



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE E
L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE
DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM.
UNA REVISIONE DELLA
LETTERATURA**

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Rosanna

De Serio

Tesi di Laurea di:

Chiara Teresa

Delle Vergini

A.A. 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. QUADRO TEORICO.....	2
1.1 Epidemiologia.....	3
1.2 Baby blues.....	5
1.3 Fattori di rischio e cause della depressione post-partum	6
1.4 Strumenti per l'identificazione della depressione post-partum	9
1.5 Responsabilità del personale infermieristico	12
2. MATERIALI E METODI	17
3. RISULTATI.....	18
4.DISCUSSIONE	22
5.CONCLUSIONI	23
BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA	26
Allegato 1. <i>Flow Chart</i>	27
Allegato 2. <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>	28
Allegato 3. <i>Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ)</i>	29

INTRODUZIONE

Questo studio nasce dall'interesse di valutare se gli strumenti che abbiamo a disposizione per identificare precocemente la depressione post-partum (DPP) siano efficaci per prevenirla, essendo uno dei periodi più a rischio nel periodo della gravidanza e del puerperio. In tale momento, infatti, le donne sono più vulnerabili a sviluppare disturbi psichici a causa dei cambiamenti fisiologici e psicologici dovuti al parto.

La DPP è una condizione patologica che può colpire la neomamma nell'intervallo fra le 6 e 12 settimane dal parto. Se non identificata, porta ad autolesionismo e suicidi nelle neomamme e maltrattamenti nei confronti del bambino. Identificare questa condizione è fondamentale per impedire lo sviluppo di complicanze sia nella donna che nel bambino. Meno della metà delle donne ricerca aiuto per questa condizione, e questo riguarda la diagnosi ed il trattamento, e può portare ad avere conseguenze non solo sulla madre, ma sul resto del nucleo familiare e soprattutto sul neonato.

Lo scopo di questa revisione della letteratura è quello di definire la DPP, gli strumenti che abbiamo a disposizione per prevenirla e il ruolo dell'infermiere nell'identificazione precoce della DPP.

1. QUADRO TEORICO

La nascita di un figlio è un'esperienza che cambia profondamente la vita delle persone, a volte il diventare genitori può essere particolarmente faticoso e può comportare la comparsa di sintomi che rivelano un disagio psicologico. Nella letteratura scientifica si indica con il termine "depressione post-partum" una vasta gamma di quadri clinici che descrivono un disturbo depressivo non psicotico con diversa entità che inizia con il parto, a volte già con la gravidanza, per estendersi al periodo successivo. Si utilizza, invece, il termine "psicosi puerperale" per indicare una forma grave di depressione post-partum caratterizzata dalla presenza, oltre che del disturbo dell'umore, di sintomi psicotici quali deliri e allucinazioni.

Gli studi internazionali sull'incidenza della depressione post-partum indicano tassi molto variabili che spaziano in un range tra lo 0,5% e il 60%.

Secondo i dati del Ministero della Salute, in Italia, l'incidenza di questa patologia è tra l'8% e il 12% con diversi livelli di gravità. Questi dati non prendono in considerazione il maternity blues, che è considerato come uno stato di reattività emozionale, che compare tra il terzo e il quinto giorno dopo il parto e che generalmente si manifesta, nel 50%-70% delle puerpere, con una flessione del tono dell'umore di lieve entità che si risolve rapidamente. Dal punto di vista clinico si possono distinguere vari quadri che possono insorgere nei primissimi giorni dopo il parto o entro i primi 6 mesi dalla nascita.

La depressione minore insorge con la massima frequenza tra i 3 ed i 6 mesi dopo la nascita, con segnalazione di casi fino a 9 mesi. È caratterizzata da sintomi simili a quelli del Disturbo Distimico che può presentarsi in altri momenti della vita. Si ha una flessione del tono dell'umore associata alla sensazione di esaurimento fisico, vi è una riduzione dell'appetito, del desiderio sessuale e, generalmente, la sintomatologia è più evidente la sera. Spesso possono comparire disturbi d'ansia: insonnia, attacchi di panico, somatizzazioni e comportamenti ossessivo-compulsivi che si manifestano in particolare nell'accudimento del bambino. In questo quadro, la madre è alla ricerca di sostegno e rassicurazione.

