

## DESCRIZIONE DEL PROGETTO

### Sintesi del contenuto del Progetto

- Soggetto pubblico proponente: AZIENDA U.S.L. n.4 e Società della Salute di Prato attraverso l'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
- Soggetti, pubblici o privati che collaborano al progetto: Coop Sociale Pane&Rose, Coop Sociale Alice, Kepos Cooperativa Sociale per progetto N.A.S.C.O.; PAMAT Onlus (associazione per la prevenzione dell'abuso) per gruppi di auto-aiuto di genitori; Associazione Piccinopiccìo per sostegno ai genitori dei bambini prematuri
- Responsabile del Progetto: Marco Armellini, Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, Direttore U.O. Neuropsichiatria Infantile
- Periodo di riferimento: 2007-09

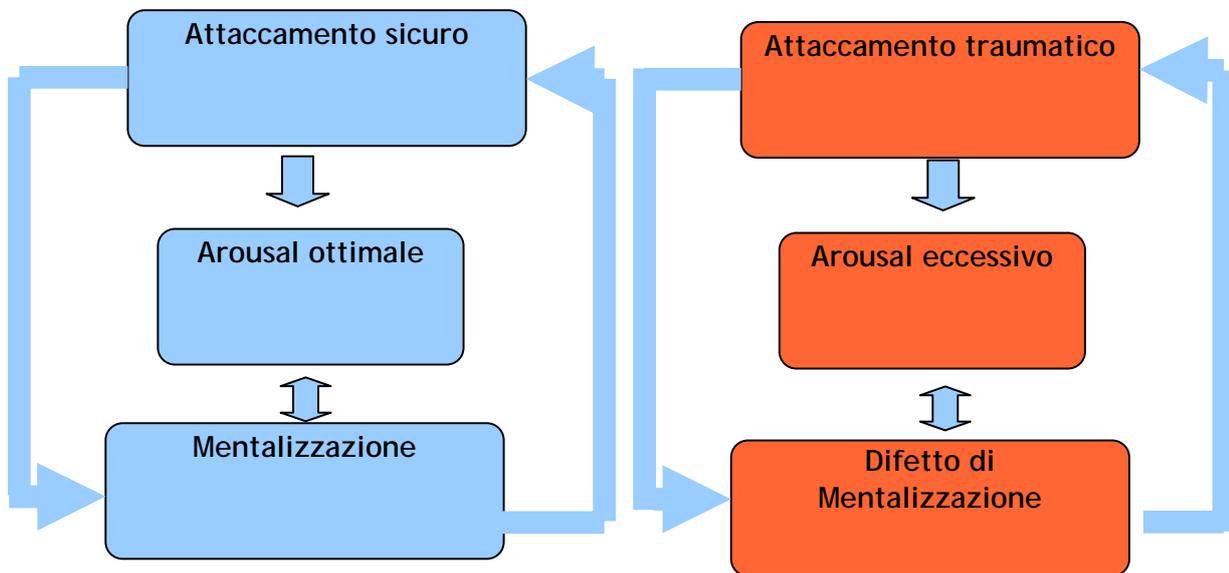
## TITOLO DEL PROGETTO

**Sperimentazione di interventi di salute mentale perinatale su gruppi ad alta vulnerabilità attraverso l'integrazione e il potenziamento tra le iniziative esistenti e le nuove opportunità disponibili sul territorio**

### Contesto

E' ormai accertato il legame di continuità tra alcune condizioni di vulnerabilità in gravidanza e nel primo anno di vita con disturbi delle relazioni primarie, dell'attaccamento e successivamente dello sviluppo della personalità. Studi recenti e meno recenti hanno dimostrato le conseguenze della depressione materna e paterna sullo sviluppo emotivo-affettivo e cognitivo della prole. Anche condizioni psicopatologiche severe come la depressione maggiore, il disturbo bipolare e la schizofrenia, nonostante una componente di determinismo genetico, appaiono condizionate nella loro espressione dall'esposizione ad eventi e condizioni sfavorevoli nell'infanzia. E' infine evidente che le modificazioni indotte da relazioni disturbate nella prima infanzia comportano un'alterazione strutturale delle connessioni cerebrali che rendono più ardua la modificazione del funzionamento psichico dopo i primissimi anni di vita. Le ricerche di Zeanah sui bambini degli istituti rumeni, ad esempio, hanno dimostrato che solo se avvenuto entro i primi 24 mesi l'affidamento familiare terapeutico può modificare alcuni gravi disturbi dell'attaccamento.

