0010165-04/04/2018-DGPRE-MDS-A

Data 03 APR. 2018 | Protocollo N° 124658 Class.: C.101 Prat. Fasc. | Allegati N° 1

Oggetto: Progetto esecutivo "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum".

dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della prevenzione sanitaria
Ufficio 9 - Tutela della salute della donna, dei soggetti vulnerabili e contrasto alle diseguaglianze
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

Con riferimento all'oggetto, si invia il Progetto esecutivo "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva postpartum" precisando quanto segue:

DURATA DEL PROGETTO: 18 mesi

COSTO: 275.399 €

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO: Prof.ssa Paola Facchin
Registro Nascita del Veneto presso Coordinamento Regionale Malattie Rare
Azienda Ospedaliera di Padova
Tel: 049/8215700 - Fax: 049/8215701
E-mail: paola.facchin@unipd.it; registronascita@regione.veneto.it

REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO: Dr. Claudio Pilerci
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto
Tel: 041/2791502 - Fax: 049/2793599
E-mail: claudio.pilerci@regione.veneto.it

Distinti saluti.

Il Direttore
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Dr. Claudio Pilerci

0010165-04/04/2018-DGPRE-MDS-A - Allegato Utente 2 (A02)

OBIETTIVI DEL PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE
Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum

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, già disponibile o di nuova realizzazione.

OBIETTIVO SPECIFICO 2
Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo nei Punti nascita o attraverso i Servizi sanitari territoriali l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

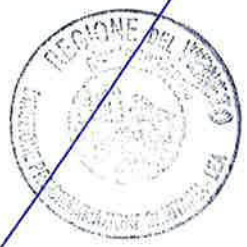
OBIETTIVO SPECIFICO 3
Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico.

OBIETTIVO SPECIFICO 4
Postvalutazione 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 1	Referente	Compiti
Registro Nascita del Veneto presso Coordinamento Regionale Malattie Rare Azienda Ospedaliera di Padova	Paola Facchin	- coordinamento del progetto; - istruttoria, convocazione, partecipazione e gestione dello *steeering group* per la definizione dettagliata di attività, strumenti e processi e ai gruppi di lavoro via via predisposti; - partecipazione ai gruppi di lavoro via


REGIONE DEL VENETO

		via predisposti per le differenti azioni previste dal programma; - progettazione e realizzazione degli applicativi informatici via web per l'utilizzo online degli strumenti di screening di rischio psichico e psico-sociale delle puerpere nel corso del ricovero dopo parto e per l'attivazione dei percorsi intra-ospedalieri e ospedale-territorio (dimissioni protette) per i soggetti a rischio medio-grave, homevisit e rivalutazioni a 3, 6, 9, 12 mesi; - partecipazione alla progettazione e attuazione ai corsi di formazione per i professionisti coinvolti; - monitoraggio delle attività, elaborazione dei dati e costruzione degli indicatori di processo e di risultato; - valutazione dei risultati e stesura della relazione finale.
Unità Operativa 2	**Referente**	**Compiti**
Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria e Direzione Servizi sociali (ad interim), Regione Veneto	Francesca Russo	- partecipazione allo *steeering group* per la definizione dettagliata di attività, strumenti e processi in particolar modo coinvolgenti i servizi territoriali (consultori familiari, distretti e servizi vaccinali); - partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti; - partecipazione alla progettazione e attuazione ai corsi di formazione per i professionisti coinvolti; -valutazione delle attività svolte in particolar modo dai servizi territoriali; - analisi dei risultati, degli indicatori di processo e di attività.
Unità Operativa 3	**Referente**	**Compiti**
U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria, Regione Veneto	Tommaso Maniscalco	- partecipazione allo *steeering group* per la definizione dettagliata di attività, strumenti e processi in particolar modo coinvolgenti i dipartimenti salute mentale del Veneto; - partecipazione ai gruppi di lavoro via

		via predisposti; - partecipazione alla progettazione e attuazione ai corsi di formazione per i professionisti coinvolti; - valutazione delle attività svolte in particolar modo dai servizi di salute mentale; - analisi dei risultati, degli indicatori di processo e di attività.
Unità Operativa 4	**Referente**	**Compiti**
U.O. Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali, Regione Veneto	Maria Cristina Ghiotto	- partecipazione allo *steeering group* per la definizione dettagliata di attività, strumenti e processi in particolar modo per quanto concerne il rapporto con le cure primarie e la medicina generale; - partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti in particolar modo riguardanti il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella presa in carico delle donne ad alto rischio psichiatrico e psico-sociale; - partecipazione alla progettazione e attuazione di interventi di formazione e informazione per MMG e PLS; - valutazione delle attività svolte; - analisi dei risultati e degli indicatori di processo e di attività.
Unità Operativa 5	**Referente**	**Compiti**
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto	Claudio Pilerci	- partecipazione allo *steeering group* per la definizione dettagliata di attività, strumenti e processi in particolar modo per quanto riguarda l'attuazione di specifici percorsi nascita; - partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti in particolar modo definenti l'impatto delle azioni predisposte nei percorsi nascita regionali e nell'organizzazione intra-ospedaliera delle strutture dove insistono Punti nascita; - partecipazione alla progettazione e attuazione ai corsi di formazione con particolare riguardo agli aspetti attinenti

		ai percorsi intraospedalieri e alle dimissione protette; - valutazione delle attività svolte; - analisi dei risultati, degli indicatori di processo e di attività.
Unità Operativa 6	**Referente**	**Compiti**
U.O.C. Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Treviso, Az. ULSS 2 Marca Trevigiana	Enrico Busato	- partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti per la definizione di percorsi intraospedalieri per le puerpere ad alto rischio psichico o psicosociale in collegamento con il dipartimento salute mentale; - partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione del percorso ospedale-territorio (dimissione protetta) delle puerpere a rischio alto o medio-alto psichico o psicosociale; - coordinamento del gruppo di lavoro locale comprendente il responsabile del dipartimento salute mentale e il coordinatore dei distretti dell'ULSS 2 Marca Trevigiana; - sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - analisi dei risultati locali.
Unità Operativa 7	**Referente**	**Compiti**
U.O. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, Az. ULSS 3 Serenissima	Tiziano Maggino	- partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti per la definizione di percorsi intra-ospedalieri per le puerpere ad alto rischio psichico o psico-sociale in collegamento con il dipartimento salute mentale dell'ULSS 3 Serenissima; - partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione del percorso ospedale-territorio (dimissione protetta) delle puerpere a rischio alto o medio-alto psichico o psico-sociale; - coordinamento del gruppo di lavoro locale comprendente il responsabile del dipartimento salute mentale e il responsabile dei servizi per la salute della donna, famiglia e minori; - sperimentazione dei percorsi

		intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - analisi dei risultati locali.
Unità Operativa 8	**Referente**	**Compiti**
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova	Maria Teresa Gervasi	- partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti per la definizione di percorsi intra-ospedalieri per le puerpere ad alto rischio psichico o psicosociale in collegamento con il dipartimento salute mentale; - partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione del percorso ospedale-territorio (dimissione protetta) delle puerpere a rischio alto o medio-alto psichico o psicosociale; - coordinamento del gruppo di lavoro locale comprendente il responsabile del dipartimento salute mentale e il coordinatore dei distretti dell'ULSS Euganea; -sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - sperimentazione del pacchetto informativo per i corsi di accompagnamento al parto; - analisi dei risultati locali..
Unità Operativa 9	**Referente**	**Compiti**
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Vicenza, Az. ULSS 8 Berica	Giuliano Carlo Zanni	- partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti per la definizione di percorsi intra-ospedalieri per le puerpere ad alto rischio psichico o psicosociale in collegamento con il dipartimento salute mentale; - partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione del percorso ospedale-territorio (dimissione protetta) delle puerpere a rischio alto o medio-alto psichico o psico-sociale; - coordinamento del gruppo di lavoro locale comprendente il responsabile del dipartimento salute mentale e il coordinatore dei distretti dell'ULSS 8 Berica; - sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali;