La depressione minore ha diverse evoluzioni:

- Può risolversi entro 6 mesi
- Può presentare recidive
- Può cronicizzarsi

La depressione maggiore può avere un esordio acuto, di solito si manifesta nel primo mese dopo il parto. Ha sintomi comuni alla forma minore ma più gravi e persistenti, le idee ed il rischio di suicidio sono elevati, così come vi è il rischio di danno grave nei confronti del neonato. Le madri possono presentare agitazione o rallentamento motorio e pensieri d'inutilità e autoaccusa, spesso si convincono di non essere capaci nell'accudimento e credono che i propri figli non siano sani. I sintomi possono perdurare per il primo anno di vita del bambino e oltre; possono risolversi solo se adeguatamente trattati.

La psicosi puerperale si manifesta più facilmente dopo il primo parto e in donne con presenza di disturbi psichici nella loro storia personale. I sintomi compaiono spesso entro le prime due settimane dal parto e consistono in varie alterazioni del tono dell'umore (depressione, mania, stati misti) associate a deliri, allucinazioni, disorientamento, confusione mentale e disorganizzazione del comportamento. I contenuti dei deliri riguardano la vita e la salute del bambino o l'appartenenza del neonato che la madre ritiene non suo o scambiato con un altro bambino. Le psicosi puerperali hanno una prognosi migliore di altri quadri psicotici e se ben trattate possono risolversi in sette-otto mesi.

Dai dati disponibili in letteratura emerge che le cause della comparsa della depressione post- partum siano varie. Si tratta di una patologia ad eziologia multifattoriale alla cui comparsa partecipano componenti biologiche, caratteristiche psicologiche, relazionali e ambientali (Castrucci, 2020).

1.1 Epidemiologia

La depressione è una forma di alterazione del tono dell'umore, può essere un sintomo associato ad altri stati patologici o può manifestarsi come una malattia. Comporta una sensazione di tristezza più o meno pronunciata, a cui si associa anche una notevole riduzione dell'autostima e l'incapacità di proiettarsi nel futuro. La depressione è uno dei

problemi psichiatrici più diffusi che ha il maggiore impatto sulla salute pubblica. Alcune fonti suggeriscono che il rischio sia compreso tra il 10% e il 25% per le donne e tra il 5% e il 15% per gli uomini.

Uno dei periodi della vita a maggior rischio per le donne è rappresentato dalla gravidanza e dal post partum. Studi epidemiologici condotti in nazioni e culture diverse evidenziano che la depressione post partum colpisce, con diversi livelli di gravità, dal 7 al 12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la 6^a e la 12^a settimana dopo la nascita del figlio, con episodi che durano tipicamente da 2 a 6 mesi. La donna si sente triste senza motivo, irritabile, facile al pianto, non all'altezza nei confronti degli impegni che la attendono. Il periodo del post partum è caratterizzato da importanti cambiamenti fisici. Nelle ore che seguono la nascita del bambino, i livelli di estrogeni e progesterone e degli ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea possono subire un repentino abbassamento e questo può influire sull'umore e sulle condizioni di salute della donna. Inoltre, la fatica del parto, che sia naturale o che sia cesareo, è tale che occorrono settimane prima che la puerpera possa recuperare le forze (Ministero della Salute, 2020).

Molte donne nella prima settimana dopo il parto si sentono tristi, piangono e sono ansiose. Si tratta di una reazione molto frequente, definita *baby blues*. Il quadro clinico del *baby blues*, però, non dura più di due settimane. Se i disturbi si protraggono più a lungo, o iniziano più tardi, si potrebbe trattare di DPP. Diversi esperti nel campo ritengono che la DPP possa manifestarsi fino a 12 mesi dopo il parto.

I disturbi che potrebbero indicare una DPP includono:

- tristezza, abbattimento, sentirsi giù, per la maggior parte del tempo, ogni giorno
- perdita di interesse e di piacere, nei confronti di attività che prima di solito piacevano
- riduzione dell'energia, facile stanchezza e spossatezza
- disturbi del sonno durante la notte e sonnolenza durante il giorno
- difficoltà a creare un legame con il bambino
- riduzione delle relazioni sociali
- difficoltà a concentrarsi o a prendere decisioni

- pensieri spaventosi ricorrenti, per esempio, paura di far del male al bambino. Molte donne non si rendono conto di soffrire di depressione post partum perché la comparsa dei disturbi (sintomi) può essere graduale.

(ISS, 2018).