## Impatto dell'attaccamento traumatico sui processi di sviluppo



Al tempo stesso, il tempo e le vicende della gravidanza, del parto, della prima infanzia sono momenti di grande sensibilità e possibile cambiamento, che possono rappresentare un'occasione di salute mentale di grande rilievo.

Molti Servizi Sanitari Nazionali, soprattutto nell'area anglosassone, hanno sviluppato politiche preventive basate su interventi precoci in epoca perinatale. Tali interventi (ad esempio Early Head Start negli Stati Uniti e Sure Start nel Regno Unito) hanno fin dal loro inizio unito uno sforzo di prevenzione, promozione della salute mentale infantile attraverso informazione e formazione dei genitori, interventi sociali di aiuto nelle situazioni di maggior rischio e interventi tecnici mirati di salute mentale per la consultazione e la terapia.

Questo è un elenco degli interventi terapeutici di cui è stata dimostrata con evidenza l'efficacia (anche se, ovviamente, ciascuno trova proprie indicazioni e ambiti di applicazione).

- Interventi individuali pre-postnatali di psicoterapia dinamica genitore-infante.
- interventi di visita a domicilio orientato allo sviluppo delle competenze di accudimento sensibile, dell'empatia e della comprensione delle interazioni madre-bambino nelle situazioni di maggior rischio psicosociale.
- interventi di video feedback centrati sulla rilettura delle fasi *positive* di interazione
- Interventi di counseling basati sulla somministrazione della Brazelton NeuroBehavioural Assessment Scale
- Interventi informali di ascolto e supporto psicologico per i genitori prontamente disponibili presso i punti nascita e i reparti di neonatologia, con modalità sia individuali che di gruppo;
- gruppi genitori-bambini presso gli ambulatori pediatrici
- gruppi di counseling di genitori
- gruppi di auto-aiuto di genitori su singoli problemi di allevamento (alimentazione, sonno, pianto)

La situazione della Provincia di Prato vede una situazione contraddittoria: una rapida crescita della natalità (da 1700 a 2800 parti all'anno in dieci anni) che ha messo a dura prova la tenuta della cultura dei servizi per la nascita e la maternità, tradizionalmente orientati a favorire i processi di legame e attaccamento; un'aumentata capacità del punto nascita e della Neonatologia di far fronte a situazioni complesse con l'accoglienza di prematuri di 29 settimane, con una crescita rapida del numero di grandi prematuri trattenuti presso la struttura; un'organizzazione sanitaria che, attraverso la Società della Salute, promuove l'integrazione Ospedale-Territorio, la sinergia tra soggetti diversi, l'impegno a favore del rispetto delle culture straniere presenti sul territorio, e al tempo stesso una difficoltà strutturale dei servizi a far fronte alla domanda culturale degli stranieri immigrati.

Nel lavoro dei servizi, si evidenzia una cesura tra il momento della gravidanza e il momento del post-partum. Non esiste infatti una figura professionale che, come avveniva un tempo nella cultura del secolo scorso con la levatrice, assicuri la continuità dell'assistenza durante la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita del bambino. Questa cesura comporta un intervallo di alcune settimane tra il parto e l'incontro con il pediatra di libera scelta, con difficoltà frequenti di regolazione e adattamento, come testimonia il tasso di allattamento al seno piuttosto basso al 4° mese.

Si evidenzia inoltre un'episodicità dell'integrazione tra servizi, che si esercita in genere attraverso consulenze, richieste solo quando si evidenziano situazioni particolarmente vistose di disturbo.

Sono comunque in aumento le situazioni di disturbo grave del comportamento neonatale (anoressia, gravi disturbi della regolazione) e della relazione genitore-infante che arrivano ai servizi alla fine del primo e durante il secondo anno di vita.

