ale Managerului de Caz

Managerii de caz pentru persoanele cu nevoi de sănătate mintală sunt responsabili de o gamă largă de activități de sprijin, incluzând:

- Coordonarea implementării planului de îngrijire între serviciile de sănătate, sociale și comunitare, pentru a asigura că pacienții beneficiază de sprijin adecvat și în timp util.
- Construirea de relații terapeutice care favorizează încrederea, validarea și afirmarea, elemente esențiale pentru implicarea și recuperarea persoanei.
- Advocarea pentru nevoile persoanei, inclusiv accesul la locuință, ajutor financiar și servicii sociale, precum și sprijin în navigarea unor sisteme complexe.
- Furnizarea de sprijin practic și emoțional, cum ar fi asistență pentru activitățile zilnice, sprijin vocațional și facilitarea conexiunilor sociale.
- Monitorizarea și evaluarea nevoilor pentru a identifica schimbările în starea de sănătate mintală și pentru a direcționa persoana către îngrijiri specializate atunci când este necesar.
- Promovarea autonomiei și recuperării, prin împuternicirea persoanei să participe la planificarea îngrijirii și prin susținerea independenței acesteia.

4.6. Semnarea și monitorizarea

4.6.1. Definirea indicatorilor pentru monitorizarea Bugetul Personal de Sănătate sau a studiului pilot european

Acești indicatori sunt colectați în următoarele momente de evaluare:

- T0 (baseline): la admitere / începutul tratamentului
- T1 (follow-up): la externare sau după o perioadă de urmărire predefinită (de ex., 6 sau 12 luni după T0)

Indicatorii includ:

1. Numărul și durata totală a Tratatamentelor Medicale Obligatorii / Internărilor Involuntare
2. Numărul și durata totală a internărilor în spital
3. Rezultate clinice și funcționale
4. Instrumente de evaluare în funcție de vârstă:
 - Adulți (>18 ani): HoNOS, GAF, WHOQoL-BREF
 - Copii și adolescenți (<18 ani): HoNOSCA
5. Perioada de expunere la tratament



Co-funded by
the European Union

6. Tipul de intervenție și intensitatea tratamentului (ore/zile)

5. FORMATUL Parcursului Integrat de Îngrijire

NUME	PRENUME	DATA NAȘTERII

DATA PRIMEI VIZITE _____ DATA ULTIMEI EVALUĂRI / FOLLOW-UP _____

Coduri ICD ale diagnosticului _____

NIVELUL DE SEVERITATE

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Data completării: _____

PRENUME: _____ NUME: _____

DATA DE ÎNCEPERE: de la aprobarea _____ DATA EXPIRĂRII: _____

NIVELUL DE INTENSITATE:

ACTORI CO-MANAGERIALI IDENTIFICAȚI:

REVIZUIRI: trimestrial _____ semestrial _____ altul _____

FIȘĂ DE DATE PERSONALE	
Locul și data nașterii	
Gen	
Naționalitate	
Adresa de domiciliu (indicați dacă este reședință)	
Număr de telefon	
E-mail	
DATE DEMOGRAFICE	
Recunoașterea invalidității civile și %	
Evaluarea gradului de dizabilitate	
Nivel de educație	
Ocupație / angajare	
Alte date relevante	
RESURSE	
Pensie / pensie de invaliditate	
Alocație de însoțitor	
Mijloace de transport utilizate	

Alte surse de venit (tip / sumă)	
----------------------------------	--

EVALUARE MULTIDIMENSIONALĂ

MEMBRII FAMILIEI / PERSOANE DE REFERINȚĂ			
PRENUME	NUME	TIPUL RELAȚIEI	LOCUIESC ÎMPREUNĂ da/nu

ISTORIC DE SĂNĂTATE / BOALĂ / DISTRES	
Preluare în evidență (data și Serviciul)	
Istoric familial	
Istoric personal	
Intervenții medicale anterioare	
Intervenții sociale anterioare	