La DPP, se non riconosciuta e trattata, interferisce con le abilità della donna di instaurare un interscambio di comportamenti e di emozioni con il suo bambino e con l'attaccamento, capaci di prevenire le conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. Nonostante l'elevata frequenza dei contatti con operatori sanitari (ostetriche, infermieri, puericultrici, pediatri) sia prima che dopo il parto, raramente il disturbo è riconosciuto e viene offerto un trattamento.

Programmi di screening per l'individuazione delle donne a rischio di sviluppare depressione post partum, effettuati già in occasione della prima visita con il medico di famiglia o con lo specialista, o, nell'immediato post partum, come parte integrante della valutazione del benessere psicofisico della donna, nonché successivi interventi clinici realizzati in varie regioni italiane, hanno fornito risultati di grande interesse e suggeriscono che diagnosi e interventi terapeutici precoci e strutturati risultano efficaci e ben accettati dall'utente (Ministero della Salute, 2020).

1.2 Baby blues

Il 70-80% delle puerpere sperimenta il cosiddetto “*baby blues*” o “*bambino malinconico*” che consiste in una certa instabilità emotiva che colpisce la donna immediatamente dopo il parto e nei giorni ad esso successivi. Non si tratta di uno stato patologico e non vi è necessità di uno strutturato intervento terapeutico, farmacologico o psicoterapeutico, perché questo stato di disagio tende a rientrare spontaneamente in tempi brevi (circa due settimane). Il 10-15% delle puerpere va invece incontro ad un vero e proprio stato depressivo che non tende a scomparire spontaneamente come il “*baby blues*”; delle madri non trattate il 50% risultano ancora depresse dopo 6 mesi e il 25% ancora dopo 1 anno.

Poiché è scientificamente comprovato che la depressione è un disturbo prevenibile, diventa estremamente importante implementare azioni integrate fra diversi settori e a

diversi livelli per favorire l'inclusione sociale e garantire il coinvolgimento dell'intera comunità (Ministero della Salute, 2020).

1.3 Fattori di rischio e cause della depressione post-partum

È stato pubblicato sulla rivista *European Psychiatry* l'articolo "Positive screening and risk factors for postpartum depression", è il primo studio in Italia sull'argomento condotto su un così ampio campione e che abbia valutato tra i fattori di rischio della depressione post-partum anche gli eventi stressanti intervenuti durante e subito dopo il parto, incluso l'eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino.

Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza e scarso supporto psicologico da parte del partner e dei familiari si confermano essere importanti fattori di rischio. I risultati dello studio suggeriscono inoltre che anche i problemi di salute della puerpera insorti per complicazioni durante il parto, problemi di salute del neonato e disturbi del sonno della puerpera e del neonato sono associati alla depressione post-partum (ISS, 2019).

Si stima che nel mondo occidentale, come risulta da molti studi epidemiologici, pur con ampia variabilità, la depressione post partum colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono. Sottovalutare questo disturbo può rappresentare una grave carenza in sanità pubblica.

L'Istituto Superiore di Sanità ha avviato nel marzo 2012 e concluso nel marzo 2015 il progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", finanziato dal Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute.

Il progetto ha avuto i seguenti obiettivi:

- Valutare la fattibilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento psicologico, di provata efficacia sperimentale, messo a punto da Milgrom e collaboratori, di intervento precoce e prevenzione delle complicanze della DPP;

- Mettere a punto modalità di sensibilizzazione e informazione per le donne a rischio di DPP, e dei loro familiari, sull'importanza del disturbo in questione e sull'opportunità di un intervento precoce;
- Definire modalità di screening praticabili e accettabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di DPP.

Per la realizzazione di questi obiettivi sono state coinvolte tre Unità Operative (UO):

- Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 9 (ULSS) di Oderzo, Treviso;
- Azienda Sanitaria Regionale Molise (ASReM), Campobasso;
- Azienda Ospedaliera di Treviglio, Bergamo.

Lo studio ha previsto le seguenti fasi:

- messa a punto del materiale informativo di sensibilizzazione;
- formazione degli operatori sanitari;
- sensibilizzazione delle puerpere al problema della DPP,
- screening delle puerpere;
- approfondimento diagnostico-clinico;
- intervento psicologico, se indicato;
- valutazione degli esiti dell'intervento.

In collaborazione con le UO è stato realizzato il materiale informativo di sensibilizzazione al problema della DPP, in particolare l'opuscolo "*Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse*" e realizzato tutte le fasi del progetto.

