

**REGIONE
PIEMONTE**

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 289

Adunanza 9 novembre 2018

L'anno duemiladiciotto il giorno 9 del mese di novembre alle ore 09:10 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di ~~Sergio CHIAMPARINO~~ Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Francesco BALOCCO~~, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti il Presidente CHIAMPARINO e l' Assessore BALOCCO

(Omissis)

D.G.R. n. 43 - 7844

OGGETTO:

Recepimento Intesa n. 20/CSR del 31 gennaio 2018 ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera a), e 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la definizione delle procedure per la presentazione, da parte delle Regioni, dei progetti afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

Considerati:

- l'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere la stipula di Intese in sede di Conferenza Stato- Regioni, dirette a favorire il conseguimento di obiettivi comuni tra Stato e Regioni;
- l'articolo 39, comma 1 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 che demanda al CIPE la deliberazione dell'assegnazione delle quote del Fondo Sanitario nazionale di parte corrente in favore delle Regioni;
- l'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che dispone in via generale che il riparto delle risorse alle regioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso la Conferenza Stato- Regioni;
- l'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), che istituisce un Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione, avente una dotazione di 27 milioni di euro per l'anno 2015 e 25 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, e stabilisce che il Fondo è ripartito annualmente con uno o più decreti del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze;

- l'articolo 1, comma 625 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016) che rfinanzia il citato Fondo, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge n. 190 del 2014, nella misura di 20 milioni di euro per l'anno 2016 e 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017;

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 novembre 2016 recante "Destinazione per l'anno 2016, di una quota delle risorse del Fondo per le esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190", come rfinanziato dall'articolo 1, comma 639, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 che destina per l'anno 2016, 3.000.000 di euro per le misure afferenti alla cura e assistenza degli effetti della Sindrome post partum;

- le Raccomandazioni dell'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) e dell'American Academy of Pediatrics (AAP) che sostengono fortemente la promozione della salute mentale perinatale, con l'indicazione che, nell'ambito dell'assistenza di base, venga effettuata una valutazione di routine del benessere psicologico materno, che comprenda la rilevazione dei sintomi depressivi e dei fattori di rischio psicosociale, tramite una accurata anamnesi e la somministrazione di questionari standardizzati;

- l'Intesa n. 20/CSR del 31 gennaio 2018 ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera a), e 3 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la definizione delle procedure per la presentazione, da parte delle regioni, dei progetti afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum da finanziare con una quota delle risorse del Fondo per esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;

- la nota Ministeriale n. 3716- P del 5/02/2018 di richiesta per la presentazione della proposta progettuale afferente alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum;

- la nota regionale n. 7894 del 28/03/2018 di presentazione della proposta progettuale afferente alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum;

- la nota del Comitato di Valutazione Ministeriale n. 13496 dell'8/05/2018 che ha valutato favorevolmente la proposta progettuale di cui sopra.

Che in particolare l'Intesa stabilisce gli obiettivi specifici e i relativi indicatori e il coinvolgimento di più unità operative e dovrà essere declinata anche in relazione agli interventi già operativi nell'ambito della prevenzione e trattamento del disagio psichico perinatale.

Che le finalità sono relative alla messa in atto di azioni che concernono:

1. offrire 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;
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;
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;
4. post-valutazione mediante la somministrazione dei medesimi strumenti di screening di valutazione utilizzati nella fase iniziale al fine di valutare l'efficacia del trattamento - intervento messo in atto.

Alla Regione Piemonte sono state assegnate dal Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria per la finalizzazione di un programma attuativo di interventi pari ad euro 231.965,00.

Dato atto che il Ministero della Salute– Direzione Generale della Programmazione Sanitaria provvede al finanziamento del progetto e che lo svolgimento dello stesso non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Per quanto esposto sopra occorre autorizzare la Direzione Sanità all'adozione dei provvedimenti necessari a dare applicazione al Progetto relativo alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum, allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, ivi compresa l'individuazione delle ASR che interverranno nell'attuazione del progetto.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17/10/2016.

La Giunta Regionale, condividendo le argomentazioni del Relatore, ad unanimità,

d e l i b e r a

- di recepire i contenuti dell'Intesa in Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 31 gennaio 2018, concernente le misure afferenti alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum (allegato 1);
- di autorizzare la Direzione Sanità all'adozione dei provvedimenti necessari a dare applicazione al Progetto relativo alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum, allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, ivi compresa l'individuazione delle ASR che interverranno nell'attuazione del progetto (allegato 2);
- di stabilire che il finanziamento ministeriale di euro 231.965,00 sarà iscritto con successivi provvedimenti su appositi capitoli in entrata e spesa della Direzione Sanità;
- di dare, altresì, atto che lo svolgimento del progetto non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(Omissis)

Il Vicepresidente
della Giunta Regionale
Aldo RESCHIGNA

Direzione Affari Istituzionali
e Advocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 9 novembre 2018.

cr/en

63-1844 03-11-2018
[Signature]



REGIONE
PIEMONTE

Direzione Sanità
sanita@cert.regione.piemonte.it

Al Ministero della Salute

Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 9

dgprev@postacert.sanita.it

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

COSTO

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

€ 231.965

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Dott.ssa Maria Rosa Giolito

Referente del Coordinamento regionale consultori

struttura di appartenenza: Direttore Dipartimento Materno Infantile Asl Città di Torino

n. tel: 320/4344791 E-mail: mariorosa.giolito@aslcitytorino.it

REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO:

nominativo:

Dott.ssa Maria Maspoli

struttura di appartenenza: Regione Piemonte Direzione Sanità

n. tel: 011/4324129 E-mail: maria.maspoli@regione.piemonte.it



OBIETTIVI DEL PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

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

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Nell'ambito della revisione dell'Agenda di Gravidanza attiva dal 2009 in Regione Piemonte si prevede l'introduzione di domande anamnestiche mirate all'identificazione del rischio di depressione post -partum.

Elaborazione del Profilo assistenziale addizionale per la depressione post- partum

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Formazione mirata a rafforzare la competenza nell'identificazione precoce delle situazioni a rischio nei vari momenti di incontro previsti dal Percorso Nascita.

Tale formazione è rivolta agli operatori dei consultori, dei Punti Nascita, del Dipartimento Materno Infantile, della Medicina di Assistenza Primaria, del Dipartimento di Salute Mentale e di altri operatori che fanno parte della Rete di presa in carico.

Avvio dell'attività di screening DPP.

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

Potenziamento/strutturazione all'interno di ogni Azienda Sanitaria Regionale della rete di servizi per la presa in carico delle donne a rischio attraverso l'identificazione di figure di riferimento specifiche. E avvio della presa in carico.

La definizione del Percorso di presa in carico deve necessariamente prevedere la relazione territorio-ospedale-territorio anche di Servizi appartenenti ad ASR diverse.

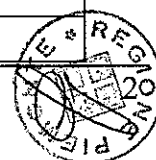
OBIETTIVO SPECIFICO 4:

Valutazione dei Percorsi di presa in carico nelle singole aziende.

