



*Allegato B all'Intesa per Fondo DPCM 15 novembre 2016 art.1 lettera a)*

# *Carta intestata della Regione*

Al Ministero della Salute  
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 9  
Posta certificata sanita.it

## PROGETTO ESECUTIVO Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum

DURATA DEL PROGETTO (max 18 mesi, di cui almeno 12 mesi di intervento):

18 mesi  
COSTO

(indicare la somma utilizzata per lo svolgimento delle attività nei limiti previsti per la regione sulla base del numero medio di nati)

70.478 € settantamilaquattrocentosettantottoeuro

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Dr.ssa MARIA CARMELA MINNA

struttura di appartenenza: ASL PESCARA - ASSISTENZA CONSULTORIALE

n. tel: 085-4253978      FAX:      085 4253979      e-mail:

mariacarmela.minna@ausl.pe.it

REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO:

nominativo: Dott. Claudio Pantani

struttura di appartenenza: Direzione Amministrativa Aziendale

n. tel: 085-4253002      FAX: 085 4253000      e-mail: claudio.pantani@ausl.pe.it

*Allegato C all'Intesa per Fondo DPCM 15 novembre 2016 art.1 lettera a)*



## OBIETTIVI DEL PROGETTO

**OBIETTIVO GENERALE:** Promuovere l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita.

**OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce.

**OBIETTIVO SPECIFICO 2:**

Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati anche prevedendo nei punti nascita o attraverso Servizi Sanitari Territoriali, l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscono il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse utili ad affrontare la nuova situazione.

**OBIETTIVO SPECIFICO 3:**

Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico

**OBIETTIVO SPECIFICO 4:**

Post valutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto

## REFERENTE PROGETTO:

## UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa I	Referente	Compiti
Consultori Familiari	Dirigente Psicologo Asl Consultori Familiari a livello regionale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Referente psicologo per le 4 Asl della Regione Abruzzo</li> <li>- Referente per gli operatori della Asl di Pescara</li> <li>- Referente scientifico per la testistica e per gli interventi proposti.</li> </ul>
Unità Operativa 2	Referente	Compiti

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

U.O.C. Neonatologia- TIN		Collaborazione per l'attivazione degli interventi di integrazione ospedale-territorio in riferimento alle attività di prevenzione della depressione post-parto
--------------------------	--	--

Unità Operativa 3	Referente	Compiti
U.O.C Ostetricia e Ginecologia		Collaborazione per l'attivazione degli interventi di integrazione ospedale-territorio in riferimento alle attività di prevenzione della depressione post-parto



*Allegato C all'Intesa per Fondo DPCM 15 novembre 2016 art.1 lettera a)*

**OBIETTIVO/I SPECIFICO/I:**

Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce.

## ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

### Descrizione e analisi del problema

La gravidanza e la maternità costituiscono un periodo di grandi cambiamenti per la donna e per la coppia e molteplici risultano le emozioni e i vissuti psicologici associati all'evento della nascita di un bambino. La Benedek ha definito la gravidanza come un evento psicosomatico che genera modificazioni sia fisiologiche che psicologiche.

La psicopatologia perinatale è una problematica che interessa in maniera significativa le donne, le coppie, le famiglie e la società in generale. Occorre considerare che il rischio d'insorgenza di disturbi mentali durante la gravidanza e dopo il parto sono frequenti. Occorre altresì considerare, così come indicato da O.N.D.A., che ciascun fattore di rischio assume un significato in relazione al soggetto, alla sua cultura, alla sua resilienza e al momento e durata del suo impatto. Secondo Petrilli e coll. (2010), nella loro complessa interazione non è possibile stabilire una specifica relazione causa-effetto, né se agiscono sinergicamente o singolarmente.

Le conseguenze dell'insorgenza di un disturbo depressivo post parto incidono sul benessere della donna, sulla relazione di attaccamento con il bambino, nella vita di coppia e nelle molteplici relazioni sociali che la stessa intrattiene. Si rende necessario favorire lo sviluppo di conoscenze sul tema in questione attraverso la divulgazione di materiale informativo. La crescita culturale su tale argomento consentirà una sensibilizzazione della donna stessa e dei suoi familiari (in primis del coniuge), al fine di favorire una richiesta di intervento tempestivo. L'intervento precoce è un elemento essenziale per evitare l'insorgenza di disturbi psicopatologici che alterano la struttura di personalità della donna che possono avere ripercussioni nella relazione con il bambino e con il partner.