Gli interventi esistenti a sostegno della genitorialità

1. corsi di preparazione alla nascita;
2. progetto Mamma Segreta per la prevenzione dell'abbandono e dell'infanticidio.
3. assistenza e consulenza alle donne vittime di violenza (Cooperativa Sociale Alice: Centro Anti-Violenza "La Nara");
4. consulenza stabile del NPI presso il nido e il reparto di neonatologia (circa 200 bambini all'anno).
5. follow-up neuroevolutivo per i nati a rischio (circa 250 neonati all'anno);
6. attività di psicoterapia genitore infante (disponibili per circa 20 casi all'anno)

Iniziative del terzo settore :

- Progetto N.A.S.C.O. della Cooperativa Sociale Pane e Rose: formazione di una figura professionale di "doula" o "Mother Assistant" per l'intervento domiciliare precoce nella genitorialità difficile: 300 ore di formazione in collaborazione con U.F. S.M. Infanzia e Adolescenza e U.O. Pediatria (finanziamento CESVOT); il percorso di formazione si è concluso nel dicembre 2006 ed è stato completato da 10 donne già impegnate in attività sociali;
- Attività di sostegno alle donne vittime di violenza intra- ed extra-familiare del Centro anti-violenza "La Nara" della Cooperativa Sociale "Alice".
- Progetto della Cooperativa Sociale PAMAT per il sostegno alla genitorialità: costituzione di gruppi di auto aiuto e gruppi di counseling per genitori in collaborazione con U.F. S.M. Infanzia e Adolescenza e U.O. Pediatria;
- Centro di aiuto alla vita: varie forme di sostegno come prevenzione dell'interruzione di gravidanza
- F.I.M.P. in collaborazione con Circostrizione Centro-Est del Comune di Prato: incontri di formazione con futuri genitori.

## Finalità

- Aumentare la capacità di risposta dei Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e dei Servizi Sociali attraverso un progetto di rete diretto ad accrescere il ventaglio delle opportunità di intervento in situazioni di vulnerabilità nell'epoca perinatale, con programmi di medio termine di visitatrici domiciliari (mother assistant), counseling individuale e di gruppo, gruppi di auto-aiuto di genitori.
- Accrescere le conoscenze sui temi della salute mentale perinatale nei servizi e migliorarne le capacità di individuare le situazioni di difficoltà (attualmente, a fronte di un'attesa epidemiologica oscillante tra il 5 e l'8 per cento che comporta una previsione di almeno 100 casi all'anno, la Depressione Perinatale è segnalata solo in meno di 10 situazioni più evidenti).
- Migliorare la capacità dei servizi per la nascita e la prima infanzia di promuovere salute mentale (riduzione del rischio di disturbo iatrogeno)

## Utenza

a) Donne in gravidanza e famiglie con bambini di età inferiore a due anni in situazioni di vulnerabilità per depressione perinatale e disturbi o difficoltà nello sviluppo delle relazioni primarie e dell'attaccamento.

b) Operatori sociali e sanitari implicati nel percorso della nascita e dell'assistenza all'infanzia

## Obiettivi

Promuovere una cultura positiva della salute mentale perinatale, sostenere la resilienza agli eventi avversi intorno alla nascita.

Individuare le situazioni di vulnerabilità e offrire interventi appropriati e di basso impegno economico

## Risultati attesi

Formazione rivolta a 40 operatori: pediatri di libera scelta, assistenti sociali, personale del percorso nascita di diversi profili professionali (pediatri, infermieri, ostetriche, ginecologi), personale della salute mentale (psicologi, psichiatri e neuropsichiatri infantili, infermieri ed educatori professionali). Presa in carico di almeno 100 casi all'anno con diversi interventi (consulenze indirette ai ginecologi, alle ostetriche e ai pediatri, consultazioni prenatali e post-natali, sostegno informale presso il punto nascita, sperimentazione di interventi prolungati di visita domiciliare di "doula", interventi di psicoterapia genitori-infante nel primo anno di vita, presa in carico delle patologie genitoriali gravi, presa in carico precoce dei bambini 0-2 con gravi disturbi, formazione di gruppi di genitori e sviluppo dell'auto aiuto e dell'ascolto.

