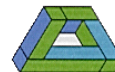




**REGIONE MARCHE**  
*Giunta Regionale*



**AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

Al Ministero della Salute  
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 9  
[dgprev@postacert.sanita.it](mailto:dgprev@postacert.sanita.it)



## PROGETTO ESECUTIVO

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

DURATA DEL PROGETTO: 12 mesi di intervento, 6 mesi di disseminazione dei risultati (totale: 18 mesi)

COSTO: 83.329,00 euro

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

*Nominativo:* Prof. Umberto Volpe

*Struttura di appartenenza:* SOD di Clinica di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche, via Tronto, 10/A, 60126 Ancona.  
Azienda Ospedaliero - Universitaria "Ospedali Riuniti", via Conca 71, 60126 Ancona

*Telefono:* 071 5963301

*FAX:* 071 5963540

*E-mail:* [umberto.volpe@ospedaliriuniti.marche.it](mailto:umberto.volpe@ospedaliriuniti.marche.it)

REFERENTE AMMINISTRATIVO:

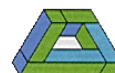
*Nominativo:* Dott.ssa Laura Donnini

*Struttura di appartenenza:* S.O. Ricerca Innovazione Sviluppo  
Azienda Ospedaliero - Universitaria "Ospedali Riuniti", via Conca 71, 60126 Ancona

*Telefono:* 0715963590

*FAX:* 0715963106

*E-mail:* [laura.donnini@ospedaliriuniti.marche.it](mailto:laura.donnini@ospedaliriuniti.marche.it)



## OBIETTIVI DEL PROGETTO

### OBIETTIVO GENERALE:

#### Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva *post partum*

L'obiettivo generale del presente progetto è quello di implementare le misure e gli interventi necessari ad assicurare la diagnosi precoce, la presa in carico globale, la cura e l'assistenza alle donne affette da malessere psichico durante il peripartum. Gli interventi di sostegno alle donne a rischio di disagio psichico perinatale devono prevedere un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in una ottica di integrazione e continuità assistenziale, nell'ambito dei Servizi del Sistema Sanitario Nazionale.

### OBIETTIVO SPECIFICO 1:

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

### OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio 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:

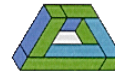
Postvalutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto.

## REFERENTE PROGETTO: Prof. Umberto Volpe

### UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
SOD Clinica Psichiatrica Azienda Ospedaliero – Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona	Prof. Umberto Volpe	Interventi di sostegno alle donne a rischio, al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale. Interventi psicoeducativi. Colloqui psicologici. Gestione psicofarmacologica.
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia Azienda Ospedaliero – Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona	Prof. Andrea Ciavattini	Individuazione precoce di donne a rischio di disagio psichico perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati.
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
ASUR Marche: Punti Nascita e Consultori	Dr. Nadia Mosca / Dott.ssa Rita Gatti	Individuazione precoce di donne a rischio di disagio psichico perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati.
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
SOD Ostetricia e Ginecologia e DMO Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord - Pesaro	Dr. Claudio Cicoli / Dr. Catia Valenti	Individuazione precoce di donne a rischio di disagio psichico perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati.





**OBBIETTIVO 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, di nuova realizzazione.*

## ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

### *Descrizione ed analisi del problema*

La gravidanza, come la pubertà e la menopausa, è un periodo particolare della vita della donna che comporta profondi cambiamenti sia psicologici che fisici. Questi periodi critici rappresentano al tempo stesso un momento fondamentale per la salute mentale in quanto, in condizioni favorevoli, determinano l'emergere di livelli più integrati di identità personale e consapevolezza di sé; mentre, in condizioni sfavorevoli, possono determinare l'instaurarsi di condizioni psicopatologiche più o meno gravi. La gravidanza può rappresentare un momento stressante che coinvolge tutte le aree del funzionamento della persona, in quanto si verificano cambiamenti endocrinologici, si possono riattivare conflitti psicologici e relazionali, ma soprattutto si verifica una riorganizzazione intrapsichica necessaria, che consente alla donna di diventare anche madre: in altri termini la donna è oggetto di profondi cambiamenti, sia psicologici che cognitivi. Il periodo perinatale, che si estende dalla gravidanza fino al primo anno del post-partum, presenta una considerevole variabilità di disturbi mentali che richiede dunque una adeguata identificazione e conseguente gestione. Al momento attuale tuttavia la conoscenza da parte della popolazione generale e degli operatori del settore sulla prevalenza, sulle modalità di identificazione e sui rischi connessi alla sindrome depressiva post-partum risulta ancora limitata (1).