REFERENTE PROGETTO: Maria Maspoli

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
CSI PIEMONTE	Identificato dal Dirigente Regionale Settore Controllo di gestione, monitoraggio costi per livelli assistenziali delle ASR e sistemi informativi	- revisione del testo e dell'impaginazione dell'Agenda di Gravidanza, al fine di procedere alla stampa dei nuovi opuscoli informativi
Unità Operativa 2	Referente	Compiti



AOU Città della Salute ASLCN1 ASL Biella ASO Alessandria Provider formazione	Gaidano Alberico Alastra Maconi	- organizzazione dei corsi di formazione a livello dei singoli DMI
Unità Operativa 3	Referente	Compiti
Aziende sanitarie Regionali (DMI /DS)	Direttori DMI /DS	- realizzazione dei corsi dipartimentali propedeutici al rafforzamento della rete di identificazione delle donne a rischio di DPP e a quella di presa in carico delle donne a rischio - definizione Percorso di presa in carico aziendale e /o interaziendale di presa in carico delle donne a rischio
Unità Operativa 4	Referente	Compiti
Aziende sanitarie Regionali (DMI /DS)	Identificato dal direttore del DMI /DS	- valutazione dei Percorsi attivati

(da compilare per ogni obiettivo specifico)

OBIETTIVO/I SPECIFICO/I N.1 : A) Offrire attivamente alla donna e ai familiari, nell'ambito del percorso nascita, materiale informativo e di sensibilizzazione sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di intervento precoce.

B) Elaborare il Profilo assistenziale per la depressione post partum (DPP).

Nell'ambito della revisione, a cura del Coordinamento regionale dei Consultori, dell'Agenda di Gravidanza, attiva dal 2009 in Regione Piemonte, distribuita a tutte le donne che iniziano una gravidanza, si prevede di focalizzare l'attenzione sull'identificazione precoce delle donne a rischio di DPP nei diversi capitoli di cui è composta l'Agenda: nel capitolo "Bilanci di Salute" verranno ampliate le domande mirate alla identificazione del rischio di DPP, sia nelle pagine relative all'anamnesi che nel diario clinico; nel capitolo "Per saperne di più" il tema verrà ampliato per le donne in modo da sensibilizzarle a richiedere aiuto nelle situazioni a rischio; nel capitolo "Assistenza addizionale" verrà condiviso tra servizi ospedalieri e territoriali il profilo assistenziale da porre in atto per le donne a rischio di DPP.

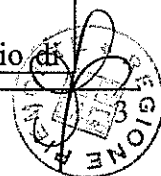
Inoltre il gruppo di lavoro multiprofessionale appositamente costituito elaborerà il Profilo assistenziale DPP.

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

La Regione Piemonte ha introdotto dal 2009 l'Agenda di Gravidanza come strumento di comunicazione e collaborazione tra la donna e i professionisti che operano nell'ambito del Percorso Nascita.

All'interno dell'Agenda di Gravidanza vengono riportati i dati che costituiscono il patrimonio di



informazioni necessarie per un'assistenza appropriata e personalizzata. In particolare, attualmente, nella scheda di anamnesi ostetrica vengono raccolte le informazioni relative alla depressione post-partum in gravidanza precedenti e nella scheda di anamnesi personale e familiare le informazioni relative a problemi psichiatrici e crisi depressive non in gravidanza.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

L'utilizzo della AdG da parte delle donne ha raggiunto livelli ottimali sulla base dei quali si ritiene che possa essere lo strumento efficace per mettere a disposizione delle donne informazioni specifiche sul tema DPP unitamente all'approfondimento anamnestico lungo il percorso nascita seguito dalla donna.

Si prevede pertanto di

ampliare le domande mirate all'identificazione delle donne a rischio di DPP

le informazioni relative nel capitolo "Per saperne di più"

elaborare, con modalità analoghe a quelle utilizzate per gli altri profili di assistenza addizionale in gravidanza, il profilo addizionale per la depressione post-partum.

Il profilo addizionale per la depressione post-partum sarà organizzato in modo da offrire il massimo della continuità dell'assistenza sia all'interno del singolo servizio sia tra un servizio e l'altro (es. consultorio, ospedale-consultorio/medici di medicina generale (MMG)/ Pediatri di famiglia (Pdf)/ Neuropsichiatria Infantile (NPI)/Servizi di Psicologia).

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

I tempi richiesti per la revisione dell'Agenda cui si sta lavorando dipendono anche dalla possibilità di definire le prestazioni dei nuovi LEA alla luce del nuovo nomenclatore nazionale. L'istituzione dell'AdG ne prevede la revisione periodica pertanto viene colta l'occasione per adeguarla al programma di intercettazione delle donne a rischio di DPP. La criticità è rappresentata dalla quota di donne che non ritira l'AdG pari al 10% circa. Va evidenziato il dato relativo alle donne che si presentano al PN con l'AG che è pari al 73,3% (anno 2016).

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

L'AdG è distribuita su tutto il territorio regionale

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

- istituzionale e programmatico regionale

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 1	
Risultato/i atteso/i	- Revisione Agenda - Elaborazione profilo addizionale specifico
Indicatore/i di risultato	Nuova edizione dell'AdG Profilo assistenziale DPP
Standard di risultato	- Distribuzione da parte di tutte le ASL della nuova edizione dell'AdG - Distribuzione a tutte le ASL del profilo assistenziale condiviso per l'assistenza alla donna con DPP



Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	1. Revisione della Agenda di Gravidanza 2. Stampa della nuova edizione dell'Agenda di Gravidanza 3. Distribuzione ai Consultori della nuova Agenda di Gravidanza 4. Elaborazione del profilo assistenziale DPP
--	---

(da compilare per ogni obiettivo specifico)

OBIETTIVO/I SPECIFICO/I N.2 : A) 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.

B) Avvio attività di screening DPP.

Per aumentare la sensibilità dei servizi del percorso nascita dei singoli DMI** alla individuazione precoce delle donne a rischio di DPP e la loro presa in carico si intende attivare un percorso formativo sul campo a livello di DMI. Il tema su cui saranno chiamati a riflettere gli operatori dei diversi DMI è: "Cosa significa presa in carico precoce della DPP nel vs DMI?" Il confronto è l'occasione per un approfondimento e condivisione delle conoscenze sul tema e per una riflessione sulle strategie in uso per l'identificazione delle donne a rischio di DPP, nonché per la presa in carico.

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

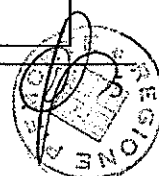
In anni recenti in quasi tutti i DMI e PN sono stati organizzati momenti formativi teorici sul tema DPP. Il passaggio richiesto per mettere a frutto le conoscenze acquisite è quello di confrontarle con la pratica in uso nei singoli DMI/PN e di programmare le strategie per ottimizzare l'identificazione delle situazioni di rischio anche utilizzando le domande di Whooley o altri strumenti validati (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ad ogni incontro della donna con gli operatori e il lavoro di rete necessario alla presa in carico della donna con DPP.

L'intervento formativo dovrà articolarsi su due livelli: uno rivolto agli operatori di prima linea per acquisire strumenti culturali e attitudinali (counseling) per l'identificazione delle situazioni di rischio DPP; l'altro rivolto alla costituzione della rete della presa in carico.

Al termine della formazione verrà avviata l'attività di screening DPP.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Per rafforzare l'identificazione delle situazioni a rischio depressione post-partum è opportuno un percorso formativo degli operatori che consenta loro di implementare le abilità e le conoscenze specifiche da mettere in campo nei diversi momenti di incontro tra operatori e donna lungo l'intero Percorso Nascita:



- Consegna Agenda di Gravidanza
- Bilanci di Salute in gravidanza
- Incontri di accompagnamento alla nascita
- Bilancio di Salute alla 36° settimana di gravidanza presso il Punto Nascita
- Travaglio- Parto- Degenza Ospedaliera
- Punti di sostegno allattamento
- Bilancio di Salute in Puerperio
- Bilancio di Salute del neonato
- corsi di massaggio al neonato
- ambulatorio di riabilitazione del perineo

Tale formazione dovrà permettere la ricerca di un equilibrio tra gli interventi che possono favorire il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione. Il repentino cambiamento che la gravidanza e i primi anni di vita del bambino portano nella coppia e nella famiglia necessitano infatti di interventi specialistici per le situazioni di rischio o di patologia conclamata. E' altresì importante avviare una strategia generale di interventi di supporto psicosociale e culturale alla genitorialità sia nelle situazioni difficili che come elemento di cultura generale. Si possono anche sperimentare strumenti innovativi (quali l'IFightDepression).