## **Articolazione del Progetto**

- 1) **Stabilizzazione del gruppo di lavoro misto per la Salute Mentale Perinatale (SMP) del DSM e del Servizio Sociale a cui partecipano 2 neuropsichiatri infantili (24 ore settimanali), 2 psicologi (6 ore sett.), 1**

psichiatra (2 ore sett.), 2 infermiere (10 ore sett.), 1 educatrice (4 ore), 1 neuropsicomotricista (6 ore sett.), 1 fisioterapista esperta nella care individuale del prematuro (8 ore sett.), 2 assistenti sociali (4 ore settimanali). Un NPI e una psicologa hanno già intrapreso una formazione specifica nell'ambito della salute mentale della prima infanzia. Il gruppo sta già operando (con un impegno forzatamente parziale) fornendo una presenza stabile settimanale presso il punto nascita, garantendo il follow-up dei nati a rischio, consulenze all'U.O. di ginecologia e ostetricia, valutazioni neuroevolutive ai neonati ospitati nella Divisione di Pediatria I (neonatologia) e nel nido, un ambulatorio di consultazione per la prima infanzia in collegamento con i pediatri di libera scelta e un servizio di psicoterapia genitore-infante. Il gruppo si integra con i Servizi Sociali, sia con funzioni di collegamento alla rete che con la partecipazione diretta di assistenti sociali con funzioni di intervento, in particolare nel punto nascita. Il gruppo si collega ai soggetti del terzo settore (Cooperativa "Pane e Rose", Cooperativa PAMAT, Centro anti-violenza) per facilitare l'accesso ai servizi da loro forniti e monitorare gli interventi in atto. Il gruppo stabilisce rapporti di interazione con il SERT e l'area materno-infantile per concordare modalità di valutazione e intervento in situazioni di vulnerabilità. Sono stati definiti protocolli di relazioni con il SERT, l'U.O. di O.G. e l'U.O. di Pediatria per la tempestiva attivazione di interventi appropriati e per la loro verifica (in buona parte si tratta di percorsi informali già sperimentati).

Le situazioni principali di vulnerabilità sono così individuate, sulla base dell'esperienza specifica e della letteratura:

- Malformazioni fetali individuate attraverso l'ecografia morfologica della 20 settimana
- Minorazione sensoriale o disabilità evolutiva del neonato
- Basso peso alla nascita e prematurità del neonato
- Depressione genitoriale (non solo materna) perinatale
- Psicosi, grave disturbo di personalità dei genitori e in particolare della madre
- Disturbo del comportamento alimentare della madre
- Uso materno di alcol e sostanze (in particolare cocaina)
- Precedente morte fetale o perdita di un bambino piccolo
- Esposizione dei genitori a maltrattamenti, trauma e violenza nell'infanzia
- Maternità adolescenziale senza supporto
- Monoparentalità

Spesso queste condizioni si sommano accrescendo il rischio.

Alle situazioni individuate intorno al percorso della nascita si aggiungono le situazioni di disturbo precoce della regolazione e della relazione evidenziate dai pediatri di libera scelta o da altri operatori coinvolti nell'assistenza alla prima infanzia.

- 3) **Formazione** di tutti gli operatori ai concetti di base della SMP: accrescere la consapevolezza dei fattori consci e inconsci che promuovono la salute mentale dei bambini nella prima infanzia e nei loro genitori, sviluppare la comprensione dei problemi psicologici che possono presentarsi, facilitare negli operatori una maggiore comprensione del loro ruolo. Fornire conoscenze anche esperienziali sullo sviluppo dell'attaccamento e della regolazione, sulle qualità delle relazioni primarie, sui fattori protettivi e di rischio, le peculiarità del prematuro. Da questo punto di vista risulta di particolare interesse l'esperienza formativa del Centro Studi Martha Harris di Firenze, che permette, tra l'altro, la fruizione del Master di Infant Mental Health della Tavistock Clinic e dell'East London University. Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla preparazione degli operatori del percorso nascita a riconoscere e affrontare la depressione ante- e postnatale e a gestire l'invio al gruppo SMP. Dovranno inoltre essere migliorate le capacità operative dei NPI, psicologi e psichiatri coinvolti nella terapia perinatale. Formazione dei medici (anche Pediatri di libera scelta) e degli psicologi all'uso della Classificazione 0-3R. Non si deve dimenticare che il 30 % delle nascite, e di conseguenza anche delle condizioni di rischio, riguarda stranieri immigrati. Dovrà quindi proseguire e svilupparsi la relazione di collaborazione con il dispositivo di intervento specifico del DSM, ma dovrà essere affrontato un percorso formativo specifico sui temi della nascita, anche in collaborazione con l'Albero della Salute.

