

Implementare programmi innovativi di salute mentale nel territorio: il progetto pilota della Joint Action ImpleMental in Regione Lombardia - 2024

Antonio Lora^{a,b}, Stefania Pollice^a, Simonetta Martini^a, Stefania Palumbo^c, Marco Sacco^c, Chloé Lèfevre^c, Barbara D'Avanzo^d, Angelo Barbato^d, Roberta Rossi^e, Giovanni De Girolamo^e, Silvia Leone^e, Serena Meloni^e, Nathalie Bélorgey^f, Rabea Lukies^f, Gabriele Klaers^f, Ivan Limosani^b, Teresa Di Fiandra^{a,b}

^a Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Lecco

^b Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia, Milano

^c Fondazione Cluster Regionale Lombardo delle Tecnologie per gli Ambienti di Vita, Lecco

^d Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

^e Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

^f Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, Köln (Germany)

SUMMARY

Implementing innovative community mental health care: the pilot of Joint Action ImpleMENTAL project in Lombardy Region (Italy - 2024)

Introduction

The ImpleMENTAL Joint Action (JA) was an EU-funded project aimed at implementing best practices in mental health at community level. The project's core was to implement these best practices in a structured way across all participating countries using a common set of implementation tools and plans. Lombardy Region, in Italy, and Germany managed the WP5 technical work package, which focused on developing best practices in community-based mental health services. Within this project, the Lombardy Region aimed to improve the quality of mental healthcare for young patients with borderline personality disorders by delivering evidence-based psychosocial treatments. The aim of this work is to describe the tools used and the results obtained during the implementation process promoted by JA within the Lombardy Region's pilot project.

Materials and methods

A common set of tools was used to provide participating countries with a structured model for implementing selected best practices. The tools employed throughout the different phases of the process, including pre-implementation, implementation, evaluation and sustainability are described in the paper.

Results

Eighteen of Lombardy's 27 Local Health Units participated in the initiative, enrolling 309 young patients. The initiative resulted in an increased delivery of evidence-based interventions and collaborative therapeutic plans, as well as the assignment of case managers and improved interaction with social services. It also strengthened partnerships with family associations.

Conclusions and discussion

JA emphasised the necessity of structured implementation processes, comprehensive training, motivated professionals, information systems for monitoring and regional clinical pathways, all of which are vital for reducing local variability. These elements were pivotal in achieving sustainability and advancing recovery-focused mental healthcare.

Key words: community-based mental health services; implementation; borderline personality disorders

a.lora@asst-lecco.it

Introduzione

La Joint Action (JA) ImpleMENTAL è un'iniziativa triennale (2021-2024) finanziata dalla Commissione Europea, volta a migliorare la salute mentale dei Paesi partecipanti attraverso l'implementazione di due Buone Pratiche (BP) (1). La prima, ispirata alla riforma psichiatrica belga, mira a sviluppare attività territoriali in salute mentale ed è stata adottata da 14 Paesi europei; la seconda, centrata sulla strategia austriaca SUPRA per la prevenzione del suicidio, ha coinvolto 17 Paesi. La struttura della JA ha previsto due Work Package (WP) tecnici (WP5 per l'attività territoriale e WP6 per la prevenzione del suicidio), che

hanno supportato nei Paesi l'implementazione delle azioni pilota ispirate alle due BP; tali WP tecnici sono stati integrati da quattro WP (WP1 Coordinamento, WP2 Disseminazione, WP3 Valutazione e WP4 Sostenibilità) che hanno supportato lo sviluppo della JA. Il WP5, co-diretto dal German Federal Institute of Public Health e dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, ha supportato i Paesi partecipanti nella scelta e nell'implementazione di progetti pilota territoriali.

Per raggiungere l'obiettivo generale di implementare le BP nei Paesi partecipanti, il lavoro della JA è stato suddiviso in tre

fasi in funzione dei relativi processi attivati, degli strumenti utilizzati e dei risultati da conseguire:

- 1) pre-implementazione: creazione di linguaggi condivisi, strutture di collaborazione tra i Paesi, definizione dei contenuti e sviluppo di strumenti per l'analisi e la valutazione;
- 2) implementazione: supporto ai progetti pilota tramite la formazione e l'utilizzo di strumenti specifici;
- 3) post-implementazione: monitoraggio dei risultati e promozione della sostenibilità dei progetti, anche dopo la conclusione della JA.

Il progetto pilota "Evidence based psychosocial care for young patients with borderline personality disorders cared in Adult Mental Health Services" implementato da Regione Lombardia è stato finalizzato al miglioramento della qualità della cura nei giovani adulti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Dai risultati di un precedente progetto di ricerca (QUADIM 2016-2019, finanziamento del Ministero della Salute), che ha valutato la qualità della cura in salute mentale erogata ai pazienti con disturbi di personalità in quattro Regioni italiane, è emerso che la qualità della cura erogata in Lombardia nel 2015 a pazienti di 18-24 anni con disturbo di personalità all'esordio doveva essere radicalmente migliorata. Solo un sesto dei giovani pazienti era stato valutato in modo strutturato nelle prime fasi del trattamento, mentre un terzo non aveva ricevuto alcun intervento psicosociale, specificatamente indicato per questo tipo di disturbi, e solo un terzo dei familiari aveva ricevuto interventi (2). I risultati ottenuti hanno fornito una base

di evidenze in termini di *need assessment* che sono state valutate particolarmente importanti per l'identificazione della progettualità pilota di Regione Lombardia nell'ambito della JA. La JA è stata l'occasione che ha permesso la realizzazione da parte dei servizi di salute mentale lombardi di un progetto per migliorare la qualità della cura in questa specifica area.

L'obiettivo del lavoro è quello di presentare gli strumenti utilizzati per l'implementazione del progetto pilota di Regione Lombardia, previsto all'interno della JA, e i risultati del pilota stesso.

Materiali e metodi

La caratteristica principale della JA è stata quella di fornire ai Paesi partecipanti un modello strutturato di implementazione delle due BP, utilizzando una gamma comune di strumenti (1). Nella **Figura 1** viene illustrata la sequenza temporale di utilizzo dei diversi strumenti: a partire nella fase di pre-implementazione, per passare poi agli strumenti della fase di implementazione e infine alla fase di valutazione e sostenibilità, con la definizione di indicatori specifici del progetto di Regione Lombardia e di una road map dopo la fine del progetto.