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Programmazione di momenti formativi locali che coinvolgano operatori di diversi servizi con particolare riferimento ai DSM, ai MMG, ai PdF e ai Servizi Sociali.

Non tutti gli operatori hanno, al momento, le competenze per usare al meglio gli strumenti che verranno introdotti.

Non tutti gli operatori hanno, nonostante percorsi formativi, la capacità di riconoscere gli indicatori di rischio e di conseguenza la patologia in sé.

Individuazione del provider per la formazione regionale:

Città della Salute; CNI; Biella; Alessandria

Individuazione di un pool di docenti che si sposteranno nei DMI/PN e che collaboreranno con gli esperti locali realizzando i percorsi formativi

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

L'intera Regione attraverso i DMI e gli altri Servizi del territorio.

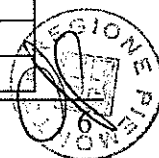
Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

- istituzionale e programmatico regionale

**** I DMI in Regione Piemonte hanno dimensioni non omogenee per quanto riguarda la popolazione afferente, per cui i fondi per la realizzazione del progetto verranno distribuiti proporzionalmente al numero di nati**

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 2	A)
Risultato atteso	Realizzazione della formazione a livello dipartimentale
Indicatore/i di risultato	- Costituzione del team formativo - Numero di corsi di formazione realizzati
Standard di risultato	Perlomeno un corso per DMI
Attività previste per il	1. Identificazione dei Providers



raggiungimento dell'obiettivo specifico	2. Costituzione del team di formatori regionali 3. Programmazione dei corsi a livello dei DMI
---	--

OBIETTIVO SPECIFICO 2	B)
Risultato atteso	Attività di screening DPP
Indicatore/i di risultato	- Screening applicato almeno al 25% delle gravide
Standard di risultato	Individuazione delle donne a rischio
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	4. Avvio dell'attività di screening

OBIETTIVO/I SPECIFICO/I N. 3: A) 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.

B) Avvio della presa in carico delle donne a rischio di DPP.

Le azioni di sostegno del benessere psichico di tutte le donne in gravidanza fanno parte delle indicazioni del Percorso Nascita regionale. Per quanto riguarda le donne con rischio identificato di DPP si intende promuovere la realizzazione del percorso di presa in carico nei singoli DMI sulla base del contesto specifico anche attraverso l'identificazione di un operatore, preferibilmente del DMI, dipendente/ convenzionato dell'ASR che, sulla base delle attività/servizi/azioni già presenti, elabori il modello organizzativo aziendale alla base della Rete.

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

Il Percorso Nascita regionale ripete per ogni step del percorso l'indicazione a relazionarsi con la donna in modo da favorirne l'empowerment considerato tra i potenziali fattori protettivi del benessere della coppia mamma-bambino. Il percorso nascita elaborato dai DMI, sulla base di quello regionale, prevede l'offerta di interventi di sostegno alle donne attraverso gli incontri di accompagnamento alla nascita, incontri in puerperio, punti di sostegno all'allattamento al seno, corsi di Infant Massage. Tali interventi possono sia favorire il benessere della coppia mamma-neonato, aumentando le competenze genitoriali, rafforzando l'autostima della donna a fronte delle richieste che la nuova situazione le pone davanti, sia momenti in cui è possibile intercettare segnali di rischio per la DPP.

Per quanto riguarda le donne intercettate a rischio moderato/elevato di DPP è avviata la presa in carico coordinata all'interno della rete.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

E'opportuno attivare la rete di sostegno psicologico attraverso la realizzazione di sinergie tra servizi



istituzioni, iniziative presenti nel territorio. Il sostegno ai percorsi va visto come:

- collaborazione nella sensibilizzazione e formazione degli operatori per aumentarne le competenze nella decodifica dei messaggi della donna/coppia/bambino al fine di intercettare precocemente le situazioni che potrebbero giovare del sostegno psicologico;
- disponibilità alla presa in carico delle donne/coppie/bambini che lo richiedano o che vengano segnalati da altri servizi;

La rete di sostegno psicologico all'interno dell'Azienda deve essere identificabile da operatori e cittadini.

Lungo ciascuno dei percorsi deve essere attivabile l'intervento dei Servizi sociali secondo modalità stabilite localmente.

L'integrazione dei Servizi Sanitari e Sociali, nel rispetto delle specifiche competenze e risorse, è fondamentale per la definizione degli interventi di tutela e di prevenzione rivolti al singolo, alla coppia e al nucleo familiare problematici.

Alla base dei percorsi deve esserci un importante impegno per la diffusione della "cultura del sostegno" a fronte delle caratteristiche della popolazione a rischio che manifesta una spiccata tendenza alla chiusura, all'isolamento e alla diffidenza verso i Servizi.

Non c'è bisogno di nuovi servizi bensì di un nuovo modo di lavorare all'interno dei servizi che già esistono. L'approccio alla nuova famiglia deve essere un approccio multidisciplinare ed integrato. Questo modo di lavorare consiste in primo luogo nell'andare incontro alla domanda esplicita o sommersa (il più delle volte la domanda non è esplicita), e essere disponibili o meglio ancora favorire l'ascolto delle famiglie. Essere in grado di fare "offerta attiva" di tutte le prestazioni essendo ben consapevoli che "chi meno ha meno chiede" e che proprio queste fasce di popolazione sono quelle che vanno raggiunte con più urgenza.

Il supporto in situazioni di disagio socioculturale e ambientale o di rischio psico-relazionale, si realizza con aiuti pratici, informativi e assistenziali mirati, non appena possibile, attraverso l'intervento degli operatori dei servizi sociali, delle mediatrici culturali, su segnalazione specifica.

Il passaggio di informazioni tra gli operatori deve avvenire secondo criteri di rapidità e trasparenza.

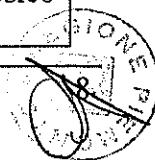
Individuata e costituita la rete integrata dei Servizi Aziendali e Interaziendali, è necessario costruire e realizzare i progetti di intervento rivolti alla promozione delle potenzialità individuali e all'utilizzo delle risorse territoriali. La donna, la coppia, il nucleo familiare devono essere resi partecipi e consapevoli degli interventi proposti poiché essi sono gli artefici della buona riuscita delle scelte assistenziali.

La continuità va garantita non solo tra le varie fasi dei percorsi ma anche nel rinsaldare i legami di rete tra i servizi, valutando le modalità più appropriate, nel rispetto della privacy, per realizzare il passaggio bidirezionale delle informazioni tra servizi che si occupano dello stesso nucleo familiare (Consultori Familiari/Pediatrici, NPI, servizi di psicologia, Servizio delle Dipendenze (SerD), Dipartimento Salute Mentale (DSM), Servizi Sociali, ecc). Comunicare alle gestanti e ai loro partners i compiti dei vari Servizi coinvolti e il loro modo di interagire, permette di evitare forme di manipolazione delle informazioni e di costruire un reale spazio di lavoro comune tra i diversi operatori.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

All'interno delle Aziende sanitarie regionali sono rappresentati tutti i servizi necessari alla gestione della DPP ma spesso le relazioni tra i diversi servizi sono deboli ed è assente la figura di riferimento che costituisca il perno del percorso di presa in carico.

