



**PROGETTO ESECUTIVO**

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

**DURATA DEL PROGETTO** (max 18 mesi, di cui almeno 12 mesi di intervento):  
18 mesi dalla liquidazione dell'80% della quota di finanziamento del progetto regionale

**COSTO**

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

Euro 71.609

**COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:**

nominativo: Enrica Orsi

struttura di appartenenza: A.LI.SA

n. tel: 0105488670 n. fax: 010.548.4147 E-mail: enrica.orsi@regione.liguria.it

**REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO:**

nominativo: Laura Pozzo

struttura di appartenenza: A.LI.SA

n. tel: 0105485804 n. fax: 010.548.4147 E-mail: laura.pozzo@regione.liguria.it

**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.

**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: Enrica Orsi**

**UNITA' OPERATIVE COINVOLTE**

<b>Unità Operativa 1</b>	<b>Referente</b>	<b>Compiti</b>
ASL 2	Dott.ssa Marina Astengo	- individuazione delle situazioni di rischio; - interventi precoci per il superamento del disagio e il rafforzamento delle risorse personali;
<b>Unità Operativa 2</b>	<b>Referente</b>	- attività volte al riconoscimento e al rafforzamento delle competenze genitoriali.
ASL 3	Dott.ssa Laura Battaglia	- presa in carico della Depressione Post Partum e, laddove necessario, invio ed accompagnamento ad altri servizi aziendali delle pazienti con particolare complessità clinica (pazienti con psicopatologia conclamata, pazienti già seguite dal SERT/DSM, Disabili etc)
<b>Unità Operativa 3</b>	<b>Referente</b>	- Attivazione e/o potenziamento laddove già esistente di una rete integrata con i punti nascita ospedalieri, MMG e PLS, DSM /SERT, DISABILI, servizi sociali comunali etc.
ASL 4	Dott.ssa Elisabetta Paroletti	

**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.**

## **ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO**

### *Descrizione ed analisi del problema*

La depressione post-partum è una condizione psichica costituita da un quadro sintomatologico generalmente assimilabile alla manifestazione clinica tipica di un disturbo depressivo psichiatrico, di natura prevalentemente unipolare o bipolare; l'elemento caratterizzante è dato da un'insorgenza direttamente riconducibile all'evento del parto, manifestandosi nel corso del periodo puerperale.

Una revisione della letteratura sull'incidenza dei disturbi psichici in gravidanza dimostra come circa il 19% delle nuove madri sviluppi una depressione post-partum (Gaynes, Gavin et al, 2005), i cui sintomi compaiono solitamente tra l'ottava e la dodicesima settimana dopo il parto, configurandola come la più frequente complicanza del puerperio (Wisner et al., 2006; Wisner, 2006). In Italia, recentemente, è stato messo in atto uno studio multicentrico in cui è stato evidenziato un disturbo depressivo in 20 donne su 100 (1700 donne al secondo trimestre di gravidanza) (Balestrieri et al, 2012).

Il parto, infatti, se da un lato può rappresentare un momento di grande gioia per l'intera famiglia, dall'altro pone la madre di fronte ad una serie di compiti impegnativi; ella, infatti, deve fronteggiare i propri stati psicologici primitivi e sviluppare la propria capacità di ricevere le proiezioni infantili. È quindi un'esperienza molto diffusa che una donna, nei giorni successivi al parto, si senta triste, incline al pianto, irritabile, d'umore instabile e ansiosa (Quagliata & Reid, 2010). Quando questo disturbo emotivo è relativamente leggero e transitorio, circoscritto alla prima settimana dopo la nascita del figlio, viene definito *maternity blues*, la cui incidenza si stima tra il 40% e il 70%. All'estremità opposta, per gravità, si trova la *psicosi post-partum*, che comporta una sostanziale perdita di contatto con la realtà, deliri, allucinazioni e una notevole compromissione del funzionamento materno; si tratta comunque di un disturbo piuttosto raro (1-3%) (Murray & Cooper, 1991). La depressione post-partum si presenta nel momento in cui il *maternity blues* non si risolve a breve termine ma persiste per più tempo; in questo caso, la madre ha la sensazione di non riuscire ad affrontare il nuovo compito di accudimento e comprensione delle esigenze del figlio e alterna momenti di eccessiva e immotivata preoccupazione ad altri di totale disinteresse nei confronti del bambino. Inoltre, possono presentarsi pensieri suicidari o la paura di poter in qualche modo fare del male al proprio figlio, con conseguenti sentimenti di colpa e vergogna. L'incidenza in questo caso varia tra il 10% e il 15%.