Gli strumenti della fase di pre-implementazione

Gli strumenti utilizzati nella fase di pre-implementazione hanno avuto lo scopo di analizzare e valutare la situazione specifica dei Paesi partecipanti e di preparare il processo di implementazione attraverso la definizione di obiettivi misurabili.

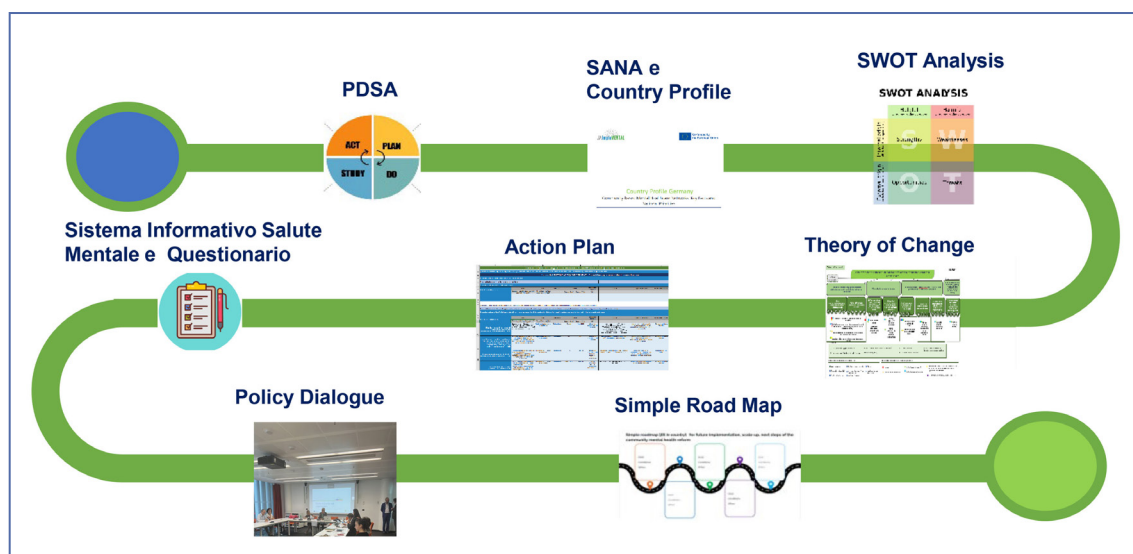


Figura 1 - Panoramica della tipologia e della sequenza degli strumenti di implementazione utilizzati nel progetto pilota di Regione Lombardia (2024)

PDSA cycle - Il ciclo PDSA (Plan-Do-Study-Act) è un metodo iterativo di miglioramento continuo utilizzato per testare modifiche nei processi (3, 4). Si pianifica un cambiamento (Plan), lo si implementa (Do), si analizzano i risultati (Study) e si agisce in base alle conclusioni (Act). Questo approccio consente di migliorare gradualmente l'efficienza e l'efficacia, riducendo i rischi e promuovendo un apprendimento continuo in ogni iterazione. Questo strumento è stato utilizzato per coordinare l'intero progetto della JA e le specifiche implementazioni a livello dei singoli Paesi.

SANA e Country Profile - Il SANA (Situation Analysis and Needs Assessment) (5) è stato utilizzato per comprendere lo stato della salute mentale e le criticità presenti in questo settore sia a livello dei singoli Paesi che delle specifiche aree di implementazione del progetto pilota. Il questionario sviluppato per il SANA comprendeva due parti: una panoramica generale con 61 indicatori sulla salute mentale a livello nazionale e un focus più specifico sull'area scelta da ciascun Paese per l'implementazione del progetto pilota. Gli indicatori sono stati selezionati dai leader del WP5 e sono derivati principalmente da WHO-Mental Health Atlas 2021 (6). I risultati raccolti attraverso il SANA sono stati utilizzati per compilare il Country Profile, un documento che ha sintetizzato i dati raccolti sia a livello di Paese che di area pilota (7).

Analisi SWOT - Parallelamente alla raccolta dei dati per il SANA e alla compilazione dei Country Profile, è stata condotta un'analisi SWOT (Strengths Weaknesses, Threats and Opportunities) (8, 9) che ha mirato a individuare i punti di forza e i punti di debolezza interni a un sistema o a un progetto, così come le minacce e le opportunità provenienti dall'esterno. La SWOT consiste in una matrice, che viene compilata individualmente e/o in gruppo, avendo come guida i precedenti quattro domini dell'analisi SWOT. Questo strumento ha permesso di esaminare fattori interni ed esterni che avrebbero potuto influenzare il processo di implementazione del progetto pilota. I punti di forza e di debolezza, insieme alle opportunità e alle minacce, sono stati valutati sia a livello regionale che a livello locale delle singole Aziende Socio-Sanitarie (ASST) lombarde. Nel nostro caso, tutte le équipes di implementazione (EI) delle ASST aderenti al progetto pilota sono state coinvolte nella compilazione attraverso specifiche domande guida relative ai quattro domini.

Theory of Change - L'adozione del modello Theory of Change (ToC) (10) è stato il primo passo nel processo di progettazione e pianificazione delle azioni pilota. Questo approccio permette di formulare obiettivi misurabili e identificare indicatori utili per la valutazione. Il ToC distingue i risultati ottenuti (output), i risultati attesi (outcome) e l'impatto complessivo delle attività pianificate. Gli output e gli outcome sono misurabili attraverso indicatori appropriati, mentre l'impatto si estende oltre le attività dirette e richiede una valutazione sul medio periodo. Nel progetto pilota di Regione Lombardia, il modello ToC è stato rappresentato in un diagramma di flusso che illustra il processo di cambiamento, collegando gli input alle attività pianificate, agli output, agli outcome e agli impatti attesi (**Materiale Aggiuntivo - Figura**). Questo modello ha contribuito a integrare i dati del SANA e del Country Profile con la programmazione delle attività.