		- sperimentazione del pacchetto informativo per i corsi di accompagnamento al parto; - analisi dei risultati locali.
Unità Operativa 10	**Referente**	**Compiti**
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Massimo Franchi	- partecipazione ai gruppi di lavoro via via predisposti per la definizione di percorsi intra-ospedalieri per le puerpere ad alto rischio psichico o psico-sociale in collegamento con il dipartimento salute mentale; - partecipazione ai gruppi di lavoro per la definizione del percorso ospedale-territorio (dimissione protetta) delle puerpere a rischio alto o medio-alto psichico o psico-sociale; - coordinamento del gruppo di lavoro locale comprendente il responsabile del dipartimento salute mentale territoriale e il coordinatore dei distretti dell'ULSS Scaligera; - sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - analisi dei risultati locali.
Unità Operativa 11	**Referente**	**Compiti**
Direzione medica ospedaliera, Feltre, Az. ULSS 1 Dolomiti	Lorenzo Tognon	- partecipazione a gruppi di lavoro per la sperimentazione di un pacchetto informativo da utilizzare nei corsi di preparazione al parto; - partecipazione a gruppi di lavoro per la definizione di percorsi intraospedalieri e di dimissione protetta per donne ad alto e medio rischio psichiatrico e psicosociale; - sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - sperimentazione del pacchetto informativo per i corsi di accompagnamento al parto; - analisi dei risultati locali.
Unità Operativa 12	**Referente**	**Compiti**
Collegio interprovinciale delle Ostetriche di Belluno, Padova, Rovigo, Treviso,	Barbara Guarinoni	- partecipazione a gruppi di lavoro per attività, strumenti e formazione delle ostetriche;

Venezia e Vicenza		- partecipazione alla progettazione e alla realizzazione dei corsi di formazione alle ostetriche.
Unità Operativa 13	**Referente**	**Compiti**
Dipartimento di salute mentale dell'Az. ULSS 9 Scaligera	Tommaso Maniscalco	- partecipazione a gruppi di lavoro per l'attività e i percorsi che interagiscono con i dipartimenti di salute mentale; - sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - analisi dei risultati locali.
Unità Operativa 14	**Referente**	**Compiti**
Centro di Salute Mentale di Camposampiero – Psichiatria 2 – Az. ULSS 6 Euganea	Rosanna Riolo	- partecipazione a gruppi di lavoro per l'attività e i percorsi che interagiscono con i dipartimenti di salute mentale; - sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali; - sperimentazione del pacchetto informativo per i corsi di accompagnamento al parto; - analisi dei risultati locali.

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, già disponibile o di nuova realizzazione.***

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

La gravidanza ed il parto sono caratterizzate da cambiamenti e richieste psicologiche, sociali ed emotive che possono impattare sul benessere della donna e del bambino in modo disabilitante.

La depressione postpartum rappresenta un importante problema di salute con un'elevata prevalenza, potenzialmente trattabile, che ipoteca in modo determinate la condizione futura non solo della stessa donna, ma anche del bambino e dell'intera famiglia (1).

Essa si presenta come un episodio depressivo che inizia o si estende nel periodo postpartum. Può evolvere dal cosiddetto periodo del "*baby blues*", che caratterizza i primi dieci giorni dopo il parto ed è solitamente autorisolventesi, o rendersi palese nelle settimane dopo il parto e durare uno o più anni.

Per fare diagnosi di depressione postpartum, secondo il DSM-5, è necessario soddisfare i criteri di episodio depressivo maggiore con esordio in gravidanza o durante le prime quattro settimane dopo il parto (2), o 6 settimane secondo l'ICD-10 (3). Anche una depressione che non soddisfa completamente i criteri del DSM-5 necessita comunque di essere valutata e considerata in termini di rischio per la salute della donna e del bambino (4). Il dato sulla prevalenza della depressione postpartum risente delle diverse tipologie di studio reperibili in letteratura. In particolare, studi su casi provenienti da centri clinici, successivi all'applicazione di strumenti screening auto-somministrati, riportano dati di prevalenza elevati. Dall'altra parte, studi di popolazione area-based, che si basano su casi diagnosticati e non solo screenati e seguiti dai servizi ospedalieri e territoriali, presentano prevalenze più contenute. Studi empirici riportano una prevalenza di depressione postpartum del 10% (7-15% antepartum) (5), ma con *range* molto ampi: da 1.9% a 82.1% (6). Altri studi, area-based, sulle donne diagnosticate e seguite, riportano una prevalenza con un *range* di 2.8-6.2 su 1.000 donne che hanno partorito (7) (8) (9) (10).

Sintomi di depressione postpartum sono rappresentanti dai disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), dell'alimentazione, tristezza, anedonia, irritabilità, sensazione di sentirsi sopraffatto, preoccupazioni ossessive e pervasive in merito alla salute del neonato, fino all'ideazione suicidaria (11).

La causa non è nota, ma diversi fattori di rischio sono stati identificati, di ordine biologico (problemi di salute, di immagine corporea, basso BMI), psicologici (pregressi disturbi depressivi o ansiosi, violenza intrafamiliare o l'essere stato vittima di maltrattamenti infantili), ostetrici e pediatrici (gravidanza indesiderata o con problemi di salute, bambino pretermine o malato, parità, genere del bambino), socio-demografici (giovane età, supporto sociale, disoccupazione, violenza domestica, stato di migrante) e culturali (6) (7) (12).

La depressione postpartum rappresenta un rilevante e prevalente problema di salute nella nostra società, che necessita un percorso *ad hoc* di diagnosi precoce e presa in carico. Un aspetto importante da considerare nel programmare tali percorsi è la modalità di accesso delle donne ai servizi. Studi dimostrano che le donne sono riluttanti nel chiedere aiuto, a causa di una difficoltà nel riconoscere i segnali di depressione, anche da parte del partner e dei familiari. Interventi di informazione ed educazione delle donne e dei familiari e della popolazione in genere posso aumentare il ricorso ai servizi quando necessario (13).
Gli interventi che tendono a riorientare attitudini verso i problemi di salute utilizzando un'informazione specifica hanno maggior probabilità di successo quando avvengono in un contesto di comunità e sono veicolati attraverso messaggi positivi e chiari, in contesti accettabili per la cultura dominante nella popolazione generale e ribaditi da più fonti e in diverse occasioni. In altre parole, un'informazione generale rivolta in questo caso alle gravide, ma ribadita e veicolata a soggetti sanitari e non soltanto sanitari, è preferibile rispetto ad un'informazione veicolata solo da servizi sanitari specialistici e direttamente ed unicamente riferita al rischio di malattia, in questo caso di depressione. Esperienze molto consolidate anche in altri campi, come ad esempio quello della sicurezza (le cosiddette "campagne di prevenzione degli incidenti") hanno ovunque dimostrato la bontà di questo approccio più "largo". Accanto a questa informazione e sensibilizzazione rivolta a tutte le gravide, ma anche alla popolazione generale, tendente a creare un clima diffuso di supporto ad un'iniziativa a favore delle donne e delle famiglie in attesa di un nuova nato, è importante la copresenza di iniziative, invece più specifiche, direttamente orientate alle donne gravide in un contesto più squisitamente "tecnico". Le due iniziative devono coesistere ed essere coerenti l'una con l'altra.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche
In base a quanto sopradetto nell'analisi del problema, si intendono attivare due tipi di interventi diversi per raggiungere l'obiettivo specifico sopradescritto.
Il primo intervento (Azione 1) consiste in una informazione genericamente rivolta a tutte le gravide della Regione. Questa informazione sarà veicolata attraverso due strumenti cartacei ed una campagna informativa basata anche sulla presenza di piccoli manifesti distribuiti da varie fonti. Il materiale informativo consisterà in una breve brochure con un simbolo facilmente riconoscibile e denominato "Benvenuto Bimbo". Le informazioni, molto piane e semplici, partiranno dalla considerazione che l'arrivo di un nuovo nato costituisce un evento felice per la donna e la famiglia, ma anche positivo per l'intera comunità. Esso peraltro rappresenta anche un punto di svolta con alcune criticità e con alcune difficoltà, per le quali la comunità e il sistema dei servizi è allertato per dare aiuto. Il primo messaggio quindi che si vuole dare è quello che è possibile chiedere aiuto e che è possibile ottenerlo. Il secondo messaggio riguarda squisitamente i sintomi e i problemi che possono rendere difficile nel preparto e nel postpartum la condizione per una mamma, senza che questa debba essere considerata come una difficoltà che trascina un giudizio negativo sulla donna e sulle sue capacità di assumere il ruolo di madre. Il messaggio dev'essere quindi quello che esistono dei segnali che vanno colti ed è utile e necessario allora chiedere aiuto. Accanto a questa brochure, generale ed uguale per tutto il Veneto, si intende produrre, ASL per ASL, una scheda assolutamente elementare, nella quale dare informazioni concerete sui servizi, la loro sede, l'orario di apertura, il numero di telefono, il riferimento del personale a