#### 4) Interventi operativi

**A)** Casi a rischio per depressione, DCA, o esposizione a fattori di rischio in gravidanza. In queste situazioni si è dimostrato molto efficace, al posto delle tradizionali modalità di invio, un primo incontro congiunto tra i diversi operatori implicati e la donna ed, eventualmente, il suo compagno. Se la presa in carico degli operatori SMP avviene intorno alla 20a settimana e prosegue con incontri quindicinali o mensili fino al termine, è molto più semplice ottenere nelle settimane dopo la nascita la fiducia e la compliance della donna e della coppia per la prosecuzione dell'intervento di consultazione o di psicoterapia nella sua fase più delicata e determinante, ovvero dopo la nascita

**B)** Il reparto di pediatria I accoglie bambini a partire dalla 29a settimana, con livelli di assistenza neonatale che, pur non configurandosi come T.I.N., sono molto spesso caratterizzati da intensività delle cure. Il ricovero e l'assistenza al neonato prematuro o comunque sofferente comportano un costo psicologico elevato da parte dei genitori e degli operatori (infermieri e medici); è inoltre dimostrato che il prematuro, anche a causa delle difficoltà di un contatto tempestivo e prolungato con i genitori, presenta un altissimo rischio di disturbo dell'attaccamento e della relazione primaria. Dagli studi effettuati nel corso di oltre tre decenni in numerosi centri italiani (Torino, Reggio Emilia) e stranieri (Boston, Londra, etc.) l'outcome positivo in termini di attaccamento e relazioni neonato-genitori, oltre che dal punto di vista delle funzioni vitali (alimentazione, regolazione termica, etc.) è legato alla possibilità per genitori

di disporre nel contesto del reparto di ricovero di un sostegno psicologico che consenta loro di affrontare l'esperienza di precarietà e di fragilità del prematuro. Accanto a questo, è indispensabile che il personale possa disporre a sua volta di un sostegno individuale o di gruppo, dato il particolare carico psicologico della cura. Questi interventi avvengono con due modalità:

a) la consulenza neuroevolutiva del NPI nel reparto avviene in presenza di almeno uno dei genitori e di un componente dello staff neonatologico, utilizzando anche items della Scala di Valutazione Neuroevolutiva di Brazelton; questo permette di avvicinare il genitore presente alle modalità di risposta e funzionamento del loro bambino, aiutandoli a conoscerlo meglio. Al tempo stesso, la consulenza può aiutare il personale a circoscrivere le angosce sulle condizioni neuroevolutive del neonato. Anche gli interventi che de volte la settimana la fisioterapista effettua nel reparto servono a "presentare" il bambino alle madri e a rassicurarle sulle loro capacità di occuparsi di bambini così vulnerabili.

b) accanto a questi interventi, sulla base delle esperienze di Cohen, Negri, Henderson ed altri, è opportuno garantire una presenza regolare di psicologi preparati specificamente all'interno del reparto, che offrano momenti di confronto informale di gruppo e individuali ai genitori. L'informalità, nell'esperienza di altri centri, contribuisce molto all'efficacia dell'intervento. Gli psicologi presenti in reparto possono aiutare al tempo stesso, con incontri informali e formali, individuali e di staff, il personale infermieristico e medico a far fronte al carico derivante in particolare dagli eventi avversi (danno o morte dei neonati assistiti) che non sono infrequenti in questa situazione). Il sostegno al personale ha una ricaduta positiva sulla capacità dello staff di facilitare le relazioni dei genitori con i loro figli e rappresenta quindi anche un fattore predisponente indiretto di facilitazione dell'attaccamento.