Per le motivazioni sopra elencate si ravvisa l'importanza del primo obiettivo enunciato nel Progetto "divulgare materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce". E' opportuno riferirsi a quanto indicato nel manuale O.N.D.A. sulla "prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale", in cui si specifica che: La prevenzione è universale quando è rivolta alla popolazione generale o qualsiasi gruppo a rischio (nel nostro caso, le donne in gravidanza, i loro partner e le loro famiglie). La prevenzione Primaria per i rischi di insorgenza di psicopatologie in gravidanza può essere svolta dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso la divulgazione di materiale informativo per la popolazione generale.

### Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

In gravidanza la donna ha molteplici occasioni di contatto con diversi operatori sanitari che, se opportunamente formati, possono essere in grado di individuare eventuali fattori di rischio. La maggiore diffusione di informazioni rispetto ai rischi d'insorgenza di psicopatologie in gravidanza consentirà di sensibilizzare il contesto sociale nel quale è inserita la donna e conseguentemente anche l'intervento precoce.

#### Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

La prevenzione e l'intervento precoce sulle difficoltà che accompagnano la donna nella gravidanza e nel periodo successivo al parto trovano ostacoli nel raggiungere donne provenienti da altri Paesi, donne in stato di povertà, donne non hanno ricevuto un'educazione alla cultura psicologica in gravidanza.

La fattibilità del raggiungimento del primo obiettivo elencato è data dalla realizzazione e divulgazione di materiale informativo alla donna, al partner, alla famiglia della donna in gravidanza, ai medici di base ed ai pediatri territoriali.

#### Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

L'intero territorio regionale può e deve essere raggiunto da una organizzazione capillare che, partendo dai Corsi di preparazione alla nascita, passando per gli ambulatori ospedaliero, giunga fino al post partum, con l'obiettivo di intercettare tutte le situazioni a rischio attraverso una informazione puntuale su rischi e servizi di riferimento. Il materiale informativo sarà consegnato anche ai MMG ed i PLS operanti nel territorio.

#### Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti: istituzionale e programmatorio regionale

#### Bibliografia

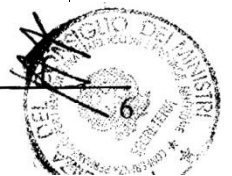
- Ainsworth M.D.S. (1970), "Attaccamento, esplorazione e separazione nel comportamento di bambini di un anno nella Strange Situation". Tr. it. in *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- Austin M.P., (2004), Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? Arch Womens Ment Health, 7(1):1-6.
- Beyondblue Clinical Practice Guidelines, DRAFT, (March 2010), Clinical practice guidelines for depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis-in the perinatal period.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. The psychoanalytic study of the child, 14, 113-121.
- Bogetto F.; Salvi V.; Maina G. (2004). *Disturbi d'ansia e disturbi dell'umore in gravidanza: terapie farmacologiche e non farmacologiche*. In: Una medicina a misura di donna. CIC Edizioni

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

Internazionali, Roma

- Bowlby J. (1988), *Una base sicura*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1989.
- Ferraris A. O., *Crescere. Genitori e figli di fronte al cambiamento*. Ed. Raffaello Cortina, Milano 1992 (1°ed.), 1999 (4°ed.).
- Muzik M., et al., (2009), When Depression complicates childbearing: guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care, *Obstet Gynecol Clin. N. Am*, 36, 771-788.
- Nice-National Institute for health and clinical excellence (2007), *Antenatal and Postnatal Mental health clinical management and service guidance*, London.
- O.N.D.A. prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale a cura di Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci G. 2017.
- Palermo M. (2015). State of Mind I vissuti psicologici e psicopatologici della maternità
- Petrilli G., Anniverno R., Ferrari V., Mencacci C., (2010), Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni. *Facts News & Views*, 10(1):14-17.
- Stanghellini G., Ambrosi A. depressione postpartum e typus melancholicus. uno studio pilota. *Giornale italiano di Psicopatologia* 17,22-30,2011.
- Togliatti M., Mazzoni S., *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli*. Raffaello Cortina, Milano 2006.

Allegato C all'Intesa per Fondo DPCM 15 novembre 2016 art.1 lettera a)



(da compilare per ogni obiettivo specifico)

**OBIETTIVO/I SPECIFICO/I:**

Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati anche

prevedendo, nei punti nascita o attraverso Servizi Sanitari Territoriali, un'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscono il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse utili ad affrontare la nuova situazione.

## ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

### Descrizione e analisi del problema

La realtà territoriale in Abruzzo, si caratterizza per la presenza di abitanti in zone molto diverse tra loro sia sul piano geografico che culturale; ci sono molte persone che vivono in Paesi dell'alta montagna, nonché stranieri che difficilmente sono avvicinabili in termini di prevenzione. In tale contesto organizzativo si registra una grande criticità: abbracciare tutte le donne e le coppie che affrontano una gravidanza. In particolar modo periste la difficoltà di intervenire su tutta la popolazione per effettuare un'operazione di screening con una somministrazione di test sul rischio di depressione post parto già dal 6 mese di gravidanza, per poi ripetere lo stesso nel primo e terzo mese dopo la nascita del bambino.

Possiamo individuare step diversi per l'individuazione di donne che vivono una situazione di difficoltà emotiva in gravidanza e nel post partum.

O.N.D.A. propone: Screening in gravidanza e nel post partum il cui scopo è la valutazione del rischio. In base ai risultati ottenuti sarà possibile attivare successi step: Screening pazienti ad alto rischio (monitoraggio attento e mirato) e Screening pazienti a basso rischio (informazioni di psico-educazione e riferimenti relativi ai servizi competenti).

### Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Un modo per cercare di ottenere un'individuazione precoce dei disturbi psicopatologici che riguardano la gravidanza ed il post parto, è lo screening; attività che si effettua attraverso procedure e strumenti appropriati (vedi approfondimento successivo sezione "screening"). Gli strumenti di screening non possono sostituire né il colloquio né l'osservazione clinica e non rappresentano uno strumento diagnostico, in quanto nessun test o questionario può fornire di per sé una diagnosi. Risultano di particolare utilità nell'individuare situazioni a rischio o potenzialmente tali. Sono strumenti che per essere utilizzati in maniera corretta e utile, sia nella somministrazione che nella lettura dei risultati, necessitano di competenze da parte di operatori adeguatamente formati. Questi strumenti di screening possono essere utilizzati sia nella prevenzione primaria (es. corsi pre-parto per individuare possibili donne a rischio) così come nella prevenzione secondaria.

La letteratura scientifica ha ravvisato in alcuni strumenti psicodiagnostici gli strumenti di screening migliori per

l'identificazione di quelle psicopatologie perinatali quali la depressione post partum e le difficoltà genitoriali. In particolare possiamo identificare tre strumenti privilegiati di indagine per l'individuazione delle situazioni a rischio:

- EDPS (Edinburgh Postnatal depression Scale)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) È l'unico test di screening attualmente riconosciuto a livello internazionale. La sua applicazione può rivolgersi a popolazioni di origini etniche diverse. Il questionario, autosomministrato, è composto da 10 item ed individua lo stato psichico della donna nell'ultima settimana; è uno strumento validato sia per la gravidanza che per il post partum (Versione italiana della EPDS di Cox e Holden a cura di P. Grusso et al.). L'EPDS non è uno strumento di misurazione della morbilità psichiatrica generale e non rileva altri comuni disturbi presenti nel periodo perinatale; non rileva inoltre il rischio di depressione futura quindi non ha capacità predittive, ma individua esclusivamente un rischio in quella fase che potenzialmente può evolvere in una condizione di maggiore o minore gravità.

E' possibile effettuare uno screening con EPDS già a 72 ore dal parto.

Il punteggio dell' EPDS può essere calcolato:

A) EPDS negativo: Psico-educazione alla donna.

B) EPDS < 5: Donne con score 0-4: psico-educazione.

C) EPDS 5-9: Maggior rischio depressione Post-partum nei successivi 6-12 mesi. Posso in tal caso essere proposti: corsi di psico-educazione e interventi individuali per riconoscere i segni di depressione, le opzioni di trattamento, i luoghi e i professionisti per la cura. Si consiglia altresì, in taluni situazioni: controlli periodici con somministrazioni ripetute di EPDS per il primo anno di Postpartum; un intervento clinico proporzionale alle valutazioni di follow-up; un Follow-up a 4/6 settimane postpartum.

D) EPDS positivo  $\geq 9$  ne consegue: un controllo periodico per fattori di rischio nel percorso di follow-up ed un approfondimento clinico.