cui rivolgersi in sede locale. Questo materiale sarà reso disponibile per tutti gli ambulatori ostetrici territoriali ed ospedalieri, per i consultori familiari, gli ambulatori dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, le sedi dei distretti sanitari, oltreché le farmacie che acconsentiranno a partecipare all'iniziativa, alcune catene di grande distribuzione e di distribuzione locale dedicati alla gravida e alla prima infanzia ed eventualmente altri luoghi, sia pubblici che privati, fortemente frequentati dalla popolazione locale. Accanto a questo materiale saranno predisposti anche piccoli manifesti riportanti il logo ed il nome dell'iniziativa, che potranno così essere conosciuti e riconosciuti all'interno della comunità.
Il secondo intervento (Azione 2) che si intende attuare è invece un intervento sperimentale di uno specifico pacchetto formativo ed informativo da attuarsi durante i corsi di accompagnamento al parto declinato per setting territoriali e per setting ospedalieri. Tale pacchetto dovrà essere strutturato in modo da contenere un'informazione ancora più essenziale ma più tecnica da dare alle gravide durante i corsi di accompagnamento da personale sanitario anche grazie a materiale il cui riutilizzo possa essere garantito (si valuterà la possibilità di predisporre anche un filmato).
Nel corso del progetto verrà realizzato sia il materiale del primo intervento che i contenuti ed il materiale del secondo. Questo secondo intervento verrà implementato in alcuni territori della Regione, a partire dai consultori familiari e reparti di ostetricia. Si valuterà in particolare la capacità di informare correttamente e la possibilità di estenderlo ad altre parti del territorio regionale.

Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti
Per quanto riguarda il primo intervento, il problema della fattibilità riguarda:

1. L'effettiva assunzione di un ruolo di partner attivo da parte dei professionisti operanti nei vari servizi coinvolti e, soprattutto, delle altre organizzazioni, agenzie della comunità che si vogliono contattare e ai quali si chiederà di rendersi disponibile per la diffusione del materiale informativo.
2. La possibilità di raggiungere gravide provenienti da diversi sottogruppi per nazionalità, lingua utilizzata e abitudine ad accedere a servizi e a luoghi pubblici e privati. Oltre alla barriera linguistica, per la quale si provvederà alla traduzione nelle lingue più diffuse nelle comunità non italiane presenti in Regione Veneto, dovranno essere fatte considerazioni circa l'accettabilità e la modalità di comunicare più consona e coerente con diverse matrici culturali.
3. L'intervento di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica che così si vuole raggiungere richiede un investimento non banale anche dal punto di vista della quantità di materiale da rendere disponibile, della sua distribuzione e successivo rifornimento. L'organizzazione e la realizzazione di tale materiale devono essere studiati a priori in modo da rendere economicamente sostenibile l'intervento.

Criticità del primo intervento riguardano:

1. La sua effettiva efficacia, che potrebbe essere maggiore nelle condizioni a rischio lieve e medio e minore man mano che all'aumento del rischio psichiatrico si aggiungano anche condizioni di marginalità sociale e culturale;
2. Il monitoraggio degli accessi diretti ai servizi indicati dallo stesso materiale

informativo di ogni ASL potrà dare indicazione sia sull'efficacia di attivare richieste di aiuto da parte delle donne in difficoltà, sia soprattutto sull'eventuale distorsione che lo strumento può produrre facilitando l'accesso a taluni sottogruppi di popolazione e non modificando quello di eventuali altri gruppi.

Per quanto riguarda il secondo intervento, gli aspetti principali riguardante la fattibilità:

1. L'essenzialità del modulo predisposto e le risorse in termini di competenza professionale e di tempo necessario per la sua applicazione;
2. L'estendibilità come tale ad altre situazioni locali.

Per quanto riguarda le criticità, esse sono principalmente relazionate a:

1. La selezione delle donne che accedono ai corsi di accompagnamento al parto che non rappresentano l'universo delle gravide;
2. Il momento in cui tale informazione viene data. Nei corsi l'attenzione è infatti calamitata dalla procedura del parto e dagli accadimenti immediati che riguardano il neonato e molto meno rivolta al mondo interiore della donna e ai suoi cambiamenti futuri.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi
Il primo intervento coprirà l'intera area del territorio veneto, il secondo il territorio di Feltre (Bl), di Camposampiero (Pd), l'Azienda Ospedaliera di Padova e Vicenza.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:
Il primo intervento avrà un riferimento istituzionale, il secondo sperimentale.

Bibliografia
1. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochart T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet. 2014;384:1775-88.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and related health problems, Geneve: WHO. 1992. 10th Revision (ICD_10).
4. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Arch Womens Ment Health. 2010;13:37-40.
5. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(10):1012-24.
6. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Wan Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. 2015. Journal of Affective Disorders. 175:34-52.
7. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. The risk for postpartum depression: a population based study. 2017, Depress Anxiety. 34(2): 178-87.
8. Savitz D, Stein C, Yee F, et al. 2011.The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State, 1995-2004. 2011. Ann Epidemiol. 21(6):399-406.
9. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a

population based register study. 2011. JAMA. 296(21):2582-89.
10. Raisanen S, Lehto SM; Nielsen HS, et al. Fear of childbirth pedicts postpartum depression: a population-based analysis of 511.422 singletone births in Finland. 2013. BMJ Open. 28.3(11):e004047.
11. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. 2016. The New England Journal of Medicine. 375;22:2177-86.
12. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: a narrative review. J EDuc Health Promot. 2017. 6:60.
13. Dennis CL, Chung-lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences. A qualitative systematic review. Birth. 2006;33(4):323-331.

OBIETTIVO SPECIFICO 2: ***Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo nei Punti nascita o attraverso i Servizi sanitari territoriali l'offerta attiva, sia alla donna che alla coppia, di colloqui psicologici che favoriscano il superamento del disagio e l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.***

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

L'elevata prevalenza della depressione postpartum e la gravità dei suoi potenziali effetti sulla salute di donna e bambino pongono l'accento sulla necessità di una precoce identificazione delle donne a rischio al fine di garantire una presa in carico tempestiva. Sia l'Accademia americana degli ostetrici e ginecologi (ACOG) (1), che quella dei Pediatri (AAP) (2) consiglia la strutturazione di programmi di screening per la diagnosi precoce di depressione o di donne a rischio, anche se la stessa ACOG afferma che l'evidenza in merito all'efficacia di tali programmi non è definita (1). L'efficacia dello screening aumenta se esso diventa uno strumento all'interno di un percorso dedicato all'identificazione dei fattori di rischio, di diagnosi precoce, di trattamento e presa in carico (3) e che, pertanto, coinvolge diversi servizi, sia ospedalieri che territoriali, sanitari e sociali.