È stato realizzato uno studio preliminare sui fattori clinici e sociodemografici associati a tale rischio. Il profilo psicologico e sociale che emerge è quello di una donna con una storia pregressa di ansia e/o depressione, con un basso sostegno sociale e familiare percepito e con una bassa autostima.

Oltre ai risultati, viene illustrata l'applicazione del modello d'intervento utilizzato e sono descritte le esperienze delle Unità Operative e dei Centri clinici supporter che hanno partecipato allo studio. Viene delucidato lo stato dell'arte in riferimento alla prevalenza e alle evidenze cliniche del problema e commentati i percorsi psicodiagnostici. Un capitolo è dedicato agli esiti sullo sviluppo del bambino. Sono riportate le evidenze dell'importanza di un intervento precoce, anche in riferimento al

rischio di suicidio e infanticidio e delineati i traguardi futuri di avanzamento scientifico (ISS, 2019).

L'osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDA) indica i seguenti fattori come cause di depressione post-partum:

- fattori ormonali: dopo il parto si ha una brusca riduzione della concentrazione di estrogeni, progesterone e cortisolo, anche gli ormoni tiroidei possono diminuire provocando stanchezza;
- fattori fisici: i ritmi imposti dal neonato e la fatica del post partum possono indurre stress che riduce la capacità di difesa immunitaria e di reazione della donna rendendola più vulnerabile alla depressione;
- fattori psicologici: la bassa autostima e la tendenza al perfezionismo rappresentano delle condizioni predisponenti alla comparsa della patologia;
- fattori sociali: la giovane età, l'inesperienza, la scarsità di aiuto e sostegno della famiglia e del partner ed il basso status economico sono condizioni sfavorevoli per l'insorgenza della depressione post-partum;
- fattori cognitivi: nutrire aspettative irrealistiche sull'essere madre o sul bambino espone maggiormente al rischio di depressione

I più importanti fattori psicologici di rischio per la depressione post-partum sono:

- una storia passata di depressione e ansia
- la presenza di disturbo bipolare
- la presenza di problemi psichici o somatici durante la gravidanza
- la gravidanza indesiderata
- la tendenza all'autosvalutazione
- l'essere vittima di violenza domestica o sessuale
- la gravidanza tardiva
- il parto pretermine
- l'essere nubile
- il non allattare al seno

- il basso senso di autoefficacia

In letteratura risulta come lo stile di attaccamento materno insicuro costituisca un fattore di vulnerabilità per l'esordio di disturbi psichici in gravidanza e nel post-partum. Fra le circostanze sociali e ambientali predisponenti alla patologia vanno aggiunte, a quelle già indicate, il basso livello d'istruzione e l'appartenenza ad una minoranza etnica (Castrucci, 2020).

1.4 Strumenti per l'identificazione della depressione post-partum

Gli strumenti di screening non rappresentano uno strumento diagnostico ma possono essere particolarmente utili per prevenire le situazioni di rischio.

Gli strumenti di screening che si hanno a disposizione sono:

- *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS) o Scala di Edimburgo: un questionario di 10 item concepito come strumento di screening per migliorare l'individuazione della depressione post-natale nel contesto dei servizi sociosanitari e può essere utilizzato anche da ricercatori che intendono raccogliere informazioni sui fattori che influenzano il benessere emotivo delle neomamme e delle loro famiglie. Le donne che ottengono un punteggio compreso tra 0 e 12 non sono depresse a differenza di quelle che presentano un punteggio compreso tra 13 e 21 per le quali c'è una diagnosi possibile o certa di depressione post partum.
- *Antenatal Risk Questionnaire* (ANRQ): è un questionario self report composto da 6 domande chiuse a cui la donna può rispondere su una scala da 0 (no) a 5 (si) punti e 7 domande a cui la donna deve rispondere con una scala da 1 a 5. Gli items che va ad indagare sono la storia passata della salute mentale e di violenza fisica, livello attuale di supporti, rapporto con la madre e partner, livelli di ansia e ossessione, fattori stressogeni nell'ultimo anno. Il punteggio è >23, ma se la donna ha risposto "si" a storia di problema di salute mentale o abusi, si considera ad alto rischio di DPP indipendentemente dal punteggio ottenuto dal questionario.

