



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE
SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
- SERVIZIO GOVERNO DELL'ASSISTENZA ALLE PERSONE IN
CONDIZIONE DI FRAGILITA'**

PROGETTO ESECUTIVO

Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva perinatale.

DURATA DEL PROGETTO:

Il progetto avrà la durata di 18 mesi di cui 12 di intervento.

COSTO:

€ 220.605,00=

COORDINATORI SCIENTIFICI DEL PROGETTO:

nominativo: Prof. Antonello Bellomo

struttura di appartenenza: Direttore U.O. SPDC a direzione universitaria allocato presso gli OO.RR. di Foggia

n.tel 0881 884274 - 0881 732285 email: antonellobellomo@tiscali.it

nominativo: Dott. Antonio Belpiede

struttura di appartenenza: Direttore U.O. di Ostetricia e Ginecologia Ospedale Dimiccoli Barletta

n.tel 0883 577084 - 224 - 094 email: belpiede@yahoo.it

nominativo: Dott. ssa Angela Belsanti

struttura di appartenenza: Medico Ginecologo Consultorio familiare Andria

n.tel: 0883.299.555 email: belsangela@gmail.com

COORDINATORI AMMINISTRATIVI DEL PROGETTO:

nominativo: A.P. Dott.ssa Antonella Caroli



struttura di appartenenza: Regione Puglia – Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti – Sezione Strategia e Governo dell’Offerta – Servizio Strategie e Governo dell’assistenza ospedaliera

n.tel: 080.5403492 email: a.caroli@regione.puglia.it

nominativo: Dott.ssa Isabella Di Pinto

struttura di appartenenza: Regione Puglia – Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti – Sezione Strategia e Governo dell’Offerta – Servizio Governo dell’assistenza alle persone in condizione di fragilità.

n.tel 080.5403596 email: i.dipinto@regione.puglia.it

OBIETTIVI DEL PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE: Misure afferenti all’informazione, prevenzione, diagnosi e cura sulla sindrome

Il progetto è suddiviso in **4 obiettivi specifici:**

- Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell’ambito del percorso nascita, materiale informativo e sensibilizzazione sull’importanza del disagio psichico sull’opportunità di un intervento precoce.
- 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 ed il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.
- 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.
- 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.

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE		
UNITA' OPERATIVA 1	REFERENTE	COMPITI
ASL FG	- Prof. Antonello Bellomo (Direttore SPDC a direzione universitaria degli OO.RR. di FG) - Prof. Luigi Nappi (Direttore U.O. di Ostetricia e Ginecologia degli OO.RR. FG) -Dott.ssa Marianna di Portogallo (Referente rete consultoriale FG)	Attività di informazione, sensibilizzazione e screening Attività di presa in carico Attività di valutazione e post valutazione Attività formativa sulla somministrazione degli strumenti di valutazione standardizzati Attività statistica
UNITA' OPERATIVA 2	REFERENTE	COMPITI
ASL BT	-Dott. Antonio Belpiede (Direttore U.O. di Ostetricia e Ginecologia BT) -Dott.ssa Angela Belsanti (Referente rete consultoriale BT)	Attività di informazione, sensibilizzazione e screening Attività di presa in carico Attività di valutazione e post valutazione
UNITA' OPERATIVA 3	REFERENTE	COMPITI
ASL LE	- Dott. Antonio Perrone (Direttore U.O. di Ostetricia e Ginecologia LE) Dott.ssa Anna Grande (Referente rete consultoriale LE)	Attività di informazione, sensibilizzazione e screening Attività di presa in carico Attività di valutazione e post valutazione

Obiettivo Specifico 1) Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce.