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

Nell'ambito del "percorso nascita" verranno implementate le seguenti iniziative di informazione e sensibilizzazione, relative al disagio psichico in gravidanza e all'intervento precoce:

- materiali informativi: volantini, poster, inserzioni sui giornali;
- estratti di libri e pubblicazioni;
- sito Web dedicato all'utenza e agli operatori.

Le attività di tipo informativo/formativo che si svolgeranno presso le sedi ASUR e presso le Aziende Ospedaliere saranno corsi educativi e seminari indirizzati alla popolazione generale nonché brochure a scopo divulgativo. Sono previsti due tipi di eventi: un Convegno Tematico Regionale per una giornata aperta a tutti gli operatori del settore della salute coinvolti nei differenti contesti del Percorso Nascita e delle cure primarie e ai professionisti della salute psichica ed alla cittadinanza. Successivamente, una serie di seminari formativi saranno rivolti ai referenti territoriali del "Percorso Nascita".

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

Diffusione/fornitura del materiale informativo nel 100% dei punti regionali del "Percorso Nascita".

Partecipazione dei rappresentanti dei punti regionali del "Percorso Nascita" alle attività seminariali in una quota almeno del 70%.

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

Punti nascita, consultori, MMG e PLS dell'intero territorio regionale.

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

Istituzionale e programmatico regionale  
Sperimentale

### *Bibliografia*

1. Sharma P. et al.: Psychiatric disorders during Pregnancy and post-partum. Journal of Pregnancy and Child Health 2017, 4: 2.





**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 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*

Circa il 16% delle donne soffre nel periodo perinatale di un disturbo mentale che ha un significativo impatto sulla propria vita, sul bambino, sulla relazione madre-bambino e su tutto l'entourage familiare (1). Nonostante i molti appelli alla diagnosi precoce e all'attivazione di percorsi volti ad individuare "soggetti a rischio" resta il fatto che spesso i disturbi psichici del peripartum non vengono riconosciuti in tempo (2,3). Ciò probabilmente avviene in parte per la loro insorgenza insidiosa e in parte perché la maggior parte delle donne tende a nascondere i propri sintomi. Sono pochissime quelle che ricercano spontaneamente l'aiuto di uno specialista, così da ridurre la propria sofferenza e limitare quelle che inevitabilmente possono diventare le conseguenze che questi disturbi potrebbero avere su madri e figli.

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

La tempestività dell'individuazione precoce e del riferimento a professionisti del settore (ginecologi, ostetriche, infermieri, medici di base), che potranno indirizzare le donne interessate a psichiatri specializzati nella cura dei disturbi psichici del peripartum, risulta fondamentale per la prevenzione e la cura delle donne a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale.

L'intervento di screening previsto dal progetto sarà realizzato in differenti contesti interni al "Percorso Nascita" e nell'ambito delle cure primarie (consulorio familiare, ambulatori ospedalieri ostetrico ginecologici, in particolare in quello della gravidanza a termine, ambulatorio del pediatra di libera scelta, medici di medicina generale) da diverse figure professionali sanitarie.

A tutte le donne afferenti alle strutture sopra indicate verranno erogati tre test di screening per la presenza di sintomatologia affettiva.

I test individuati sono:

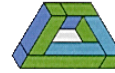
- 1) il "**GHQ-12**", un questionario autosomministrato che consiste di dodici domande volte ad esplorare il "benessere generale" della donna; il test altresì fornisce un punteggio di cut-off  $\geq 15$  che è suggestivo per la presenza di depressione dell'umore (4,5);
- 2) le "**Whooley questions**", consistono di tre semplici domande a cui il soggetto risponde in modo dicotomico (sì/no); questo strumento è risultato avere una sensibilità diagnostica per la depressione postpartum superiore al 90% (3,6);
- 3) la "**Schedule of recent experiences di Holmes-Rahe**", è una scala che prende in considerazione quali eventi stressanti hanno interessato l'ultimo anno: il punteggio di cut-off è 150, se superiore a 150 ma inferiore a 300 stress medio (da tenere sotto controllo), superiore a 300 stress elevato (alto pericolo per la salute) (7).