- *Blues Questionnaire*: è una scala composta da 28 item del tipo: “più del solito”, “molto più del solito”, “meno del solito”, “molto meno del solito” e “non differente”. Il questionario viene somministrato entro la sera del terzo e quinto giorno post partum, giorni nei quali comunemente si verificano dei picchi nella sintomatologia depressiva.
- *Post Partum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R)*: questo strumento self-report è stato costruito da Beck nel 2001 a partire da una sua metanalisi nella quale ha individuato i 13 principali predittori della depressione post partum: i primi 10 fattori compaiono nella Prenatal Version mentre la Post partum Version li comprende tutti e tredici. Gli item che compongono la Prenatal Version sono relativi allo stato civile della donna (se single, sposata, separata, divorziata o convivente), lo status socioeconomico (alto, medio, basso), l’auto biasimo, l’eventuale presenza di depressione durante la gravidanza o di ansia, l’aver programmato o meno la gravidanza, un eventuale storia di depressione, il supporto sociale (del partner, della famiglia, degli amici), l’essere o meno soddisfatta della relazione col proprio partner, la presenza di stress legati alla vita (problemi finanziari, disoccupazione o problemi legati alla sfera lavorativa). La Post natal Version invece comprende item relativi allo stress legato alle cure da dare al neonato, al suo temperamento e all’eventuale presenza di maternity blues. Ad ogni risposta negativa si assegna uno 0 mentre ad ogni risposta positiva un 1
- *Vulnerable Personality Questionnaire (VPSQ)*: è uno strumento self-report costituito da 9 item disposti su una Scala Lickert a 5 punti e sviluppato a partire dalla letteratura e dalla pratica clinica relative alla depressione post partum. Gli item riflettono alcune caratteristiche della personalità che si pensa siano associate ad una maggiore vulnerabilità per lo sviluppo della depressione post partum: stile di coping, nervosismo, timidezza, sensibilità, ansietà, organizzazione, ossessioni, espressività e volubilità.
- *Pregnancy Risk Questionnaire (PRQ)*: consiste di 18 item da somministrare prima del parto e di altri 3 nel post partum disposti su di una Scala Lickert che va da 0 a 5 punti: i primi valutano l’attitudine che la donna mostra nei confronti della sua gravidanza, la sua esperienza con i genitori durante l’infanzia, il

supporto sociale, un eventuale storia di abusi sessuali o fisici subiti, un eventuale storia di depressione, la depressione durante la gravidanza, stress legati alla vita, l'ansia prima del parto ed eventuali tratti ossessivi.

- *Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME)*: questo strumento, sviluppato da Bernazzani e colleghi nel 2005, valuta i fattori di rischio psicosociale per lo sviluppo di disturbi dell'umore durante la gravidanza e nel post partum, ne esistono due versioni: una caratterizzata da un'intervista da somministrare prima e dopo il parto, e una versione solo da somministrare nel post partum. Va ad indagare tre aree molto rilevanti per la maternità: recenti difficoltà o stress legati alla vita, supporto sociale e relazioni sociali, sensazioni materne collegate alla gravidanza, maternità e bambino.
- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)*: è un'intervista semi strutturata ampiamente usata nella ricerca clinica e di cui sono state dimostrate attendibilità e validità. Una versione modificata e ridotta di tale strumento è stata utilizzata in varie ricerche con donne nel post partum.
- *Inventory to Diagnose Depression (IDD)*: si tratta di una scala self-report composta di 22 item sviluppata in accordo con i criteri diagnostici del DSM-III per identificare un episodio di depressione maggiore; tale strumento stima una grande serie di sintomi depressivi clinicamente significativi in base alla loro gravità e durata (solo i sintomi di moderata gravità che perdurano per due o più settimane sono considerati clinicamente significativi). Vari autori hanno utilizzato questo inventario per identificare le donne che presentavano i sintomi di depressione post partum con buoni risultati.
- *Beck Depression Inventory (BDI)*: il BDI di Beck (1979) è un test per la valutazione della depressione che può essere utilizzato nella forma self-report oppure somministrato a voce. È composto da 21 item che valutano l'intensità della depressione indagando tristezza, pianto, irritabilità, ritiro sociale, senso di fallimento, insoddisfazione, senso di colpa, autoaccusa, idee suicidarie, disturbi del sonno, affaticamento e calo dell'appetito.
- *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)*: è un breve questionario self-report adatto alle valutazioni epidemiologiche e di screening della depressione. È costituito da 20 item riguardanti l'umore depresso,

sentimenti di colpa e inutilità, senso di disperazione e senso di impotenza; nella somministrazione si chiede al paziente di fare riferimento all'ultima settimana.

