

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della
Prevenzione Sanitaria – Ufficio 9

dgprev@postacert.sanita.it



Regione Umbria

Giunta Regionale

Documento elettronico sottoscritto
mediante firma digitale e conservato
nel sistema di protocollo informatico
della Regione Umbria

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

Si trasmette il progetto in oggetto da finanziare con una quota delle risorse
del Fondo per le esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge
23 dicembre 2014, n. 190.

Si specifica quanto segue:

DURATA DEL PROGETTO: 18 MESI

COSTO: Euro 47.257

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

Nominativo: dott.ssa Michaela Chiodini

Struttura di appartenenza: Responsabile Sezione Assistenza sanitaria di
base, specialistica, tutela salute materno-infantile, disabilità e riabilitazione.
Cooperazione sanitaria - Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
dell'Assistenza distrettuale. Inclusione Sociale, Economia sociale e Terzo
settore

N. Tel.: 075 5045307

N. fax: 075 5045569

E-mail: mchiodini@regione.umbria.it

REFERENTI AMMINISTRATIVI DEL PROGETTO:

Nominativi: Vania Pasquini – Daniela Mencarelli

Struttura di appartenenza: Sezione Assistenza sanitaria di base,
specialistica, tutela salute materno-infantile, disabilità e riabilitazione.
Cooperazione sanitaria - Servizio Programmazione Socio-Sanitaria
dell'Assistenza distrettuale. Inclusione Sociale, Economia sociale e Terzo
settore

N. Tel.: 075 5045209 - 5276

N. fax: 075 5045569

E-mail: vpasquini@regione.umbria.it – dmencarelli@regione.umbria.it

Cordiali saluti.

La Dirigente del Servizio
Dr.ssa Nera Bizzarri

GIUNTA REGIONALE

Direzione Regionale Salute,
Welfare. Organizzazione e
Risorse Umane

Servizio Programmazione
Socio – Sanitaria
dell'Assistenza distrettuale.
Inclusione sociale, Economia
sociale e Terzo settore

Dr.ssa Nera Bizzarri

REGIONE UMBRIA
Via Mario Angeloni, 61
00124 PERUGIA

TEL. 075 504 5279

FAX 075 504 5569

nbizzarri@regione.umbria.it

direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

OBIETTIVI DEL PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva *post partum* (DPP)

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 di nuova realizzazione.*

Sensibilizzare ed informare le donne e i familiari sul rischio di DPP durante il percorso nascita, attraverso la costruzione di materiale informativo, anche tenendo conto di materiali esistenti a livello nazionale.

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.*

A questo scopo si utilizza una scheda di valutazione che riporta come indicato nel bando allegato b) obiettivo specifico 2), gli indicatori di rischio (quali ad esempio: numerosità prole ed in particolare l'assenza del supporto sociale) così come indicato in letteratura dalle raccomandazioni della ACOG e dalla AAP.

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.*

In base all'esito dell'analisi condotta di cui all'obiettivo specifico 2, si mette in atto un approfondimento psico diagnostico (MSPSS e PDSS e EPDS, come da indicazione del bando) e un'implementazione dei fattori protettivi del benessere psichico, mediante azioni di sostegno alle donne a rischio medio e alto di sviluppare DPP, al fine di ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale.

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.*

Le donne con alti fattori di rischio - individuate con la scheda di valutazione di cui all'obiettivo 2, e per le quali è stata approfondita la valutazione attraverso l'uso degli strumenti indicati nell'obiettivo 3 e inserite in un piano di trattamento che prevede interventi psicologico-individuali e/o di coppia e/o supporto alla genitorialità e tutti gli altri interventi descritti nelle azioni dell'obiettivo di cui trattasi- saranno rivalutate con gli stessi strumenti utilizzati precedentemente (MSPSS e PDSS e EPDS).