Gli strumenti della fase di implementazione

La formazione - La formazione è stata un elemento chiave dell'implementazione ed è stata organizzata a livello regionale da esperti esterni ai servizi, individuati rispetto a specifiche competenze nel campo dei trattamenti psicosociali per i pazienti con disturbo borderline di personalità e della recovery nei disturbi mentali gravi.

L'IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia ha organizzato una formazione intensiva di 56 ore in presenza, alla quale hanno partecipato 298 operatori provenienti da 23 ASST lombarde. La formazione ha trattato diverse tematiche legate agli interventi psicosociali evidence-based indicati nel DBP:

- definizione di strumenti diagnostici e valutativi;
- raccomandazioni per trattamenti evidence-based farmacologici e non farmacologici (Good Psychiatric Management, Dialectical Behaviour Therapy - Skill Training) indicati nei DBP;
- gruppi psicoeducativi per familiari secondo il modello Family Connection.

L'Istituto Mario Negri di Milano ha invece organizzato una formazione online di quattro ore a cui hanno partecipato 42 operatori sul significato del processo di recovery all'interno del DBP.

L'attivazione dei Gruppi di Implementazione regionali e delle équipes di implementazioni locali - Il progetto pilota ha previsto l'attivazione del Gruppo di Implementazione regionale, formato da ASST Lecco e Cluster TAV, e di una serie di EI

locali. Il Gruppo di Implementazione regionale si è occupato del coordinamento e monitoraggio a livello regionale, mentre le EI, con un coordinatore designato, hanno operato a livello locale nelle ASST partecipanti. Sono stati organizzati circa 30 incontri online per condividere strumenti e supportare le attività delle EI, facilitando la pianificazione e il monitoraggio. Le EI hanno incluso 179 operatori, con una mediana di 9 per ogni ASST. Un Gruppo di Consultazione, composto da rappresentanti di stakeholder chiave (DG Welfare, associazioni utenti e familiari, esperti di salute mentale), ha svolto una funzione di advisor esterno per il progetto.

Il Piano di Azione del progetto pilota - Per supportare l'implementazione, sono stati elaborati Piani di Azione (PA), utili ai Paesi per tradurre gli elementi essenziali delle BP in attività prioritarie. Il PA ha incluso la definizione delle attività prioritarie, degli attori responsabili, della scansione temporale, degli stakeholder coinvolti e dei beneficiari finali, basandosi sugli input, output e outcome del modello ToC. Per la Lombardia, il PA è stato compilato sia a livello regionale sia locale per le singole EI.

Gli strumenti della fase di post-implementazione (valutazione e sostenibilità)

Nella fase post-implementazione, l'attenzione è stata dedicata alla valutazione dei risultati e alla sostenibilità del progetto pilota.

Il monitoraggio del processo di implementazione tramite il Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) e il questionario sullo stato di avanzamento dell'implementazione pilota - Per monitorare l'avanzamento del pilota, sono stati utilizzati indicatori chiave, derivati dalla ToC e dal PA, raccolti tramite uno specifico questionario compilato telematicamente dalle EI e attraverso il SISM regionale, derivato da quello nazionale (11). Tali indicatori (**Materiale Aggiuntivo - Tabella**) hanno permesso di monitorare l'avanzamento del processo di implementazione, garantendo una valutazione strutturata del processo e dei risultati ottenuti.

Policy Dialogue - Il Policy Dialogue è un confronto organizzato tra stakeholder pubblici, privati e non-profit, e decisori politici, volto a trovare soluzioni condivise su temi rilevanti (12). Nel luglio 2024, esperti, operatori e decisori si sono incontrati in una giornata seminariale per discutere la sostenibilità delle azioni dopo la JA, condividendo

esperienze e proposte, valorizzando i risultati già ottenuti nelle ASST lombarde partecipanti al progetto e promuovendo nuove strategie di implementazione a lungo termine.

La Road Map di implementazione - Lo strumento utilizzato per l'identificazione di obiettivi per il consolidamento e/o l'estensione delle azioni pilota dopo la fine della JA è stata la Road Map di implementazione (13). Questo strumento può essere utilizzato come piano strategico per definire gli obiettivi corrispondenti ai risultati desiderati, le condizioni per il raggiungimento degli stessi e i relativi tempi previsti. La Road map di Regione Lombardia (**Tabella 1**) mostra il risultato delle traiettorie individuate a livello di Gruppo di Implementazione regionale sulla scorta degli elementi acquisiti attraverso gli incontri di monitoraggio a livello locale. Anche in questo caso lo strumento regionale è stato poi utilizzato a livello locale dalle singole EI.

Risultati

Il progetto pilota lombardo ha avuto due obiettivi. Il primo metodologico: applicare su un ampio campione di servizi di salute mentale gli strumenti della JA per strutturare il processo di implementazione. Il secondo a livello dei contenuti da implementare: attivare interventi psicosociali basati su evidenze, ponendo però al tempo stesso una particolare enfasi sulla collaborazione intersettoriale con i servizi sociali e le associazioni di familiari e utenti, il processo di recovery e l'inclusione sociale.

Realizzato tra febbraio e luglio 2024, il progetto ha coinvolto 18 ASST lombarde su un totale di 27. Il reclutamento dei pazienti, su base volontaria, è stato operato da parte del personale dei Centri Psicosociali sulla base di alcuni criteri: l'età (18-30 anni), la diagnosi (DBP secondo la classificazione ICD10) e un primo contatto con il servizio nel periodo 2021-2024. Tra i 309 pazienti arruolati, il 77% aveva un'età compresa tra i 17 e i 24 anni, mentre il 18% era tra i 25 e i 30 anni e il 5% era di età superiore ai 30 anni. Il 56% è entrato in contatto con il servizio nel biennio 2023-2024, il 28% nel 2021-2022 e il restante 16% negli anni precedenti. La maggioranza dei pazienti (90%) era di genere femminile, riflettendo le maggiori difficoltà nel coinvolgimento di pazienti giovani di sesso maschile. Per quanto riguarda le diagnosi, il 78% aveva il DBP come diagnosi principale, mentre il 2% lo aveva come diagnosi secondaria; il restante 20% aveva altre diagnosi, legate al mancato aggiornamento della diagnosi nei sistemi informativi.