- *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)*: è una scala costruita da Hamilton nel 1960 e utilizzata per misurare la gravità della depressione in pazienti già diagnosticati come depressi; è composta da 21 aree indagate attraverso un'intervista clinica.
- *Zung Self-Rating Depression Scale*: è una scala self-report in cui il paziente risponde autonomamente a 20 items; vengono indagate quattro aree fondamentali della sindrome depressiva: somatica, psicologica, psicomotoria e del tono dell'umore.

1.5 Responsabilità del personale infermieristico

Il profilo professionale D.M. 739/94 definisce l'infermiere come responsabile dell'educazione sanitaria della persona assistita, è "l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria."

Dal Codice Deontologico (2019): Art 2 "L'infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca."

Art 4 "Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura." Art 17 "Nel percorso di cura l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili." L'articolo 27 afferma che l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di

rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi. Per questo motivo è fondamentale pianificare la dimissione, con la compilazione di una documentazione in grado di descrivere il percorso da intraprendere al di fuori della struttura ospedaliera. È importante valutare la presenza o meno di una persona in grado di accompagnarla nel post ricovero che sia in grado di riconoscere segni e sintomi di una patologia.

Da un protocollo di screening, è stato implementato, utilizzando la Scala di DPP di Edimburgo (EPDS), con consultazioni come indicato a un consulente clinico professionista autorizzato in loco. L'infermiera del gruppo di assistenza era responsabile dell'avvio dello screening a 2 settimane dopo il parto, e dell'inserimento di un rinvio di salute mentale, se necessario. Sono state condotte revisioni retrospettive delle cartelle cliniche per determinare se è stato implementato uno screening tempestivo tra le madri idonee e se sono stati effettuati rinvii per quelle a rischio in base al punteggio EPDS. La depressione post partum è un problema prevalente, ma sotto identificato, tra le madri con bambini nell'unità di terapia intensiva neonatale (NICU). La depressione post partum può comportare conseguenze immediate e a lungo termine per madre e bambino. Lo screening, seguito da un intervento precoce, è fondamentale per il miglioramento e la risoluzione. Lo scopo del progetto era quello di avviare uno screening precoce per la DPP tra una popolazione ad alto rischio per identificare e fare riferimento per un trattamento precoce. Il 24% delle donne sottoposte a screening era ad aumentato rischio di DPP in base al loro punteggio EPDS, circa il doppio di quello della popolazione generale (12,5%). Tutte le donne con uno schermo positivo hanno avuto un rinvio e sono state viste dal consulente clinico professionista autorizzato entro tre giorni. Questo progetto riconosce l'importanza di un approccio di cura interdisciplinare e sottolinea la necessità di un'identificazione precoce e di un trattamento per la DPP tra le madri con bambini in terapia intensiva neonatale. Il progetto può guidare iniziative future per aumentare l'uso dello screening in ambito ospedaliero, per rilevare la DPP durante le sue fasi iniziali e più curabili. (Hannah M. *et al*)

Da uno studio con lo scopo di determinare l'efficacia di un intervento educativo nel ridurre o prevenire i sintomi della DPP, delle donne di lingua inglese di età pari o superiore a 18 anni con un neonato sano a termine sono state reclutate da un'unità di

maternità da 11 posti letto nel sud del New Hampshire. Utilizzando un disegno quasi sperimentale, i primi 120 intervistati hanno ricevuto le cure abituali (controllo) e i seguenti 120 intervistati hanno ricevuto l'istruzione (trattamento) compresi i predittori DPP, i sintomi, la prevenzione e la gestione. Gli attuali fattori di rischio sono stati misurati utilizzando il Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R). I sintomi della depressione sono stati misurati utilizzando la Scala di DPP di Edimburgo (EPDS) a 6 settimane, 3 mesi e 6 mesi dopo il parto. Sono stati utilizzati test z a due proporzioni per determinare se l'istruzione ha avuto un impatto significativo sui punteggi EPDS in ciascuno dei tre follow-up. Non vi è stata alcuna differenza significativa nei sintomi della DPP misurata con l'EPDS tra il gruppo di trattamento e di controllo a 6 settimane, 3 mesi o 6 mesi dopo il parto. Tuttavia, coerentemente con studi precedenti, il basso stato socioeconomico e una storia di depressione o ansia prima o durante la gravidanza erano predittori significativi di DPP. L'educazione alla dimissione infermieristica post partum non ha diminuito i sintomi della depressione fino a 6 mesi dopo la dimissione. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare i tempi e il contenuto più appropriati dell'educazione sulla DPP. Molte donne a rischio possono essere identificate prima della nascita. L'educazione per migliorare l'alfabetizzazione sulla DPP potrebbe dover essere fornita prenatale e rafforzata durante il ricovero post partum e dopo la dimissione. (McCarter *et al*)