Sono disponibili diversi strumenti di screening per la depressione perinatale in letteratura, alcuni generali per la depressione, alcuni specifici per la depressione postpartum, che differiscono per molti aspetti. La scala per la depressione postpartum di Edinburgh (EPDS)

è quella in assoluto più utilizzata negli studi presenti in letteratura (71%) con una sensibilità che va da 22% a 96% (4). E' gratuita, disponibile in molte lingue e viene autosomministra. La versione italiana è stata validata su un campione di donne con diagnosi di depressione e ha dimostrato una sensibilità di 94.4%, una specificità di 87.4% e un valore predittivo positivo di 58.6% (5).
La variabilità dei risultati riportati in letteratura e ottenuti dall'utilizzo delle stesse scale dipende in maniera diretta dalla popolazione sottoposta allo screening: naturalmente se la prevalenza di depressione è alta, anche i valori predittivi ottenuti saranno alti. Infatti, man mano che si passa da una popolazione preselezionata alla popolazione generale, le performance dello stesso strumento calano drasticamente, in particolare per quanto attiene il valore predittivo, facendo intravvedere scenari in cui la maggior parte dei soggetti screenati sono poi in realtà esenti dalla condizione patologica. Per qual motivo quindi si dovrebbe sottoporre ad un test, per quanto anamnestico, un numero alto di gravide con, quasi la certezza, di selezionare un gruppo, all'interno del quale solo una parte minoritaria presenta davvero il problema? La risposta sta nella difficoltà di selezionare e prendere in carico le donne che lo necessitano in tempi e con modalità realmente utili basandosi solo sul tradizionale approccio clinico. La sottostima della depressione materna è un fatto ripetutamente riportato in letteratura ed è una realtà anche nella nostra Regione. Infatti, partendo dalle donne che hanno partorito, utilizzando come fonte il Registro Nascita del Veneto, abbiamo valutato in uno studio ad hoc, per i nove mesi precedenti al parto e per i dodici mesi successivi, quante e quali donne avessero presentato un problema psichiatrico riconosciuto, ed in particolar modo una depressione, utilizzando i flussi correnti ospedalieri e territoriali dell'assistenza psichiatrica e testandoli con le prescrizioni di farmaci specifici. Le donne con diagnosi psichiatrica costituiscono il 33,3/1.000 del totale delle donne che hanno partorito e quelle con diagnosi di depressione solo lo 0,9/1.000. I dati di consumo dei farmaci antidepressivi supportano la distanza tra dato reale e dato percepito dall'attività dei servizi psichiatrici, il primo di oltre dieci volte superiore al secondo. Questo supporta la decisione di utilizzare strumenti di screening per preselezionare le donne a rischio psichiatrico e concentrare su questo sottogruppo azioni e attenzioni, pur con la consapevolezza dei limiti di tale strumento.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche
(Azione 1) Per selezionare le puerpere a rischio da immettere in percorsi specifici per entità e gravità della condizione clinica, si intende proporre a tutte le puerpere, prima della dimissione ospedaliera dopo il parto la somministrazione di un questionario, in particolar modo la scala di Edimburgo (EPDS). Tale scala è stata ampiamente utilizzata per questo scopo, è standardizzata anche per il nostro Paese e si trova già tradotta in più lingue. Per fare ciò si intende formare appositamente le ostetriche dei punti nascita, eventualmente supportate da psicologi clinici, qualora disponibili all'interno della struttura ospedaliera e collaboranti con il reparto di ostetricia. Un gruppo di lavoro regionale appositamente predisposto definirà i *cut-off* della scala e la combinazione dei valori della stessa con eventuale copresenza di condizioni di rischio sociale tali da definire i sottogruppi di puerpere patologiche o ad alto rischio, a rischio medio, a rischio lieve o normale. I dati anamnestici riguardanti la storia pregressa della donna, in particolare rispetto ad eventuali parti precedenti o alla presenza di patologia psichiatrica già nota e/o di dipendenze e/o la

presenza di condizioni ambientali riconosciute come fattori di rischio per depressione, verranno raccolte a partire dai dati disponibili nella cartella del parto parte del Registro Nascita del Veneto. Al fine di supportare anche questa iniziativa, tale sistema informativo verrà integrato con alcune informazioni anamnestiche più dettagliate rispetto a quanto raccolto attualmente e una specifica pagina aggiunta comprendente il questionario di Edimburgo. La compilazione avverrà, come per ogni altra informazione di madre e nato, direttamente via web da parte delle ostetriche o di altro personale coinvolto in sede locale e, in tempo reale, i dati verranno processati ed evidenziata la posizione della donna rispetto al rischio di depressione postpartum.
In base al livello di rischio calcolato automaticamente per ogni puerpera, lo stesso sistema attiverà i percorsi di presa in carico eventualmente previsti all'interno dell'ospedale e, come dimissione protetta, tra ospedale e territorio di residenza.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti
Alcune condizioni già esistenti in Regione Veneto facilitano l'estensione di questo intervento come offerta attiva per tutte le puerpere e come impegno di servizio pe tutti i punti nascita regionali. In particolare, la presenza ultradecennale di un sistema infortivo che collega tutti i punti nascita e che registra puntualmente l'anamnesi della donna e delle gravidanza e che raccoglie prospetticamente tutta l'informazione su parto, puerperio e salute del nato, facilita l'integrazione anche con la valutazione del rischio di depressione postpartum e l'utilizzo della scala di Edimburgo. Ugualmente, la consolidata collaborazione con il Collegio delle ostetriche del Veneto, ci permette di comprendere quest'ultimo tra i partner del progetto e di prevedere anche questa formazione offerta a tutte le ostetriche come un'ulteriore attività congiunta che la Regione effettua con queste figure professionali. Infine, esperienze già effettuate in talune sedi locali possono essere utilizzati nei loro principali aspetti di forza ed efficacia come esempi da estendere in tutto il territorio regionale, ancora una volta attraverso la condivisione attuata da gruppi regionali.
Se tali elementi costituiscono fattori facilitanti l'attuazione dell'intervento e favorenti la sua fattibilità, altre considerazioni mettono in luce criticità e difficoltà nella sua implementazione. Prima di tutto tale attività andrà ad impattare in modo rilevante con le risorse disponibili nei punti nascita, in maniera più evidente soprattutto in quelli con maggiore volume di attività. Proprio per tale ragione, tutto i punti nascita con maggior numero di parti (Treviso, Mestre-Venezia, Vicenza, le Aziende ospedaliere di Padova e di Verona) sono stati coinvolti nel progetto come partner attivi e saranno parte del gruppo di lavoro che deciderà le modalità di implementazione, le fasi di formazione, ed in generale l'organizzazione necessaria per implementare l'intervento. Essi saranno in più coinvolti nelle prime fasi di sperimentazione dei percorsi prodotti.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi
L'intervento sarà inizialmente sperimentato nei punti nascita con più alto numero di parti, per essere progressivamente esteso in tutti i punti nascita della Regione.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti
L'intervento ha un riferimento istituzionale e sarà preceduto da una fase semestrale sperimentale in cinque punti nascita con il maggior numero di parti.

Bibliografia

1. Committee on Obstetric Practice. Screening for perinatal Depression. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015, number 630.
2. Earls MF, The Committee on psychosocial aspects of child and family health. Pediatrics. 2010;126:1032-39.
3. Milgrom J, Gemmill A. Screening for perinatal depression. Best Pract & Res Clin Obst and Gyn. 2014;28:13-23.
4. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum depression screening tools: a review. Pschycosomatics. 2018, in press.
5. Benvenuti P, Ferarra M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh postnatal depression scale: validation for an Italian sample. J Affective Disorders. 1999: 137-141.