REFERENTE PROGETTO: dr.ssa Michaela Chiodini		
UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
Unità Operativa 1	Referente	Compiti
REGIONE UMBRIA	Dr.ssa Michaela Chiodini Vania Pasquini Daniela Mencarelli	-Coordinamento -Supporto implementazione -monitoraggio e valutazione
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
AUSL 1	Dr.ssa Alessandra Tega Dr.ssa Francesca Fiandra	-implementazione sul territorio di competenza
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
AUSL 2	Dr.ssa Carla Caponecchi	-implementazione sul territorio di competenza

OBIETTIVO/I SPECIFICO/I: *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

I dati dell'indagine ufficiale e pubblica, condotta da EUROSTAT a livello europeo e dall'ISTAT in Italia, confermano la notevole e crescente incidenza della depressione anche in Umbria.

La letteratura è ormai concorde nell'individuare il cosiddetto *maternity blues*, come periodo di diffusa e frequente fragilità emotiva che statisticamente coinvolge oltre il 70% delle puerpere. Il materiale informativo e di sensibilizzazione vuole fornire consigli pratici su come gestire il periodo della gravidanza e del post partum e, in particolare, sensibilizzare ed informare le donne sul rischio di depressione post partum e i loro familiari sulla opportunità di un intervento precoce.

Il materiale informativo verrà distribuito dall'ostetrica consultoriale a tutte le donne che nel terzo trimestre di gravidanza, inizieranno il corso CAN, nonché alle donne che accedono ai consultori per assistenza alla gravidanza fisiologica.

Il materiale di cui sopra, tradotto in multilingue, verrà distribuito nelle sedi dei Consultori familiari, ai MMG e PLS ed ai punti nascita della Regione Umbria. La brochure utilizzata sarà quella prodotta dal Ministero della salute nell'ambito del Progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", rivista e integrata con le specifiche territoriali.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Con la distribuzione del materiale informativo multilingue nelle sedi principali di accesso (Consultori familiari, Servizi Salute Mentale Adulti e minori, MMG e PLS ed ai punti nascita della Regione Umbria.) si propone di sensibilizzare la popolazione umbra sull'importanza della conoscenza del fenomeno e sull'opportunità di un intervento precoce.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Buona la fattibilità di diffondere il materiale informativo, grazie ai percorsi in rete dei Servizi regionali coinvolti (vedi sopra).

Una criticità può essere rappresentata dal sostenere l'intervento di sensibilizzazione cui trattasi nel tempo.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Le aree interessate sono tutte le sedi dei Consultori familiari, Servizi Salute Mentale Adulti e minori, MMG e PLS ed ai punti nascita della Regione Umbria.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

Sperimentazione all'interno del territorio regionale.

Bibliografia

Piano regionale sanitario 2009-2011;Accordo Stato-Regioni 2010;Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018;O'Hara M.W., Zekpski, E.M., Philipps, L.H. & Wright, E.J. (1990).

Controlled prospective study of post partum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. Journal of Abnormal Psychology, 99, 3-15.

Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens. Greece: a study during the first 3 days after delivery. Journal of Affective Disorders, 99, 107-115.

Centers for Disease Control and Prevelance of self-reported post-partum depressive symptoms – 17 states. (2008). MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 57 (14), 361-366.

Depressione post natale. J. Milgrom, P.R. Martin, L.M. Negri. Edizioni Erickson, 2003.

• La depressione. Che cosa è e come superarla. P. Morosini, D. Piacentini, D. Leveni, G. McDonald, P. Michielin. Avverbi Edizioni, 2004.

• Sistema e Personalità. A. Meneghetti. Psicologica Editrice, Roma 2007.

• Diventiamo mamma e papà. J. Milgrom, J. Ericksen, B. Leigh, Y. Romeo, E. Loughlin, R. McCarthy, B. Saunders. Edizioni Erickson, 2012.

OBIETTIVO/I 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

In Umbria il trend delle nascite è in diminuzione negli ultimi quattro anni (fonte SDO)

Parti nel 2014 n. 7554, nel 2015 n. 7011, nel 2016 n. 6831 e nel 2017 n. 6391 .