Attualmente, il gruppo SMP è in grado di garantire il punto a), mentre grazie al finanziamento ottenuto nel 2007 è stato possibile soddisfare le funzioni di b). Si propone pertanto che per questa funzione si proseguano i contratti di collaborazione con gli psicologi che hanno svolto questa attività durante l'anno in corso, conseguendo una particolare esperienza in questo tipo di attività, per 10 ore settimanali complessive (500 ore annue), in modo da poter garantire una presenza su almeno 4 giorni alla settimana.

c) a questi interventi si aggiunge, come sperimentazione, la facilitazione della costituzione di gruppi di auto-aiuto da parte degli operatori della PAMAT onlus

d) gruppi di genitori all'interno della TIN, gestiti in collaborazione con genitori di pretermine (ormai cresciuti)

**C) Ulteriore Sperimentazione degli interventi di assistenza alla maternità vulnerabile da parte delle doule.** Si è avviata per il 2007 la sperimentazione di 10 progetti di intervento domiciliare per 20 incontri ciascuno. Ogni progetto individuale almeno 6 ore di supervisione: come evidenziato dalla letteratura l'efficacia degli interventi di visita domiciliare è legata, oltre che alla continuità e alla regolarità delle visite, alla chiarezza sugli obiettivi della visita da parte

della visitatrice, da discutere in dettaglio in un'apposita supervisione. Si renderanno pertanto necessarie, calcolando che le supervisioni saranno di norma di gruppo, 260 ore delle operatrici formate dal progetto NASCO. Questo intervento dovrebbe essere raddoppiato nel corso del 2008, prevedendo 20 interventi individuali (10 per casi della TIN e 10 per casi segnalati dal servizio sociale)

D) Sperimentazione degli interventi di counseling individuale e di gruppo e della costituzione dei gruppi di auto aiuto (anche al di fuori dell'esperienza del reparto di neonatologia.

E) **verifica della coerenza degli interventi e della risposta terapeutica attraverso specifici strumenti: si è avviata una ricerca sulle modalità di interazione genitore - infante, sul profilo di sviluppo generale e socio-emozionale, oltre che sui processi di attaccamento e regolazione, nei bambini pretermine interessati dal progetto doula, confrontati con quelli che non hanno utilizzato il servizio, a parità di fattori di rischio evolutivo. Vengono utilizzati la Bailey III, le FEAS e la O-3R e la PIR GAS**

#### Fasi del progetto nel secondo anno di attività:

- Consolidamento delle procedure organizzative e delle modalità di relazione della rete.
- Continuazione dell'intervento di supporto psicologico informale ai genitori e allo staff (v. relazione allegata);
- Ampliamento e potenziamento delle attività di follow-up dai 12 ai 30 mesi;
- Prosecuzione degli interventi in corso dei progetti di visita domiciliare da parte delle doule (attualmente in corso);
- Valutazione di esito e soddisfazione degli interventi di doula;
- Avvio di 20 nuovi progetti (dulla base della sperimentazione effettuata nel primo anno: 10 scelti tra i pretermine della neonatologia e 10 scelti dai servizi sociali tra bambini entro il primo semestre di vita;
- **Formazione:** sono state effettuate nel corso del 2007 le seguenti attività formative: riunioni interne di formazione (2), training di due psicologhe agli strumenti della consultazione e della psicoterapia breve genitore-infante nel primo anno di vita; corso di formazione all'uso del manuale diagnostico 0-3R (Prof Muratori, Pisa); Corso sull'intervento psicologico in gravidanza con Giuliana Mieli (Milano); Corso sul modello di Psicoterapia genitore-infante dell'Anna Freud Centre, in collaborazione con l'University College (Londra); Supervisione sulla diagnosi precoce dei disturbi pervasivi dello sviluppo con la Prof. Catherine Barthelemy (Tours); Corso sulla valutazione precoce dello sviluppo neuropsichico nella popolazione cinese (Prof. Li Ming, Pechino); convegno locale sulla figura della doula; Corso sulla Scala di valutazione neurocomportamentale del neonato (NBAS di Brazelton) con Dr. G.Rapisardi (Firenze); Corso sull'uso della motricità spontanea nella valutazione del neonato (Prof Cioni, Pisa); Corso sulle conseguenze evolutive dell'asfissia neonatale (Modena); Corso ADOS per la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico; Corso sulla valutazione e la promozione dell'insight genitoriale secondo i modelli della teoria dell'attaccamento (Prof. David Oppenheim, Haifa).