Pertanto lo sviluppo psicofisiologico di un bambino non può prescindere né dall'ambiente familiare in cui egli vive né dalle tipologie di relazioni che vengono a consolidarsi tra lui e i suoi genitori. Nei primi mesi di vita le cure genitoriali sono pertanto fondamentali ed è necessario che i genitori ne prendano consapevolezza, in modo che possano mettere in atto comportamenti responsivi ai bisogni del figlio. Attualmente nella popolazione vi è ancora scarsa cognizione dei fenomeni che riguardano questo particolare periodo della vita ed è pertanto fondamentale favorirne una maggiore conoscenza. Il periodo perinatale, per la complessità delle modificazioni che l'assunzione del ruolo genitoriale comporta sul piano biologico, psicologico e sociale è infatti riconosciuto come un periodo di aumentato rischio per l'esordio o la reiterazione di un disagio psichico (Royal College of Psychiatrist, CR88, 2000).

Parallelamente alla letteratura su questa tematica è risaputo che una mamma difficilmente chiederà aiuto spontaneamente per via del timore del giudizio sociale, sia perché sottostima o non conosce a sufficienza l'esistenza del malessere perinatale, andando così ad attribuirlo ad una sua personale mancanza di competenze genitoriali. Da qui nasce l'importanza e l'esigenza che siano i Servizi ad offrire a tutte le donne materiale informativo che illustri la tematica ed il percorso offerto.

*Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche*

**ATTIVITÀ 1:** Diffusione di materiale informativo (anche tradotta in più lingue) quali brochure, poster informativi presso i punti strategici ( es., Consultori, Punti nascita, luoghi di aggregazione parrocchie, servizi sociali dei comuni, sedi di associazioni di volontariato, consulte ed organizzazioni di genere etc) e su siti istituzionali e social network.

**ATTIVITÀ 2:** Sensibilizzazione attraverso incontri aperti alla popolazione sulle tematiche in oggetto attraverso anche la collaborazione con enti pubblici, privati ed associazioni di volontariato.

**ATTIVITÀ 3:** Attivazione e/o potenziamento laddove esistente di canali preferenziali di comunicazione con la rete dei servizi, ed in particolare Punti Nascita, DSM/SERT, Pediatri di libera scelta e Medici di medicina Generale, Distretti Sociali etc, sia per far conoscere le risorse disponibili e i servizi offerti dai Consultori familiari sia per agevolare la presa in carico delle situazioni complesse con esigenze di intervento integrato (ad esempio pazienti già seguite dal DSM/SERT, o con psicopatologia conclamata, necessità di ricoveri ospedalieri , di tutela, affido educativo etc).

*Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti*

La L.R. 17/2016 istituisce A.Li.Sa: l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria con funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale e le relative attività tra cui l'Assistenza Consultoriale che necessita l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.

Con una governance a livello centrale, tramite A.Li.Sa, è possibile pertanto garantire un coordinamento delle attività territoriali, sia relativamente all'organizzazione di eventi di sensibilizzazione alla popolazione sulla tematica, sia attraverso la diffusione capillare di materiale informativo su canali privilegiati regionali e territoriali, quali siti istituzionali e social network. Gli interventi proposti hanno come finalità quella di raggiungere il più ampio numero di popolazione target nei territori coinvolti direttamente con ripercussioni e ricadute su tutto il territorio regionale assicurando pertanto efficacia ed efficienza degli interventi messi in campo.

Gli eventi di sensibilizzazione e di diffusione relativamente ad una informativa adeguata devono essere capillari sul territorio per rispondere alla necessità di raggiungere il maggior numero possibile di donne fragili ( straniere, ragazze madri etc)

Tali eventi sono un momento di confronto sia per la cittadinanza sia per gli altri servizi sociosanitari presenti sul territorio. Questo è fondamentale per rispondere alla necessità di potenziare momenti di integrazione tra le figure professionali afferenti a servizi differenti.

*Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi*

ASL 2 - ASL 3- ASL 4

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

- sperimentale

*Bibliografia*

Murray, L., Cooper, P. J. (1997). *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*. Tr. it. Roma: Cic Edizioni Internazionali, 1999.

Quagliata, E., Reid, M. (2010). *Diventare genitori*. Roma: Astrolabio.

Royal College of Psychiatrists (2000). *Perinatal Maternal Mental Health Services. Council Report CR88*, Royal College of Psychiatry, London.

**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*

I rischi psichici maggiormente rappresentati sono: il rischio depressivo, il rischio ansioso, il rischio ansioso e depressivo. I fattori di rischio psicosociale, a rischio moderato ed elevato, maggiormente rappresentati nella letteratura scientifica internazionale risultano essere: numerosità prole, assenza supporto sociale, trasferimenti, assenza del partner, precedenti IVG, precedenti aborti, patologie gravidiche, minacce di aborto, fecondazione assistita, difficoltà di concepimento, lutti, maltrattamenti subiti, maltrattamenti assistiti, separazione, conflittualità partner, conflittualità familiare, perdita del lavoro, difficoltà economiche. In particolare vari studi hanno evidenziato l'effetto negativo della assenza del supporto sociale e della assenza o dell'indisponibilità del partner sulla capacità genitoriale delle donne durante la transizione alla genitorialità.

La gravidanza rappresenta una tappa fondamentale per la costruzione dell'identità femminile, in quanto costituisce un terreno di verifica per la donna stessa ed offre l'opportunità di elaborare il processo di separazione-individuazione, sia nei confronti della propria madre sia verso il proprio bambino. Durante la gravidanza la donna mette in atto un processo di riorganizzazione, non solo degli spazi esterni, ma soprattutto di quelli interni, per permettere il crearsi di un'immagine mentale del proprio bambino e di sé come genitore capace di accoglierlo nel momento in cui farà il suo ingresso nel mondo reale. Questo processo non riguarda solo la figura femminile, ma anche quella maschile: al futuro padre viene infatti richiesto di svolgere una funzione di sostegno verso la propria compagna e di riorganizzare la propria identità personale, in vista dello specifico compito genitoriale che andrà ad assolvere. Il processo di cambiamento riguarda, pertanto, entrambi i membri della coppia che devono trovare nuove capacità di adattamento, modificare il proprio stile di vita, imparare a tollerare inevitabili limiti e frustrazioni.

Il timore accompagna l'ultimo periodo della gravidanza: esso riguarda sia il dolore fisico sia quello emotivo per l'interruzione e il concludersi della relazione privilegiata che madre e feto hanno vissuto durante tutti i mesi della gravidanza.

Il riconoscimento della depressione materna può essere oscurato dalla natura ambigua dei primi sintomi, che se contestualizzati all'interno di una gravidanza e di una nascita possono venire

confusi con una normale risposta fisica ed emotiva che tali eventi comportano. È necessario, pertanto, ricordare anche la possibile difficoltà stessa della madre a richiedere aiuto per vergogna, senso di colpa o interpretazione sbagliata dei sintomi.

*Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche*

Il periodo della gravidanza e dei primi mesi di vita del bambino costituisce una finestra significativa per cogliere le situazioni di rischio psichico e psicosociale, in quanto in tale periodo le donne hanno con maggiore facilità un accesso regolare, costante e prevedibile ai Servizi di assistenza sanitaria.

Sulla base di modelli di intervento di efficacia riconosciuta (Priest et al. 2008; Milgrom et al. 2011) e di esperienze attuate nella realtà italiana (Ammaniti et al. 2006), il progetto si articola su due livelli di attività:

**ATTIVITÀ 1:** Reclutamento/ screening in gravidanza

Assessment psicologico, per l'individuazione precoce ed oggettiva del disagio psichico perinatale già in epoca gestazionale;

**ATTIVITÀ 2:** Reclutamento/ screening di promozione della salute della puerpera

Trattamento multidimensionale, fino al primo anno di vita del bambino, con uno specifico focus sugli interventi di supporto e implementazione delle capacità genitoriali.

