

## **REGIONE LOMBARDIA**

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

DURATA PROGETTO (max 18 mesi): 18 mesi

COSTO: 579.408 euro

**COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:**

nominativo: Dott. Antonio Lora

struttura di appartenenza: ASST Lecco

n. tel: 0341/489171

n. fax: 0341/489176

E-mail: a.lora@asst-lecco.it

**REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO:**

nominativo: Dott.ssa Miriam Barri

struttura di appartenenza: ASST Lecco

n. tel:0341/489564

n. fax: n. fax: 0341/489139

E-mail: m.barri@asst-lecco.it

## **Allegato C: PROGETTO ESECUTIVO AZIONI PREVISTE**

### **OBIETTIVO GENERALE:**

#### **Misure afferenti alla diagnosi cura ed assistenza della sindrome depressiva post-partum**

Il periodo che si estende dalla gravidanza, al puerperio fino al 1° anno dopo il parto presenta una frequenza significativa di disturbi mentali che richiedono una adeguata identificazione e conseguente gestione. In particolare, i disturbi depressivi sono frequenti sia in gravidanza che nel puerperio, iniziando in circa un terzo dei casi prima della nascita. I disturbi depressivi maggiori si attestano su valori compresi tra 3-5% durante la gravidanza e intorno al 5% nei primi tre mesi dopo il parto. Se si comprendono anche i disturbi depressivi minori, la point-prevalence è pari al 11% in gravidanza e al 13% nei primi tre mesi del puerperio (Howard et al. 2014, Istituto Superiore di Sanità 2016, NICE 2016). Tali percentuali sono risultate essere maggiori in donne che vivono in condizioni socio-economiche disagiate o appartenenti ad etnie minoritarie (Yonkers et al., 2001), nelle primipare adolescenti (Lanz, Bert e Jacobs, 2009), nella popolazione femminile dei Paesi non Occidentali ( Rahman, 2013). La gravidanza e il post partum risultano pertanto essere momenti di vita connotati da una maggiore vulnerabilità sia per un primo episodio che per una ripresentazione di una condizione depressiva in futuro.

Se non trattata, eventualità che si verifica nella maggioranza dei casi, la depressione perinatale può avere conseguenze importanti sia per la madre che per il bambino e per l'intera famiglia (Field, 2010). Nella donna, queste conseguenze possono essere rappresentate da una minore attenzione a seguire le cure antenatali e da una maggiore propensione a mettere in atto comportamenti potenzialmente a rischio durante la gravidanza (uso/abuso di sostanze voluttuarie, alterazioni dannose dello stile di vita). La depressione perinatale, inoltre, risulta associata a maggiore probabilità di complicanze gestazionali, ostetriche (Boden et al., 2012) e neonatali, a breve e a lungo termine (tra queste: alterazioni della fisiologia fetale, ritardo nella crescita, influenza sul legame madre-bambino, con aumento del rischio di sviluppare disregolazione emotiva, deficit nel sistema empatico da bambini e maggior rischio di quadri psicopatologici da adulti). Nel bambino, la depressione perinatale ha un impatto importante sullo sviluppo emotivo e cognitivo, in particolare nel suo primo anno di vita. Se trattata, la prognosi della depressione perinatale risulta tendenzialmente favorevole. Se non trattata, invece, ha un rischio significativo di diventare cronica: circa un terzo delle donne è ancora affetta da depressione a un anno dal parto e il rischio di ricorrenze depressive successive o indipendenti da nuove gravidanze risulta elevato e pari al 40%.

Attualmente, l'attenzione dei servizi sanitari è diretta in modo quasi esclusivo alla salute fisica della donna, mentre è meno sistematico e strutturato l'interesse nei confronti del suo benessere psichico. Ad oggi molte donne gravide e neomamme non ricevono una corretta diagnosi di disturbo mentale perinatale e altrettante, riconosciute come clinicamente affetta da depressione, non usufruiscono di un'adeguata presa in carico terapeutica. Inoltre, ai loro familiari, bambino compreso, non viene di routine offerto un aiuto appropriato da parte dei servizi sanitari e socio-sanitari locali deputati alla salvaguardia della salute materno-infantile e di quella dei familiari.

In Lombardia avvengono circa 80.000 parti all'anno: è realistico pensare che circa 9.000 donne soffrano di depressione perinatale e che di queste solo una minoranza oggi sia diagnosticata e riceva un trattamento.

Il progetto che viene qui presentato ha la finalità di costruire in 7 ASST lombarde un percorso di cura strutturato e omogeneo per la prevenzione ed il trattamento della depressione perinatale. L'implementazione di questo modello in 7 ASST permetterà di verificarne i punti di forza e le criticità nella prospettiva di una sua diffusione a livello regionale. Il progetto sarà costruito favorendo la creazione di una rete che includa i diversi i punti ospedalieri e territoriali (Reparti di ostetricia e ginecologia, punti vaccinali, Consultori, PLS, MMG), in cui l'accesso delle donne si verifica. La molteplicità dei punti di accesso, se da un lato permette di offrire una rete territoriale estesa, dall'altro rende ancora più necessaria un'attenzione di carattere organizzativo alla costruzione di questa rete.

Al fine di dotarsi di strumenti operativi per sostenere il modello regionale, il progetto si articola nei seguenti quattro obiettivi specifici:

1) **Informare le donne.** Il punto di partenza è il fornire informazioni alla donna. A questo fine verranno sviluppati sia materiale informativo regionale che un'app per smartphone e sito web dedicati alle donne;

2) **Effettuare lo screening delle donne, gravide e in puerperio e fornire un trattamento psicologico.** Il secondo obiettivo è incentrato sull'implementazione di una procedura di screening, a cui segue la erogazione di un trattamento psicologico.