Sebbene nell'immaginario collettivo la gravidanza e la maternità siano associate ad un periodo felice e solo ad emozioni positive, in realtà numerose sono le complicanze psichiche che possono sopraggiungere nel periodo perinatale, che si estende dalla gravidanza fino al 1° anno postpartum, tanto che oggi si preferisce parlare di depressione nel peripartum piuttosto che nel post partum¹. Numerosi studi dimostrano come tale condizione materna si rifletta in scarse attenzioni alla gravidanza e alla salute del feto (nascita pretermine, basso peso alla nascita, complicanze mediche)², oltreché in effetti sull'attaccamento madre-bambino, possibili ritardi cognitivi del bambino, alterazioni della regolazione emotiva, ritardo nell'apprendimento scolastico e rischio di depressione in adolescenza³; pertanto è estremamente importante intervenire quanto più precocemente per tutelare la salute di madre e bambino. Sono stati individuati diversi fattori di rischio e fattori protettivi individuabili sin dalle prime fasi di gravidanza (tra gli altri fattori ostetrici, storia familiare o personale di patologia psichiatrica, disturbi dell'umore nel periodo mestruale, le complicanze mediche, il supporto del partner e dei familiari, fattori di vita stressanti, una gravidanza non desiderata o arrivata con difficoltà, o fattori psicologici come la resilienza allo stress)^{4, 5}. La rilevazione di tali importanti problematiche

1. Hoertel N1, López S, H, Wall MM, González-Pinto A, Limosin F, Blanco C. Are symptom features of depression during pregnancy, the postpartum period and outside the peripartum period distinct? Results from a nationally representative sample using item response theory (IRT); *Depress Anxiety*. 2015 Feb; 32(2):129-40. doi: 10.1002/da.22334. Epub 2014 Nov 25

2. LINDGREN K (2001), Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203-217

3. STONE S., D., MENKEN A.E., *Perinatal and postpartum mood disorders*, Springer Publishing Company, New York, 2008

4. Sylven SM1, Thomopoulos TP2, Kollia N3, Jonsson M4, Skalkidou A. Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *Eur Psychiatry*. 2017 Feb; 40:4-12. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.07.003. Epub 2016 Nov 10

5. Hain S1,2, Oddo-Sommerfeld S2, Bahlmann F3, Louwen F2, Schermelleh-Engel K1 J., Risk and protective factors for antepartum and postpartum depression: a prospective study, *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2016 Dec; 37(4):119-129. doi: 10.1080/0167482X.2016.1197904. Epub 2016 Jul 4

è resa però difficile in ragione del fatto che la madre spesso fatica a chiedere aiuto, non riconoscendo il disturbo come una patologia ma vivendolo con di sensi di colpa e inadeguatezza, vissuti che portano la donna a mascherare il disagio e a chiedere aiuto molto tardi. Si stima che circa 3 donne su 4 non ricevano le cure adeguate per un mancato riconoscimento della patologia. Difatti le donne con depressione nel peripartum soffrono in silenzio per due motivi: la depressione e il senso di fallita maternità. Uno studio ha mostrato come su un forum in internet, che favorisce l'anonimato e la sicurezza di non essere giudicate, le madri affette da depressione parlino di senso di vergogna e disagio psicosociale e parlino di se stesse con severa autocritica⁶. Il maggior ostacolo nel richiedere aiuto prima di giungere al "punto di crisi" pare pertanto essere rappresentato dallo stigma legato all'incapacità di far fronte alla maternità e di essere una "cattiva madre". Inoltre, le donne non sono in grado di differenziare tra i livelli "normali" di sofferenza post-partum e i sintomi depressivi che potrebbero richiedere un intervento⁷. Tali evidenze scientifiche suggeriscono l'importanza di partire, per la prevenzione, proprio dalla sensibilizzazione della donna e della famiglia al fine di giungere ad una maggiore consapevolezza del proprio disagio e ad un conseguente precoce riconoscimento dei sintomi depressivi prima che questi raggiungono una soglia di "crisi".

La Unità Operativa SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) a direzione Universitaria, allocato presso gli Ospedali Riuniti di Foggia, ha attualmente all'attivo, in collaborazione con il reparto di ostetricia e ginecologia dell' OORR di FOGGIA, più di due anni di osservazione epidemiologica, contestualmente alla quale viene fornita informazione sulla depressione peripartum.

Il presente progetto prevede l'ampliamento dell'attività di osservazione epidemiologica, estendendola alle Unità consultoriale dell'ASL FG e coinvolgendo altre due ASL del territorio regionale, che vengono individuate nelle ASL BAT e LE.

Verranno coinvolti i Consultori familiari delle AASSLL sopra indicate e le seguenti Unità Operative Ospedaliere:

⁶Kantrowitz-Gordon, Internet confessions of postpartum depression, Issues Ment Health Nurs. 2013 Dec;34(12):874-82. doi: 10.3109/01612840.2013.806618

⁷McCarthy M1, McMahon, Health Care Women Int.2008 Jul;29(6):618-37. doi: 10.1080/07399330802089172. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting.