I soggetti positivi allo screening iniziale verranno inviati all'ambulatorio per i disturbi psichici del peripartum presso l'Azienda Ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti – Presidio Umberto I, dove verranno effettuati colloqui di valutazione iniziale e motivazionale e dove verrà disposta l'attivazione di una serie di incontri individuali e di coppia, volti all'informazione, alla formazione su specifiche abilità relazionali e al sostegno della coppia genitoriale.

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

Erogazione dei test di screening previsti (GHQ-12, Whooley questions, Schedule of recent experiences di Holmes-Rahe) in almeno il 70% della popolazione destinataria.

Nell'ambito del presente progetto saranno previsti interventi di informazione e formazione volti ad aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari sul ruolo chiave giocato dai professionisti delle cure primarie per il riconoscimento precoce e l'appropriata presa in carico di un eventuale disturbo psichico o di un disagio psicosociale perinatale (8): "saper ascoltare con una apertura accogliente e non giudicante", "saper riconoscere", "saper chiedere" (9).



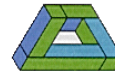
*Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi*  
Punti nascita, consultori, MMG e PLS dell'intero territorio regionale.

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

Istituzionale e programmatorio regionale  
Sperimentale

*Bibliografia*

1. Buist AE, Austin MP, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JL, Gemmill AW, Brooks J, Ellwood D, Milgrom J. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. Aust N Z J Psychiatry. 2008 Jan;42(1):66-73.
2. National Institute for Clinical Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE, London, 2014.
3. National Institute for Clinical Excellence: The NICE guideline on clinical management and service guidance: Antenatal and postnatal mental health. NICE, London
4. Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. J R Coll Gen Pract. 1987 Jan;37(294):15-8.
5. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med. 1997 Jan;27(1):191-7.
6. Whooley M. et al.: Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997; 12: 439-445.
7. Noone PA. The Holmes-Rahe Stress Inventory. Occup Med (Lond). 2017 Oct 1;67(7):581-582.
8. ITOSS. Sorveglianza ostetrica: Il progetto sul disagio psichico perinatale. [www.iss.it/itoss](http://www.iss.it/itoss), 2017.
9. Anniverno R. et al.: Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee guida per professionisti della salute. O.N.DA., 2014.



**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*

Dall'analisi della recente letteratura emerge come in gravidanza possano manifestarsi vari disturbi dell'umore (depressione, disforia, distimia...) e d'ansia (fobie semplici, attacchi di panico, disturbo ossessivo – compulsivo,...); per la complessa interazione tra molteplici fattori biologici psicologici e relazionali non è possibile stabilire una specifica relazione causa - effetto tra i fattori di rischio individuati in quest'area in quanto ciascuno di essi assume un significato molto specifico in relazione alla persona, alla sua resilienza, al momento e alla durata del suo impatto. Lo stesso vale per il postpartum dove si possono osservare vari quadri sindromici dal *maternity blues* alla depressione postpartum, dalla psicosi puerperale (manifestazione di un esordio psicotico, riacutizzazione di disturbo schizofrenico, psicosi reattiva breve, etc...) a vari disturbi d'ansia, dell'adattamento, post traumatici da stress, etc. La prevalenza del disturbo depressivo nel primo anno dopo il parto è stimata fra il 10% e il 15%, mentre sono più rari il disturbo bipolare e il disturbo depressivo grave con sintomi psicotici (1). Tuttavia, il rischio di sviluppare per la prima volta uno di questi disturbi- che si associano a grave morbosità e mortalità materna per suicidio- è più elevato nei primi tre mesi dopo il parto che in qualsiasi altro momento della vita di una donna (2). Gli episodi dell'umore possono avere il loro esordio durante la gravidanza o il periodo postpartum. Nonostante le stime differiscano in base al periodo di follow-up dopo il parto, tra il 3 e il 6% delle donne vivrà l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza oppure nelle settimane o mesi successivi al parto. Il 50% degli episodi depressivi maggiori nel postpartum inizia prima del parto; pertanto questi episodi sono definiti collettivamente come episodi peripartum (3). La sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni tra il 2006 e il 2012 ha rilevato 226 decessi materni tardivi in 8 regioni, con un corrispondente rapporto di mortalità materna pari a 7,9 per 100.000 nati vivi. I suicidi sono il 22%, al secondo posto dopo le neoplasie come causa dei decessi avvenuti tra i 43 e i 365 giorni dall'esito della gravidanza (4).