E' utile inoltre rappresentare qualche dato riferito al 2017:

Parti fonte SDO anno 2017 n. 6391 così suddivisi

-Azienda USL Umbria 1 n. 1366

-Azienda USL Umbria 2 n. 1896

-Azienda Ospedaliera di Perugia n. 1885

-Azienda Ospedaliera di Terni n. 1244

Le Donne seguite in gravidanza presso i servizi territoriali della Regione Umbria (misurati in base alle disposizioni ministeriali, almeno tre accessi) sono circa n. 2000. Le donne che hanno partecipato nell'anno 2017 ai Corsi di preparazione alla nascita (CAN) sono n. 2130. Si sottolinea da una prima lettura che ai CAN accedono anche donne non seguite direttamente dai consultori.

Al fine quindi di aumentare la presa in carico delle donne nei consultori, e iniziare con loro un percorso, il presente progetto verrà condiviso anche con i punti nascita della regione per sensibilizzare il personale ostetrico/ginecologico e favorire l'invio presso i servizi territoriali(consultori) delle donne in gravidanza a rischio di DPP.

Con l'intento di individuare precocemente la popolazione a rischio di disagio femminile psichico e psicosociale perinatale il presente obiettivo si pone la costruzione di una scheda di valutazione individuata dal bando allegato b) obiettivo specifico 2) che riporta gli indicatori di rischio (quali ad esempio: numerosità prole ed in particolare l'assenza del supporto sociale) così come indicato in letteratura dalle raccomandazioni della ACOG e dalla AAP.

Le più recenti meta-analisi sul tema ribadiscono la necessità di raccogliere una buona anamnesi della donna come fattore non solo clinico ma quasi predittivo della possibile evoluzione psicopatologica depressione post partum. Il profilo di rischio deriva dalla co-presenza di diverse variabili legate al contesto sociale, alla propria storia, al proprio funzionamento individuale.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Predisposizione e somministrazione della scheda di valutazione relativa ai fattori di rischio presenti in letteratura (quali per esempio: numerosità prole e assenza di supporto sociale) delle donne in gravidanza.

Predisposizione di un data base per l'inserimento e l'elaborazione statistica dei dati al fine di individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psico sociale perinatale.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La fattibilità è buona grazie alla rete regionale che si occupa di donne e bambino.

Le equipe consultoriali (composte da ostetriche, ginecologi , assistenti sociali infermieri e psicologi), adeguatamente formate e supervisionate da uno psicologo-psicoterapeuta dovranno occuparsi in questa sperimentazione, della somministrazione della scheda di valutazione inserendola tra le attività inerenti il percorso nascita. In questo primo momento l'ostetrica che accoglie la donna, somministra la scheda.

Grazie a questo strumento, sarà possibile suddividere la popolazione delle donne in 3 differenti cluster: basso, medio, alto rischio psicosociale.

La somministrazione dello strumento di cui sopra sarà proposto alle donne al terzo trimestre di gestazione, durante i corsi di accompagnamento alla nascita CAN e/o durante le visite presso i consultori familiari.

Criticità:

Una criticità può essere rappresentata dal sostenere l'intervento di sensibilizzazione cui trattasi nel tempo.

Si evidenzia inoltre la possibilità del mancato raggiungimento del target della totalità delle donne gravide al terzo trimestre

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Le aree interessate sono i Consultori regionali e la trasferibilità è su tutta la Regione Umbria

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

Sperimentazione su tutto il territorio regionale.

Bibliografia

Bibring, G.L. (1961). A study of the psychological process in pregnancy and earliest mother child relationships. *The Psychoanalytic study of the child*, 16, pp. 9-23.

Chaudron, L.H. et al. (2009). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22.

McHale, J.P. (2007). *Charting the Bumpy Road of Coparenthood: Understanding the Challenges of Family Life*. Washington, Zero To Three.

Olds, D., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, 25 (9), pp.9-25.

Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Psychosom Res.*, 97, pp. 118-126.

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

Nel territorio sono attivi i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), offerti a tutta la popolazione, strutturati con programmi di promozione alla salute e sostegno alla genitorialità .