3) **Formare gli operatori nell'attività di home visiting.** Stante anche la necessità di fornire non solo supporto ambulatoriale, ma anche al domicilio, nel terzo obiettivo gli operatori dei consultori verranno formati ad implementare all'interno dell'home visiting un intervento psicosociale specifico per il supporto della depressione perinatale;

4) **Valutare l'efficacia degli interventi erogati.** In ultimo verrà valutata l'efficacia nella pratica dell'intervento psicologico erogato in ambulatorio e a domicilio.

Le Unità Operative ASST coinvolte nel progetto ed impegnate su questi quattro temi sono:

1. ASST Lecco
2. ASST Papa Giovanni XXIII
3. ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
4. ASST Fatebenefratelli
5. ASST Rhodense
6. ASST di Monza
7. ASST Vimercate

Ad esse si aggiunge

- ATS Brianza, con ruolo di coordinamento delle esperienze di screening e trattamento della depressione perinatale presenti nel territorio delle 3 ASST afferenti (Lecco, Monza e Vimercate)

Nelle strutture delle 7 ASST, vengono alla luce circa 20.000 bambini all'anno, corrispondenti a circa ad un quarto dei nati in ospedale in Regione Lombardia. Conseguentemente, il numero atteso di donne con depressione perinatale in un anno è di circa 2.000. Il progetto si propone dunque di garantire un adeguato livello di supporto sia psicologico ambulatoriale che domiciliare – a tutte le donne identificare a rischio di depressione perinatale in contatto con una dell'UO coinvolte nel progetto. La criticità maggiore che questo progetto vuole affrontare è la variabilità territoriale, sia in termini di risorse umane che di procedure. La valutazione dei fattori di contesto che favoriranno o impediranno il progetto sarà di estrema rilevanza per una sua futura implementazione sul territorio regionale.

#### **Bibliografia**

- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. - *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period*. Lancet. 2014 Nov 15;384 (9956):1775-88. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9. Epub 2014 Nov 14.
- Istituto Superiore di Sanità (2016) *"Come prevenire la depressione post-partum ed essere se stesse"* Rapporti ISTISAN 16/31 Prevenzione ed intervento precoce per il rischio della depressione post-partum
- NICE (2017) *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [CG192]* Published date: December 2014 - Last updated: August 2017
- Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ. *Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system*. Am J Psychiatry. 2001 Nov;158(11):1856-63.
- Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK. *Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers*. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2009 Nov; 22 (4): 194-202.
- Atif Rahman, a Jane Fisher, b Peter Bower, c Stanley Luchters, d Thach Tran, e M Taghi Yasamy, f Shekhar Saxenaf & Waquas Waheedc *Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis* Bull World Health Organ 2013;91:593–601
- Field T. *Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a*

review. Infant Behav Dev. 2010 Feb;33(1):1-6.

- Bodén R, Lundgren M, Brandt L, Reutfors J, Andersen M, Kieler H. *Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilisers for bipolar disorder: population based cohort study.* BMJ 2012;345:e7085.

REFERENTE PROGETTO:	Dott. Antonio Lora - ASST Lecco	
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
<b>Unità Operativa 1</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ASST Lecco	Dott. Antonio Lora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• coordinamento sia delle attività informative e formative che della valutazione dell'efficacia del progetto</li> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 2</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ASST Papa Giovanni XXIII	Dott. Emi Bondi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 3</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Dott. Mauro Percudani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 4</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ASST Fatebenefratelli e Sacco	Dr.ssa Morena Beretta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 5</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ASST Rhodense	Dott. Marco Toscano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 6</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>

ASST Vimercate	Dott. Antonio Amatulli	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 7</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ASST di Monza	Prof. Massimo Clerici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo degli strumenti informativi del progetto (app e materiale informativo cartaceo)</li> <li>• attività di screening secondo il modello indicato nel progetto e trattamento dei casi</li> <li>• svolgimento di attività di home visiting con il personale formato dal progetto</li> <li>• valutazione dell'efficacia dell'intervento</li> </ul>
<b>Unità Operativa 8</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ATS Brianza	Dott.ssa Paola Passoni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ruolo di coordinamento delle esperienze di screening e trattamento della depressione perinatale presenti nel territorio delle 3 ASST afferenti (Lecco, Monza e Vimercate)</li> </ul>

## **AZIONI PREVISTE PER OGNI OBIETTIVO SPECIFICO**

### **OBIETTIVO SPECIFICO 1**

#### **FORNIRE INFORMAZIONE**

*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 intervento precoce*

#### **ANALISI STRUTTURATA AREA DI INTERVENTO**

##### **Descrizione ed analisi del problema**

La maggioranza delle donne gravide e in puerperio in contatto con i servizi sanitari non ricevono nel periodo perinatale informazioni strutturate sul rischio di depressione e sulle possibilità di trattamento. La mancanza di queste informazioni, comuni ed estese su tutto il territorio regionale, compromette in molti casi la possibilità di un intervento precoce. E' quindi necessario sviluppare materiale informativo che sia disponibile per le donne che entrano in contatto con i Consultori e i Punti Nascita, dove l'operatore di riferimento segnalerà la presenza del materiale informativo e inviterà ogni donna a prenderne visione.

La grande maggioranza di loro utilizza uno smartphone e si connette ad internet attraverso un dispositivo mobile: alcune ricerche hanno mostrato come questa modalità di raccolta delle informazioni e di interconnessione sia particolarmente gradita alle neomamme (Peragallo et al. 2015, Osma et al. 2016). Si ritiene utile quindi nel progetto utilizzare in chiave sperimentale anche questo strumento per fornire informazioni e connettere le neomamme ai centri di riferimento. La stessa modalità potrà essere utilizzata per un monitoraggio/automonitoraggio delle donne nel tempo.