INTERVENȚII SOCIALE ANTERIOARE		
Aspecte de evaluat	Descrierea situației constatate	Nevoi prioritare
<i>Exemplu</i>	<i>Neaderență, refuz al tratamentului, aderență parțială sau completă, nu se aplică</i>	
Aderența la tratamentul farmacologic		
Aderența la planul terapeutic		

DIAGNOSTIC	ICD-10	DESCRIERE ICD-10
Diagnostic principal		
Diagnostic secundar		

EVALUAREA PROFILULUI DE FUNCȚIONARE

EVALUARE		
Test (<i>ex: HONOS, GAF, WHOQoL BREF</i>)	Data administrării	Rezultate (<i>vă rugăm să indicați scorurile totale și pe subscale pentru fiecare test, dacă sunt disponibile</i>)

Descriere succintă: _____

EVALUAREA NEVOILOR PRIORITARE ÎN FIECARE DOMENIU

ASPECTE DE EVALUAT		DESCRIEREA SITUAȚIEI	NEVOI PRIORITARE
Sănătate			
<i>Exemplu</i>	<i>Administrarea terapiei medicamentoase</i>	<i>Instabilitate în aderența la terapia antipsihotică</i>	<i>Monitorizarea administrării medicației și a potențialelor efecte secundare</i>
1a			
2a			
3a			
Învățare / socializare / afectivitate			
<i>Exemplu</i>	<i>Interacțiune socială</i>	<i>Izolare socială</i>	<i>Dezvoltarea relațiilor semnificative</i>
1b			
2b			
3b			
Formare / educație / angajare			
<i>Exemplu</i>	<i>Angajare</i>	<i>Implicat într-un stagiu cu satisfacție scăzută percepută</i>	<i>Oportunități vocaționale semnificative și satisfăcătoare</i>
1c			
2c			
3c			
Locuire			

<i>Exemplu</i>	<i>Viață independentă</i>	<i>Locuiește cu părinți neînțelegători / care nu oferă sprijin</i>	<i>Viață independentă</i>
1d			
2d			
3d			

REZUMAT, OBIECTIVE ȘI PLANIFICARE CO-MANAGERIALĂ

a. Domeniul sănătății

Programul tratamentului (zile/ore)	Profesioniști implicați (ex.: <i>psihiatru, psiholog, asistent medical, asistent social</i>)	Resurse disponibile	Obiective pe termen mediu (până la 6 luni)	Indicatori de proces	Obiective pe termen lung (6-12 luni)
1b					
2b					
3b					

b. Domeniul învățării / comunicării / afectivității

Programul tratamentului (zile/ore)	Profesioniști implicați (ex.: <i>psihiatru, psiholog, asistent medical, asistent social</i>)	Resurse disponibile	Obiective pe termen mediu (până la 6 luni)	Indicatori de proces	Obiective pe termen lung (6-12 luni)
1b					
2b					
3b					

c. Domeniul formării / educației / angajării

Programul tratamentului (zile/ore)	Profesioniști implicați (ex.: <i>psihiatru, psiholog, asistent medical, asistent social</i>)	Resurse disponibile	Obiective pe termen mediu (până la 6 luni)	Indicatori de proces	Obiective pe termen lung (6-12 luni)
1b					
2b					



3b

d. Domeniul locuirii

Programul tratamentului (zile/ore)	Profesioniști implicați (ex.: <i>psihiatru, psiholog, asistent medical, asistent social</i>)	Resurse disponibile	Obiective pe termen mediu (până la 6 luni)	Indicatori de proces	Obiective pe termen lung (6–12 luni)
--	--	------------------------	--	-------------------------	---

1b

2b

3b

INTERVENȚII

Acțiuni planificate	DE LA..... PÂNĂ LA.....	Resurse umane și nivelul de intensitate (număr total de ore lunar)	Costul lunar al intervenției
---------------------	----------------------------	---	---------------------------------

SEMNĂTURI

Rol	Nume și prenume (tipărit)	Semnătură
Beneficiar / Titular al proiectului	_____	_____

Reprezentant legal (dacă este cazul)

Rol	Nume și prenume (tipărit)	Semnătură
Părinte	_____	_____
Tutore	_____	_____
Administrator de sprijin	_____	_____
Altul (specificați: _____)	_____	_____