Lo screening, rivolto a tutte le donne in gravidanza frequentanti gli Incontri di Accompagnamento alla nascita e a tutte le donne in gravidanza ed in puerperio che afferiscono alle sedi consultoriali e ai punti nascita aziendali, permette di individuare precocemente e in modo oggettivo la fascia di popolazione destinataria dell'intervento, mediante indicatori specifici per fattori di rischio psichico e psicosociale.

Durante lo screening vengono proposti colloqui condotti con intervista semistrutturata di tipo anamnestico (Intervista per il rischio in gravidanza), volta a definire la presenza e la distribuzione dei fattori di rischio psichico e psicosociale. Vengono inoltre proposti diversi strumenti self report:

- l' EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale - EPDS; Cox et al., 1987, versione italiana a cura di Benvenuti et al., 1999), questionario validato a livello internazionale per la valutazione della presenza di sintomi depressivi;
- la SCL-90-R-Symptom Checklist (Derogatis, 1977), che rileva e quantifica nove dimensioni sintomatiche e tre indici generali di disagio psichico;
- lo STAI - State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983; versione italiana a cura di Pedrabissi et al., 1989), per valutare l'ansia di stato e di tratto.
- MSPS
- SCHEDA DI RISCHIO PSICOSOCIALE di AMMANITI
- RACCOLTA ANAMNESTICA COMPRENSIVA di : valutazione dei modelli genitoriali introiettati, valutazione dello stato emotivo e alcune notizie anamnestiche finalizzate ad individuare precocemente i fattori di rischio personale e psicosociale.

I questionari sono di facile e veloce compilazione e sono largamente utilizzati nelle ricerche in quest'area. L'associazione di screening e colloquio consente di superare il problema dei falsi negativi e falsi positivi, tenendo anche conto delle più recenti indicazioni circa l'opportunità di definire un profilo dettagliato per distribuzione e prevalenza del rischio, al fine di predisporre interventi di supporto personalizzati.

*Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti*

Le attività di prevenzione e sostegno, già attivate nell'ambito dei consultori, offrono una risposta

sufficiente, ma limitata nel tempo nei confronti del disagio. Con una governance a livello centrale, tramite A.Li.Sa, è possibile pertanto garantire un coordinamento delle attività territoriali e un monitoraggio costante delle attività assicurando appropriatezza, efficacia ed efficienza. Inoltre, con un'adeguata attività di sensibilizzazione alla popolazione (di cui obiettivo 1) si auspica un incremento della frequenza delle donne sia nei consultori sia presso gli ambulatori afferenti ai punti nascita. Occasione privilegiata di reclutamento e screening delle donne in gravidanza sono i corsi di accompagnamento alla nascita potenziati attraverso un adeguato aumento delle risorse in termini di ore delle figure professionali dedicate. Con il rafforzamento dell'attività di supervisione continua e con una formazione dedicata si possono sia coinvolgere ed integrare differenti figure professionali sia dare agli operatori gli strumenti per fornire una corretta informativa avendo ripercussioni capillari sul territorio non solo nelle tre Aziende sociosanitarie liguri partecipanti alla codesta sperimentazione ma su tutto il territorio regionale.

In particolare le principali criticità evidenziate sono:

- screening circoscritto
- implementazione della frequenza delle donne nei consultori
- formazione degli operatori per la somministrazione dei materiali
- risorse di personale limitate
- Mancata adesione della totalità delle donne individuate con fattori di rischio alla proposta di cura
- Necessità di maggiore interventi a domicilio di sostegno alla maternità fragile attraverso figure professionali ( es. psicologi, ostetriche , assistenti sanitari, infermieri pediatrici, assistenti sociali, educatori, etc.)

*Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi*

ASL 2- ASL 3- ASL 4

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

- sperimentale
- 

*Bibliografia*

Ammaniti, M. (2010). *Psicopatologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina

Ammaniti, M., Speranza ,A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., Cimino S. (2006), *A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship*, in "Infant Mental Health Journal", 27 (1), pp. 70-90.

Malagoli Togliatti, Zavattini, G. C. (2000). Relazioni genitori-figli e promozione della genitorialità. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2/2000, Il Mulino.