##### **Soluzione ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche**

L'assenza di materiale informativo comune a tutto il territorio regionale rappresenta ad oggi una criticità: la prima parte del progetto prevede quindi la definizione di materiale informativo da diffondere in tutte le strutture regionali (Punti Nascita e Consultori). Verrà costituito uno specifico gruppo di lavoro su questa tema, che nei primi mesi del progetto definirà i contenuti. Il materiale verrà poi inviato alle ASST.

La seconda parte di questo obiettivo ha carattere sperimentale e riguarda lo sviluppo di un'app ed di un sito dedicato. L'utilizzo delle applicazioni per smartphone per fornire educazione sanitaria, monitorare la salute e spingere a modificazioni comportamentali sono alcune delle funzioni di mobile Health (mHealth) identificate da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2011) come innovazioni in grado di rafforzare i sistemi sanitari. Mentre sono diffuse app per la salute fisica della mamma durante la gestazione ed il puerperio, sono ancora poco frequenti quelle relative alla salute mentale (Hantsoo et al. 2018). Considerato che l'efficacia del materiale informativo scritto per migliorare le conoscenze e cambiare comportamenti a rischio è tuttora controversa, la comunicazione tramite Mhealth può rappresentare una alternativa promettente (Peragallo et al. 2015, Osma et al. 2016).

Nel progetto verrà sviluppata un'app per smartphone e un sito web sulla depressione perinatale, contenente sia materiale informativo su questo disturbo e su come farvi fronte che strumenti per lo screening (Beyond the blue 2018). L'app inoltre faciliterà il contatto della donna con il centro di riferimento, e l'invio di comunicazioni generiche e personalizzate. In particolare, attraverso l'app la donna potrà compilare e inviare gli strumenti di screening (domande di Whooley, *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e strumento per la valutazione dei fattori di rischio psicosociali) al centro di riferimento, essere monitorata sulla propria condizione fisica, contattare al bisogno gli operatori di riferimento. Sia il materiale informativo che la scala di screening verranno prodotte in più lingue. Il materiale contenuto nella app sarà comunque prodotto anche in forma cartacea e reso disponibile in ogni punto di accesso donna previsto nello studio. Nei Consultori e nei Punti Nascita gli operatori, segnaleranno a ciascuna utente la presenza del materiale informativo, e inviteranno le donne in gravidanza a registrarsi sul portale e a scaricare l'app. Queste procedure consentiranno alla donna di ricevere materiale relativo a ciascuna fase della gravidanza e del puerperio e di automonitorare il proprio stato psicologico rispondendo- via app -, al questionario di screening. Il personale dei Consultori e Punti Nascita sarà specificamente formato alle modalità per

presentare l'app a tutte le donne in gravidanza e puerperio e favorirne il suo utilizzo.

#### **Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti**

Lo sviluppo di materiale informativo per le donne non presenta difficoltà particolari, come pure la sua traduzione in più lingue e distribuzione sul territorio regionale.

Per quanto riguarda la app la relativa facilità della formazione del personale dei Consultori e dei Punti Nascita all'utilizzo della app rappresenta un elemento di fattibilità. Le possibili criticità riguardano da un lato nello sviluppo della app alla particolare attenzione che va posta al tema della protezione della privacy e del trasferimento delle informazioni dalla neomamma al centro di riferimento e dall'altro l'integrazione della app e del sito web con i sistemi informativi delle ASST partecipanti. Il software/app dovrà ottemperare i requisiti definiti dalle nuove norme sulla gestione dei dati sensibili, ed in particolare di quelli sanitari, ovvero il Regolamento UE 679/2016, che entrerà in vigore dal 25 maggio 2018 e che prevede che tutte le piattaforme (sia app che servizi web ...) dovranno essere progettati ed implementati nel rispetto di tale normativa e delle ulteriori norme inerente la gestione e il trattamento dei dati sensibili.

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

Per quanto riguarda la distribuzione del materiale informativo regionale saranno interessate tutte le ASST regionali. Per quanto riguarda l'app ed il sito web collegato l'implementazione verrà solo in alcune delle ASST interessate dal progetto. Se la sperimentazione darà risultati positivi, l'app e il sito web collegato potranno successivamente essere messi a disposizione a livello regionale di tutte le ASST e delle altre Regioni che lo richiedano.

#### **Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti**

- **Istituzionale e programmatico regionale**

L'afferenza alle ASST – prevista dalla LR 23/2015 – di servizi in precedenza afferenti a Enti differenti (per esempio Consultori, Punti Nascita e Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze) può facilitare i processi di diffusione del materiale informativo nelle strutture e favorire una maggiore integrazione dei servizi. La definizione di materiale informativo utilizzabile a livello regionale rappresenta uno strumento importante per favorire la *literacy* su questo tema tra le neomamme.

- **Sperimentale**

La sperimentazione dell'app in alcune ASST del progetto rappresenta un'innovazione importante per il sistema sanitario regionale, favorendo il contatto con le neomamme e aprendo la strada all'utilizzo della mHealth in salute mentale.