La scala di Edimburgo è un utile strumento per lo screening di base poiché lo stesso è tradotto e validato in molte lingue.

STAI-Y è uno strumento di facile applicazione ed interpretazione, per rilevare e misurare l'ansia, sia per finalità di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia ed i benefici della psicoterapia. E' utile per effettuare una misura generica dello stress.

Le due scale sono:

-ansia di stato: dove l'ansia è concepita come esperienza particolare, un sentimento di insicurezza, di impotenza di fronte ad un danno percepito che può condurre alla preoccupazione oppure alla fuga o all'evitamento.



-ansia di tratto: consiste nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose o minacciose ed a rispondere alle varie situazioni con diversa intensità.

L'operatore (psicologo) valuterà l'opportunità di effettuare una valutazione testistica più approfondita (approfondimento clinico al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino con i seguenti strumenti:

- PDSS (Post partum depression Screening Scale)

La *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) è il questionario self-report più diffuso e attendibile per individuare precocemente la presenza, la gravità e il tipo di sintomi della depressione post-partum. Oltre a individuare i soggetti a rischio che possono necessitare di un'ulteriore indagine diagnostica con successivo trattamento, lo strumento fornisce per ogni donna un esauriente profilo del complesso dei sintomi personalmente sperimentati, facilitando la pianificazione di un trattamento mirato. L'assenza di una diagnosi tempestiva può condurre a gravi conseguenze per madre e figlio, fino alle forme più eclatanti del suicidio o dell'infanticidio. Per questo motivo l'adattamento italiano della PDSS rappresenta un traguardo fondamentale per il trattamento della depressione post-partum nel nostro Paese.

L'operatore (psicologo) valuterà l'opportunità di effettuare, sulla popolazione a rischio, una valutazione testistica più approfondita relativa alla relazione madre-bambino (approfondimento clinico al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino con i seguenti strumenti:

- PSI-SF (Parenting stress Index Questionnaire)

PSI-4 è un test pensato per l'identificazione precoce delle caratteristiche che possono compromettere il normale sviluppo del bambino, come disturbi emotivi e comportamentali e genitori che rischiano di vivere in modo disfunzionale il proprio ruolo. Lo strumento si basa sull'assunto che lo stress genitoriale sia frutto congiunto di determinate caratteristiche soggettive e di una serie di situazioni strettamente legate al ruolo di genitore. Durante gli ultimi venti anni il test è stato usato in un'ampia gamma di setting clinici e di ricerca. Può essere impiegato come misura di screening e valutazione del sistema genitoriale e per identificare disturbi che potrebbero condurre a problemi comportamentali del bambino o del genitore. Il PSI-4 favorisce l'identificazione clinica di problematiche specifiche e di punti di forza in relazione al bambino, al genitore e al sistema familiare. Queste informazioni possono essere usate per progettare un piano terapeutico, per definire le priorità di intervento e/o per una valutazione dell'esito.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

La somministrazione di tali strumenti all'interno di una struttura consultoriale risulta favorita dalla relazione che le donne instaurano con gli operatori durante i Corsi di Preparazione alla Nascita. Le stesse sono motivabili agli incontri successivi al parto. Si registra invece una difficoltà di poter somministrare gli stessi sia alle donne che afferiscono ai servizi ospedalieri per gravidanze a rischio sia a quelle che, a causa di patologie neonatali, non vivono un post partum fisiologico a causa del ricovero del bambino. La criticità verrà affrontata chiedendo la collaborazione del personale presente nei servizi ostetrici ospedalieri e nelle T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale), affinché segnalino agli psicologi consultoriali le situazioni che necessitano di un loro intervento. Gli stessi psicologi organizzeranno in sede consultoriale e/o ospedaliera di corsi di supporto alla genitorialità, di supporto per l'allattamento e corsi di massaggio infantile.

Are territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Per il secondo obiettivo, l'area territoriale interessata è quella regionale (Regione Abruzzo): sedi dei Consultori familiari e dei servizi ospedalieri interessati.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti: Istituzionale e programmatico regionale.