- Ginecologia, Ospedali Riuniti di Foggia
- Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Dimiccoli Barletta
- Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Vito Fazzi Lecce

Fattibilità: materiale sostenibile e di facile reperibilità

Criticità: traduzioni in lingua straniera

Rispetto alla ricerca effettuata nella ASL FG, si propone di effettuare un'adeguata campagna informativa sulle condizioni di disagio o di vero e proprio disturbo, correlati alla gravidanza ed al parto, mediante l'erogazione di materiale cartaceo, brochure e la creazione un sito web dedicato e coinvolgendo le figure professionali presenti presso i Consultori Familiari, nonché personale formato ad hoc, presso i reparti di Ginecologia presenti nelle tre ASL citate.

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 ed il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione

Il Progetto prevede di somministrare a tutte le donne afferenti presso i Reparti di Ginecologia ed i Consultori Familiari delle tre ASL citate (Foggia, BT e Lecce), 30 giorni prima del parto, una batteria di test che esplorino in maniera globale la personalità, l'esposizione a fattori di rischio e la presenza di una sintomatologia ansiosa o depressiva. Il personale ASL che interverrà in questa fase preventiva (personale del Consultorio e psicologi dei reparti di Ginecologia che saranno specificatamente assunti ai fini della realizzazione delle attività progettuali) dovrà essere adeguatamente formato con specifico training sull'uso di questi strumenti di screening.

Alle donne che risultano a rischio di disagio psichico vengono offerti da parte da parte dell'U.O. che effettua lo screening interventi differenziati a seconda del livello di rischio, che possono essere garantiti dalle U.O. territoriali o ospedaliere della rete di assistenza.

I test in questione sono:

- una scheda dati di rilevazione circa le condizioni cliniche presenti e pregresse della donna e dove si ricercano eventuali fattori di rischio (anamnesi psichiatrica/organica positiva, eventi stressanti, supporto sociale⁸);
- l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) è l'unico test di screening attualmente riconosciuto a livello internazionale. Elaborato nel 1987 da Cox e Holden⁹. La sua applicazione può rivolgersi a popolazioni di origini etniche diverse. E' un questionario autosomministrabile composto da 10 item in grado di evidenziare nella settimana precedente alla somministrazione la presenza di sintomi depressivi, ansiosi o di ideazione suicidiaria¹⁰. Validato sia per la gravidanza che per il postpartum (Versione italiana della EPDS di Cox e Holden a cura di P. Grusso et al.) andando quindi a rappresentare il momento centrale del monitoraggio;
- Il Big-5 questionnaire (curatore edizione italiana L.Morante): Il BFI individua cinque dimensioni fondamentali per la descrizione e la valutazione della personalità di ogni individuo (Energia, Amicalità, Coscienziosità, Stabilità Emotiva, Apertura Mentale);
- L'Experience in Close Relationship di Brennan in grado di evidenziare il peculiare stile di attaccamento nelle relazioni intime. Alcuni tipi di attaccamento (es. evitante o preoccupato) determinano un maggior rischio di depressione e ovviamente possono intaccare il normale sviluppo del bambino¹¹
- Il CD-Risk di Connor&Davidson¹² esplora la capacità dell'individuo di superare un periodo di difficoltà. La nascita di un figlio, con le inevitabili difficoltà e problematiche ad esso associate, può rappresentare per alcune donne il motivo scatenante un episodio depressivo¹³

⁸M.N. Norhayati, N.H. Nik Hazlina A.R. Asrenee, W.M.A. Wan Emilin, (2015) Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review, *Journal of Affective Disorders*, 175:34-52

⁹[Br J Psychiatry](#). 1987 Jun;150:782-6. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. [Cox JL](#)¹, [Holden JM](#), [Sagovsky R](#).