#### **Bibliografia**

- World Health Organization (WHO). *mHealth: new horizons for health through mobile technologies: based on the findings of the second survey on eHealth*. Geneva: WHO; 2011. Available from: [http://www.who.int/goe/publications/goe\\_mhealth\\_web.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf) 3. Free C, Phillips G
- Hantsoo L, Criniti S, Khan A, Moseley M, Kincler N, Faherty LJ, Epperson CN, Bennett I, *A Mobile Application for Monitoring and Management of Depressed Mood in a Vulnerable Pregnant Population Psychiatric Services in Advance Psychiatric Services 2018* (doi: 10.1176/appi.ps.201600582)
- Peragallo Urrutia R, Berger AA, Ivins AA, et al. *Internet use and access among pregnant women via computer and mobile phone: implications for delivery of perinatal care*. JMIR mHealth and uHealth 2015; 3:e25.
- Osma J, Barrera AZ, and Ramphos E, *Are Pregnant and Postpartum Women Interested in Health-Related Apps? Implications for the Prevention of Perinatal Depression* Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking Volume 19, Number 6, 412-415 2016
- Beyond the blue accessible in <https://healthyfamilies.beyondblue.org.au/pregnancy-and-new-parents/maternal-mental-health-and-wellbeing/depression>



## OBIETTIVO SPECIFICO 2

### **EFFETTUARE LO SCREENING ED IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO**

*Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzata, 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 AREA DI INTERVENTO

##### **Descrizione ed analisi del problema**

La depressione perinatale risulta ad oggi ancora troppo spesso sottostimata, misconosciuta, non trattata. Nella comune pratica clinica, la depressione perinatale sfugge per lo più all'attenzione dei clinici: se da un lato i servizi materno - infantili non hanno ancora sviluppato un'attenzione specifica su questo tema, dall'altro i servizi di salute mentale non riescono ad intercettare le neomamme con sintomi depressivi, anche per problemi legati allo stigma.

##### **Soluzione ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche**

Verrà strutturato uno screening rivolto a **tutte le donne gravide ed in puerperio** che accedono anche per una sola volta al servizio materno infantile (sia esso un Consultorio o un Punto Nascita), **e non solo a quelle ritenute dagli operatori a rischio per disturbi psichici**. Solo in questo modo è possibile rispondere ai bisogni di salute mentale della quota sommersa e maggioritaria di donne con depressione peri-natale che oggi non accede al trattamento.

La fase di screening vede l'utilizzo di tre strumenti:

1. **le domande di Whooley**, raccomandate dalle Linee Guida NICE (2017) e relative sia alla presenza di sintomi depressivi ed ansiosi che di iniziale disabilità nell'ultimo mese. Data la diversa prevalenza nelle diverse fasi della gravidanza di alcune condizioni psichiche, è raccomandato che le domande di Whooley siano ripetute ad ogni contatto. L'identificazione del disagio psichico è in ogni caso un processo dinamico e relazionale e la figura più adatta a questo monitoraggio è il professionista che incontra periodicamente la donna.
2. la **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** (Cox et al. 1987), raccomandate dalle Linee Guida Australiane (Austin M-P et al. 2017), da compilare in tre occasioni (prima del parto, nel periodo immediatamente successivo e nel puerperio). La scala EPDS rappresenta un test di screening diffuso a livello internazionale, validato e tradotto in molte lingue. EPDS è un questionario auto-somministrato composto da 10 items che valuta lo stato psichico della donna nell'ultima settimana. E' validato sia per la gravidanza che per il postpartum. Un cut-off di 12 indica la presenza di un rischio elevato di quadro depressivo, mentre un cut-off  $\geq 9$  permette di individuare tutti i casi a rischio moderato di evoluzione psicopatologica. Il solo punteggio non deve sostituire il giudizio clinico, per cui è necessario avvalersi, in caso di screening positivo, di un colloquio clinico da parte di psicologi clinici, in grado di formulare una diagnosi clinica di depressione e fornire indicazioni /erogare un trattamento. In caso di screening negativo, ma di conoscenza da parte degli operatori di presenza nell'anamnesi della donna di sintomi ansioso/depressivi, è indicato comunque che la donna possa comunque ricevere una valutazione più approfondita attraverso il colloquio clinico, ed in cui possa ricevere informazioni sulla possibilità di aiuto nel caso che tali sintomi si ripresentassero.
3. uno **strumento di screening dei fattori di rischio psicosociali** da applicare nel periodo precedente al parto (Biaggi et al. 2016, Lancaster et al. 2010, Istituto Superiore di Sanità 2016, Austin et al. 2013). Nello specifico la scala ANRQ (Austin et al, 2013), consigliata dalla Linee Guida Australiane, identifica un rischio psicosociale aumentato per un punteggio superiore a 23 o per positività a particolari items.

Il progetto prevede che alla donna con punteggio EPDS  $\geq 12$  e/o con risposte positive alle domande di Whooley o con aumentato rischio psicosociale, insieme con la somministrazione dell'EPDS (nel caso sia risultata positiva solo alle domande di Whooley o alla screening dei fattori di rischio psicosociale) venga fissato un colloquio clinico con lo specialista psicologo per la

valutazione del quadro diagnostico. Se il quadro depressivo è confermato, viene proposto un intervento psicologico da effettuare presso il Consultorio di riferimento o l'Ambulatorio specializzato per il trattamento della depressione perinatale della ASST. L'intervento psicologico (Milgrom et al. 2003) è di importanza centrale nel trattamento di questa patologia e può prendere le forme di un counselling psicologico, piuttosto che di una psicoterapia strutturata a seconda della gravità e del quadro clinico. Nel caso di sintomi depressivi gravi verrà coinvolto il Dipartimento di Salute Mentale e della Dipendenze di riferimento per un eventuale trattamento psichiatrico.