Bibliografia

- Agostini F., Monti F., Marano G, Baiamonte C. Interazioni madre depressa e bambino a 9 mesi: differenze di genere. *Psychofenia: Ricerca ed analisi psicologica*, 89-104, 2004.
- ASL Pescara - tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita "Programma di continuità assistenziale territorio-ospedale per la mamma e il bambino" 2017.
- Bonapace S. Il disturbo post-traumatico da stress successivo al parto. *Quaderni acp* 16 (4), 161-165, 2009
- Cemach. *Why Mothers Die 2000: Report on Confidential Enquiries into maternal Deaths in the United Kingdom*. London, RCOG Press;
- D'Agati S, Teodoro M.C., Tomaselli, Barbera N. Depressione post-partum: valutazione clinica e medico-legale. *Giornale italiano di ostetricia e ginecologia* 33 (1), 24-29, 2011.
- Gavin NI, Gaynes BN, Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-83.
- Giunti-Os. Test.
- Giardinelli L., Cecchelli C., Innocenti A., Disturbi psichiatrici in gravidanza. *Giorn ita psicopat* 14, 211-219, 2008.
- Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003 ItOSS Italian Obstetric Surveillance System Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/itoss>; ultima consultazione 31/07/15.
- Kendel RE, Chalmers KC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-73.
- NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014.

## ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

- O.N.D.A. prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale a cura di Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci G. 2017.
- Mirabella F., P. Michielin, D. Piacentini, – Positività allo screening e fattori di rischio della depressione *post partum in donne che hanno partecipato ai corsi preparto*.
- Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998;59:34-40.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, *et al*. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384(9956):1800-19.
- Russo P., M.T. Nasta, Quatraro R.M., Sichel Mariapia, Cerutti R. La salute psicologica del 1 anno dopo il parto: studio longitudinale su un campione di donne primipare. *Giornale italiano di psicologia* 28 (1), 133-156, 2001
- Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, *et al*. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805-15.

### OBIETTIVO/I SPECIFICO/I:

Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico.

## ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

### Descrizione e analisi del problema

Al termine dello screening per la rilevazione delle situazioni a rischio, l'intervento prosegue con la individuazione di quale percorso sia idoneo per ciascuna donna che presenti delle aree di rischio psicopatologiche. Si elencano di seguito le possibilità di intervento:

- 1) Colloqui di sostegno psicologico individuale
- 2) Colloqui psicologici di coppia
- 3) Psicoterapia
- 4) Sostegno alla genitorialità e all'allattamento
- 5) Home Visiting (psicologico o ostetrico)
- 6) Corso massaggio infantile

Il sostegno e l'intervento psicologico (e solo se necessario psicoterapeutico o psichiatrico) si caratterizzano come strumenti indispensabili da inserire in un percorso di accoglienza e presa in carico di situazioni (depressione o ansia) a lieve, moderato e alto rischio. Le visite domiciliari rivestiranno una grande valenza per poter intervenire anche sul nucleo familiare e sociale della donna. Il corso di massaggio infantile consentirà di intervenire nella delicata area della relazione madre-bambino e di offrire alla donna uno strumento che favorisca lo scambio fisico ed affettivo con il bambino.

I colloqui psicologici, gli interventi di sostegno alla genitorialità, i corsi di massaggio infantile e gli altri interventi proposti verranno coordinati dal Dirigente Psicologo del Consultorio delle ASL di appartenenza che avrà tra i compiti anche quello di attivare una rete con la Terapia Intensiva Neonatale e altri servizi ospedalieri al fine di organizzare gli interventi per le donne che hanno bambini ricoverati in ospedale e che rappresentano, per tale motivo, una popolazione ad alto rischio psicopatologico.

### Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

L'intervento psicologico nelle situazioni individuate per la presenza di rischio lieve, medio e grande di insorgenza di disturbi psicopatologici in gravidanza o nel post parto consentirà una possibilità di informare e sostenere le donne, migliorare la qualità assistenziale, favorire l'intervento in fase di iniziale insorgenza dei sintomi. Si ravvisa naturalmente la centralità dell'intervento dello psicologo per l'aspetto clinico del trattamento. L'intervento psicologico in situazioni di rischio è proposto dalle Linee guida nazionali ed internazionali; lo stesso è indicato nei LEA ministeriali per le attività di sostegno alla coppia, alla famiglia, all'infanzia ed alla genitorialità consapevole.