¹⁰Perspectives in Psychiatric Care ISSN 0031-5990; The Psychometric Validation of the EPDS-K Among Korean Women: Does It Only Measure Depressive Symptoms? Young-sun Rhee, PhD, Jeong-hwan Park, PhD, RN, Hee-Jung Cha, PhD, and Kye-ha Kim, PhD, RN

¹¹[Brummelte S, Galea LA](#). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care, [Horm Behav](#). 2016 Jan;77:153-66. doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008. Epub 2015 Aug 28

¹²Kathryn M. Connor, M.D., Jonathan R.T. Davidson, M.D. DEVELOPMENT OF A NEW RESILIENCE SCALE: THE CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC), *DEPRESSION AND ANXIETY* 18:76-82 (2003)

¹³Cheryl Ann Anderson, The Trauma of Birth, *Health Care for Women International*, DOI: 10.1080/07399332.2017.1363208

-
- Il *brief-Cope* di Carver: valuta come l'individuo affronta le difficoltà: sappiamo dalla letteratura che alcune strategie di coping sono maggiormente associate alla depressione perinatale¹⁴

L'obiettivo di questa fase è fare in modo che le attività di screening e prevenzione sul benessere psichico della donna si strutturino propriamente come le attività di monitoraggio fisico e strumentale sul versante organico.

Dopo un mese dal parto, le pazienti sono nuovamente sottoposte ad altri 2 test, le cui risultanze sono utili a ridefinire le modalità della presa in carico.

Fattibilità: elevata affluenza delle donne durante il periodo ostetrico presso le strutture coinvolte nel progetto.

Criticità: Va effettuata la formazione sull'uso degli strumenti di screening.

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.

La depressione perinatale è un'epidemia globale che colpisce il 10-20% delle madri, con conseguenze negative che si ripercuotono sulla salute della donna, del partner e della prole nel breve e nel lungo termine¹⁵. Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali¹⁶ classifica la depressione del periparto come un disturbo depressivo maggiore identificato durante la gravidanza o entro quattro settimane dopo il parto,

¹⁴C. de Tychev et al. / Journal of Affective Disorders 85 (2005) 323–326

¹⁵Herba CM, Glover V, Ramchandani PG, Rondon MB, Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries, Lancet Psychiatry. 2016 Oct;3(10):983-992. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30148-1. Epub 2016 Sep 17

¹⁶American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013

sebbene alcuni esperti lo estendano ad un anno dopo il parto¹⁷. I sintomi osservabili sono quelli propri di un episodio depressivo maggiore con diminuzione dell'energia, scarsa concentrazione, disturbi del sonno, che però, in questo caso particolare, determinano una compromissione del legame materno-infantile e delle dinamiche familiari sane¹⁸. Difatti la depressione, pur essendo sempre un disturbo invalidante, è particolarmente problematica per la nuova madre che è incapace di prendersi cura del neonato oltre che di gestire le quotidiane responsabilità, che includono il prendersi cura dei bambini più grandi o il lavoro. Inoltre, è disponibile un'ampia letteratura che documenta sostanzialmente gli effetti negativi della depressione materna sui bambini, a partire dalla nascita¹⁹. In tal senso gli effetti maggiori della depressione perinatale sembrano interessare prevalentemente lo sviluppo cognitivo della prima infanzia, compreso il linguaggio e l'intelligenza, e il comportamento dei bambini fino a cinque anni dopo il parto²⁰. I dati presenti in letteratura relativi all'efficacia e alla tollerabilità dei trattamenti farmacologici e non-farmacologici della depressione perinatale sono tuttora insufficienti e ricchi di controversie. Tutti gli studi evidenziano che non trattare la depressione perinatale comporti conseguenze negative per la madre e per il bambino, soprattutto alla luce della durata media di un episodio depressivo perinatale, tra i tre e i nove mesi. Offrire un servizio che si occupi di prevenzione e percorsi di cura per la depressione perinatale risulta cruciale per la qualità della vita e la salute non solo della donna, ma anche dell'intero nucleo familiare²¹.

¹⁷Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence report/technology assessment no. 119. Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005

¹⁸Swain AM, O'Hara MW, Starr KR, Gorman LL. A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstet Gynecol.* 1997;90(3):381–386

¹⁹Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. 2011. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 14:1–27

²⁰Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992;33(3):543–61

²¹Winders Davis D, Myers J, Logsdon MC, Bauer NS, The Relationship Among Caregiver Depressive Symptoms, Parenting Behavior, and Family-Centered Care, *J Pediatr Health Care.* 2016 Mar-Apr;30(2):121-32. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.06.004. Epub 2015 Jul 17

Il supporto che verrà offerto sarà diretto ad 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. Le donne a rischio saranno invitate ad effettuare una consulenza-colloquio finalizzata all'acquisizione della consapevolezza delle stesse ad uscire dallo stato di solitudine che caratterizza la depressione perinatale. Il coinvolgimento è rivolto anche al padre, in quanto lo stesso può risentire del disagio psicologico della donna.