**Per l'anno 2008 sono previsti i seguenti interventi formativi: Corso sull'individuazione e il trattamento della Depressione Perinatale con la prof. Lynne Murray di Reading; Corso sulla psicoterapia breve genitore-infante secondo il modello di Ginevra, e relativa supervisione, con il Prof. Francisco Palacio Espasa, Ginevra; Corso sugli interventi precoci di facilitazione dell'attaccamento (Prof. Karl-heinz Brisch, Monaco di Baviera; Corso sull'intervento domiciliare di assistenza alla maternità vulnerabile, con la Prof. Anna Maria Speranza, Roma; Corso sull'intervento di supporto nella TIN, con la Dr.ssa Annette Henderson; Corso sulle conseguenze della morte fetale o neonatale sulle funzioni genitoriali, con la Dr.ssa Marguerite Reid (Londra);**

Facilitazione della capacità genitoriale negli asili nido e nei contesti sociali (Dr.ssa Jeanne Magagna, Londra); Supervisione sulla diagnosi precoce dei disturbi pervasivi dello sviluppo con la Prof. Catherine Barthelemy (Tours). Come per l'anno scorso, la formazione è allargata ai pediatri ospedalieri, ai ginecologi e alle ostetriche, ai pediatri di libera scelta, agli operatori dei servizi SMIA toscani e in particolare dell'area vasta.

- Avvio dei progetti di facilitazione all'auto-aiuto e del servizio di counseling da parte di PAMAT;
- Verifica dei progetti sia in termini clinici attraverso strumenti specifici e valutazione della soddisfazione degli utenti coinvolti e degli operatori partecipanti.

### 3 PIANO FINANZIARIO

#### Anno 2008

Costo complessivo del progetto

€ 199.900 per il secondo anno

Risorse soggetto proponente

€ 139.000 (80.000 + 48.000 + 6000 + 5.000) per attività professionale dei dirigenti medici e psicologi (1600 ore), attività professionale di educatori professionali e infermieri (1600 ore), attività professionale di assistenti sociali (200 ore), e uso di locali e attrezzature dell'U.F.

Importo del cofinanziamento dei soggetti promotori

€ 10.000 per uso dei locali, delle attrezzature e dei supporti tecnico-amministrativi, attività di personale dipendente

Quota richiesta di partecipazione regionale

€50.900

CONTRIBUTO EROGATO DALL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE PER L'ANNO PRECEDENTE

€ 30.200

### Singole voci di spesa

Formazione e supervisione	€ 10.000
750 ore di intervento di psicologi esperti non dipendenti	€ 22.500
920 ore di intervento di doula (compresa supervisione)	€ 18.400
<b>Contributo regionale richiesto</b>	<b>€ 50.900</b>
200 ore di attività di psicologi degli enti proponenti cofinanziatori	€ 10.000
1600 ore attività professionale dei dirigenti medici e psicologi dipendenti	€ 80.000
200 ore attività professionale dei dirigenti medici e psicologi dipendenti	€ 6.000
1600 ore di interventi di educatori professionali e infermieri	€ 48.000
Uso di materiali e locali e supporto tecnico amministrativo del soggetto proponente e dei cofinanziatori	€ 5.000
<b>Totale</b>	<b>€ 199.900</b>
<b>Richiesti al Dipartimento Diritto alla Salute della Regione Toscana</b>	<b>€ 50.900</b>

Prato, 1 ottobre 2007

Il Proponente  
Dr. Marco Armellini

Per approvazione

Il Direttore Generale II Direttore Tecnico della  
dell'Azienda U.S.L. 4 di Prato Società della Salute

Dr. Bruno Cravedi

Dr.ssa Anna Maria Calvani