L'accesso e/o il coinvolgimento dei DSM risulta spesso difficile o a causa della mancata consapevolezza del problema o perché non viene riconosciuta come tale una sintomatologia psico somatica o per distanza culturale dei servizi psichiatrici.



Il problema emerge spesso solo in acuzie cioè nel momento in cui si presenta la necessità di un ricovero.

Complessa l'identificazione degli indicatori nella popolazione straniera.

L'avvio della presa in carico sarà graduale e sequenziale all'espletamento della formazione.

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Tutto il territorio regionale.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

- istituzionale e programmatico regionale.

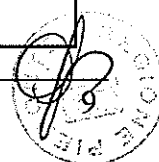
OBIETTIVO SPECIFICO 3 A)

Indicatore/i di risultato	- Numero di donne che frequentano corsi in puerperio, punti di sostegno all'allattamento, infant massage; - Definizione della rete aziendale per la presa in carico delle donne a rischio di DPP
Standard di risultato	- Incremento del numero di donne che frequentano momenti di incontro dopo la nascita; - Operatore di riferimento in ogni DMI
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	1. Processo di identificazione dell'operatore di riferimento 2. Incontri a livello di DMI dei servizi coinvolti 3. Adattamento del profilo assistenziale a livello locale

OBIETTIVO SPECIFICO 3	B)
Risultato atteso	Avvio della presa in carico delle donne a rischio DPP
Indicatore/i di risultato	- % di donne che accettano la presa in carico
Standard di risultato	Perlomeno il 10% di donne che accettino gli interventi proposti
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	4. avvio della presa in carico

OBIETTIVO/ SPECIFICO/ N. 4 Valutazione dei Percorsi di presa in carico nelle singole aziende : A) raccolta dei profili aziendali ; B) Post valutazione della presa in carico realizzata al fine di valutare l'efficacia del trattamento-intervento messo in atto.

Diffusione del profilo assistenziale del rischio di DPP in tutti i servizi aziendali e sul sito regionale. Rilevazione dell'efficacia del trattamento messo in atto sulle donne inviate alla Rete Aziendale di presa in carico.



ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

Attraverso il progetto proposto si intende superare l'attuale organizzazione sia sanitaria che socio-assistenziale, che in assenza di normative e percorsi specifici, risulta non facilitante laddove si generino conflitti di competenza e di attribuzione nella gestione dei casi, rischiando frammentazione e non appropriatezza dell'intervento.

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

Il progetto, attraverso la costruzione di reti operative dedicate tra i diversi servizi sopracitati, coordinati da un operatore identificato con adeguate competenze nella materia, deve garantire l'intervento precoce alla prevenzione ed alla presa in carico della Depressione Post-partum. Il referente della Rete dovrà produrre il Modello Organizzativo della propria Azienda e dovrà monitorare il percorso messo in atto attraverso adeguati strumenti di valutazione con la rilevazione del numero di donne che hanno iniziato il percorso.

Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Il percorso scelto prevede dei tempi di realizzazione che dovrebbero garantire almeno in alcune aziende la rilevazione degli esiti clinici .

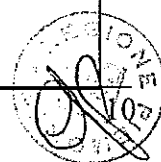
Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Tutto il territorio regionale.

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

- istituzionale e programmatico regionale.

OBIETTIVO SPECIFICO 4	
Indicatori di risultato	A) Profili assistenziali aziendali DPP B) Numero di donne trattate
Standard di risultato	A) Adozione in ogni Azienda del profilo assistenziale aziendale B) Numero donne in trattamento con esito positivo
Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico	1. Implementazione del modello organizzativo sotteso al Profilo assistenziale DPP 2. riunioni di gruppo degli operatori competenti in materia 3. monitoraggio delle donne intercettate



Bibliografia

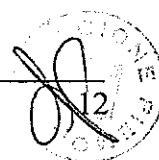
- National Collaboration Centre for Mental Health (NCC-MH). Antenatal and postnatal mental health. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2014.
- Bauer A, et al. The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics, 2014.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
- Kartik K., Venkatesh, MD PhD; Hiyam Nadel, RN, MBA; Dyan Blewett, MS; Marlene P. Freeman, MD; Anjali Jkaimal, MD, MAS; Laura E, Riley, MD – 2016: Implementation of universal screening for depression during pregnancy: feasibility and impact on obstetric care
- Whooley MA, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997; 12(7):439-45.
- Kessler RC, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine, 2002, 32, 959-76.
- Gavin NI, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005;106:1071-83.
- Fisher J, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ 2012;90:139-49G.
- Munk-Olsen T, et al. New parents and mental disorders: population-based register study. JAMA 2006;296:2582-9.
- Regione Piemonte - DGR n. 34-8769 del 12/05/2008 Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno-infantile: definizione obiettivi ed indicatori del "Percorso Nascita".
- Regione Piemonte - DGR n. 38-11960 del 04/08/2009 Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno-infantile, Percorso Nascita, adozione Agenda di Gravidanza
- Regione Piemonte – DGR n. 26-1653 del 29/06/2015 Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la salute 2014-2016 e della DGR n. 1 –600 del 19/11/2014 e s. m.i.

www. Saperi.Doc



CRONOGRAMMA

	Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Obiettivo specifico 1	Attività 1 Revisione AG	X	X	X	X	X	X	X	X										
	Attività 2 Stampa AG									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Attività 3 Distribuzione AG												X	X	X	X	X	X	X
	Attività 4 Elaborazione del profilo ass. DPP	X	X	X	X	X													
Obiettivo specifico 2	Attività 1 Identificazione dei Providers		X																
	Attività 2 Costituzione del team di formatori regionali		X	X															
	Attività 3 Effettuazione dei corsi a livello dei DMI						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	Attività 4 Avvio dello Screening DPP							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obiettivo specifico 3	Attività 1 identificazione dell'operatore di riferimento						X												
	Attività 2 Incontri a livello di DMI dei servizi coinvolti						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Attività 3 Adattamento del profilo assistenziale a livello locale							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Attività 4 Avvio della presa In carico							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Obiettivo specifico 4	Attività 1 e 2 Implementazione del modello organizzativo sotteso al Profilo assistenziale DPP e incontri							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Attività 3 Monitoraggio delle donne intercettate							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Attività																		
	Attività n																		



PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 Consorzio per il Sistema Informativo – Piemonte (CSI)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale:</i>	-	-
<i>Beni e servizi</i>	revisione del testo e dell'impaginazione dell'Agenda di Gravidanza, al fine di procedere alla stampa dei nuovi opuscoli informativi	0
<i>Missioni</i>	-	-
<i>Incontri</i>	C)	-
<i>Spese generali</i>	-	-
<i>Totale</i>		0

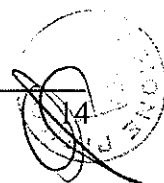
4 Unità Operativa 2 Providers Aziendali		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	-	-
<i>Beni e servizi</i>		
<i>Missioni</i>	-	-
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	Realizzazione di corsi di formazione specifici indirizzati al personale dei DMI e DSM (accreditamento ECM, affitto sala, accoglienza, onorari, spese di missione, ecc)	50.000
<i>Spese generali</i>		4.000
<i>Totale</i>		54.000

Unità Operativa 3: ASR CON PN (17)

Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	implementazione dell'orario di servizio per personale interno alle Aziende, preferibilmente psicologi, per quanto previsto dal progetto	177.965
<i>Beni e servizi</i>	-	-
<i>Missioni</i>	-	-
<i>Incontri/Eventi formativi</i>		-
<i>Spese generali</i>		-
Totale		177.965