Inoltre, le ostetriche e le equipe, forniscono: Visite domiciliari, Home visiting, Consulenze allattamento e cure neonatali, Corsi di Massaggio Infantile e Incontri di Spazio Ascolto in alcune parti del territorio.

Con questo progetto ci si propone di implementare le attività e i trattamenti (trattamento psicologico individuale, gruppi di sostegno alla genitorialità) differenziati in base alla gravità del rischio di cui all'obiettivo specifico 2, prevedendo approcci multiprofessionali in un'ottica di integrazione e continuità assistenziale.

La valutazione diagnostica sarà effettuata dallo psicologo, che permetterà di individuare i percorsi appropriati in base alla presenza di fattori di rischio.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

1) Considerando che la donna è in carico ai servizi consultoriali già dai primi mesi di gravidanza, nel post partum si individuano tappe temporali, nelle quali vengono proposti interventi differenti in base al livello di rischio individuato, attraverso la scheda di valutazione del profilo di rischio prenatale e postnatale.

La valutazione complessiva comprenderà : la raccolta anamnestica, il parere clinico del professionista che ha raccolto i dati e gli strumenti standardizzati proposti quali MSPSS –EPDS –DPSS

Nel dettaglio:

- puerperio a domicilio e visite domiciliari
- a 3 mesi dal parto, per tutte le donne: incontro post partum CAN, incontri di gruppo massaggio infantile; scheda di valutazione di rischio psicosociale post natale in base agli strumenti standardizzati di cui sopra
- a 3-6-9 mesi dopo il parto incontri di gruppo con psicologo per sostegno alla funzione genitoriale per le donne a medio rischio
- per le donne ad alto rischio: incontri con psicologo per sostegno individuale e/o di coppia
- a 12 mesi dal parto, per le donne a medio rischio e ad alto rischio già prese in carico, rivalutazione dei fattori di rischio psicosociale tramite scheda di valutazione del profilo di rischio e retest (MSPSS,EPDS) .

2)Condivisione interdisciplinare dei percorsi di valutazione e di presa in carico

3)Continuità della presa in carico

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

L'equipe con l'ausilio dello psicologo fornirà gli interventi previsti per le donne a rischio di depressione post partum.

Criticità:

Per l'attuazione del progetto è necessario inserire la figura dello psicologo nei consultori e formare l'equipe coinvolte.

Una criticità può essere rappresentata dal sostenere l'intervento di sensibilizzazione cui trattasi nel tempo

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Le aree territoriali interessate sono tutti i consultorio regionali

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

- sperimentale

Bibliografia

- Caretti V., Giunti Psychometrics Post Partum Depression Screening Scale PDSS
- Dahlem N., Zimet S. Farley G., Zimet G. - MSPSS Multidimensional Scale of Perceived Social Support – Journal of Personality Assessment 1988
- Maternità e Psicopatologia, Guida all'uso dell'Edinburgh Post Natal Depression Scale a cura di: Grussu p., Quatraro R.M., Centro Studi Erickson 2008 EDPS
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S., & Teri, L. (1984). The "Coping with Depression" course. Eugene, OR: Castalia.
- Oloff, M. (1991). The application of cognitive therapy to postpartum depression. In: T. M. Vallis, J. L. Howes, J. L. & P C. Miller (Eds.), The challenge of cognitive therapy: Applications of non-traditional populations. New York: Plenum Press.
- Milgrom J., Martin, P.M. & Negri, L.M. (2003). Depressione Postnatale. Trento: Erickson.