Murray L. (2011) *La depressione postnatale e i suoi effetti sull'interazione precoce madre-bambino*. In Della Vedova A.M., Cristini C. (2011) (a cura di) *La promozione della salute psichica perinatale*. Carocci, Roma.

O'Connor T. G., Heron, J., Glover, V. and the ALSPAC Study Team (2002), Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-7.

Priest, S. R., Austin, M. P, Barnett, B. B., Buist, A. (2008), *A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings*, in "Archives of Women's Mental Health", 11(5-6), pp. 307-17.

**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*

La medicalizzazione dell'evento nascita è di per se molto ansiogeno oggi, inoltre il cammino da fare come genitore implica necessariamente la capacità di modularsi continuamente adattandosi ad una realtà fortemente in cambiamento. Il consultorio agisce da contenitore, quasi da "mediatore culturale" nel rendere fruibili e comprensibili le informazioni in modo da tradursi in "empowerment".

Gli interventi di sostegno alle donne a rischio di disagio psichico perinatale prevedono un approccio multi-professionale e multi-disciplinare, nell'ambito dei servizi sanitari regionali, ospedalieri e territoriali, in un'ottica di continuità assistenziale e stretta integrazione. Le azioni previste nel Percorso nascita utilizzano risorse quali, ad esempio: incontri di accompagnamento alla nascita, corsi neogenitori finalizzati al sostegno della genitorialità, supporto per le cure neonatali, sostegno all'allattamento, supporto alla relazione madre-bambino, infant massage etc.

Dove il disagio psichico si accompagna a quello sociale vengono attivate visite domiciliari da parte delle ostetriche, delle assistenti sanitarie, infermiere pediatriche per le cure neonatali

*Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche*

**ATTIVITA' 1:** Monitoraggio prenatale

**ATTIVITA' 2:** Monitoraggio post natale

**ATTIVITA' 3:**Trattamento (intervento psicologico mamma/ bambino, intervento di supporto alla funzione genitoriale con varie modalità tra cui l'intervento di video-feedback secondo la tecnica di Downing, Consulenza psichiatrica, Presa in carico interdisciplinare per le situazioni a rischio elevato o francamente patologiche etc.)

**ATTIVITA' 4:** Home visiting e/o visite domiciliari

**ATTIVITA' 5:** Gruppi allattamento e cure neonatali

*Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti*

E' necessario definire procedure all'interno dei vari servizi di figure professionali di riferimento.

Le operatrici presenti, pur adeguatamente formate e disponibili, non sono in grado di poter assicurare il Servizio di Home visiting in tutte le situazioni individuate, rischiando quindi di concentrarsi sulle più complesse in un ottica di "urgenza".

Con adeguato aumento delle risorse in termini di ore delle figure professionali e con una supervisione continua sarebbe possibile intervenire in modo più capillare sul territorio.

*Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi*

ASL 2- ASL 3 - ASL 4

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

- sperimentale

*Bibliografia*

Winnicott, D. W. (1965). *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Tr. it. Roma: Armando, 1968.

Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. it. Roma: Armando, 1970.



## ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

*Brustia Rutto P. (1996), Genitori: una nascita psicologica, Bollati Boringhieri, Torino.*

*Cena L., Imbasciati A., Gambino A., Doneda C. (2011). Diventare genitori nel terzo millennio: un'indagine esplorativa preliminare per un programma di salute mentale perinatale. Psychofenia; 25.*

*Giardinelli L., Innocenti A., Benni L. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. Womens Mental Health, 15: 21-30.*

**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*

La valutazione degli interventi messi in atto e la verifica della efficacia degli stessi presuppone la continuità degli interventi ai vari livelli della organizzazione sanitaria e la predisposizione di verifiche sull'impatto dei trattamenti al dodicesimo mese di vita del bambino sulla sintomatologia depressiva nelle donne con profilo di rischio elevato, considerando i criteri di remissione, di risposta al trattamento, di peggioramento e i loro valori rispetto al punteggio di partenza.