Saranno altresì proposti incontri tra le donne al fine di favorire la condivisione ed aiutare le stesse ad affrontare una fase delicata

della propria vita; negli stessi saranno coinvolte dallo psicologo figure professionali quali: ostetriche e assistenti sociali.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Il terzo obiettivo è indubbiamente molto nobile poiché consente di intervenire sulle aree di rischio individuate mediante la testistica somministrata precedentemente e proporre interventi volti a prevenire il consolidarsi e lo strutturarsi di un disturbo psicopatologico. La difficoltà principale nella realizzazione di tale obiettivo è data dalle scarse risorse presenti nella realtà territoriale ed ospedaliera. La fattibilità dello stesso è data dalla possibilità di organizzare gli interventi, di collaborare in un'equipe multidisciplinare e creare una rete tra ospedale e territorio.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Le aree territoriali interessate dal terzo obiettivo sono quelle della Regione Abruzzo; mentre lo spazio indicato è ancora quello consultoriale.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:  
istituzionale e programmatico regionale

Bibliografia

- Aceti F., Aveni F., Giacchetti N. Motta P., Straniero B. La depressione post partum: inquadramento del problema. Terapia familiare.2010
- Ammaniti, M; Speranza, A.M.; Tambelli, R.; Odorisio, F.; Vismara, L. (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e adolescenza*, 6,2: 67-83
- Caroti E., Fonzi L., Bersani G. Modelli neurobiologici nei disturbi dell'umore post partum. *Rivista di psichiatria* 42 (6), 366-376, 2007
- Della vedova A.M., Ducceschi B., Pelizzari N., mrio B. Sintomi d'ansia e depressione in gravidanza: rilevazione di un campione di gestanti italiane. *Psychofenia: Ricerca ed analisi psicologica*, 109-141,2008.
- O.N.D.A. prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale a cura di Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci G.
- Mirabella F., P.Michielin, D. Piacentini,– Positività allo screening e fattori di rischio della depressione *post partum in donne che hanno partecipato ai corsi preparto.*

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

- Ramacciotti D., Borri C., Banti S., Camilleri V., Mantagnani M.S.. Depressione in gravidanza e nel post partum. Quaderni italiani di psichiatria 28 (1), 15-26, 2009
- Sandretto M. Alliaud I., Mosso S., Faggiana A. Gaddò S., Gazzera G. i gruppi di auto aiuto: sono una valida risposta ai problemi post-nascita. Quaderni acp. 18 (2), 55, 2011
- Stanghellini G., Ambrosi A. Disturbo generatore e psicosi post partum: un contributo clinico. *Comprendere* 22, 106-116, 2012
- Stern, D.N. (2006). Introduction to the Special Issue on Early Preventive Intervention and Home Visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1-4.
- Togliatti M., Mazzoni S., *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli*. Raffaello Cortina, Milano 2006.

**OBIETTIVO/I SPECIFICO/I:**

post valutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto

**ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO**

Descrizione e analisi del problema

Gli operatori dei Servizi Territoriali tenuto conto dei risultati ottenuti mediante la somministrazione di test e di colloqui clinici, valuteranno una nuova somministrazione dei test al fine di valutare lo stato di benessere della donna o la persistenza di difficoltà nella sfera emotiva.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

La verifica avverrà attraverso nuova somministrazione dei test (depressione-ansia) poiché gli stessi sono strumenti validati scientificamente ed approvati dalla letteratura di riferimento; a ciò si affiancherà la valutazione clinica, altrettanto significativa e pertinente in ambito psicodiagnostico e terapeutico.

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

L'esiguo numero di psicologi presenti nei Servizi consultoriali ed ospedalieri della Regione Abruzzo è un dato di realtà che ostacola la fattibilità dell'ambizioso progetto. Al contempo gli stessi hanno sempre dimostrato una grande sensibilità verso la salute della donna e certamente collaboreranno per la realizzazione del suddetto progetto.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

L'area territoriale interessata dal quarto obiettivo è quello delle 4 Asl della Regione Abruzzo.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti: istituzionale e programmatico regionale

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S. (1970), "Attaccamento, esplorazione e separazione nel comportamento di bambini di un anno nella Strange Situation". Tr. it. in *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*. Raffaello Cortina, Milano 2006.