Allegato C (Progetto esecutivo azioni previste)

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

Al fine di dettagliare con maggiore puntualità l'impatto dei trattamenti al 12 esimo mese di vita del bambino sulla sintomatologia depressiva nelle donne con profilo di rischio elevato, è opportuno altresì prevedere quanto segue:

- individuazione delle donne con fattori di rischio medio alto nei Consultori e nei CAN attraverso la scheda valutazione di cui all'obiettivo 2;
- approfondimento della valutazione attraverso l'uso degli strumenti indicati nell'obiettivo 3;
- inserimento delle stesse in un piano di trattamento che prevede interventi psicologico-individuali e/o di coppia e/o supporto alla genitorialità e tutti gli altri interventi descritti (i luoghi previsti possono essere i Consultori familiari e/o i CSM);
- rivalutazione dei soggetti trattati con gli stessi strumenti utilizzati precedentemente in base a quanto stabilito nell'obiettivo specifico 3.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Rivalutazione di tutte le donne attraverso gli strumenti indicati (MSPSS –EPDS – DPSS) per verificare la risposta al trattamento, l'eventuale peggioramento e i valori rispetto al punteggio di partenza.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

La fattibilità è abbastanza alta nel rivalutare tutte le donne che avranno completato il trattamento (programma individualizzato). Si ritiene però che può essere individuata qualche criticità in merito a donne straniere e impossibilitate ad essere raggiunte anche per eventuale cambio di residenza

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Le aree territoriali interessate sono tutti i Consultori del territorio della Regione Umbria.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

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

- sperimentale

Bibliografia

- Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley's Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Journal of Personality Assessment, 52, 1988, 30–41.
- Pezza M., Pacilli Mg., Supporto sociale percepito da altri significativi, familiari e amici e diverse caratteristiche socio-demografiche. Journal of Community & Applied Social Psychology 12 (6): 422 - 429 · 2002
- Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782 -786.
- Caretti V., Giunti Psychometrics Post Partum Depression Screening Scale PDSS
- Damlem N., Zimet S. Farley G., Zimet G. - MSPSS Multidimensional Scale of Perceived Social Support – Journal of Personality Assessment 1988
- Maternità e Psicopatologia, Guida all’uso dell’Edinburgh Post Natal Depression Scale a cura di: Grussu p., Quattraro R.M., Centro Studi Erickson 2008 EDPS

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 1	<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 atteso</i>	Distribuire in modo mirato almeno il 90 % del materiale alle donne in gravidanza seguite nei consultori regionali
<i>Indicatore di risultato</i>	Materiale informativo e di sensibilizzazione diffuso
<i>Standard di risultato</i>	70% delle donne in gravidanza

<i>Attività previste per il raggiungimento dell’obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> -individuare l’equipe per la redazione -produrre/aggiornare materiale informativo -distribuzione del materiale
---	--

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

<p>OBIETTIVO SPECIFICO 2</p>	<p><i>Individuare precocemente la popolazione femminile in carico ai Consulteri, a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati, anche prevedendo) 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></p>
<p><i>Indicatore di risultato1</i></p>	<p>Popolazione femminile a rischio/popolazione destinataria dell'intervento di screening</p>
<p><i>Standard di risultato1</i></p>	<p>10%</p>
<p><i>Indicatore di risultato2</i></p>	<p>Popolazione intercettata dall'intervento di screening</p>
<p><i>Standard di risultato2</i></p>	<p>25% di donne che hanno partorito nella regione nell'ultimo anno</p>
<p><i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • individuare l'equipe • predisporre la scheda di valutazione che rilevi la condizione di rischio di DPP nella donna in gravidanza • formare l'equipe consultoriale nella somministrazione • somministrare il questionario a tutte le donne in gravidanza durante il percorso nascita (ultimo trimestre) • lo psicologo designato valuterà i questionari • alle donne a rischio moderato ed elevato verrà effettuata una valutazione psico-diagnostica con specifici strumenti sopra indicati • Creazione di un data base • Inserimento e analisi dei dati