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	177.965
<i>Beni e servizi</i>	50.000
<i>Missioni</i>	
<i>Spese generali</i>	4.000
.....	
Totale	231.965





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera a), e 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la definizione delle procedure per la presentazione, da parte delle Regioni, dei progetti afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum da finanziare con una quota delle risorse del Fondo per esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

Rep. Atti n. 20/CSR del 31 gennaio 2018

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 31 gennaio 2018:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere la stipula di Intese in sede di Conferenza Stato - Regioni, dirette a favorire il conseguimento di obiettivi comuni tra Stato e Regioni;

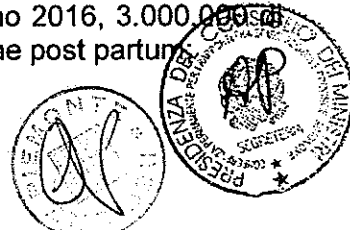
VISTO l'articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che demanda al CIPE, su proposta del Ministro della salute e d'intesa con questa Conferenza, la deliberazione dell'assegnazione delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente in favore delle Regioni;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che dispone in via generale che il riparto delle risorse alle regioni per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga, previa intesa con questa Conferenza;

VISTO l'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), che istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione, avente una dotazione di 27 milioni di euro per l'anno 2015 e 25 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016, e stabilisce che il Fondo è ripartito annualmente con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze;

VISTO l'articolo 1, comma 639, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) che rifinanzia il citato Fondo, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge n. 190 del 2014, nella misura di 20 milioni di euro per l'anno 2016 e 10 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 novembre 2016 recante "Destinazione, per l'anno 2016, di una quota delle risorse del Fondo per le esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190", come rifinanziato dall'articolo 1, comma 639, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che destina, per l'anno 2016, 3.000.000 di euro per le misure afferenti alla cura e all'assistenza degli effetti della Sindrome post partum



RP



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTI l'articolo 34, della legge 23 dicembre 1994, n. 724; l'articolo 1, comma 144, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e l'articolo 1, comma 836, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che dispongono che le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano provvedono integralmente al finanziamento della propria spesa sanitaria;

VISTO l'articolo 1, comma 830, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, che individua la quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico della regione Sicilia;

VISTA la nota del 21 dicembre 2017, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza l'8 gennaio 2018 con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento di una intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta indicata in oggetto;

VISTA la nota del 12 gennaio 2018 con la quale è stata convocata una riunione tecnica per il 18 gennaio, che non ha avuto luogo per l'assenso tecnico pervenuto dalla Regione Piemonte, Coordinatrice della Commissione salute in data 16 gennaio 2018;

CONSIDERATO che il punto, iscritto all'ordine del giorno della Conferenza Stato – Regioni del 24 gennaio 2018, è stato rinviato su richiesta delle Regioni per ulteriori approfondimenti tecnici;

ACQUISITO, in corso di seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini:

VISTO il decreto ministeriale 2 dicembre 2016, n. 84198, con il quale il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - Ispettorato generale del bilancio del Ministero dell'economia e delle finanze ha apportato le necessarie variazioni di bilancio per l'anno finanziario 2016, aumentando, per complessivi 3.000.000 di euro, in termini di competenza e di cassa, il capitolo n. 2700 "Fondo sanitario Nazionale" presente nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;

VISTE le raccomandazioni dell'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) e dell'American Academy of Pediatrics (AAP), che sostengono fortemente la promozione della salute mentale perinatale, con l'indicazione che, nell'ambito dell'assistenza di base, venga effettuata una valutazione di routine del benessere psicologico materno, che comprenda la rilevazione dei sintomi depressivi e dei fattori di rischio psicosociale, tramite una accurata anamnesi e la somministrazione di questionari standardizzati;

RITENUTO che tali risorse debbano essere utilizzate, nell'ambito di appositi progetti, volti a potenziare, ove già esistenti, o implementare, anche in via sperimentale, specifiche iniziative per l'attivazione di percorsi di accompagnamento alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio, nell'ambito dei servizi sanitari regionali esistenti, finalizzati all'individuazione precoce di fattori di rischio e di disagio psichico perinatale e ad una efficace presa in carico della diade madre-neonato;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

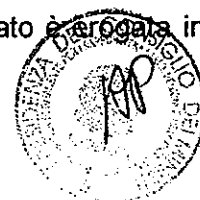
RITENUTO, pertanto, in attuazione della normativa sopra richiamata, di dover provvedere alla definizione delle procedure per la presentazione dei progetti, da parte delle regioni, afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum da finanziare con una quota del Fondo per esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;

CONSIDERATO che i destinatari di tali progetti sono le donne in gravidanza e puerperio, e che gli stessi progetti dovranno essere corredati da obiettivi specifici e relativi indicatori (come indicato nell'Allegato B alla presente Intesa), da sottoporre alle valutazioni del Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria;

SI CONVIENE

il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concordano sulle procedure per la presentazione, da parte delle Regioni, dei progetti afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum da finanziare con una quota delle risorse del Fondo per esigenze indifferibili, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, nei termini di seguito riportati:

- a) al fine di accedere alle predette quote di finanziamento per la realizzazione e/o implementazione di specifiche iniziative per l'attivazione di percorsi di accompagnamento alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio, le regioni devono presentare via PEC al Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria (dgprev@postacert.sanita.it):
 1. entro 60 giorni dall'acquisizione della presente intesa, un progetto, di durata massima di 18 mesi di cui almeno 12 mesi di intervento, da redigere secondo le indicazioni dell'allegato B (documento tecnico) che individua gli obiettivi specifici, completi di indicatori, da declinare anche in relazione agli interventi già operativi, utilizzando il format di riferimento di cui all'allegato C (progetto esecutivo azioni previste) e seguendo le istruzioni riportate nell'allegato D (guida alla redazione del progetto esecutivo), che costituiscono parte integrante della presente intesa. Il Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - valuta i progetti pervenuti nei termini, entro 30 giorni dal termine fissato per la presentazione dei progetti;
 2. entro 45 giorni dalla conclusione delle attività dei progetti, una relazione finale riepilogativa delle attività svolte e dei risultati raggiunti, redatta secondo il format di riferimento di cui all'allegato E (relazione finale), che costituisce parte integrante della presente intesa;
- b) i progetti regionali concorrono per le quote pari all'ammontare massimo delle risorse disponibili, indicato nell'allegato A, che costituisce parte integrante della presente intesa, determinate in proporzione al numero medio annuo di nati nel quinquennio precedente all'anno di riferimento (Fonte: dati ISTAT). L'accesso alle predette quote avviene con le seguenti modalità:
 1. 80% della quota, definita nel piano finanziario del progetto presentato è erogata in relazione alla valutazione favorevole del progetto stesso;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

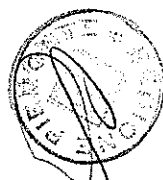
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

2. 20% della quota, definita nel piano finanziario del progetto valutato favorevolmente, è erogata dopo la presentazione della relazione finale sulle attività svolte, a conclusione del progetto;
- c) in caso di mancata presentazione dei progetti entro i termini stabiliti o di mancata approvazione dei progetti presentati, o in caso di approvazione dei progetti regionali per un importo inferiore a quanto indicato nell'allegato A, o in caso di mancata presentazione della relazione finale, le risorse rese disponibili sono integralmente riattribuite dal Ministero della salute alle regioni che hanno presentato progetti per l'importo massimo attribuibile e saranno ripartite in maniera proporzionale, secondo il criterio del numero medio di nati nell'ultimo quinquennio. Tali risorse aggiuntive dovranno essere utilizzate per una ulteriore estensione dei progetti già approvati favorevolmente, per un periodo determinato dal Ministero della salute in relazione all'ammontare delle risorse stesse. Le Regioni che riceveranno tali ulteriori risorse dovranno presentare una relazione finale aggiuntiva entro 30gg dal termine delle attività di estensione progettuale;
- d) le Regioni interessate dalla procedura di cui alla presente intesa sono le medesime che accedono all'assegnazione delle quote del Fondo sanitario nazionale, di cui all'articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, tenendo conto della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico della regione Sicilia.