#### **Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti**

La maggiore criticità presente nell'implementazione di screening e trattamento precoce della depressione perinatale deriva dalla variabilità territoriale nella risposta a questo problema, resa ancora più critica dalla differente dotazione di risorse umane nelle varie aree territoriali. Questo si può tradurre in un'incompleta copertura dello screening rispetto alla popolazione target. Di qui la necessità di assicurare dedicate in campo psicologico per l'effettuazione del colloquio clinico di conferma dello screening e dei trattamenti psicologici. Un'altra criticità relativa allo screening riguarda l'organizzazione dello stesso: è necessaria infatti da un lato una capillare formazione degli operatori e dall'altro uno stretto coordinamento tra i servizi (Punti Nascita, Consultori, Ambulatori specifici per il trattamento della depressione perinatale). La app che verrà sviluppata nel progetto faciliterà questo coordinamento e lo scambio informativo non solo tra la donna ed il servizio ma anche tra i servizi interessati.

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

Le azioni previste sono sia a livello regionale, che sul campione di ASST incluse nel progetto. Verrà promossa un'azione formativa a livello regionale su tutte le ASST incentrata sulla salute mentale perinatale e sugli strumenti di screening. Nel contempo l'implementazione del modello proposto dal progetto segue le indicazioni di Regione Lombardia, ed ha lo scopo di verificarne l'applicabilità su un campione di ASST e di affrontare le eventuali criticità presenti, al fine di permettere una sua estensione alla fine della sperimentazione a tutto il territorio regionale.

#### **Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti**

- **Istituzionale e programmatico regionale**

Questo progetto integra il documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico con la più recente letteratura in tema di disagio psichico in gravidanza e in puerperio. L'afferenza alle ASST – prevista dalla LR 23/2015 – di servizi in precedenza afferenti a Enti differenti (per esempio Consultori, Punti Nascita e Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze) può facilitare i processi di integrazione delle procedure e degli interventi. L'attività formativa sulla salute mentale perinatale e sugli strumenti di screening faciliterà questa integrazione.

- **Sperimentale**

Sarà possibile verificare l'influenza che i fattori di contesto (dotazione di risorse umane, organizzazione dei servizi, culture professionali) hanno sulla diffusione delle procedure di screening al fine di acquisire le informazioni utili alla generalizzazione dell'intervento nel territorio regionale

#### **Bibliografia**

- Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group (2017) Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 150: 782–6.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. (2003) (Ed.) *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson;
- Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. (2016) *Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review*. J Affect Disord. ;191:62-77.
- Lancaster CA, Gold KJ, Heather AF, Yoo H.; Sheila M. Marcus, MD; Matthew M. Davis, MD, MAPP (2010) *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review* American Journal of Obstetrics & Gynecology 1, 5-14
- Istituto Superiore di Sanità (2016) *"Come prevenire la depressione post-partum ed essere se stesse"* Rapporti ISTISAN 16/31 Prevenzione ed intervento precoce per il rischio della depressione post-partum pag.114-118

- Austin MP, Colton J, Priest S et al (2013) The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth* 26(1): 17–25.

### OBIETTIVO SPECIFICO 3

#### **ATTIVARE UN'ATTIVITÀ DI HOME VISITING PER LA DEPRESSIONE PERINATALE**

*Implementare i fattori di benessere psichico tramite 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 e sostenere lo sviluppo psichico*

#### ANALISI STRUTTURATA AREA DI INTERVENTO

##### **Descrizione ed analisi del problema**

Tra le azioni di sostegno alle donne a rischio di disturbi depressivi in gravidanza, l'home visiting attuato da ostetriche e infermiere dei Consultori sta acquisendo un ruolo sempre maggiore (Department of Health 2011). Se fino a dieci anni fa le revisioni (Ammerman et al. 2010, Werner et al. 2015) sottolineavano la mancanza di evidenze sull'efficacia di tale pratica nei confronti della depressione perinatale, nell'ultimo periodo si è evidenziato come l'home visiting (ed il supporto psicosociale che viene così erogato) sia efficace nelle pazienti a rischio (EPDS  $\geq$  12) solo quando viene attuato da personale che ha ricevuto una formazione specifica in salute mentale (Morrell et al. 2009 & 2016). Altri studi hanno evidenziato anche un effetto preventivo nelle donne a basso rischio (EPDS <12) (Brugha et al. 2016).

##### **Soluzione ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche**

Il Dipartimento Salute Mentale ed Abuso di Sostanze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto nel 2015 *Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression*, un manuale specificatamente rivolto al personale a operatori che non appartengono ai servizi di salute mentale, ma all'area materno infantile che attuano l'home visiting (ostetriche e infermiere), e finalizzato alla formazione nel supporto psicosociale della donna con depressione perinatale secondo un modello psicoeducativo. Dopo una serie di incontri finalizzati a conoscere i servizi territoriali delle ASST identificate dal progetto e l'attività di home visiting da loro erogata, verrà realizzata una formazione specifica su questo manuale, rivolta al personale dell'area materno infantile e nello specifico dei Consultori. La formazione verrà attuata con un'attenzione specifica al tema di **formare i formatori**, al fine di estendere questo tipo di formazione in maniera capillare a livello delle ASST coinvolte e di verificare l'efficacia e l'applicabilità di tale modello formativo, a livello regionale, una volta conclusa la sperimentazione. È da prevedere che la formazione venga rivolta anche agli psicologi che lavorano nell'area consultoriale perché siano in grado di svolgere un'attività di supervisione sul personale che opera nell'home visiting, sia durante il progetto che una volta concluso.