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.***

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

In base ai risultati dello screening delle puerpere prima della dimissione dall'ospedale dopo il parto e all'osservazione clinica, che comunque il personale dei reparti di ostetricia e pediatria, formato e sensibilizzato al problema farà, le donne saranno divise in gruppi di rischio psichiatrico e psicosociale differenziato e talune di esse presenteranno condizioni cliniche patologiche. Per tutte queste donne è necessario una presa in carico immediata multiprofessionale e una dimissione protetta con una forte integrazione tra attività ospedaliere e territoriale (1) (2). Anche per le donne a rischio medio è comprovato dall'esperienza in letteratura l'utilità di programmi ben definiti e di percorsi appropriati che le accompagnino dalla dimissione alla presa in carico territoriale declinata specificamente intorno a dei problemi sia psichici che sociali che ciascuna presenta. Nei casi di rischio medio o lieve, ma anche in taluni casi considerati "normali" alla dimissione, l'*homevisiting* hanno dimostrato un'importante efficacia, sia nel supportare condizioni transitorie di difficoltà attivando sostegno e facilitando l'attuazione di risorse proprie e fattori proteggenti del nucleo familiare sia, in altri casi, nell'identificare una condizione più grave o patologica di nuova insorgenza (3).

Tale *homevisit* sono fatte da parte di personale infermieristico o ostetrico, rivolte a tutte le donne che hanno partorito in un determinato territorio o di quelle considerate a rischio dopo l'applicazione di strumenti di screening al parto come quelli previsti dall'obiettivo due del presente progetto (3). L'*homevisiting* rappresenta una modalità di promozione della salute per mamma e bambino, di individuazione precoce di fattori di rischio o di patologia e di invio ai servizi di diagnosi e presa in carico, se programmati e attuati intorno alla seconda-terza settimana di vita del neonato in stretto collegamento con quanto avvenuto in ospedale durante il puerperio (4). Sono ritenuti utili per la prevenzione della depressione postpartum, insieme a programmi di supporto telefonico e alla psicoterapia interpersonale anche da parte della Cochrane Library (5). I trattamenti per la presa in carico delle donne con diagnosi di depressione comprendono l'utilizzo di farmaci antidepressivi e di psicoterapia di tipo cognitivo o interpersonale (6). La comparsa di sintomi evidenti di patologia psichica depressiva può avvenire in un tempo successivo a quello dell'*homevisiting* e richiede quindi altri generi di contatti e altre procedure di selezione, anche più grossolane e semplificate, come ad esempio i miniquestionari a due o quattro domane, come il test di Whooley o il Two Question Screen (2QS) e sue modifiche (7) (8).

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

1. (Azione 1) Presa in carico delle donne ad alto rischio e delle condizioni psichiche con percorso intra-ospedaliero attivato prima delle dimissione dopo il parto. Verrà definito, attraverso un apposito gruppo di lavoro regionale, la tipologia di percorso intraospedaliero che permetta l'immediata valutazione ed eventualmente presa in carico della donna prima della dimissione. La degenza prevista per queste donne potrà eventualmente essere protratta, assieme a quella del nato, e verrà attuata esclusivamente con la modalità di dimissione protetta.
2. (Azione 2) In caso di condizioni di rischio medio psichiatrico o psicosociale verrà predisposta, tramite apposito gruppo di lavoro regionale, il percorso ospedale-territorio tale da permettere una dimissione protetta e la comunicazione immediata al medico di famiglia, al consultorio familiare corrispondete e il preavviso al centro di salute mentale territoriale relativo. Il percorso potrà comprendere, a seconda delle condizioni reali locali e delle risorse disponibili e delle eventuali altri risorse territoriali presenti nel territorio di riferimento, anche altre azioni a supporto della donna e della famiglia e a tutela del nato. In particolare, in una selezionata lista di condizioni di particolare rischio e pregiudizio possibile per il nato, oltre all'informativa data al pediatra di famiglia, verranno anche allertati i servizi preposti distrettuali e la rete di tutela fino, nei casi strettamente necessari, al coinvolgimento del Centro di riferimento regionale "Unità di crisi per bambini e famiglie". In queste donne, per le quali si organizza questo percorso di dimissione protetta, verrà anche organizzato un primo contatto ospedaliero prima della dimissione con il personale che successivamente verrà coinvolto nella visita domiciliare.
3. (Azione 3) Le viste domiciliari, in seconda-terza settimana, verranno attivate per tutte le puerpere di cui al punto due, oltre che per altri casi nel frattempo segnalati al distretto dai medici di famiglia, dai pediatri di famiglia o da qualsiasi altro professionista in contatto con la donna o con il bambino e che rilevi una condizione di difficoltà. Il personale coinvolto nelle visite domiciliari sarà lo stesso che in precedenza avrà preso un primo contatto con la donna in puerperio. Esso riceverà una particolare formazione a livello regionale che riguarderà il modo di presentarsi, l'osservazione della donna e della sua relazione con il figlio, la conduzione di un colloquio semi-strutturato riguardante l'organizzazione familiare e le condizioni di vita della donna e l'effettuazione di alcune domande aperte e di altre più indirizzate alla valutazione di uno stato depressivo o ansioso. Un gruppo regionale definirà le modalità della visita, i contenuti e le modalità e i contenuti dell'informazione. Verranno infine definiti i collegamenti e i percorsi attivati eventualmente in seguito a questa visita domiciliare, in base alla condizione e ai bisogni espressi dalla donna. Il risultato della visita e l'attivazione di particolari percorsi sarà sinteticamente registrata per la valutazione del risultato di tale iniziativa.
4. (Azione 4) Poiché la comparsa della depressione può avere un andamento inizialmente subdolo e portare a delle condizioni sottovalutate dalla donna, dai suoi familiari e anche dai medici che ne hanno contatto, ed emergere con gravità solo successivamente nel corso dei mesi, è necessario organizzare anche dei controlli trasversali che rivalutino, anche se in modo più grossolano, tutte le donne che hanno partorito e che hanno un figlio durante il primo anno di vita. Le vaccinazioni

costituiscono momento ideale per poter rivedere tutte le donne, indipendentemente da fattori selettivi rispetto all'uso e accesso dei servizi. Per tale motivo, a 3, 6, 9, 12 mesi di vita del bambino, si intende utilizzare il test di Whooley durante il colloquio anamnestico prevaccinale per valutare la presenza di donne in condizione al alto rischio di patologia prima non note o comunque già uscite da percorsi di presa in carico eventualmente implementati.

Per poter attuare gli interventi sopradescritti, è necessario implementare alcune interventi strumentali. In particolar modo:

a) La formazione del personale quali ostetriche, personale delle visite domiciliari, del distretto, dei servizi vaccinali e informativa per i medici di famiglia e pediatri di libera scelta;
b) Informatizzazione dei percorsi e dei risultati ottenuti ad ogni passo della procedura;
c) Creazione dei gruppi di lavoro regionali che permettano la definizione di dettaglio dei contenuti, strumenti, modalità organizzative, degli interventi e dei percorsi sopra succintamente descritti.

Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Già da anni sono attive esperienze locali che hanno già affrontato il problema della definizione di percorsi ospedale-territorio integrati per la presa in carico di donne che si trovano in condizioni di disagio psichico dopo il parto. Queste esperienze sono state portate avanti in territori dissimili, montano, di pianura, di città, a partire da attori diversi che via via hanno coinvolto altri servizi e altri professionisti. La giusta valorizzazione di tali esperienze può costituire il volano per la messa a punto di processi che siano estendibili all'intera Regione.