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

- ASL Pescara - tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita "Programma di continuità assistenziale territorio-ospedale per la mamma e il bambino"
- Ammaniti M, Tambelli R, Odorisio F, D'Isidori M, Vismara L, Mancone A (2002). Rappresentazioni mentali e modelli di attaccamento in donne in gravidanza con rischio depressivo e psicosociale. *Infanzia e Adolescenza*, 2, 97-112.
- Caretti V. Ragonese N., crisafi C. La depressione perinatale: aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio. Giovanni Fioriti editore. 2013.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori: la ricerca clinica per l'intervento. Springer.2012.
- O.N.D.A. prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale a cura di Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci G.
- Grussu P., Quatraro R.M. Edinburgh postnatal depression scale-epds. Indicazioni metodologiche e analisi critica dello strumento. *Giornale italiano di psicologia* 32 (4), 821-836,2005.
- Mirabella F., P.Michielin, D. Piacentini,– Positività allo screening e fattori di rischio della depressione *post partum in donne che hanno partecipato ai corsi preparto*.2016
- *Oicciau m., Ottonello G., Floris S., Zonca M. Depressione post partum, ospedalizzazione neonatale ed intervento chirurgico. Journal of pediatric and neonatal individualized medicine* 3 (2) e030231, 2014
- Petrilli G., Anniverno R., Ferrari V., Mencacci C., (2010), Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni. *Facts News & Views*, 10(1):14-17.
- Togliatti M., Mazzoni S., *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli*. Raffaello Cortina, Milano 2006.

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce.
Risultato atteso	Realizzazione di materiale informativo sui disturbi psicopatologici della gravidanza e del post parto
Indicatore/i di risultato	materiale informativo e di sensibilizzazione diffuso
Standard di risultato	Distribuzione del materiale informativo presso: Consultorio Familiare della Regione Abruzzo



ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

	- MMG, PLS e servizi di afferenza ostetrica.
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati anche prevedendo, nei punti nascita o attraverso Servizi Sanitari Territoriali, un'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscono il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse utili ad affrontare la nuova situazione.
Indicatore/i di risultato	Popolazione femminile a rischio/popolazione destinataria dell'intervento di screening standard 10-15%
Standard di risultato	Individuazione donne a rischio
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	Somministrazione di questionari e test psicologici (ansia e depressione)
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico
Indicatore/i di risultato	Numero di donne contattate
Standard di risultato	donne che accettano la proposta di trattamento/donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale (Gold Standard 50%)
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	Attivazione di spazi di ascolto Attivazione di percorsi psicologici individualizzati e/o di gruppo (Colloqui psicologici individuali, di coppia, consulenza genitoriale, etc..) Corsi di massaggio infantile Home Visiting (Psicologico o ostetrico) Supporto all'allattamento
<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	Post valutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto
Indicatore/i di risultato	Donne che completano il trattamento /donne trattate (Gold Standard almeno il 90%) Miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita (indice di cambiamento significativo della scala utilizzata per la valutazione).
Standard di risultato	Donne che hanno beneficiato di una diagnosi precoce, del trattamento e valutazione delle risoluzioni.

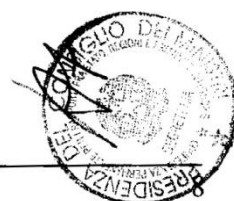
ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico	Re-test
---	---------

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

CRONOPROGRAMMA

	MESE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Obiettivo specifico 1	Attività 1 Incontri tra operatori per confrontarsi sul materiale informativo	x	x	x															
	Attività 2 Stesura materiale informativo		x	x															
	Attività 3 Correzione del materiale informativo			x															
	Attività 4 Stampa e divulgazione del materiale informativo				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Obiettivo specifico 2	Attività 1 Somministrazione test donne corsi pre parto					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Attività 2 Somministrazione test in ospedale					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Attività 3 Presenza visione dei risultati e programmazione intervento					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Obiettivo specifico 3	Attività 1 Colloqui individuali e/o di coppia						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Attività 2 Gruppi per la genitorialità						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Attività 3 Massaggio infantile in ospedale ed in consultorio						x		x		x		x		x				
	Attività 4 Spazi-incontri per le donne a basso rischio					x		x		x		x		x		x			
	Attività 5 supporto all'allattamento				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		



## C (Progetto esecutivo azioni previste)

Obiettivo specifico 4	Attività 1 Retest									x	x	x	x	x	x	x	x		
	Attività 2 Stesura relazione finale																	x	x

## ALLEGATO

## PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (Inserire la denominazione dell'UO)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	Operatori coinvolti nel progetto	62.200 €
Beni e servizi	Realizzazione materiale informativo Materiale psicodiagnostico (STAI-Y, PSI, PDSS)	4.278 € 4.000 €
Spese generali	Totale	70.478 €

ALLEGATO E (relazione finale)