La realizzazione della fase di formazione prevederà: a) un incontro aperto a tutte le equipe potenzialmente interessate all'implementazione dell'intervento "Pensare Positivo". Nell'incontro verranno presentate le principali caratteristiche del programma di prevenzione e dell'intervento psicologico che si intende implementare. Verrà precisato che la partecipazione dell'equipe è subordinata alla disponibilità di 10 operatori per ASST – non medici e con ruoli diversi, ma tutti impegnati direttamente con le donne in attività di *home visiting* e motivati a ricevere la formazione e ad implementarla. Il personale selezionato per la formazione all'intervento seguirà un corso della durata di 7 giorni nel quale verranno illustrate e messe in pratica attraverso simulate in piccolo gruppo le parti principali di *Thinking Healthy*. In particolare, le giornate formative tratteranno i seguenti punti: a) L'aggancio; b) la nascita; c) i primi mesi dopo il parto (1-5); d) dal 5 al 7 mese dopo il parto; e) dall'8 al 10 mese. Per ogni seduta verranno esaminate tre aree: la salute della madre; la relazione della madre con il bambino; la relazione della madre con le persone che le sono intorno. Per ciascuna area verranno discussi i punti relativi alla revisione dei compiti assegnati nella seduta precedente, al monitoraggio dell'umore, alle tecniche per "pensare positivo", all'assegnazione di esercizi da svolgersi nell'intervallo tra la seduta attuale e la successiva.

##### **Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti**

Le principali criticità sono legate alla mancanza di abilità specifiche nel campo della salute mentale

e nello specifico della depressione perinatale da parte di ostetriche e infermiere dei Consultori e alla necessità di adattare al contesto italiano il modulo formativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Particolare attenzione sarà posta a calare il lavoro formativo all'interno del contesto organizzativo delle singole realtà territoriali al fine di favorire l'implementazione dell'intervento psicoeducativo e l'integrazione di tale intervento con le altre figure professionali (in particolare psicologi).

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

Lo strumento ed il modello formativo verrebbe inizialmente applicato alle ASST partecipanti e potrebbe dopo la sperimentazione essere reso disponibile ad altre ASST lombarde e alle altre Regioni

#### **Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti**

- **Istituzionale e programmatico regionale**

L'afferenza istituzionale unica alle ASST – prevista dalla LR 23/2015 – di servizi (Consultori , Punti Nascita e Servizi di Salute Mentale), in precedenza afferenti a Enti differenti, può facilitare anche i processi formativi, permettendo una maggiore integrazione tra l'area materno infantile e salute mentale.

- **Sperimentale**

Accanto ad un'analisi dell'effectiveness dell'intervento, prevista nell'obiettivo 4, verranno analizzati indicatori relativi all'implementazione dell'intervento e alla sua accettabilità per operatori e donne.

#### **Bibliografia**

- Department of Health (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case Martin Knapp, David McDaid and Michael Parsonage (editors) London
- Ammerman RT, Putnam FW, Bosse NR, Teeters AR, and Van Ginkel JB *Maternal Depression in Home Visitation: A Systematic Review* *Aggress Violent Behav.* 2010 May ; 15(3): 191–200
- Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, and Monk C *Preventing postpartum depression: Review and recommendations* *Arch Womens Ment Health.* 2015 February ; 18(1): 41–60. doi:10.1007/s00737-014-0475-y.
- Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, Brugha T, Barkham M, Parry GJ, Nicholl J. *Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care.* *BMJ.* 2009 Jan 15;338:a3045. doi: 10.1136/bmj.a3045
- Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis CL, Ren S, Ragonesi M, Barkham M, Churchill D, Henshaw C, Newstead J, Slade P, Spiby H, Stewart-Brown S. *A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression.* *Health Technol Assess.* 2016 May;20(37):1-414. doi: 10.3310/hta20370.
- T. S. Brugha, J. Smith, J. Austin, J. Bankart, M. Patterson, C. Lovett, Z. Morgan, C. J. Morrell and P. Slade *Can community midwives prevent antenatal depression? An external pilot study to test the feasibility of a cluster randomized controlled universal prevention trial* *Psychological Medicine* (2016), 46, 345–356.
- World Health Organization. *Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression.* Geneva, WHO, 2015.

#### OBIETTIVO SPECIFICO 4

##### **VALUTARE L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO**

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

#### ANALISI STRUTTURATA AREA DI INTERVENTO

##### **Descrizione ed analisi del problema**

All'interno del progetto verrà valutata l'efficacia clinica nella pratica (*effectiveness*) del progetto sia per quanto riguarda l'intervento psicologico ambulatoriale che quello di home visiting.

##### **Soluzione ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche**

L'EPDS è uno strumento sufficientemente sensibile nello stimare la gravità del disturbo e nel valutare l'esito dell'intervento psicologico o di home visiting alla coorte di popolazione a rischio, come mostrato in precedenti esperienze italiane e straniere (Michielin *et al.*, 2008; Piacentini *et al.*, 2013; Mirabella *et al.*, 2014, Morrell *et al.* 2016). In letteratura (Matthey, 2004) è stato anche stimato che per l'EPDS il RCI (*Reliable Change Index*), cioè la variazione di punteggio indicativo in modo affidabile di un cambiamento nella condizione clinica, sia di 4 punti. I test verranno somministrati alle donne in fase di screening e approfondimento (Pre-Trattamento) e saranno riproposti nelle scadenze previste e all'ultimo incontro dell'intervento (Post-Trattamento), così da permettere una valutazione di esito e di efficacia dell'intervento nella pratica (*effectiveness*) sia per il trattamento psicologico che per l'home visiting. Per una percentuale di donne arruolate nei primi mesi di progetto sarà possibile estendere la valutazione di esito anche a sei mesi e a dodici mesi dalla fine dell'intervento (follow-up). Le valutazioni, condotte attraverso l'EPDS, verranno effettuate mediante l'app, così da permettere – anche dopo la fine del progetto – a tutte le donne che hanno ricevuto l'intervento, di valutare il proprio stato di salute mentale nel tempo.

##### **Fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti**

L'utilizzo di una scala usata per lo screening facilita la valutazione di esito dell'intervento, favorendone l'applicabilità nella routine clinica. La principale criticità è legata alla lunghezza del periodo di follow up, in quanto solo una parte delle donne potrà essere valutata a dodici mesi.