17/11
IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo



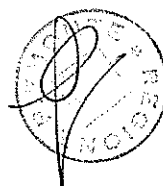
IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa



Ammontare massimo delle risorse disponibili per i progetti regionali						
Regioni	media nati 2011-2015	%	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	distribuzione compartecipazione Sicilia	Totale risorse assegnabili
Piemonte	35.605	7,36%	220.785		11.181	231.965
Valle d'Aosta						
Lombardia	88.935	18,38%	551.481		27.927	579.408
P.A. Bolzano						
P.A. Trento						
Veneto	42.272	8,74%	262.125		13.274	275.399
Friuli V.G.						
Liguria	10.991	2,27%	68.157		3.452	71.609
Emilia-Romagna	38.065	7,87%	236.037		11.953	247.990
Toscana	29.758	6,15%	184.529		9.345	193.874
Umbria	7.254	1,50%	44.979		2.278	47.257
Marche	12.790	2,64%	79.313		4.016	83.329
Lazio	51.648	10,68%	320.264		16.218	336.482
Abruzzo	10.818	2,24%	67.081		3.397	70.478
Molise	2.274	0,47%	14.101		714	14.815
Campania	53.278	11,01%	330.376		16.730	347.107
Puglia	33.861	7,00%	209.971		10.633	220.605
Basilicata	4.262	0,88%	26.427		1.338	27.765
Calabria	16.762	3,46%	103.941		5.264	109.205
Sicilia (*)	45.224	9,35%	280.433	137.721		142.712
Sardegna						
ITALIA	483.797	100,00%	3.000.000		137.721	3.000.000

Fonte: ISTAT, Bilancio demografico. <http://demo.istat.it/>

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile.



DOCUMENTO TECNICO SU POSSIBILI AREE PROGETTUALI FINANZIABILI CON IL FONDO DI CUI AL DPCM 15 NOVEMBRE 2016 ART.1 LETTERA a) PER LE MISURE AFFERENTI ALLA DIAGNOSI, CURA E ASSISTENZA DELLA SINDROME DEPRESSIVA POST PARTUM

Ai fini della presentazione dei progetti afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva *post partum*, le Regioni dovranno attenersi alle indicazioni contenute nei seguenti documenti tecnici che dovranno essere trasmessi al Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio 9, entro 60 gg dalla sottoscrizione della presente intesa, via PEC all'indirizzo dgprev@postacert.sanita.it.

Le Regioni potranno potenziare, ove già esistenti, o implementare, anche in via sperimentale, specifiche iniziative per l'attivazione di percorsi di accompagnamento alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio, nell'ambito dei servizi sanitari regionali esistenti; tali percorsi dovranno essere finalizzati all'individuazione precoce di fattori di rischio di disagio psichico perinatale e ad un'efficace presa in carico della donna. Le Regioni dovranno prevedere i seguenti obiettivi specifici, completi di indicatori, per uno o più ambiti territoriali, anche in relazione agli interventi già operativi.

Ob. 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, già disponibile o di nuova realizzazione.

Indicatore:

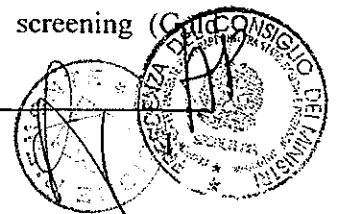
- ✓ materiale informativo e di sensibilizzazione diffuso.

Ob. 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.

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 del partner sulla capacità genitoriale delle donne. Si vuole inoltre sottolineare che con "assenza del partner" non ci si riferisce esclusivamente all'assenza *fisica* del padre del bambino, ma anche (se fisicamente presente) alla sua indisponibilità emotiva a fornire sostegno, contenimento e rassicurazione alla donna, durante la transizione alla genitorialità.

Indicatore:

- ✓ Popolazione femminile a rischio/ Popolazione destinataria dell'intervento di screening (Criterio Standard 10-15%);



ALLEGATO B (documento tecnico)

- ✓ Popolazione intercettata dall'intervento di screening (Gold Standard almeno il 25% delle donne che hanno partorito nella regione nell'ultimo anno).

Ob. 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.

Gli interventi di sostegno alle donne a rischio di disagio psichico perinatale devono prevedere 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 piano di trattamento devono anche utilizzare, se già presenti nell'ambito del lavoro istituzionale, o prevedere, se assenti o da potenziare, risorse quali, ad esempio: accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita ed alla genitorialità, visite domiciliari da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie per le cure neonatali in special modo dove il disagio psichico si accompagna a quello sociale, presenza di operatori per il supporto alla relazione madre-bambino, corsi di allattamento, *infant massage*, etc.

È opportuno che i trattamenti siano differenziati in base alla gravità del rischio.

Nei gruppi a rischio moderato è necessario il monitoraggio periodico al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino, con una valutazione che tenga conto di: stato emotivo materno, andamento dei fattori di rischio e della relazione madre-bambino.

Nei gruppi a rischio elevato è necessaria una proposta di approfondimento diagnostico, con un piano di trattamento e una valutazione periodica al III, VI, IX, XII mese di vita del bambino.

Tipologia degli interventi offerti alle donne a rischio moderato ed elevato:

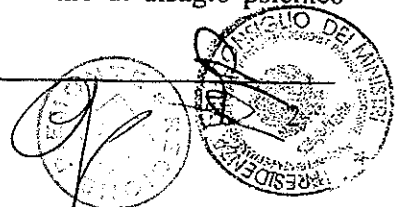
- ✓ Psicologico individuale
- ✓ Psicologico di coppia
- ✓ Funzione genitoriale
- ✓ Consulenza psichiatrica
- ✓ Visite domiciliari
- ✓ Home-visiting
- ✓ Consulenze allattamento e cure neonatali
- ✓ Corso Infant Massage
- ✓ Incontri Spazio ascolto

Sin dalle prime settimane di vita del bambino, gli interventi che andrebbero maggiormente offerti alle donne a rischio elevato sono quelli relativi alle consulenze sull'allattamento e le cure neonatali e agli incontri in eventuali Spazio ascolto, mentre al nono e al dodicesimo mese andrebbero offerti, con maggiore frequenza, trattamenti psicologici individuali. Questi ultimi interventi risultano opportuni anche nel gruppo di donne a rischio moderato, a partire dal sesto mese, accompagnandoli, al nono e dodicesimo mese di vita, a trattamenti centrati sulla funzione genitoriale, quali interventi mirati al sostegno dell'allattamento e delle capacità di accudimento del bambino.

Sulla base del profilo di rischio, articolato per prevalenza e consistenza dei diversi indicatori, alle donne può essere proposto un intervento multidimensionale personalizzato, con azioni diversificate a bassa ed alta intensità, sviluppate dalla fase prenatale fino al compimento del primo anno di vita del bambino, valutando in quali casi somministrare interventi di sostegno alla genitorialità, nell'intento di promuovere positivi stili di *parenting*.