Tabella 1 - Road Map per l'implementazione del progetto pilota di Regione Lombardia (2024)

Obiettivi	Condizioni	Tempo
Erogare in modo sistematico e strutturato interventi clinici psicosociali innovativi (GPM-Good Psychiatric Management, DBT - Dialectical Behavior Therapy-skill training, FC-Family Connection) rivolti a tutti i giovani adulti 18-30 anni con DBP - Disturbo Borderline di Personalità - al primo contatto con i Centri di Salute Mentale	Risorse umane dedicate (presenza di personale strutturato e libero professionale che possa dedicare parte dell'attività lavorativa a questo obiettivo). Definizione di un PDTA- Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per il trattamento dei giovani con DBP. Percorsi di formazione/supervisione.	A medio termine (1-2 anni).
Sviluppare l'integrazione con la rete sanitaria, sociosanitaria e sociale.	Mappatura di tutte le risorse presenti sul territorio in termini di offerta di servizi. Condivisione efficace di istruzioni operative agli altri servizi sanitari, sociosanitari e sociali coinvolti nei percorsi di cura e nei progetti individuali dei pazienti. Condivisione con le associazioni di familiari delle attività inerenti alla Family Connection e ai Progetti Individuali di Recovery.	A medio termine (1-2 anni).
Migliorare la transizione dalle UONPIA (Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza) ai servizi per l'età adulta dei pazienti con disturbi precursori del disturbo borderline di personalità.	Informazione degli operatori UONPIA sulle attività rivolte ai pazienti con DBP. Integrazione del PDTA con elementi relativi alla transizione.	A medio termine (1-2 anni).
Comunicare alle parti interessate i risultati del Progetto attraverso incontri con: - il Direttore della Struttura Complessa del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - DSMD e il Direttore Socio-Sanitario; - i servizi dell'ASST/IRCCS di appartenenza; - i servizi sociali, le associazioni familiari/utenti e di volontariato; - la popolazione tramite media locali e incontri.	Calendarizzazione di incontri con le parti interessate attraverso e-mail di invito e contatti telefonici. Evidenza sul sito aziendale delle ASST/IRCCS aderenti dei nominativi dei componenti delle équipe di Implementazione con la specifica del Coordinatore e della relativa modalità di contatto.	A breve termine (3-6 mesi).

Il progetto ha previsto l'erogazione di una vasta gamma di interventi psicosociali, tra cui:

- interventi psicoeducativi individuali e di gruppo;
- interventi sulle abilità di base, interpersonali e sociali;
- interventi psicoterapici individuali e di gruppo;
- supporto ai familiari attraverso gruppi dedicati;
- valutazioni cliniche strutturate all'inizio del percorso clinico;
- programmi di inserimento lavorativo e supporto sociale (**Tabella 2**).

Durante il periodo di implementazione, sono stati erogati complessivamente 7.981 interventi, di cui 4.256 erano interventi psicosociali. La mediana di interventi psicosociali per paziente è stata pari a 10. L'obiettivo di garantire un'adeguata intensità nei primi mesi di cura è stato raggiunto per il 57% dei pazienti che ha ricevuto almeno cinque interventi psicosociali nei primi tre mesi di presa in carico, mentre le percentuali di pazienti coinvolti in interventi psicoeducativi e psicoterapici sono state rispettivamente del 36% e del 62% (**Figura 2**).

Nonostante una parte della formazione fosse stata dedicata all'utilizzo di strumenti strutturati (SCID 5, Columbia Scale sul rischio suicidario, Borderline Symptoms List 23, Zanarini BPD Scale) all'interno della valutazione clinico-diagnostica iniziale, solo un quarto dei pazienti (27%) è stato valutato in questo modo. Infine, l'83% delle ASST ha attivato almeno un gruppo terapeutico con interventi psicosociali evidence-based per pazienti, mentre il 66% ha attivato gruppi per i familiari.

Per promuovere il processo di recovery, sono stati valorizzati gli strumenti organizzativi già in uso nei servizi lombardi: il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e la figura del case manager. La quasi totalità dei pazienti aveva un PTI, condiviso e firmato dal paziente nel 67% dei casi. L'assegnazione di un case manager è avvenuta per il 74% dei pazienti, facilitando il percorso di inclusione sociale.

La collaborazione con i servizi sociali e le associazioni di familiari è stata una componente fondamentale del progetto. Il 37% dei pazienti aveva un PTI condiviso con i servizi sociali comunali

Tabella 2 - Risultati del processo di implementazione del progetto pilota di Regione Lombardia (2024)

AZIENDE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI (ASST) PARTECIPANTI	
	66% (18/27)
	% n.
Pazienti arruolati	309
Età dei pazienti arruolati	
17-24 anni	77
25-30 anni	18
>30 anni	5
Anno di primo contatto con il servizio	
2023-2024	56
2021-2022	28
<2022	16
Genere	
Femminile	90
Maschile	10
Diagnosi ICD 10 di Disturbo Borderline di Personalità	
Diagnosi principale ICD 10	78
Diagnosi secondaria ICD 10	2
Altra diagnosi ICD 10	20
INTERVENTI	
Totali interventi erogati nel progetto di cui psicosociali	7.981 4.256
Interventi psicosociali per paziente (mediana)	10
Pazienti con un Piano di Trattamento Individuale (PTI) condiviso e firmato dal paziente	67
Pazienti con un PTI condiviso con i servizi sociali dei Comuni	37
Pazienti a cui è stato assegnato un case manager	74
ASST che hanno attivato almeno un gruppo terapeutico di social skills training	83
ASST che hanno attivato almeno un gruppo psicoeducativo con i familiari	66
ASST che hanno organizzato incontri con i servizi sociali dei Comuni per informarli del progetto e dei suoi sviluppi	44
ASST che hanno collaborato con le associazioni dei familiari per sviluppare programmi comuni all'interno del progetto	66