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

La valutazione sarà effettuata in tutte le ASST che parteciperanno al progetto.

##### **Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti**

- **Istituzionale e programmatico regionale**

La valutazione dell'efficacia dell'intervento rappresenta la premessa per la sua successiva generalizzazione sul territorio regionale

- **Sperimentale**

La valutazione interesserà tutte le Unità Operative reclutate nel progetto. La valutazione dell'efficacia e dell'accettabilità dell'intervento come pure l'analisi dei fattori di contesto favorevoli/sfavorevoli permetterà di decidere sulla sua generalizzabilità.

##### **Bibliografia**

- Matthey S. *Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. J Affect Disorder 2004;78:269-72.
- Michielin P, Di Giorgi E, Spinella N, Favaretto G, Semenzin M, Mattioli Corona T. *Screening e interventi psicoterapeutici e di sostegno per donne con depressione post-partum*. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 2008;14:103-10.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Cascavilla I, Palumbo G, Gigantesco A. *Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto*. Riv Psichiatria 2014;49:253-64.
- Piacentini D, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Biffi G, Mirabella F, Gigantesco A. *Risultati di un intervento cognitivo-comportamentale manualizzato nella Depressione post parto*. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 2013;15:379-89.
- Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, Brugha T, Barkham M, Parry GJ, Nicholl J. *Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed*

*approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. BMJ. 2009 Jan 15;338:a3045. doi: 10.1136/bmj.a304*

**PIANO DI VALUTAZIONE**

<p>OBIETTIVO SPECIFICO 1</p>	<p><b>FORNIRE INFORMAZIONE</b>  <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 intervento precoce -</i></p>
<p>Indicatore/i di risultato</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. attivazione di un gruppo di lavoro che rediga materiale informativo sulla depressione perinatale da distribuire a livello regionale</li> <li>2. percentuale di strutture coinvolte nel progetto che distribuiscano attivamente materiale informativo e app sul totale delle strutture coinvolte</li> <li>3. percentuale di neomamme che attivano l'app sul totale di quelle in contatto con le strutture coinvolte (Punti Nascita e Consultori)</li> <li>4. percentuale di neomamme con screening positivo che hanno utilizzato l'app per connettersi al centro di riferimento (ad es. per inviare le schede di screening) sul totale delle donne con screening positivo</li> </ol>
<p>Standard di risultato</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione di una opuscolo informativo per le donne (anche in formato digitale)</li> <li>2. Utilizzo di tale materiale in 90% delle strutture coinvolte</li> <li>3. acquisizione della app da parte del 50% delle donne in contatto con le strutture coinvolte</li> <li>4. Utilizzo della app da parte del 50% delle donne con screening positivo per connettersi al centro di riferimento</li> </ol>
<p>Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• creazione di materiale informativo sulla depressione perinatale, sugli strumenti di screening e sui trattamenti disponibili, disponibile sia su supporto cartaceo che informatico (app)</li> <li>• distribuzione di tale materiale informativo alle ASST</li> <li>• connessione dell'app e del sito web con i sistemi informativi ASST</li> <li>• formazione degli operatori dei centri coinvolti alla distribuzione di tale materiale</li> </ul>
<p>OBIETTIVO SPECIFICO 2</p>	<p><b>EFFETTUARE LO SCREENING ED IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO</b>  <i>individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzata, 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</i></p>

	<i>situazione</i>
Indicatore/i di risultato proposti nel progetto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. percentuale di gravide che hanno partorito nei centri interessati dal progetto sul totale delle donne che hanno partorito in Regione Lombardia</li> <li>2. percentuale di donne che hanno attuato lo screening nei centri selezionati sul totale di donne che hanno partorito nei centri selezionati</li> <li>3. percentuale di donne risultate affette da depressione perinatale sul totale di quelle con screening positivo</li> <li>4. percentuale di donne con screening positivo che, dopo colloquio diagnostico, hanno iniziato un trattamento sul totale delle donne con screening positivo</li> </ol>
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. popolazione femminile della popolazione lombarda intercettata dal progetto: 25%</li> <li>2. popolazione femminile che ha attuato lo screening sul totale di quella in contatto: 75%</li> <li>3. percentuale di donne con screening positivo che sono state valutate con disturbo depressivo dopo il colloquio diagnostico: &gt;10%</li> <li>4. donne con screening positivo che, dopo colloquio diagnostico, hanno iniziato un trattamento sul totale delle donne con screening positivo: 70%</li> </ol>
Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gruppo di lavoro incentrato sull' analisi delle attività preesistenti di screening e trattamento psicologico all'interno delle ASST</li> <li>• organizzazione omogenea dello screening all'interno delle strutture con stretta integrazione tra area salute mentale/ area materno infantile e tra ospedale/territorio</li> <li>• disponibilità di personale psicologico specifico per la valutazione ed il trattamento nella depressione perinatale</li> </ul>