Indicatori:

- ✓ donne che accettano la proposta di trattamento / donne individuate a rischio di disagio psichico perinatale (Gold Standard 50%);



ALLEGATO B (documento tecnico)

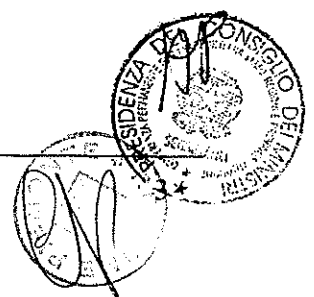
- ✓ casi in cui si è ridotto il rischio / casi trattati (Gold Standard 70%).
- ✓ valutazione dell'interazione madre-bambino ai 12 mesi di vita con sistema di codifica Care-Index (Gold Standard 70% del miglioramento della sensibilità materna e della cooperatività infantile);

Ob. 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.

Al fine di dettagliare con maggiore puntualità l'impatto dei trattamenti al dodicesimo mese di vita del bambino sulla sintomatologia depressiva nelle donne con profilo di rischio elevato, è opportuno altresì considerati i criteri di remissione, di risposta al trattamento, di peggioramento e i loro valori rispetto al punteggio di partenza.

Indicatori:

- ✓ donne che completano il trattamento / donne trattate (Gold Standard almeno il 90%);
- ✓ miglioramento del benessere psicologico e della qualità di vita (indice di cambiamento significativo della scala utilizzata per la valutazione).



ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

Carta intestata della Regione

Al Ministero della Salute

Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 9

dgprev@postacert.sanita.it

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):
.....

COSTO

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

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo:

struttura di appartenenza:

n. tel: n. fax: E-mail:

REFERENTE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO:

nominativo:

struttura di appartenenza:

n. tel: n. fax: E-mail:



ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

OBIETTIVI DEL PROGETTO

OBIETTIVO GENERALE:

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

OBIETTIVO SPECIFICO 1:

OBIETTIVO SPECIFICO 2:

OBIETTIVO SPECIFICO 3:

OBIETTIVO SPECIFICO 4:

REFERENTE PROGETTO:

UNITA' OPERATIVE COINVOLTE

Unità Operativa 1	Referente	Compiti
		- - -
Unità Operativa 2	Referente	Compiti
		- - -
Unità Operativa	Referente	Compiti
		- - -



ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

(da compilare per ogni obiettivo specifico)

OBIETTIVO/I SPECIFICO/I:

ANALISI STRUTTURATA DELL'AREA DI INTERVENTO

Descrizione ed analisi del problema

Soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche

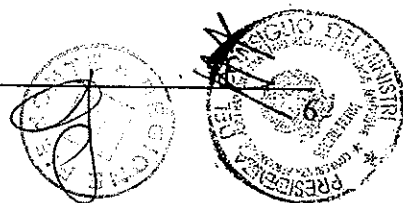
Fattibilità /criticità delle soluzioni e degli interventi proposti

Aree territoriali interessate ed eventuale trasferibilità degli interventi

Ambito di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti:

- istituzionale e programmatorio regionale
- sperimentale

Bibliografia



ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO SPECIFICO 1	
<i>Risultato/i atteso/i</i>	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	
<i>Standard di risultato</i>	

OBIETTIVO SPECIFICO 2	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	
<i>Standard di risultato</i>	
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	- - - - - -

OBIETTIVO SPECIFICO 3	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	
<i>Standard di risultato</i>	
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	- - - - - -

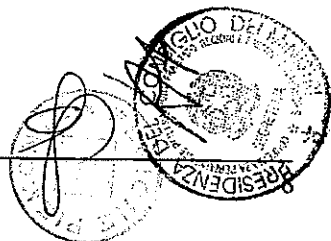
OBIETTIVO SPECIFICO 4	
<i>Indicatore/i di risultato</i>	
<i>Standard di risultato</i>	
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	- - - - - -



ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

CRONOGRAMMA

Mese		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Obiettivo specifico 1	Attività 1																		
	Attività 2																		
	Attività 3																		
	Attività n																		
Obiettivo specifico 2	Attività 1																		
	Attività 2																		
	Attività 3																		
	Attività n																		
Obiettivo specifico 3	Attività 1																		
	Attività 2																		
	Attività 3																		
	Attività n																		
Obiettivo specifico 4.	Attività 1																		
	Attività 2																		
	Attività 3																		
	Attività n																		

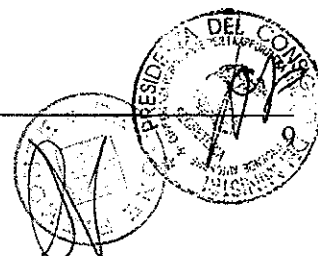


ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

PIANO FINANZIARIO PER CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

Unità Operativa 1 (Inserire la denominazione dell'UO)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Beni e servizi</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Missioni</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Spese generali</i>	-	-
-	-	-

Unità Operativa 2 (Inserire la denominazione dell'UO)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Beni e servizi</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Missioni</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	-	-
-	-	-
-	-	-
<i>Spese generali</i>	-	-
-	-	-

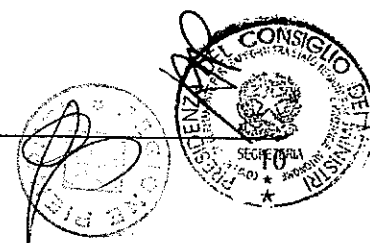


ALLEGATO C (Progetto esecutivo azioni previste)

Unità Operativa ...(Inserire la denominazione dell'UO)		
Risorse	Razionale della spesa	EURO
<i>Personale</i>	-	-
<i>Beni e servizi</i>	-	-
<i>Missioni</i>	-	-
<i>Incontri/Eventi formativi</i>	-	-
<i>Spese generali</i>	-	-

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	
<i>Beni e servizi</i>	
<i>Missioni</i>	
<i>Spese generali</i>	
.....	
Totale	



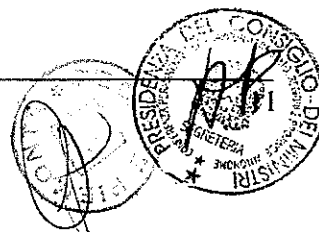
ALLEGATO D (guida alla redazione del progetto esecutivo)

Guida alla Redazione del Progetto esecutivo

STRUTTURA GENERALE DEL PROGETTO

La struttura generale di progetto è riportata nella griglia sottostante.

<u>GRIGLIA DI PROGETTAZIONE</u>	<u>FORMATO DOCUMENTO</u>
DATI GENERALI PROGETTO	1 pagina
OBIETTIVI DEL PROGETTO - obiettivi specifici - unità operative coinvolte	max 1 pagina
ANALISI STRUTTURATA - descrizione ed analisi del problema - soluzioni ed interventi proposti sulla base delle evidenze scientifiche - fattibilità/criticità delle soluzioni e degli interventi proposti - aree territoriali interessate e trasferibilità degli interventi - ambito istituzionale e programmatico di riferimento per l'attuazione degli interventi proposti (anche in riferimento a piani e programmi regionali) bibliografia	max 4 pagine per l'elenco delle unità operative secondo necessità
PIANO DI VALUTAZIONE DI OGNI OBIETTIVO SPECIFICO - indicatore/i di risultato e relativo/i standard - cronogramma - piano finanziario	secondo necessità



ALLEGATO D (guida alla redazione del progetto esecutivo)

OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'obiettivo generale potrà essere articolato in singoli obiettivi specifici.