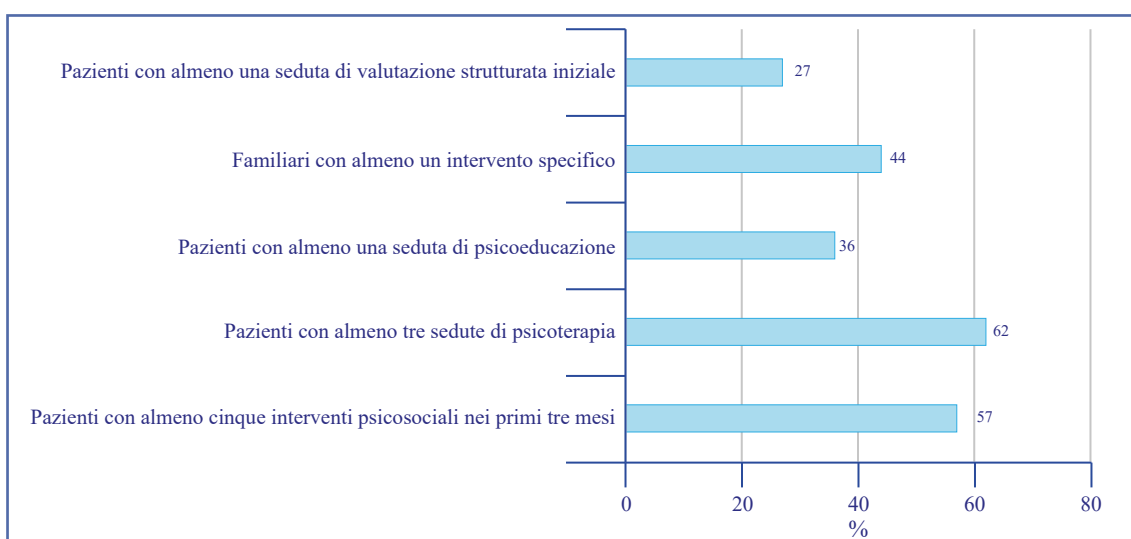


Figura 2 - Percentuale di pazienti e familiari che hanno ricevuto specifici interventi psicosociali all'interno del progetto pilota di Regione Lombardia (2024)

o con agenzie del terzo settore. Inoltre, il 44% delle ASST ha organizzato incontri con i servizi sociali, mentre il 66% ha collaborato con associazioni di familiari per sviluppare programmi comuni.

Un punto centrale è stata la disseminazione dei risultati del progetto. Nella quasi totalità delle ASST, le EI hanno attivato forme di comunicazione diretta con le Direzioni di Struttura Complessa o di Dipartimento. Lo stesso processo è avvenuto, sia pure in modo più lento e difficoltoso, con la rete sociale, mentre è stata quasi del tutto assente la disseminazione dei risultati del progetto rispetto alla popolazione. L'attività di disseminazione è stata invece attuata su base regionale dal Gruppo di Implementazione regionale attraverso la pubblicazione di articoli di natura giornalistica (14, 15), newsletter e post sui social media per raggiungere un pubblico più ampio, e con un convegno tenuto in Regione Lombardia nel maggio 2025 rivolto agli operatori dei servizi di salute mentale, delle associazioni di familiari e agli stakeholder istituzionali.

Discussione e conclusioni

I risultati chiave di questo progetto includono l'estensione della BP, ispirata ai principi della riforma belga, a due terzi delle ASST lombarde e il miglioramento della qualità della cura attraverso l'erogazione di interventi psicosociali precoci e intensivi ai pazienti coinvolti nel progetto.

Il successo è attribuibile non solo all'adesione e alla motivazione del personale dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle ASST, ma anche alla capacità organizzativa dei DSMD stessi di accogliere e consolidare l'innovazione, anche in tempi di crisi delle risorse umane presenti nei servizi di salute mentale. Il sistema di salute mentale della Regione Lombardia ha avuto infatti un ruolo decisivo nel raggiungimento di questi obiettivi. Rispetto ad altri Paesi partecipanti alla JA, l'Italia e la Lombardia vantano un vantaggio significativo: un sistema di salute mentale sviluppato in chiave territoriale da quarantacinque anni, con una ricca rete di servizi. Questa rete, incentrata sul territorio, ha permesso di estendere il progetto pilota della JA a gran parte delle ASST lombarde senza la presenza di risorse umane aggiuntive.

Un punto di forza significativo è stato il personale delle Strutture Complesse di Psichiatria, già in servizio con contratti stabili e sensibile agli interventi precoci per i giovani con disturbo

mentale grave, in alcuni casi anche già formato sul trattamento psicosociale dei DBP. Per ottimizzare l'erogazione di interventi psicosociali, soprattutto in un contesto di carenza di risorse umane nei DSMD, è essenziale continuare a promuovere il task sharing*. Questo implica l'ampliamento, oltre ai clinici (psichiatri e psicologi), della tipologia di operatori (infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione) che possano erogare interventi psicosociali strutturati e ricoprire la funzione di case manager, previa adeguata formazione. Un punto importante è il livello di attenzione al progetto da parte delle figure apicali (direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Semplice, coordinatori infermieristici). È quindi fondamentale il coinvolgimento di queste figure attraverso informazione e confronto diretto, poiché la loro adesione condiziona fortemente il processo di implementazione.

L'elemento più innovativo di questa JA è stata l'attenzione mirata al processo di implementazione attraverso l'utilizzo di strumenti specifici di pianificazione. Per la prima volta in Italia, in un progetto di salute mentale su vasta scala come quello implementato in Regione Lombardia, sono stati usati contemporaneamente strumenti come il PDSA, l'analisi SWOT, la Theory of Change, il Piano d'Azione, la Road Map e la valutazione basata su indicatori. Questo approccio metodologico ha rappresentato un elemento determinante per il successo del progetto. La formazione è stata decisiva per avviare il processo di implementazione, con momenti di formazione di alta qualità e feedback positivi da parte degli operatori. Tuttavia, la formazione da sola non basta. È emerso che più della metà del personale formato non ha successivamente partecipato all'implementazione effettiva e in alcuni casi le ASST non hanno attivato il processo, pur avendo inviato operatori alla formazione. Ciò evidenzia la necessità di affiancare o precedere la formazione con un'attenta attività di pianificazione, che definisca chiaramente quali operatori e strutture saranno coinvolti nell'implementazione.