OBIETTIVO SPECIFICO 3	<p><b>ATTIVARE UN'ATTIVITÀ DI HOME VISITING PER LA DEPRESSIONE PERINATALE</b></p> <p><i>Implementare i fattori di benessere psichico tramite azioni di sostegno psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze e lo sviluppo psichico</i></p>
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. livello di gradimento del corso da parte degli operatori formati nel modulo "Thinking Healthy"</li> <li>2. percentuale di operatori che formati nel modulo "Thinking Healthy" iniziano nei servizi tale tipo di trattamento sul totale degli operatori formati.</li> <li>3. numero medio di donne trattate per ogni operatore formato</li> <li>4. percentuale di donne con screening positivo che dopo colloquio diagnostico, concludono un trattamento domiciliare secondo il modulo "Thinking Healthy" sul totale delle donne a cui è stato proposto tale intervento</li> <li>5. percentuale di donne che hanno giudicato l'intervento efficace ed accettabile sul totale delle donne che hanno completato</li> </ol>

	l'intervento
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. punteggio posizionato nel terzo superiore del <i>range</i> previsto dalla scala utilizzata per valutare il gradimento</li> <li>2. operatori formati che implementano il trattamento di home visiting secondo "<i>Thinking Healthy</i>" 90%</li> <li>3. numero medio di donne trattate: almeno 1 donna trattata per operatore formato</li> <li>4. donne che concludono il trattamento di home visiting secondo "<i>Thinking Healthy</i>" 90%</li> <li>5. donne che hanno giudicato l'intervento efficace ed accettabile: 75%</li> </ol>
Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• incontri con le ASST per la definizione delle strutture e del personale coinvolto nella formazione</li> <li>• traduzione ed adattamento del manuale OMS <i>Thinking Healthy</i></li> <li>• formazione del personale per l'<i>home visiting</i> attraverso il manuale OMS <i>Thinking Healthy</i></li> <li>• monitoraggio dell'implementazione a livello locale dell'intervento</li> </ul>

OBIETTIVO SPECIFICO 4	<b>VALUTARE L'EFFICACIA DELL'INTERVENTO</b> <i>Post-valutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale la fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto</i>
Indicatore/i di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percentuale di donne con screening positivo che sono state inserite in un programma di trattamento e lo hanno completato sul totale delle donne che hanno iniziato un programma di trattamento (<i>differenziato per trattamento psicologico e per home visiting</i>)</li> <li>2. Percentuale di donne con riduzione clinicamente significativa (<i>Reliable Change Index</i>) del punteggio dell' EPDS tra l'inizio del trattamento e l'ultima valutazione post-trattamento sul totale delle donne che hanno completato il trattamento (<i>differenziato per trattamento psicologico e per home visiting</i>)</li> </ol>
Standard di risultato	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percentuale di donne con screening positivo che hanno completato il programma di trattamento: 90%</li> <li>2. Percentuale di donne che hanno presentato una riduzione clinicamente significativa del disturbo depressivo: 70%</li> </ol>
Attività previste per raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• raccolta ed analisi statistica dei dati</li> </ul>









## **PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA**

<b>Unità Operativa ASST Lecco</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
Personale	<ul style="list-style-type: none"><li>personale psicologico addetto allo screening ed al trattamento dei casi operante per 18 mesi</li></ul>	79.000
Beni e servizi - stampa materiale informativo  - sviluppo app e piattaforma web  - stampa manuale di formazione per gli operatori dell'Home Visiting  - pacchetti formativi per operatori impegnati nello screening e nell'home visiting  - statistico per analisi dati raccolti	<ul style="list-style-type: none"><li>stampa (anche digitale) di materiale informativo di carattere regionale</li><li>sviluppo di una app e di una piattaforma web collegata</li><li>traduzione e stampa (anche digitale) del manuale <i>Thinking Healthy</i></li><li>formazione su depressione perinatale/materiale informativo/screening/<i>Thinking Healthy</i></li><li>analisi statistica</li></ul>	147.500
Missioni		7.000
Incontri/Eventi formativi	<ul style="list-style-type: none"><li>convegno finale</li></ul>	10.000
Spese generali	<ul style="list-style-type: none"><li>spese amministrative e di coordinamento del progetto</li></ul>	19.908

<b>Unità Operativa ASST Papa Giovanni XXIII</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
Personale	<ul style="list-style-type: none"><li>personale psicologico addetto allo screening ed al trattamento dei casi operante per 18 mesi</li></ul>	79.000
Beni e servizi	- - -	
Missioni	- -	
Incontri/Eventi formativi	- -	
Spese generali	- -	

<b>Unità Operativa ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda</b>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>personale psicologico addetto allo screening ed al trattamento dei casi operante per 18 mesi</li> </ul>	79.000
Beni e servizi		-
Missioni		-
Incontri/Eventi formativi		-
Spese generali		-

<b>Unità Operativa ASST Fatebenefratelli e Sacco</b>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>personale psicologico addetto allo screening ed al trattamento dei casi operante per 18 mesi</li> </ul>	79.000
Beni e servizi		-
Missioni		-
Incontri/Eventi formativi		-
Spese generali		-

<b>Unità Operativa ASST Rhodense</b>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>personale psicologico addetto allo screening ed al trattamento dei casi operante per 18 mesi</li> </ul>	79.000
Beni e servizi		-
Missioni		-
Incontri/Eventi formativi		-
Spese generali		-

<b>Unità Operativa ASST Vimercate</b>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale		
Beni e servizi	-	-
	-	
	-	
Missioni	-	-
	-	
Incontri/Eventi formativi	-	-
	-	
Spese generali	-	-
	-	

<b>Unità Operativa ASST Monza</b>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale		
Beni e servizi	-	-
	-	
	-	
Missioni	-	-
	-	
Incontri/Eventi formativi	-	-
	-	
Spese generali	-	-
	-	

<b>Unità Operativa ATS Brianza</b>		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale		
Beni e servizi	-	-
	-	
	-	
Missioni	-	-
	-	
Incontri/Eventi formativi	-	-
	-	
Spese generali	-	-
	-	

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
Personale psicologico	395.000
Beni e servizi (materiale informativo regionale, traduzione e stampa manuale <i>Thinking Healthy</i> , formazione, creazione di APP e sito web collegato, analisi statistica)	147.500
Missioni	7.000
Incontri/eventi formativi (convegno finale)	10.000
Spese generali	19.908
<b>Totale</b>	<b>579.408</b>