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

A tutte le donne con rischio da moderato ad elevato verranno fornite, entro i primi sei mesi di gravidanza, consulenze sull'allattamento e le cure neonatali presso lo Spazio Ascolto dei Punti nascita. Inoltre, le donne risultate positive allo screening iniziale verranno inviate all'Ambulatorio per i Disturbi Psichici del Peripartum della SOD di Psichiatria dove si procederà ad erogare un intervento multidisciplinare integrato e personalizzato che comprenderà:

a) intervista motivazionale e di orientamento;

b) colloquio diagnostico-informativo e somministrazione dei seguenti strumenti di screening/valutazione:

-**EPDS** (Edinburgh postnatal depression scale) è l'unico test di screening attualmente riconosciuto a livello internazionale, validato sia per la gravidanza sia per il postpartum, che non ha capacità predittive ma individua esclusivamente un rischio in quella fase che potenzialmente può evolvere in una condizione di maggiore o minore gravità. In base alla letteratura internazionale si può indicare un punteggio 9-11 come a medio rischio,  $\geq 12$  a rischio elevato (5);

-**CGI** (Clinical global impression) valuta le condizioni psichiche globali (6);

-**BPRS** (Brief Psychiatric rating scale) valuta le funzioni psichiche (7,8);

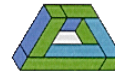
-**GAF** (Global assessment of functioning) scala per la valutazione globale del funzionamento (9).

-**CARE INDEX** (Child-Adult Relationship Experimental Index) è uno strumento di osservazione (10) per la valutazione della qualità delle configurazioni di interazione tra caregiver e bambino dalla nascita fino a 36 mesi, che misura le "caratteristiche diadiche associate all'attaccamento" e che verrà erogato a 1, 3 e 6 mesi dall'intervento per valutare il miglioramento della sensibilità materna e della cooperatività infantile.

Durante il colloquio verranno indagati e spiegati i principali fattori di rischio riconosciuti in letteratura per psicopatologia in gravidanza e nel puerperio.

c) Management dell'eventuale terapia farmacologica: anche se esistono dei rischi associati all'uso dei farmaci





psicotropi nel periodo perinatale non si deve concludere che è sempre meglio evitarli. Un disturbo mentale non trattato in questo periodo può interferire con il benessere fisico e mentale della donna, del feto-bambino e su altre persone significative della famiglia (11,12). La donna e il partner vengono informati dei rischi (teratogenicità, tossicità neonatale, tossicità a lungo termine) (13) e dei benefici, onde consentire una scelta informata e consapevole.

d) Colloqui individuali psicologici di sostegno: è un ascolto empatico, e non giudicante, da parte di un professionista competente, che permette alla donna di aprirsi al dialogo. È un processo di accompagnamento e di sostegno non direttivo, ma incoraggiante.

e) Psicoeducazione di coppia: sono colloqui strutturati che hanno come obiettivo spiegare le cause, i meccanismi e le caratteristiche dei disturbi mentali del peripartum. Il programma prevede anche moduli formativi sulle abilità di comunicazione e di problem solving di coppia. Tali interventi consentiranno alla paziente di acquisire abilità di automonitoraggio dei sintomi, volto al miglioramento della consapevolezza di malattia e della adesione alla cura. È importante coinvolgere il partner nella psicoeducazione per una maggiore comprensione della condizione psicopatologica della donna, una riduzione dei fattori di rischio presenti nella relazione (conflittualità) ed un miglior supporto emotivo (12). L'intervento può fornire ad entrambi i membri della coppia sostegno, contenimento e rassicurazione, durante la transizione alla genitorialità. Nei casi a rischio elevato saranno previsti anche ulteriori incontri di approfondimento diagnostico e di sostegno psicologico al domicilio (*home visiting*).

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

Raggiungere almeno il 50% di donne che accettano la proposta di trattamento tra tutte le donne individuate a rischio di disagio psichico, con una riduzione del rischio di depressione in almeno il 70% dei casi trattati.

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

Punti nascita, consultori, MMG e PLS dell'intero territorio regionale.