Infine, il monitoraggio e la valutazione sono strumenti indispensabili. Regione Lombardia ha acquisito notevole expertise nell'uso dei sistemi informativi per monitorare e valutare la qualità delle attività. Il SISM, presente a livello regionale e nazionale, è un punto di forza che va utilizzato routinariamente per il monitoraggio e la valutazione, anche se l'assenza di indicatori

(*) Task sharing "rappresenta l'ampliamento della tipologia di operatori sanitari che può erogare interventi sanitari appropriatamente. I compiti non sono spostati da un gruppo di professionisti già formati ad un altro gruppo di professionisti già esperto e formato, ma ad un nuovo gruppo di professionisti cui viene data la capacità di assumere e svolgere i compiti individuati" (16).

di esito ne rappresenta un limite. Tuttavia, il SISM richiede una manutenzione continua per garantire qualità, completezza e aggiornamento dei dati inseriti, in particolare riguardo la diagnosi dei pazienti.

Guardando ai limiti del progetto, la valutazione iniziale dei pazienti tramite strumenti diagnostici e clinici strutturati interessa solo una parte limitata dei pazienti, mentre la collaborazione intersettoriale con stakeholder esterni (in particolare, con servizi sociali dei Comuni) rappresenta una delle maggiori difficoltà per i servizi, pur essendo riconosciuta come indispensabile per l'inclusione sociale. Parallelamente, è cruciale attivare un processo di recovery nei percorsi di cura individuali. Strumenti come la condivisione del programma di trattamento con il paziente o l'assegnazione del case manager, pur essendo pratiche consolidate in Lombardia, rischiano di ridursi a meri adempimenti amministrativi, piuttosto che rappresentare strumenti concreti per favorire il recovery. È necessario quindi monitorare il loro effettivo utilizzo in tal senso. Un altro elemento critico è la variabilità territoriale nella qualità della cura per i giovani con DBP e più in generale per le persone con disturbo mentale grave. La mancanza di percorsi di cura omogenei a livello territoriale evidenzia la necessità di strutturare un percorso di cura regionale che metta in rete le diverse ASST. Questo percorso non deve limitarsi al settore sanitario, ma integrarsi con l'area sociosanitaria, sociale e le associazioni di utenti e familiari per promuovere inclusione sociale e recovery. L'attività rivolta ai familiari e i rapporti con le associazioni di utenti e familiari sono centrali per ridurre il carico sui primi e attivare il processo di recovery. Tuttavia, solo un terzo dei familiari ha beneficiato di interventi psicosociali specifici e circa un terzo delle ASST non è riuscita ad attivare i gruppi di Family Connection. Sebbene le carenze di personale incidano, emerge anche una disomogeneità nella capacità dei DSMD di coinvolgere e collaborare con queste associazioni, che possono invece diventare alleati preziosi. Anche le associazioni stesse stanno evolvendo, passando da un focus sulla cronicità a una maggiore attenzione verso i giovani all'esordio di un disturbo mentale grave. Infine, la disseminazione dei risultati del progetto e la comunicazione con gli stakeholder e la popolazione rimangono una sfida per i DSMD, spesso più concentrati sull'erogazione degli interventi che sulla comunicazione esterna. Questa attività è attualmente carente, ma potrebbe essere migliorata favorendo un rapporto più stretto tra i DSMD e le strutture aziendali dedicate alla comunicazione.

Concludendo, l'interesse per questo progetto va oltre i risultati immediati in termini di attività erogate. Le lezioni apprese lungo il percorso sono fondamentali per identificare fattori favorevoli e ostacoli per futuri progetti, mentre gli strumenti utilizzati permettono di concentrare l'azione degli stakeholder sul processo di implementazione. Queste lezioni e questi strumenti sono cruciali per garantire la sostenibilità delle attuali azioni di miglioramento e per rendere più efficaci le iniziative future nel campo della salute mentale.

Ringraziamenti

Si ringrazia il JA ImpleMENTAL Consortium; Vasileia Konte (Head of Directorate of Services - National Public Health Organisations, Greece), Coordinatrice della JA ImpleMENTAL, per l'attività di coordinamento complessivo della Joint Action; Felix Bolinski e Faith Thompson (Trimbos Institute The Netherlands) per il supporto dato come WP3 all'attività di valutazione del progetto regionale; Bernadette Buljovszky (National Directorate General for Hospitals Hungary) e Nina Bos (Trimbos Institute The Netherlands) per il supporto dato al processo di sostenibilità e allo svolgimento del policy dialogue a livello regionale.

Citare come segue:

Lora A, Pollice S, Martini S, Palumbo S, Sacco M, Lèfevre C, D'Avanzo B, Barbato A, Rossi R, De Girolamo G, Leone S, Meloni S, Bèlorgey N, Lukies R, Klaers G, Limosani I, Di Fiandra T. Implementare programmi innovativi di salute mentale nel territorio: il progetto pilota della Joint Action ImpleMental in Regione Lombardia - 2024. Boll Epidemiol Naz 2025;6(2):19-27.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. European Union. Joint Action ImpleMENTAL. https://hadea.ec.europa.eu/news/european-mental-health-awareness-week-eu-funded-joint-action-implemental-promoting-and-improving-2024-05-17_en; ultimo accesso 12/1/2026.
2. Sanza M, Monzio Compagnoni M, Caggiu G, Allevi L, Barbato A, Campa J, et al. Assessing the quality of the care offer for people with personality disorders in Italy: the QUADIM project. A multicentre research based on the database of use of Mental Health services. Int J Ment Health Syst 2023;17(1):31. doi: 10.1186/s13033-023-00603-9
3. Institute for Healthcare Improvement. Plan-Do-Study-Act (PDSA) Worksheet. www.ihl.org/resources/tools/plan-do-study-act-pdsa-worksheet; ultimo accesso 12/1/2026.
4. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. BMJ Qual Saf 2016;25(3):147-52. doi: 10.1136/bmjqs-2015-005076