Dovranno essere esplicitati i dati del Referente scientifico del progetto (nome, cognome e qualifica) nonché quelli delle unità operative coinvolte (denominazione), del relativo referente (nome, cognome e qualifica) e dei compiti ad esse assegnati.

Relativamente alle Unità operative, si segnala che qualora siano previsti dei soggetti privati, la sentenza della Corte di Giustizia Europea n.159 del 19/12/2012 ha richiamato al rispetto delle normative comunitarie in materia di appalti pubblici (Decreto Legislativo 19 aprile 2016 n. 50 e successive modificazioni).

Pertanto nel caso di coinvolgimento di uno o più soggetti privati sarà necessario esplicitare nel progetto le modalità con le quali verrà garantito il rispetto della normativa vigente.

Nel caso di eventuali procedure di gara per la scelta del contraente non ancora completate, non sarà possibile indicare nel progetto esecutivo un soggetto specifico, ma dovranno essere indicati i requisiti e le caratteristiche che il soggetto privato dovrà possedere. Si ribadisce che tali eventuali procedure non potranno costituire motivo di ritardo per l'avvio delle attività.

Gli obiettivi del progetto dovranno essere definiti con riferimento a quanto proposto nella presente intesa.

ANALISI STRUTTURATA

L'analisi strutturata del progetto è finalizzata a:

1. identificare, qualificare e quantificare il problema;
2. proporre soluzioni basate sulle evidenze;
3. analizzare la fattibilità/criticità delle soluzioni proposte
4. determinare gli effetti della proposta in termini di trasferibilità
5. definire la cornice istituzionale nella quale si propongono gli interventi.

Al riguardo, si specifica che:

- un problema si definisce come tale quando l'evento o la condizione si verifica con una frequenza o con delle modalità insolite o non accettabili in base a necessità di salute, dati di letteratura, necessità organizzative, adempimenti previsti da norme, ecc.;
- nell'indicare una o più soluzioni, tra quelle per le quali sussistono evidenze, si dovrà esplicitarne l'impatto sul Sistema sanitario regionale, ad esempio, in termini di maggiore disponibilità di informazioni, diffusione e sostegno di evidenze, miglioramento della qualità assistenziale, aumento della capacità di risposta, aumento dell'offerta di formazione, ecc.
Sarà altresì opportuno descrivere i metodi e l'approccio con il quale si intendono attuare le soluzioni proposte;
- per fattibilità si intende la capacità delle risorse (umane, strumentali, finanziarie, organizzative) di acquisire e mettere in atto le soluzioni proposte per risolvere il problema, mentre per criticità si intendono gli elementi del contesto che potrebbero ritardare oppure ostacolare il raggiungimento degli obiettivi dichiarati;
- la proposta dovrà valutare l'applicabilità del processo di intervento e la trasferibilità dell'efficacia dell'intervento in altre località, nonché nella pratica del Servizio sanitario nazionale;
- la proposta dovrà tenere conto ed essere coerente con eventuali atti programmatici e piani di azione sia a livello nazionale che regionale. Dovrà essere altresì evidenziata la correlazione con eventuali ulteriori progetti finanziati dal Ministero o da altri Enti, sottolineando le modalità di integrazione e coordinamento tra gli stessi.



ALLEGATO D (guida alla redazione del progetto esecutivo)

PIANO DI VALUTAZIONE

Per ogni obiettivo specifico deve essere espresso l'indicatore attraverso il quale può essere misurato il risultato da raggiungere, nonché il livello atteso di risultato e le attività necessarie per il raggiungimento dello stesso.

La tempistica delle attività, va riportata nel cronogramma.

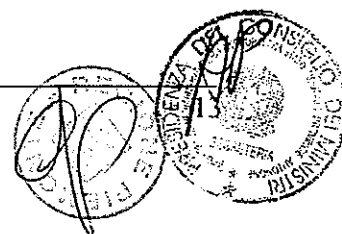
Per ogni unità operativa sarà necessario predisporre il piano finanziario, indicando per ciascuna voce di spesa l'importo e il razionale della spesa, ovvero dando una breve descrizione circa le ragioni e le necessità che spingono a sostenere quella determinata spesa, dalla quale emergano le correlazioni con le attività sostenute per il raggiungimento degli obiettivi.

Esempio:

Voce	Descrizione	Razionale della spesa
Personale	- statistico	- analisi ed elaborazione dei dati
Beni e servizi	- sviluppo piattaforma web	- creazione e gestione di un sito web con possibilità di accesso riservato per i professionisti e aperto in un'area pubblica agli utenti, per inserimento dei dati e scambio di informazioni
Missioni		-
Incontri/Eventi formativi	- convegno finale	-diffusione dei risultati.
Spese generali		-- spese sostenute dall'ente per realizzare il progetto

Il piano finanziario generale sarà il risultato della sommatoria di ciascuna voce di spesa.

Al termine delle attività, dovrà essere trasmesso una relazione finale delle attività svolte e dei risultati raggiunti, che dovrà essere redatto secondo il format definito **Allegato E** da inviare, entro 45 giorni dalla conclusione delle attività dei progetti, al Ministero della salute – Direzione generale della prevenzione sanitaria – Ufficio 9 dgprev@postacert.sanita.it.



Carta intestata della Regione

Al Ministero della Salute

Direzione generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 9

dgprev@postacert.sanita.it

RELAZIONE FINALE

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

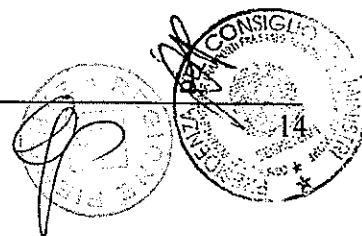
Responsabile scientifico		
Responsabile amministrativo		
Data inizio progetto: DD/MM/YYYY	Data fine progetto: DD/MM/YYYY	Data compilazione: DD/MM/YYYY

Costi: €

indicare la somma utilizzata per lo svolgimento delle attività

Note:

- 1.....
- 2.....
- 3.....



ALLEGATO E (relazione finale)

(per ogni obiettivo specifico)

Obiettivo specifico n° :

.....
.....

Attività realizzate:

indicare le attività realizzate, finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Risultati raggiunti:

descrivere i risultati raggiunti, con riferimento agli indicatori riportati nel piano di valutazione del progetto ed allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)

Indicatore 1:

.....

Risultati:

.....

.....

.....

.....

.....

Indicatore 2:

.....

Risultati:

.....

.....

.....

.....

.....

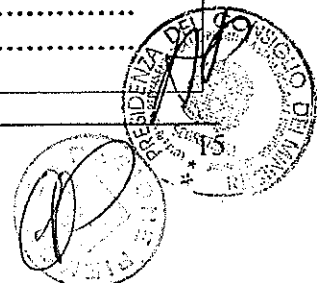
Indicatore n:

.....

Risultati:

.....

.....



ALLEGATO E (relazione finale)

Unità operative:

indicare le unità operative che hanno svolto le attività e che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo specifico

-
-
-

Note:

.....

Eventuali criticità:

.....

Tempistica:

Le attività previste sono state svolte in coerenza con il cronoprogramma?

Si

☐

No

☐

In caso di risposta negativa, indicare le motivazioni e l'eventuale impatto sulle attività e sul raggiungimento degli obiettivi:

.....

Riepilogo dei costi sostenuti:

Risorse	Totale in €
<i>Personale</i>	
<i>Beni e servizi</i>	
<i>Missioni</i>	
<i>Spese generali</i>	
.....	
Totale	

Allegati:

Allegare gli eventuali prodotti (es: documenti, programmi e atti di convegni, programmi di corsi di formazione, elaborazioni statistiche, etc...)