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

Istituzionale e programmatorio regionale

Sperimentale

#### *Bibliografia*

1. Mirabella F. et al.: Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione postpartum. Riv. Psichiatr. 2016; 51(6): 260-269.
2. Palumbo G. et al.: Positive screening and risk factors for postpartum depression. European Psychiatry 2017; 42:77-85.
3. American Psychiatric Association (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore
4. ITOSS. Sorveglianza ostetrica: Il progetto sul disagio psichico perinatale. www.iss.it\itoss, 2017.
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987 Jun; 150:782-6.
6. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. BMC Psychiatry. 2007 Feb 6; 7:7.
7. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating scale. Psychological Reports. 1962; 10:799-812
8. Montemagni C. et al.: Italian version of the Specific Level of Functioning. Journal of Psychopathology 2015; 21: 287-296.
9. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. Psychosomatics. 1995 May-Jun;36(3):267-75.
10. Crittenden P.M., CARE-INDEX. In: Lambruschi F. (a cura di), Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva, Boringhieri, Torino 2004.
11. National Institute for Clinical Excellence: The NICE guideline on clinical management and service guidance: Antenatal and postnatal mental health. NICE, London
12. Yap MB, Reavley NJ, Jorm AF. Associations between awareness of beyondblue and mental health literacy in Australian youth: Results from a national survey. Aust N Z J Psychiatry. 2012 Jun;46(6):541-52.
13. Bellantuono C. et al.: Gli psicofarmaci in gravidanza e nell'allattamento. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2005.





**OBIETTIVO SPECIFICO 4: Postvalutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione 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*

Nonostante le stime differiscano in base al periodo di follow-up dopo il parto, tra il 3 e il 6% delle donne vivrà l'esordio di un episodio depressivo maggiore durante la gravidanza oppure nelle settimane o mesi successivi al parto. La sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni tra il 2006 e il 2012 ha rilevato 226 decessi materni tardivi in 8 regioni, con un corrispondente rapporto di mortalità materna pari a 7,9 per 100.000 nati vivi. I suicidi sono il 22%, al secondo posto dopo le neoplasie come causa dei decessi avvenuti tra i 43 e i 365 giorni dall'esito della gravidanza (1).

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

Tutte le donne risultate positive allo screening iniziale e inviate all'Ambulatorio per i disturbi psichici del peripartum, qualunque sia stato il tipo di presa in carico, saranno rivalutate in follow-up a cadenza di 1 mese, 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi, con somministrazione degli stessi strumenti precedentemente usati ovvero EPDS, CGI, GAF, BPRS (misure di esito) (2-7).

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

Adesione al follow-up, da intendersi come percentuale di donne che completano il trattamento tra tutte le donne trattate.

Percentuale di miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita al termine del progetto

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

Punti nascita, consultori, MMG e PLS dell'intero territorio regionale.

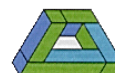
##### *Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:*

Istituzionale e programmatorio regionale

Sperimentale

##### *Bibliografia*

1. ITOSS. Sorveglianza ostetrica: Il progetto sul disagio psichico perinatale. [www.iss.it/itoss](http://www.iss.it/itoss), 2017.
2. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun; 150:782-6.
3. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry*. 2007 Feb 6; 7:7.
4. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating scale. *Psychological Reports*. 1962; 10:799-812
5. Montemagni C. et al.: Italian version of the Specific Level of Functioning. *Journal of Psychopathology* 2015; 21: 287-296.
6. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*. 1995 May-Jun;36(3):267-75.
7. National Institute for Clinical Excellence: The NICE guideline on clinical management and service guidance: Antenatal and postnatal mental health. NICE, London

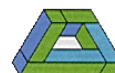


## PIANO DI VALUTAZIONE

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b>	<b>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</b>
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Informazione e sensibilizzazione
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Diffusione/Fornitura del materiale informativo e di sensibilizzazione presso i punti regionali del "Percorso Nascita"
<i>Standard di risultato</i>	Diffusione del materiale informativo nel 100% dei punti regionali del "Percorso Nascita" della Regione Marche. Partecipazione dei rappresentanti dei punti Regionali del "Percorso Nascita" alle attività seminariali in una quota almeno del 70%

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	<b>Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Percentuale di popolazione femminile a rischio evidenziata tra tutta la popolazione destinataria dell'intervento di screening.
<i>Standard di risultato</i>	10-15% delle puerpere osservate presso i punti del "Percorso Nascita" coinvolti nel progetto e destinatarie dell'intervento di screening.
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Erogazione dei test di screening previsti (GHQ-12, Whooley questions, Schedule of recent experiences di Holmes-Rahe)