5. Murphy JK, Michalak EE, Colquhoun H, Woo C, Ng CH, Parikh SV, et al. Methodological approaches to situational analysis in global mental health: a scoping review. *Glob Ment Health* 2019;6:e11. doi: 10.1017/gmh.2019.9
6. World Health Organization Mental Health Atlas 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>; ultimo accesso 12/1/2026.
7. Country Profiles: Community-based Mental Healthcare Networks (2024). <https://implemental.wordpress.com/country-profiles-community-based-mental-healthcare-networks/>; data ultimo accesso 12/1/2026.
8. Hill T, Westbrook R. SWOT analysis: it's time for a product recall. *Long Range Planning* 1997;30(1):46-52. doi: 10.1016/S0024-6301(96)00095-7
9. Suicide Prevention Resource Center. Instructions for Conducting a SWOT Analysis. https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/swot_0.pdf; ultimo accesso 12/1/2026.
10. European Union. Joint Action ImpleMENTAL. Elements of the ToC for the Belgian Best Practice of the Joint Action ImpleMENTAL. <https://youtu.be/O5JWzJQrDRc>; ultimo accesso 12/1/2026.
11. Ministero della Salute. Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2023. <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/rapporto-salute-mentale-analisi-dei-dati-del-sistema-informativo-la-salute-mentale-8/>; ultimo accesso 12/1/2026.
12. European Union. Joint Action ImpleMENTAL. PRACTICAL GUIDE: Policy Dialogue Sustainability Sessions. 2023. <https://implemental.wordpress.com/sustainability-resources/>; ultimo accesso 12/1/2026.
13. Rusch A, DeCamp LM, Liebrecht CM, Choi SY, Dalack GW, Kilbourne AM, et al. A Roadmap to Inform the Implementation of Evidence-Based Collaborative Care Interventions in Communities: Insights From the Michigan Mental Health Integration Partnership. *Front Public Health* 2021;9:655999. doi: 10.3389/fpubh.2021.655999
14. Progetto Itaca. Progetto Itaca news, n. 16. https://progettoitaca.org/wp-content/uploads/2025/09/16-P.ItacaNEWS_low.pdf; ultimo accesso 12/1/2026.
15. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. La Joint Action ImpleMENTAL. <https://siep.it/la-joint-action-implemental/>; ultimo accesso 12/1/2026.
16. World Health Organization. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>; ultimo accesso 12/1/2026.

Materiale Aggiuntivo - Figura

IMPATTO

OUTCOME

OUTPUT

INPUT

L'approccio sistemico alla salute mentale permette alle persone con disturbi di salute mentale il recupero

Margine di responsabilità

1. Aumento della collaborazione tra gli interessati

1.1. DSM-Dipartimento di Salute Mentale, e associazioni di utenti e familiari e servizi sociali sono informati sul loro ruolo nel lavoro di rete

A B C D

Informare gli interessati circa il contenuto delle Buone Pratiche

Coinvolgere Associazioni di utenti e familiari sul processo di implementazione delle BP

Coinvolgere i Servizi Sociali nell'implementazione delle BP

2. Miglioramento delle procedure di erogazione delle cure per giovani pazienti con disturbi di personalità

2.1. Ogni DSM- Dipartimento di Salute Mentale comprende l'importanza della collaborazione

A C D E

Fornire brevi percorsi formativi e individuare procedure per il DSM sull'importanza della collaborazione interaziendale (vedasi adulti e adolescenti afferenti ai servizi di salute mentale)

2.2. Percorsi clinici e protocolli di consegna sono strutturati a livello dipartimentale /di DSM

A B C D

Appare i trattamenti evidence-based per giovani pazienti con Disturbo Borderline di Personalità Sviluppare e implementare percorsi clinici e protocolli per il trattamento di giovani pazienti con severi disturbi di personalità /DBP

2.3. Centri di Salute Mentale di Comunità sono formati e informati sulle procedure di trattamento

A B D E

Fornire formazione agli operatori della Salute Mentale che lavorano nei Centri di Salute Mentale di Comunità nel trattamento di giovani pazienti con severi disturbi di personalità /DBP

2.4. L'utilizzo dei dati a disposizione è facilitato e diffuso

A C D E

Usare il pannello di controllo sviluppato con il WP5 per monitorare e valutare il livello di implementazione

3. Miglioramento della comprensione e dell'implementazione della Recovery e dell'inclusione sociale tra operatori della salute mentale

3.1. Gli operatori partecipano alla formazione sulla comprensione e l'implementazione del recupero e dell'inclusione sociale per giovani pazienti con Disturbo Borderline di Personalità

A B D E G

Identificare i gap nelle conoscenze

Attivare /Migliorare percorsi formativi / inclusi argomenti relativi al WP5

Applicare la formazione nell'erogazione delle cure

Ipotesi

A. Gli interessati sono coinvolti
B. Gli elementi sono applicati e definiti dalle Buone Pratiche

C. Gli attori della rete svolgono i loro ruoli come previsto
D. La motivazione è duratura

E. I finanziamenti sono garantiti
F. I team nazionali rimangono impegnati

G. Le reti di salute mentale non duplicano i processi e le strutture esistenti

Chiavi di rischi specifici e di fattori contestuali relativi ai cluster di input

Rischi generali e fattori contestuali trasversali al progetto

Mancanza di consapevolezza
Cambiamento nel clima di gruppo e conflitti
Sovraccarico del team
Rischi politici
I decisori non supportano il progetto
Finanziamenti insufficienti
Stigma
Supporto insufficiente a livello di ASST

Personale

Atteggiamento degli operatori sanitari

Mancanza di un'amministrazione locale di supporto
Mancanza di un'istituzione in cui implementare le BP

Conoscenza insufficiente a livello di autorità pubbliche locali in merito ai diritti umani, allo stigma e alla discriminazione nei confronti della popolazione vulnerabile
Mancanza di integrazione tra livello medico, psicologico, educativo e sociale nella cura