Manager de caz (indicați rolul profesional)

Funcție profesională	Nume și prenume (tipărit)	Semnătură
Manager de caz (rol: _____)	_____	_____

Echipă multidisciplinară



Funcție profesională	Nume și prenume (tipărit)	Semnătură
Psihiatru	_____	_____
Psiholog	_____	_____
Asistent social	_____	_____
Asistent medical	_____	_____
Terapeut ocupațional / Educator	_____	_____
Altul (specificați: _____)	_____	_____

Furnizor de servicii din sectorul terțiar

Rol	Nume și prenume (tipărit)	Semnătură
Numele organizației	_____	_____
Reprezentant legal	_____	_____

Data, _____

6. Bibliography

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. Următorul pas: Implementarea pilot și monitorizarea parcursului integrat de îngrijire

Pe baza datelor colectate prin D.5.4.1, elementele esențiale ale parcursului integrat de îngrijire în sănătatea mintală (SM) vor fi detaliate, incluzând:

1. membrii echipei multidisciplinare pentru evaluarea inițială;
2. instrumente și chestionare pentru evaluarea rezultatelor clinice și personale;
3. un format standardizat pentru planificarea și monitorizarea intervențiilor integrate medico-sociale.

Documentul definit va fi publicat pe website-ul Acțiunii Comune pentru a invita părțile interesate — precum centre clinice de sănătate mintală, persoane cu experiență trăită (PLE), ONG-uri, municipalități etc. — să ofere feedback și sugestii.

Toate comentariile vor fi analizate de Panel pentru potențiale modificări, conducând la finalizarea documentului. Documentul final va fi tradus în toate limbile europene, pentru a asigura accesibilitate și înțelegere cât mai largă.

7.1. Sinergii

Dezvoltarea colaborativă a *Definirii unui Parcurs Integrat de Îngrijire* (Sub-sarcina 5.4.2) a generat sinergii valoroase între partenerii de proiect și părțile interesate externe.

1. Schimb de bune practici între țări

Întâlnirile bilunare și discuțiile continue au facilitat schimbul de politici naționale și regionale, ghiduri și strategii legate de îngrijirea integrată în sănătatea mintală. Acest proces a consolidat învățarea reciprocă și a îmbogățit conținutul chestionarului cu perspective diverse, asigurând relevanța acestuia în diferite sisteme de sănătate.

2. Colaborare interdisciplinară

Implicarea ministerelor, agențiilor publice, serviciilor de sănătate mintală, sectoarelor de asistență socială și muncă, persoanelor cu experiență trăită și organizațiilor din sectorul terțiar (ONG-uri, grupuri de voluntariat și organizații non-profit) a consolidat o abordare multisectorială.

3. Consolidarea rețelelor pentru acțiuni viitoare

Procesul de diseminare a chestionarului a întărit legăturile dintre instituții și părțile interesate, creând baza pentru colaborări viitoare dincolo de scopul inițial al proiectului. Aceste relații sunt de așteptat să faciliteze noi inițiative comune, dezvoltări de politici și cercetări privind parcursurile integrate de îngrijire și strategiile de incluziune socială.

4. Aliniere la cadrele politice și de cercetare

Datele colectate contribuie nu doar la livrabilele proiectului, ci și la discuțiile europene și naționale privind îmbunătățirea serviciilor de sănătate mintală, incluziunea socială și modelele de îngrijire integrată. Cunoștințele dobândite în cadrul acestei inițiative sunt în concordanță cu cadrele existente ale UE și reprezintă un punct de referință pentru viitoare recomandări de politici și cercetare.

Aceste sinergii, atât planificate, cât și neprevăzute, au amplificat impactul general al proiectului, promovând o abordare coordonată și durabilă a îngrijirii în sănătatea mintală la nivel local, regional, național și european.



Definiția parcursului integrat de îngrijire

AutOR	Institutul Național de Sănătate, Italia
Sarcină	5.4
Data livrabilului	30 mai 2026
Contat lider Sarcină 5.4	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

This Joint Action is co-funded by the Health
Programme of the European Union under Grant
Agreement No. 101162928

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or European Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them.