Questa considerazione, peraltro, non può nascondere importanti criticità che potranno anche costituire reale ostacolo nell'implementazione degli interventi sopra-ipotizzati. La prima criticità sta nelle risorse disponibili nei servizi interessati, sia territoriali che nei dipartimenti di salute mentale. Infatti, una delle finalità principali dell'intero progetto è quello di ridurre il gap esistente tra donne con possibili disturbi depressivi che assumono farmaci specifici e quelle che sono prese in carico con tali diagnosi presso i centri di salute mentale. Questo aumento di diagnosi specifiche e prese in carico, se da un lato costituisce un successo in termini di migliori risultati di salute, dall'altro costituisce un ulteriore impatto e aggravio di lavoro da parte dei servizi psichiatrici. Analogamente, i consultori familiari, i servizi territoriali per la donna e il bambino e i servizi vaccinali verranno gravati di compiti e di attività che attualmente non svolgono. La scommessa sta nell'efficienza del riorientamento di tutti questi servizi e dell'attività dei professionisti coinvolti e nella capacità che percorsi e collegamenti predefiniti erogati dimostrino nel liberare risorse inutilmente investite in meccanismi ed azioni vuote di reale significato clinico. Un secondo ordine di criticità sta nella difficoltà di far lavorare intorno ad un unico progetto di presa in carico e ad un unico percorso mondi che generalmente lavorano in modo completamente separato tra di loro. Pensiamo ad esempio al mondo dei servizi per la prevenzione, quello dei servizi psichiatrici, quello dei distretti, quello della medicina generale e dei pediatri di libera scelta. In questo caso, diventano strategici i gruppi di lavoro che dovranno trovare la

giusta mediazione tra mondi e linguaggi e le modalità per stimolare la motivazione dei diversi professionisti.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi
A partire dalle aree dove sono già attive esperienze di presa in carico integrata delle donne con disagio psichico dopo il parto, di intende estendere gli interventi descritti in precedenza, progressivamente coinvolgendo tutto il territorio regionale.

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

Bibliografia
1. Thompson KS, Fox JE. Post-partum depression: a comprehensive approach to evaluation and treatment. Mental Health in Family Medicine. 2010;7:249-57.
2. Connelly CD, Baker-Ericzen MJ, Hazen AL, Landsverk J, McCue Horwitz S. A model for maternal depression. J Women's Health. 2010;19:1747-57.
3. Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters A, Van Ginkel JB. Maternal depression in home visitation: a sistemati review. Agress Violent Behav. 2010;15(3):191-200.
4. Milani HS, Amiri P, Mohsey M, Monfared ED, Vaziri SM, Malekkhahi A, Salami F. Effect of health care as the "home visiting" on postpartum depression: a controlled clinical trial. Int J Prev Med. 2017;8:20.
5. Dennis CL, Dowsell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. The Cochrane Collaboration 2013.
6. Parrigon KA. Perinatal depression: an update and overview. Curr Pscychiatry Rep. 2014;16(9):468.
7. Antenatal and postnataal mental health: clinical management and service guidance (CGH192). NICE. 2017.
8. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum depression screening tools: a review. Psychosomatics. 2018, in press.

OBIETTIVO SPECIFICO 4: ***Postvalutazione 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 ed analisi del problema

Le donne con depressione postpartum e condizioni di disagio psichico conseguenti alla gravidanza e al parto possono perdurare nella loro situazione o progressivamente ridurre le manifestazioni cliniche e riacquistare il loro equilibrio psichico. In altri casi, invece, i sintomi posso perdurare lungamente nel tempo e persistere per molti anni o apparentemente sparire per poi ritornare evidenti recidivando durante una gravidanza successiva (1). In questo percorso variabile, la donna può andare incontro ad agiti auto-aggressivi, fino a ideazioni suicidarie, tentativi di suicidio o morti suicidarie, che da sole costituiscono quasi il 20% delle morti materne postpartum (2). Le conseguenze di una condizione di patologia o di disagio psichico materno hanno ripercussioni che coinvolgono anche altri soggetti, in particolar modo il nato, il suo sviluppo fisico, psichico e sensoriale, la sua capacità di comunicazione e il suo comportamento (3) (4). Tali ripercussioni posso essere gravi e persistenti nel tempo, tanto da portare a danni, ritardi e alterazioni permanenti dello sviluppo, in altri casi a forme di maltrattamenti, come lo *shaken baby syndrome*, comportanti anche la morte del nato (5) (6).

Vista la grande variabilità di durata ed esiti della condizione di cui ci si vuole occupare in questo progetto, è necessario prevedere una struttura di monitoraggio articolata, che utilizzi più fonti per valutare gli esiti di salute e che monitori più azioni specifiche nella loro implementazione e nella loro efficacia. Poiché gli esisti di salute riguardano più soggetti e tempi spesso relativamente lontani dal momento del parto e degli interventi implementati, non è pensabile organizzare un unico sistema di raccolta dati e di valutazione degli esiti, ma è essenziale utilizzare le risorse informative esistenti in modo da poter già prevedere la progressiva raccolta degli esiti, in modo da attuare un confronto storico o territoriale della loro frequenza o gravità. D'altra parte, gli interventi specifici proposti (ad esempio lo screening delle puerpere) richiedono una loro valutazione, in termini di percentuali di positivi e, successivamente, di falsi positivi e falsi negativi. Anche la capacità di copertura delle reti territoriali e la capacità di portare a termine i percorsi iniziati richiedono una specifica valutazione. Per tale ragione i sistemi di valutazione proposti si articoleranno in più piani: il primo attinente gli esisti di salute e il secondo l'efficienza e la copertura degli specifici interventi messi in atto.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

(Attività 1) Si intende strutturare, a partire dall'identificativo univoco non nominativo delle donne che sono giunte al parto, ricavabile dal Registro Nascita del Veneto, un sistema di utilizzo integrato di più fonti informative e flussi correnti. Tra i flussi utilizzato particolare rilievo avranno le SDO con una delle cinque diagnosi di dimissione riguardanti la patologia

psichiatrica nelle forme depressive, il flusso degli accessi ai servizi psichiatrici territoriali, l'utilizzo di farmaci antipsicotici e antidepressivi dal flusso della farmaceutica convenzionata e delle distribuzione diretta, le schede di morte con causa "suicidio" o eventi definiti accidentali particolari. Questo primo monitoraggio multifonte servirà per:
- valutare il numero e la tipologia di donne prese in carico dai servizi psichiatrici e/o in trattamento in relazione a quelle selezionate dall'utilizzo della scala di Edimburgo nel postpartum;
- la percentuale di donne dimesse dai servizi psichiatrici e che non assumono più alcun trattamento farmacologico considerabile come proxy delle donne che hanno riacquisito un normale equilibrio psichico e, viceversa, la percentuale di donne che continua ad essere in carico o trattate anche a distanza di più di un anno dal parto, proxy della cronicizzazione della patologia;
- il numero e la percentuale di donne che, avendo già avuto un episodio di depressione postpartum, lo recidivano in una gravidanze o parto successivo;
- il numero dei decessi per azioni autolesive e il numero di ricoveri o accessi al pronto soccorso per tentati suicidi.
Un secondo sistema di monitoraggio considererà gli esisti materni sopra-definito entro i tre anni e cinque anni dal parto e gli esisti dei nati in termine di disabilità (dal flusso della riabilitazione ex art. 26) e diagnosi di maltrattamento con particolare riguardo la *shaken baby syndrome*, dai dati della rete di tutela regionale che fa riferimento all'Unità di crisi per bambini e famiglie (Centro di riferimento regionale per la diagnosi del bambino maltrattato) dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

(Attività 2) Per quanto riguarda il monitoraggio degli interventi specifici predisposti, saranno valutai:
- il numero di positivi alla scala di Edimburgo il funzione alle classi di rischio in cui essi sono descritti e la percentuale di conferma diagnostica dopo la valutazione psichiatrica dei casi di rischio più elevato;
- il numero e la percentuale delle donne negative al test di Edimburgo ritenute positive alle visite domiciliari e alla successiva conferma diagnostica dei servizi psichiatrici;
- il numero delle donne negative sia al test di Edimburgo che alla visita domiciliare e ritenute positive al test di Whooley durante le anamnesi prevaccinali a 3, 6, 9, 12 mesi del nato.