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

**ATTIVITA' 1:** somministrazione degli strumenti di screening e di valutazione che sono stati utilizzati per individuare la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale per avere una valutazione degli esiti

**ATTIVITA' 2:** attività di Follow up

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

La compilazione degli strumenti self report è semplice e veloce; per questo motivo sono frequentemente utilizzati in ambito clinico e di ricerca.

Una criticità è riscontrabile nell'adesione delle donne all'attività di postvalutazione in quanto è possibile che interrompano il percorso terapeutico e/o di supporto precedentemente attivato. Questa criticità può essere superata sensibilizzando i PLS ed i MMG.

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

ASL 2; ASL 3; ASL 4

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

- sperimentale

#### *Bibliografia*

Palombo, G., Mirabella, F., Cascavilla, I., Del Re, D., Gigantesco, A. (2016). *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. Rapporti Istisan, 16/31.*

Gavin, N. I., Gaynes, B., N., Iohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005). *Perinatal Depression: a systematic review of prevalence and incidence, in Obstetrics and Gynecology, 106, pp. 1071-83.*

Breedlove G, Fryzelka D., Midwifery, J. (2011). *Depression screening during pregnancy. Womens Mental Health.*

O'Hara, M., Swain, A. (1996). *Rates and risk of postpartum depression. A meta-analysis, in International Review of Psychiatry, 8, pp. 37-54.*

World Health Organization (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. WHO Press, Geneva.*

PIANO DI VALUTAZIONE

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</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 un intervento precoce</i>
<i>Risultato/i atteso/i</i>	Migliorare la consapevolezza dei cambiamenti che la nascita di un bambino comporta e la conoscenza dei possibili disagi che possono presentarsi in alcune situazioni sensibilizzando la popolazione .
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Materiale informativo ed incontri di sensibilizzazione effettuati
<i>Standard di risultato</i>	Diffusione di materiale informativo non solo nei Consultori e nei Punti nascita, ma anche presso siti istituzionali e social network. Si attende il raggiungimento di almeno 10.000 <sup>1</sup> accessi /visualizzazioni del materiale informativo sulle pagine dei principali siti web e/o relativi social (ASL, ALISA, Regione Liguria)

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b>	<i>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.</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di questionari compilati Numero di individuazione situazioni a rischio Popolazione femminile a rischio/ popolazione destinataria dell'intervento di screening (gold standard 10 -15%);
<i>Standard di risultato</i>	Popolazione intercettata dall'intervento di screening (gold standard almeno il 25 % delle donne che hanno partorito nel territorio delle ASL coinvolte nell'ultimo anno)
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Somministrazione e valutazione dei questionari distribuiti nei tempi previsti dal Progetto o in situazioni di disagio riscontrate nel Percorso nascita Consultoriale o dall'Ospedale nel parto/post partum Implementazione della frequenza degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita da parte delle gravide residenti( offerta Attiva ) Identificazione precoce delle donne a rischio

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b>	<i>Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali al fine di assicurare al bambino un ambiente adeguato a sostenere lo sviluppo psichico</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	- donne che accettano la proposta di trattamento / donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale; - casi in cui si è ridotto il rischio / casi trattati; - valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index.

<sup>1</sup> Stima popolazione target considerando il numero di parti 2017 da CEDAP pari a 9137 in Liguria

**ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)**

<b>Standard di risultato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di donne rilevate a rischio che accettano la proposta di un intervento clinico 50%</li> <li>- Vengono trattati almeno il 70% dei casi a rischio;</li> <li>- valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index.</li> </ul>
<b>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</b>	<p>ATTIVITA' 1: Monitoraggio prenatale            ATTIVITA' 2: Monitoraggio post natale            ATTIVITA' 3:Trattamento (intervento psicologico mamma/ bambino, intervento di supporto alla funzione genitoriale con varie modalità tra cui l'intervento di video-feedback, Consulenza psichiatrica , Presa in carico interdisciplinare per le situazioni a rischio elevato o francamente patologiche etc.)            ATTIVITA' 4: Home visiting e/o visite domiciliari            ATTIVITA' 5: Gruppi allattamento e cure neonatali</p>