Le U.O. in campo sono prioritariamente le U.O. Ospedaliere di Ginecologia e Ostetricia e i Consultori Familiari. Gli operatori consultoriali (ostetriche, assistenti sociali, infermieri e psicologi) ed il personale delle unità operative ospedaliere (ginecologi, ostetrici, infermieri, pediatri, puericultrici), in relazione alle specifiche professionalità, realizzeranno colloqui psicologici individuali e di coppia, consulenze allattamento e cure neonatali, infant massage, anche, sul territorio, attraverso visite domiciliari.

Infatti, programmi di educazione prenatale e postpartum intensiva hanno mostrato benefici, in particolare nelle madri più giovani e nelle adolescenti primipare, con significativi miglioramenti nei punteggi alla Edinburgh Postnatal Depression Scale ²².

Le persone risultate ad alto rischio ai test erogati in epoca prenatale o durante il monitoraggio in reparto, verranno ricontattate e prese in carico presso le strutture previste (Consultori familiari e psicologi presenti nei reparti di Ginecologia, nonché i Dipartimenti di Salute Mentale nel caso di patologie conclamate).

Fattibilità: esistenza di offerta attiva di servizi per il percorso nascita assicurata dai consultori familiari e dai reparti di Ginecologia; precedente formazione di operatori per la promozione dell'allattamento al seno nelle 6 ASL pugliesi dal cui elenco si potrebbero ricavare i nomi delle ostetriche interessate alla promozione di tale pratica.

Criticità: parziale risposta delle donne all'offerta attiva di servizi.

Obiettivo 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. Elaborazione statistica dei dati raccolti in fase pre e postvalutativa al fine di amplificare la*

²² Howell EA, Balbierz A, Wang J, Parides M, Zlotnick C, Leventhal H. Reducing postpartum depressive symptoms among black and Latina mothers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012;119(5):942-949.

conoscenza sulle cause della sindrome depressiva perinatale e sulle possibili più efficaci modalità di trattamento

In merito all'obiettivo specifico n. 4 il Progetto prevede che, dopo 10-15 giorni dal parto, le pazienti siano nuovamente sottoposte ad altri 4 test ovvero: 1) il T1 Labour Delivery Questionnaire (dove si richiedono informazioni su come è avvenuto il parto, se ci sono state problematiche o vari eventi stressanti) e nuovamente 2) Edinburgh Post-natal Depression Scale, 3) il CD-risk , per esplorare la resilienza delle donne, e 4) il Cope che valuta le strategie messe in atto per far fronte a eventuali difficoltà emerse nel peri-partum.

Per le donne risultate positive alla prima valutazione (pre-partuum) sarà assicurata una rivalutazione in modo prospettico durante tutto il periodo del postparto (uno, sei, dodici mesi dal parto), per identificare l'eventuale miglioramento sintomatologico a seguito dell'intervento terapeutico. A tal fine è previsto l'impiego della già citata Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Fattibilità: l'offerta del sostegno alle donne ed il rafforzamento dell'integrazione tra i Servizi della rete favorirà l'adesione alla post valutazione.

Criticità: rischio di drop out.

Il Progetto, nel suo complesso, è da considerare ampliativo dell'esperienza realizzata nell'ambito dell'ASL di FG e sperimentale nell'ambito dell'ASL di BT e LE.