L'analisi delle performance e delle coperture degli interventi messi in atto si baseranno sui dati raccolti dal sistema informativo ad hoc predisposto e dei relativi applicativi informatici.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti
Elementi di forza della rete stanno nella prevista strutturazione di un sistema informativo che gestisca i passaggi critici dei percorsi ospedale-territorio definiti e dalla strutturazione di strumenti ed azioni standard nell'ambito regionale incentrati sul ruolo istituzionalmente svolto dai servizi già esistenti. Altro elemento rilevante è la presenza di flussi informativi correnti già strutturati, sia nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, che territoriale e farmaceutica, linkabili tra loro attraverso l'identificativo unico regionale non nominativo. Un terzo elemento che favorisce la fattibilità del monitoraggio è la presenza da circa due

decenni di un coordinamento definito Registro Nascita che ha implementato un funzionante sistema on-line di collegamento di tutti i punti nascita e di cartella del parto al quale il nuovo servizio informativo può fare diretto riferimento.
Elementi di rilevante criticità riguardano la necessità di formare una grande massa operatori e professionisti operanti in servizi, sia ospedalieri che territoriali. Altro elemento di grave criticità sta nella presumibile pressione di carico lavorativo in servizi, fonte primaria dell'informazione.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi
Le due azioni di monitoraggio saranno implementate nell'intera Regione e nelle aree oggetto di attività sperimentali.

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

Bibliografia
1. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. Jama Psychiatry. 2018;75(3):247-53.
2. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the post partum. Arch Womens Ment health. 2005;8:77-87.
3. Madlala SS, Kassier SM. Antenatal and postpartum depression: effects on infant and young child health and feeding practices. South African J Clin Nutr. 2018;3181):1-7.
4. O'Connor TG, Monk C, Fitelson EM. Practicioner review: maternal mood in pregnancy and child development – implications for child psychology and psychiatry. J Child Psycology and Psychiatry. 2014;55(2):99-11.
5. Chemtob CM, Gudino OG, Laraque D. Maternal posttraumatic stress disorder and depression in pediatric primary care. JAMA Pediatr. 2013;167(119:1011-18.
6. Conron KJ, Beardslee W, Koenen KC, Buka SL, Gortmaker SL. A longitudinal study of maternal depression and child maltreatment in a national sample of families investigated by child protective services. Arch Pediatr Adolescc Med. 2009;163(10):922-30.

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 1	
Risultati attesi	-Produzione e distribuzione materiale di informazione per sensibilizzazione generale; -Produzione pacchetto informazione per corsi di accompagnamento al parto.
Indicatori di risultato	-Numero e tipo di soggetti coinvolti nel processo di informazione; -Numero di gravide che hanno ricevuto informazione utilizzando il pacchetto predisposto per i corsi dia accompagnamento al parto.
Standard di risultato	-Disponibilità del materiale informativo generale per il 50% della popolazione coinvolta; -Copertura del pacchetto informativo dei corsi di accompagnamento al parto per il 50% delle gravide che hanno frequentato i corsi in cui il pacchetto è stato sperimentato.
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	-Azione 1.1: informazione generale ✓ Attività 1.1.1: *steering committee* ✓ Attività 1.1.2: gruppi di lavoro ✓ Attività 1.1.3: progettazione, stampa e distribuzione materiale ✓ Attività 1.1.4: contatti punti informativi locali ✓ Attività 1.1.5: campagna di informazione ✓ Attività 1.1.6: incontri comunità locali ✓ Attività 1.1.7: analisi dati, relazione e rapporto finale -Azione 1.2: pacchetto informativo percorsi di accompagnamento al parto ✓ Attività 1.2.1: *steering committee* ✓ Attività 1.2.2: gruppi di lavoro ✓ Attività 1.2.3: realizzazione pacchetto (eventualmente filmato) ✓ Attività 1.2.4: test preliminare ed eventuali cambiamenti ✓ Attività 1.2.5: sperimentazione ✓ Attività 1.2.6: raccolta dati, valutazione e rapporto finale

OBIETTIVO SPECIFICO 2	
Indicatori di risultato	- % di puerpere sottoposte a screening/ puerpere presenti nel periodo di tempo sperimentale; - % di puerpere screenate per diverse classi di rischio/puerpere presenti nel periodo di tempo sperimentale;
Standard di risultato	- 50% di puerpere screenate/puerpere presenti; - 10% di puerpere selezionate distribuite nelle diverse classi di rischio;
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Azione 2.1: Screening delle puerpere con la scala di Edimburgo ✓ Attività 2.1.1: *steering committee* ✓ Attività 2.1.2: gruppi di lavoro ✓ Attività 2.1.3: formazione ostetriche ✓ Attività 2.1.4: produzione applicativo ✓ Attività 2.1.5: sperimentazione ✓ Attività 2.1.6: analisi dati, valutazione e rapporto finale

OBIETTIVO SPECIFICO 3	
Indicatori di risultato	- donne che accettano il trattamento/donne screenate che necessitano il trattamento; - donne dimesse dalla presa in carico psichiatrica entro i 12 mesi dal parto; - donne positive al test di Whooley non note prima a 12 mesi di vita del bambino/donne screenate.
Standard di risultato	- indicatore 1: 50%; - indicatore 2: 50%; - indicatore 3: inferiore al 10%.
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Azione 3.1: percorso intraospedaliero donne ad alto rischio ✓ Attività 3.1.1: *steering committee* ✓ Attività 3.1.2: gruppo di lavoro ✓ Attività 3.1.3: applicativo informatico ✓ Attività 3.1.4: formazione ✓ Attività 3.1.5: sperimentazione ✓ Attività 3.1.6: analisi dati, valutazione e rapporto - Azione 3.2: percorso ospedale-territorio/dimissione protetta ✓ Attività 3.2.1: *steering committee* ✓ Attività 3.2.2: gruppi di lavoro ✓ Attività 3.2.3: contatto gruppi locali e accordi declinazione percorso ✓ Attività 3.2.4: applicativi ✓ Attività 3.2.5: formazione ✓ Attività 3.2.6: informativa MMG e PLS ✓ Attività 3.2.7: percorsi rischio neonatale infantile ✓ Attività 3.2.8: sperimentazione ✓ Attività 3.2.9: analisi dati, valutazione e rapporto -Azione 3.3: visite domiciliari ✓ Attività 3.3.1: *steering committee* ✓ Attività 3.3.2: gruppi di lavoro ✓ Attività 3.3.3: definizione strumenti e modalità intervista domiciliare ✓ Attività 3.3.4: applicativi informatici ✓ Attività 3.3.5: formazione ostetriche e personale infermieristico coinvolto nelle visite domiciliari ✓ Attività 3.3.6: sperimentazione ✓ Attività 3.3.7: analisi dati, valutazione e rapporto -Azione 3.4: rivalutazione con test di Whooley a 3,6,9,12 mesi ✓ Attività 3.4.1: *steering committee* ✓ Attività 3.4.2: gruppi di lavoro ✓ Attività 3.4.3: definizione degli strumenti e delle attività per condurre l'intervista ✓ Attività 3.4.4: applicativi informatici ✓ Attività 3.4.5: formazione del personale dei servizi vaccinali ✓ Attività 3.4.6: sperimentazione ✓ Attività 3.4.7: analisi dati, valutazione e rapporto