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

OBIETTIVO SPECIFICO 3	<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 di risultato 1</i>	Donne che accettano la proposta di trattamento /donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale
<i>Standard di risultato1</i>	50%
<i>Indicatore di risultato2</i>	Casi in cui si è ridotto il rischio/casi trattati
<i>Standard di risultato2</i>	70%
<i>Indicatore di risultato3</i>	Valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index
<i>Standard di risultato3</i>	70% del miglioramento della sensibilità materna e della cooperatività infantile
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<p>- per tutte le donne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • incontro post partum CAN; • avvio incontri di gruppo; • massaggio infantile; • puerperio a domicilio e visite domiciliari; <p>- Donne a rischio moderato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite domiciliari • sostegno all'allattamento e alle capacità di accudimento (ostetrica) • trattamento psicologico individuale (dal sesto mese -psicologo) • partecipazione a gruppi di sostegno alla genitorialità insieme al padre del bambino per promuovere positivi stili di parenting (psicologo) <p><i>Donne a rischio elevato:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • necessità di definire e proporre un intervento multidimensionale personalizzato in base ai fattori di rischio emersi dal questionario e alla diagnosi emersa dalla valutazione psicologica. In questi casi risulta necessaria una presa in carico dell'equipe consultoriale con una valutazione periodica.

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

OBIETTIVO SPECIFICO 4	<i>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</i>
<i>Indicatore/i di risultato 1</i>	Donne che completano il trattamento/donne trattate
<i>Standard di risultato 1</i>	90%
<i>Indicatore/i di risultato 2</i>	Miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita
<i>Standard di risultato 2</i>	Sia per le donne a rischio alto che per quelle a rischio medio - rispetto al punteggio della prima valutazione con la scala Edimburgh - il cambiamento significativo nella postvalutazione (scala Edimburgh) dovrà essere un cut-off inferiore a 9
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • somministrare gli stessi test per verificare la condizione della donna. • Analisi complessiva dati inclusi casi di drop out e missing data

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Obiettivo specifico 1	Produrre e tradurre depliant	X	x																	
	Distribuire materiale informativo			x	x															
	Individuare equipe	X																		
Obiettivo specifico 2	predisporre la scheda di valutazione e un data.base	x	x	X																
	formare l'equipe consultoriale per la somministrazione della scheda			X	X															
	somministrare la scheda di valutazione					x	x	X	X											
	Valutazione psico-diagnostica					x	x	x	X	X										
	Attività previste Nell'Unità						x	x	x	x	x	x	x							
Obiettivo specifico 3	Attività donne a rischio monitoraggio								x			x			x			x	x	
	Postvalutazione																	x	x	
Obiettivo specifico 4.	Analisi complessiva dati																		x	x

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

Unità Operativa 1: Regione Umbria Direzione Salute, welfare. Organizzazione e risorse umane. Servizio Programmazione socio sanitaria dell'assistenza distrettuale. Sezione Assistenza sanitaria di base, specialistica, tutela salute materno infantile, disabilità e riabilitazione		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale Tecnico-amministrativo</i>	1,5 mesi/unità di personale interno dell'Ente regionale, dedicato alle attività previste	4.979

Unità Operativa 2: Azienda sanitaria territoriale USL Umbria 1		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale -Psicologo</i>	10-12 mesi/unità di personale psicologo	15.000
<i>Missioni/formazione</i>	trasferte, workshop e formazione operatori USL 1	4.000
<i>Beni e servizi</i>	creazione e aggiornamento database e analisi statistiche tramite pacchetto software-SPSS compilazione report e schede progress	1.000
<i>Spese generali</i>	Redazione e stampa questionari per attività	1.000

ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

Unità Operativa 3: Azienda sanitaria territoriale USL Umbria 2		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale - Psicologo - Amministrativo</i>	10/12 mesi/unità di personale psicologo 1,5 mesi/unità personale amministrativo per la rendicontazione del progetto per l'USL 1 e USL 2	15.278
<i>Beni e servizi</i>	creazione e aggiornamento database e analisi statistiche tramite pacchetto software-SPSS compilazione report e schede progress	1.000
<i>Missioni/formazione</i>	trasferte, workshop e formazione operatori USL 2	4.000
<i>Spese generali</i>	realizzazione e stampa depliant in italiano e inglese	1.000

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	35.257
<i>Beni e servizi</i>	2.000
<i>Missioni/formazione</i>	8.000
<i>Spese generali</i>	2.000
Totale	47.257