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 1	
Risultato atteso/i	Il risultato che si intende raggiungere consiste nel promuovere nelle donne la volontà di affrontare il tema della depressione perinatale e conoscerne le implicazioni a livello personale e relazionale, di coppia e familiare. Stimolare l'opinione pubblica a confrontarsi ed essere più consapevole della grande vulnerabilità psichica di ogni futura mamma.
Indicatore di risultato	Diffusione delle informazioni e sensibilizzazione in gran parte del territorio della AASSLL di Foggia, Bat e Lecce
Standard di risultato	Diffusione delle informazioni e sensibilizzazione in almeno il 70% del territorio delle AASSLL
OBIETTIVO SPECIFICO 2	
Indicatore di risultato	Nell'ambito del Percorso Nascita effettuare lo screening delle donne afferenti le U.O. di Ostetricia e Ginecologia o i Consultori Familiari delle ASL FG, BT e LE.
Standard di risultato	Screening su almeno il 50% delle donne che afferiscono alle U.O. di Ostetricia e Ginecologia ed ai Consultori Familiari delle ASL FG, BT e LE..
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione batteria di test pre parto; - Creazione profilo di rischio individuale; - Pianificazione intervento nel caso di rischio medio e grave; - Intervento di rafforzamento competenze individuali durante i tre giorni di degenza ospedaliera (spazio di ascolto in reparto); - Monitoraggio a III, VI, IX, XII mesi con EPDS
OBIETTIVO SPECIFICO 3	
Indicatore di risultato	Donne a rischio di sindrome depressiva perinatale prese in carico e che accettano il trattamento nelle ASL Foggia, BT e LE
Standard di risultato	Preso in carico di almeno il 50% delle donne a cui è offerto il trattamento



Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none">- Supporto psicologico individuale e di coppia- Supporto ginecologico- Sostegno alla funzione genitoriale- Consulenze allattamento e cure neonatali in particolare dove il rischio di disagio psichico si accompagna a quello sociale- Infant massage- Invio delle donne a rischio elevato ai Servizi specialistici per la salute mentale
OBIETTIVO SPECIFICO 4	
Indicatore di risultato	Postvalutazione donne trattate ASL Foggia, BT e Lecce
Standard di risultato	Nel 60% miglioramento clinico/riduzione punteggio EPDS
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	<ul style="list-style-type: none">- Somministrazione batteria di test nel post parto- Monitoraggio in itinere e valutazione post intervento.



CRONOPROGRAMMA

	mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1Obiettivo specifico	creazione materiale cartaceo	x																	
	realizzazione sito web	x																	
	erogazione materiale cartaceo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2Obiettivo specifico	somministrazione test pre parto				x	x	x	x											
	monitoraggio a III,VI,XII mesi							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Obiettivo specifico 3	pianificazione intervento nel caso di rischio					x	x	x	x	x	x								
	presa in carico tramite i servizi attivi						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	monitoraggio a III,VI,XII mesi							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Obiettivo specifico 4	somministrazione EPDS																x	x	x
	colloqui clinico																x	x	x

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

UNITA' OPERATIVA ASL FG		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	n.1 psicologo a 18 ore n.1 statistico a 18 ore	65.000,00
Beni e servizi	acquisto software statistico (Spss 22,0,0,0) sviluppo piattaforma web computer e cellulare materiale cartaceo	25.605,00
Missioni	spostamenti verso altre sedi per attività formative, di informazione e collegamento	10.000,00
Incontri/Eventi formativi	incontri programmati di sensibilizzazione formazione degli operatori sull'utilizzo degli strumenti standardizzati di valutazione	10.000,00
Spese generali	spese sostenute dall'Ente per realizzare il progetto	5.000,00

UNITA' OPERATIVA ASL BAT		
Risorse	Razionale della spesa	EURO

Personale	n.1 psicologo a 18 ore	30.000,00
Beni e servizi	materiale cartaceo computer e cellulare	5.000,00
Missioni	spostamenti verso altre sedi per attività formative, di informazione e collegamento	7.500,00
Incontri/Eventi formativi	incontri programmati di sensibilizzazione	5.000,00
Spese generali	spese sostenute dall'Ente per realizzare il progetto	5.000,00

UNITA' OPERATIVA ASL LE		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
Personale	n.1 psicologo a 18 ore	30.000,00
Beni e servizi	materiale cartaceo computer e cellulare	5.000,00
Missioni	spostamenti verso altre sedi per attività formative, di informazione e collegamento	7.500,00
Incontri/Eventi formativi	incontri programmati di sensibilizzazione	5.000,00

Spese generali	spese sostenute dall'Ente per realizzare il progetto	
		5.000,00

PIANO FINANZIARIO GENERALE	
Personale	125.000,00
Beni e servizi	35.605,00
Missioni	25.000,00
Incontri/Eventi Formativi	20.000,00
Spese generali	15.000,00
Totale	220.605,00