OBIETTIVO SPECIFICO 4	
Indicatore di risultato	- Miglioramento degli esiti di salute delle donne screenate rispetto a territori non sperimentali e al precedente storico: ▪ delta percentuale delle donne che cronicizzano lo stato depressivo dopo l'anno dal parto; ▪ delta percentuale delle donne che recidivano nelle gravidanza successive e che vanno incontro ad episodi di autolesione; ▪ delta percentuale dei lattanti diagnosticati per *shaken baby syndrome*; - Performance delle attività di screening delle puerpere e di visite domiciliari: ▪ Specificità, sensibilità e valore predittivo della scala di Edimburgo e percentuale di donne non prese in carico alle rivalutazioni prevaccinali sulle donne totali prese in carico.
Standard di risultato	- Per il primo indicatore: miglioramento superiore al 10% - Per il secondo indicatore: falsi negativi inferiori al 10% degli screenati nel postpartum e con le visite domiciliari
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	- Azione 4.1: monitoraggio degli esiti di salute ✓ Attività 4.1.1: *steering committee* ✓ Attività 4.1.2: analisi del contenuto dei flussi e dell'interoperabilità dell'informazione ✓ Attività 4.1.3: definizione delle procedure e degli algoritmi di integrazione dell'informazione ✓ Attività 4.1.4: analisi dei dati e calcolo degli indicatori ✓ Attività 4.1.5: valutazione delle attività e stesura del rapporto -Azione 4.2: analisi degli indicatori di processo ✓ Attività 4.2.1: *steering committee* ✓ Attività 4.2.2: creazione delle marco e delle query che interagiscono con il database alimentato dagli applicativi ✓ Attività 4.2.3: analisi dei contenuti dell'informazione tra gli applicativi e i restanti flussi informativi e dell'interoperabilità delle informazioni ✓ Attività 4.2.4: analisi dei dati e calcolo degli indicatori ✓ Attività 4.2.5: valutazione delle attività e stesura del rapporto

CRONOGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Obiettivo specifico 1	Azione 1.1																		
	Attività 1.1.1	X	X	X															X
	Attività 1.1.2	X	X	X			X	X					X	X				X	X
	Attività 1.1.3				X	X													
	Attività 1.1.4			X	X	X													
	Attività 1.1.5						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Attività 1.1.6										X	X	X	X	X	X			
	Attività 1.1.7																		X
	Azione 1.2																		
	Attività 1.2.1	X	X	X															X
	Attività 1.2.2	X	X	X								X	X					X	X
	Attività 1.2.3			X	X	X													
	Attività 1.2.4						X	X	X	X									
	Attività 1.2.5										X	X	X	X	X	X	X		
	Attività 1.2.6																	X	X
Obiettivo specifico 2	Azione 2.1																		
	Attività 2.1.1	X	X	X															X
	Attività 2.1.2			X	X		X	X					X	X				X	X
	Attività 2.1.3					X	X												
	Attività 2.1.4	X	X	X	X														
	Attività 2.1.5						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Attività 2.1.6																		X
Obiettivo specifico 3	Azione 3.1																		
	Attività 3.1.1	X	X	X															X
	Attività 3.1.2			X	X		X	X					X	X					X
	Attività 3.1.3		X	X	X														
	Attività 3.1.4					X	X												
	Attività 3.1.5						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Attività 3.1.6																		X
	Azione 3.2																		
	Attività 3.2.1	X	X	X															X
	Attività 3.2.2		X	X				X	X				X	X				X	X
	Attività 3.2.3			X	X	X													
	Attività 3.2.4		X	X	X	X													
	Attività 3.2.5				X	X	X												
	Attività 3.2.6			X	X	X													
	Attività 3.2.7					X	X	X											
	Attività 3.2.8						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Attività 3.2.9																	X	X
	Azione 3.3																		
	Attività 3.3.1	X	X	X															X
	Attività 3.3.2		X	X	X													X	X
	Attività 3.3.3				X	X													
	Attività 3.3.4				X	X													
	Attività 3.3.5					X	X	X											
	Attività 3.3.6							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Attività 3.3.7																		X
	Azione 3.4																		
	Attività 3.4.1	X	X	X															X
	Attività 3.4.2		X	X	X													X	X
	Attività 3.4.3				X	X													
	Attività 3.4.4				X	X													
	Attività 3.4.5					X	X	X											
	Attività 3.4.6							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Attività 3.4.7																		X

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria-LEA
San Polo, 2514 – 30125 Venezia – Tel. 0412791501-1502 - Fax 0412791367
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Obiettivo specifico 4	Azione 4.1																		
	Attività 4.1.1	X	X	X															X
	Attività 4.1.2		X	X	X	X													
	Attività 4.1.3					X	X	X	X	X									
	Attività 4.1.4												X	X	X	X			
	Attività 4.1.5																X	X	
	Azione 4.2																		
	Attività 4.2.1	X	X	X															X
	Attività 4.2.2		X	X	X														
	Attività 4.2.3				X	X	X	X	X	X									
	Attività 4.2.4													X	X	X	X		
	Attività 4.2.5																	X	X

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria-LEA
San Polo, 2514 – 30125 Venezia – Tel. 0412791501-1502 - Fax 0412791367
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio F0UPLJ* *P.IVA 02392630279*

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 **Registro Nascita del Veneto presso Coordinamento Regionale Malattie Rare** **Azienda Ospedaliera di Padova**		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale	- Coordinamento progetto; istruttoria e gestione gruppi di lavoro e *steering committee*; help-line e creazione reti intra- ed extra-ospedaliere (10.000); - Produzione applicativi con adattamento Registro Nascita, schede Edimburgo, scheda servizi psichiatrici, scheda visite domiciliari, scheda controlli vaccinali (50.000); - Elaborazione dati e rapporto finale (7.000)	67.000
Beni e servizi		2.000
Missioni		3.399
Incontri/Eventi formativi		
Spese generali		3.000
Totale		**75.399**

Unità Operativa 2 **Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria e** **Direzione Servizi sociali (ad interim), Regione Veneto**		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi	Formazione ostetriche, personale vaccina e altro personale territoriale, costi per formatori ed organizzazione (circa 1.500 persone divisi in gruppi di 40 con 4 ore di formazione per gruppo) (20.000)	20.000
Spese generali		
Totale		**20.000**

Unità Operativa 3 U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria, Regione Veneto		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		1.500
Spese generali		
Totale		**1.500**

Unità Operativa 4 U.O. Cure Primarie e strutture socio-sanitarie territoriali, Regione Veneto		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi	Formazione ed informazione MMG e PLS e altro personale distrettuale, costi per formatori ed organizzazione	30.000
Spese generali		
Totale		**30.000**

Unità Operativa 5 Direzione Programmazione Sanitaria - LEA, Area Sanità e Sociale, Regione Veneto		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		
Beni e servizi	Materiale informazione generale e materiale (eventualmente video) corso di accompagnamento al parto	27.000
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		
Spese generali		
Totale		**27.000**

Unità Operativa 6 U.O.C. Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Treviso, Az. ULSS 2 Marca Trevigiana		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 7 U.O. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre, Az. ULSS 3 Serenissima		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 8 U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 9 U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Vicenza, Az. ULSS 8 Berica		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi-		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 10 U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 11 Direzione medica ospedaliera, Feltre, Az. ULSS 1 Dolomiti		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 12 Collegio interprovinciale delle Ostetriche di Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia e Vicenza		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		1.500
Spese generali		
Totale		**1.500**

Unità Operativa 13 Dipartimento di salute mentale dell'Az. ULSS 9 Scaligera		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

Unità Operativa 14 Centro di Salute Mentale di Camposampiero – Psichiatria 2 – Az. ULSS 6 Euganea		
Risorse	**Razionale della spesa**	**EURO**
Personale		13.000
Beni e servizi		
Missioni		
Incontri/Eventi formativi		2.000
Spese generali		
Totale		**15.000**

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	**Totale in €**
Personale (104.000+67.000)	171.000
Beni e servizi (27.000+2.000)	29.000
Missioni	3.399
Spese generali	3.000
Formazione (20.000+30.000+19.000)	69.000
Totale	275.399