Materiale Aggiuntivo - Tabella

Tabella 1: Indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle attività di implementazione
Output 1.1: Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), le associazioni familiari e degli utenti, e i servizi sociali sono informati sul loro ruolo nella rete del progetto.
Percentuale di ASST che hanno organizzato almeno un incontro con i servizi sociali dell'area di riferimento, comunicando i contenuti del progetto, sul totale dei DSM arruolati nel progetto
Percentuale di ASST che hanno organizzato almeno un incontro con le associazioni di utenti e familiari dell'area di riferimento, comunicando i contenuti del progetto, sul totale dei DSM arruolati nel progetto
Output 2.1: Ogni servizio del DSM comprende l'importanza della collaborazione sul progetto
Percentuale di ASST, in cui i Servizi di Salute Mentale per Adulti che hanno avuto almeno un incontro con i Servizi di Salute Mentale dell'Età Evolutiva (UONPIA) per organizzare la transizione dei pazienti arruolati nelle UONPIA, sul totale delle ASST arruolate nel progetto
Output 2.2: I percorsi clinici e i protocolli di erogazione sono strutturati a livello di DSM.
Percentuale di ASST, in cui le equipe locali di implementazione che hanno sviluppato a livello di DSM un percorso di cura strutturato per il trattamento dei giovani pazienti con BPD, sul totale delle ASST arruolate nel progetto
Output 2.3: Il personale dei Centri di Salute Mentale è formato sulle procedure di trattamento dei pazienti con DBP.
Percentuale di operatori appartenenti alle equipe di implementazione che ha completato la formazione sui trattamenti psicosociali basati sull'evidenza rispetto al totale di coloro che sono stati inclusi nella formazione
Output 2.4: I pazienti con BDP ed i loro familiari ricevono interventi psicosociali basati su evidenze.
Percentuale dei pazienti arruolati nel progetto che hanno ricevuto almeno tre sedute psicologiche/psicoterapeutiche individuali/di gruppo nei primi tre mesi di presa in carico
Percentuale dei pazienti arruolati nel progetto i cui familiari hanno ricevuto almeno un intervento psicoeducativo nei primi tre mesi di presa in carico del paziente
Percentuale dei pazienti arruolati e delle loro famiglie che ricevono almeno 6 interventi psicosociali (interventi psicologici, psicoeducativi, riabilitativi e interventi specificamente rivolti ai familiari) nei primi 3 mesi di presa in carico
Percentuale dei pazienti arruolati nel progetto che ricevono nei primi tre mesi di presa in carico almeno una seduta di valutazione riguardante diagnosi, sintomi, problemi psicosociali, ecc.
Percentuale di pazienti a cui è stata somministrata Borderline Symptom List 23 (BSL-23) sul totale di quelli arruolati nel progetto
Percentuale di pazienti a cui è stata somministrata la Scala di Valutazione Zanarini per il Disturbo di Personalità Borderline (ZAN-BPD) sul totale di quelli arruolati nel progetto
Percentuale di pazienti a cui è stata somministrata la Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio (C-SSRS) sul totale di quelli arruolati nel progetto
Percentuale di pazienti a cui è stata somministrata l'Intervista clinica diagnostica SCID-5-PD sul totale di quelli arruolati nel progetto
Percentuale di ASST che hanno implementato gruppi di Dialectical Behavior Therapy - Skill Training sul totale delle ASST partecipanti
Percentuale di ASST che hanno implementato gruppi di Family Connection sul totale delle ASST partecipanti

Output 3.1: Indicatori quantitativi e qualitativi sono sviluppati e monitorati.
È attivo nel progetto a livello regionale un monitoraggio routinario dei pazienti arruolati e dei trattamenti erogati tramite il Sistema Informativo di Salute Mentale
Percentuale di ASST, che hanno completato il questionario sviluppato per il monitoraggio dell'implementazione, sul totale delle ASST arruolate nel progetto
Output 4.1: Gli operatori delle equipe di implementazione a livello locale che hanno partecipato alla formazione sulla recovery e sull' 'inclusione sociale nei giovani pazienti con BPD.
Percentuale di operatori tra quelli inclusi nell'equipe di implementazione locali che hanno partecipato alla formazione sulla recovery
Percentuale di pazienti arruolati nel Progetto che hanno un Piano Individuale di Trattamento
Percentuale dei pazienti arruolati nel Progetto con Piano di Trattamento Individuale che coinvolge i servizi sociali e altri servizi finalizzati all'inclusione sociale sul totale dei pazienti arruolati
Percentuale di pazienti arruolati nel Progetto che ricevono almeno attività di inclusione sociale condivise con i servizi sociali dei Comuni, altri servizi del territorio per l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo, associazioni di familiari e utenti, ecc.
Output 4.2: È previsto che i piani di cura individualizzati siano sviluppati insieme con gli utenti.
Percentuale di pazienti arruolati nel Progetto che un Piano di Trattamento Individuale condiviso e formato da loro sul totale dei pazienti arruolati.
Output 4.3: È previsto che a ciascun paziente sia assegnato un case manager per il coordinamento della cura.
Percentuale dei pazienti arruolati nel progetto che hanno un case manager sul totale dei pazienti arruolati.
Output 5.1: Contatti con gli stakeholder.
Percentuali di ASST in cui l'Equipe di Implementazione locale ha attivato almeno 1 incontro con il Direttore del DSMD o di Struttura Complessa per informarlo del Progetto e dei suoi sviluppi
Percentuali di ASST in cui l'Equipe di Implementazione locale ha attivato almeno 1 incontro con i servizi sociali e quelli per l'inclusione sociale per informarli degli sviluppi del progetto e per valutare insieme le possibilità di collaborazione all'interno del progetto sul totale delle ASST arruolate nel progetto
Percentuali di ASST in cui l'Equipe di Implementazione locale ha attivato almeno 1 incontro con le associazioni di familiari per informarli degli sviluppi del progetto e per valutare insieme le possibilità di collaborazione all'interno del progetto sul totale delle ASST arruolate nel progetto
Output 5.2: Copertura del progetto nei media per informare la popolazione.
Percentuale di ASST che hanno informato almeno una volta la popolazione del progetto tramite media tradizionali (giornali, radio e TV) sul totale delle ASST arruolate nel progetto
Percentuale di ASST che hanno informato almeno una volta la popolazione del progetto tramite social media sul totale delle ASST arruolate nel progetto