<b>OBIETTIVO SPECIFICO 4</b>	<b><i>Post valutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening e di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto</i></b>
<b>Indicatore/i di risultato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Somministrazione del questionario EPDS al 6 mese di vita del bambino alle donne che hanno aderito alla proposta terapeutica</li> <li>- donne che completano il trattamento / donne trattate ( Gold standard almeno il 90%)</li> <li>- miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita (indice di cambiamento significativo della scala utilizzata per la valutazione)</li> </ul>
<b>Standard di risultato</b>	almeno il 90% delle donne completa il trattamento in almeno il 50% dei casi vi è un cambiamento significativo della scala utilizzata per la valutazione
<b>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Somministrazione e valutazione dei questionari distribuiti al 6 mese</li> <li>-analisi della tipologia di intervento per ogni donna seguita</li> <li>-Comparazione dei risultati in relazione alla diversa tipologia di intervento</li> <li>- Colloquio strutturato con la coppia genitoriale</li> <li>- Follow up.</li> </ul>

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

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

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Obiettivo specifico 1	Attività preliminare																			
	Azioni di sensibilizzazione/ informazione popolazione percorso nascita.																			
	Attivazione / potenziamento con canali di comunicazione con la rete dei servizi																			
Obiettivo specifico 2	Reclutamento/ screening in gravidanza.																			
	Reclutamento/ screening di promozione della salute della puerpera																			
Obiettivo specifico 3	Monitoraggio prenatale																			
	Monitoraggio postnatale																			
	Trattamento (consultazione/ psicoterapia individuale e di coppia; sostegno alla genitorialità; consulenza psichiatrica).																			
	Home Visiting																			
	Gruppi allattamento, massaggio infantile.																			
Obiettivo specifico 4	Somministrazione strumenti di screening.																			
	Attività di follow up																			

Allegato C all'Intesa per Fondo DPCM 15 no

**ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)**

<b>Unità Operativa 1 (ASL 2)</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	Implementazione personale dedicato sanitario e/o sociale per attività di reclutamento screening, monitoraggio, trattamento psicologico , home visiting, gruppi di allattamento e di massaggio infantile, somministrazione di strumenti di screening.	€ 6.500
<i>Beni e servizi</i>	<i>brochure, materiale audiovisivo</i>	€ 1.500
<i>Missioni</i>		€ 2.000
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Formazione sia interna che esterna per gli operatori	€ 2.500
<i>Spese generali</i>	Spese sostenute dall'ente per realizzare il progetto	€ 389,62
<b>TOTALE</b>		€ 12.889,62

<b>Unità Operativa 2 (ASL 3)</b>		
<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	Implementazione personale sanitario e/o sociale per attività di reclutamento screening, monitoraggio, trattamento psicologico, home visiting, gruppi di allattamento e di massaggio infantile, somministrazione di strumenti di screening.	€ 50.012,00
<i>Beni e servizi</i>	- Depliant informativi/brochure	€ 830,39
<i>Missioni</i>		<i>a carico ASL</i>

**ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)**

<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Formazione sia interna che esterna per gli operatori	Sarà cura dell'unità proponente inserire il progetto all'interno del Piano Formativo Aziendale
<i>Spese generali</i>		a carico ASL
<b>TOTALE</b>		€ 50.842,39

**Unità Operativa 3 (ASL 4)**

<b>Risorse</b>	<b>Razionale della spesa</b>	<b>EURO</b>
<i>Personale</i>	Implementazione personale sanitario es. Psicologo, ostetrica etc. per attività di reclutamento screening, monitoraggio, trattamento psicologico, home visiting, gruppi di allattamento e di massaggio infantile, somministrazione di strumenti di screening.	€ 7.000
<i>Beni e servizi</i>		a carico ASL
<i>Missioni</i>		a carico ASL
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Formazione sia interna che esterna per gli operatori	a carico ASL
<i>Spese generali</i>	Spese sostenute dall'ente per realizzare il progetto	€ 876,99
<b>TOTALE</b>		€ 7.876,99

## PIANO FINANZIARIO GENERALE

<b>Risorse</b>	<b>Totale in €</b>
<i>Personale</i>	€ 63.512
<i>Beni e servizi</i>	€ 2.330,39
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	€ 2.500
<i>Missioni</i>	€ 2.000
<i>Spese generali</i>	€ 1.266,61
<b>Totale</b>	€ 71.609