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	<b>Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1) Percentuale di donne che accettano la proposta di trattamento tra tutte le donne individuate a rischio di disagio psichico 2) Il numero di casi in cui è ridotto il rischio di depressione tra i casi trattati.
<i>Standard di risultato</i>	1) 50% di donne che accettano il percorso terapeutico proposto 2) 70% di casi in cui è ridotto il rischio di depressione, come testimoniato da una riduzione di almeno il 30% del punteggio totale della EPDS 3) 70% del miglioramento della sensibilità materna e della cooperatività infantile, alla valutazione dell'interazione madre-bambino con il sistema Care-index
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Intervista motivazionale e di orientamento, colloquio diagnostico-informativo, somministrazione di test, management dell'eventuale terapia farmacologica, colloqui individuali psicologici di sostegno, psicoeducazione di coppia.



<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	<b>Postvalutazione</b>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	1) Percentuale di donne che completano il trattamento tra tutte le donne trattate 2) Miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita
<i>Standard di risultato</i>	1) 90% di donne che completano il trattamento 2) Miglioramento significativo (riduzione del 30% del punteggio totale della EPDS) dei risultati emergenti dalla somministrazione dei test psicometrici.
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Follow-up a 1, 3, 6, 12 mesi con la somministrazione dei medesimi strumenti psicometrici.

## CRONOGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Obiettivo specifico 1</b>	Materiali informativi	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sito Web	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Programmazione screening	X	X																
	Conferenza tematica															X			
<b>Obiettivo specifico 2</b>	Eventi formativi locali	X			X					X									
	Elaborazione di pubblicazioni scientifiche												X	X	X	X	X	X	X
	Comunicazione dei risultati presso Convegni Regionali/ Nazionali/ Internazionali												X	X	X	X	X	X	X
	Test di screening: GHQ-12, Whooley Questions, Schedule of recent experiences di Holmes-Rahe				X	X	X	X	X	X	X	X							
<b>Obiettivo specifico 3</b>	Intervista motivazionale di orientamento						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colloquio diagnostico informativo			X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Somministrazione test: EPDS, CGI, BPRS, GAF			X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Terapia farmacologica			X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Obiettivo</b>	Colloqui individuali di sostegno			X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Psicoeducazione di coppia							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Follow-up a 1 mese con somministrazione test: EPDS, CGI, BPRS, GAF, CI							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Follow-up a 3 mesi con somministrazione test: EPDS, CGI, BPRS, GAF, CI							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Follow-up a 6 mesi con somministrazione test: EPDS, CGI, BPRS, GAF, CI							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA**

<b>Unità Operativa 1</b>		
<b>SOD Clinica Psichiatrica - Azienda Ospedaliero –Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	Contratto di prestazione d’opera intellettuale con soggetto libero professionista titolare di partita IVA con laurea in Psicologia per 4 ore settimanali	30.000
<i>Beni e servizi</i>	Materiale informativo Sito Web	4.000 5.000
<i>Missioni</i>		
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Conferenza tematica	10.000
<i>Spese generali</i>	Materiale di consumo PC portatile per raccolta dati	1.000 1.000

<b>Unità Operativa 2</b>		
<b>SOD Clinica di Ostetricia e Ginecologia - Azienda Ospedaliero –Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>		
<i>Beni e servizi</i>	Materiale informativo Sito Web	4.000 5.000
<i>Missioni</i>		
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Conferenza tematica	10.000
<i>Spese generali</i>	Materiale di consumo	1.000

<b>Unità Operativa 3</b>		
<b>ASUR Marche: Punti Nascita e Consultori</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>		
<i>Beni e servizi</i>	Materiale informativo	1.000
<i>Missioni</i>		





<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Eventi formativi locali	5.000
<i>Spese generali</i>		

<b>Unità Operativa 4</b>		
<b>SOD Ostetricia e Ginecologia Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord - Pesaro</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>		
<i>Beni e servizi</i>	Materiale informativo	1.000
<i>Missioni</i>		
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Eventi formativi locali	5.000
<i>Spese generali</i>		

**PIANO FINANZIARIO GENERALE**

<b>Risorse</b>	<b>Totale in €</b>
<i>Personale</i>	30.000
<i>Beni e servizi</i>	20.000
<i>Missioni</i>	
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	30.000
<i>Spese generali</i>	3.000
<b>Totale</b>	<b>83.000</b>