Infine, con la progettazione esplorativa qualitativa, utilizzando il campionamento di convenienza, le madri post partum sono state reclutate attraverso volantini pubblicati in luoghi pubblici e sui siti di social media. Il rischio di depressione post partum è stato valutato con l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) prima di interviste qualitative. I metodi di analisi dei contenuti sono stati utilizzati per estrarre temi dalle

narrazioni dei partecipanti. Dodici madri indiane asiatiche auto-identificate, sposate, di età compresa tra 29 e 40 anni, che vivono nel nord della California, che hanno dato alla luce un bambino sano negli ultimi 12 mesi, hanno preso parte a questo studio. I punteggi sull'EPDS hanno indicato che due partecipanti erano ad aumentato rischio di sviluppare DPP. L'analisi dei contenuti ha rivelato due temi emergenti: pratiche e cerimonie post partum specifiche per la cultura e il loro ruolo nel recupero post partum materno-infantile; e Comportamento di ricerca di aiuto per la salute mentale materna. (Goyal *et al*).

Da uno studio longitudinale basato sulla somministrazione di questionari riguardanti l'esperienza sull'evento della nascita in due tempi (T1 giorni 1-4; T2 2 mesi dopo il parto) alle donne completamente o parzialmente alloggiate nel reparto di maternità di un centro di assistenza sanitaria terziaria in Israele, si evince, inoltre, come la modalità di rooming-in non vada particolarmente a influenzare il legame madre-figlio nel primo tempo di somministrazione, tuttavia si evince come il rooming in completo sia un predittore significativo di legame a due mesi dopo il parto, a differenza del rooming in parziale. Si sottolinea la responsabilità del personale ospedaliero a prendere consapevolezza delle intenzioni delle madri per quanto riguarda la richiesta di rooming-in completo.

Il rooming-in completo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1998) come una pratica ospedaliera in cui madri postnatali e neonati sani rimangono insieme nella stessa stanza 24 ore al giorno dal momento in cui arrivano nella loro stanza dopo il parto fino alla dimissione. Questa pratica è stata raccomandata per tutti i neonati sani e a termine che ricevono cure di routine, indipendentemente dal loro metodo di alimentazione. Prima di questa raccomandazione, era pratica standard

separare parzialmente (cioè il neonato viene trasferito al vivaio a intervalli di tempo designati) o separare completamente i neonati dalle loro madri ai vivai. Al giorno d'oggi, nella maggior parte degli ospedali di tutto il mondo non c'è una separazione completa dopo la nascita, tranne nei casi in cui la madre e / o il bambino richiedono cure mediche speciali (ad esempio neonati pretermine) e il room-in è completo o parziale. Nel rooming-in parziale, il bambino rimane con la madre per la maggior parte della giornata e viene trasferito al nido a intervalli di tempo designati, di solito di notte e a mezzogiorno. In una recente revisione, tali separazioni madre-bambino sono state collegate a esiti negativi come i disturbi dello sviluppo neurologico.

Al contrario, è stato proposto che il rooming-in completo sia associato a risultati benevoli come il legame positivo madre-bambino o un aumento dei tassi di allattamento al seno.

Il legame materno è inteso come uno stato emotivo dinamico che emerge durante la gravidanza o immediatamente dopo la nascita e continua a svilupparsi nei primi mesi di vita del bambino. Pertanto, il legame madre-bambino è definito come "uno stato affettivo della madre" che si riferisce alle emozioni e alle cognizioni che una madre ha nei confronti del suo bambino e di sé stessa come genitore e può essere valutato utilizzando strumenti di autovalutazione materna come il questionario Postpartum Bonding. Il legame genitore-bambino è considerato centrale per il benessere infantile e per lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino, ma anche per una maggiore interazione da parte delle neo-madri e per lo sviluppo di un legame positivo, per cui una scelta di alloggio da incoraggiare a partire dai professionisti sanitari che interagiscono in prima linea con le future madri. (Jonathan E. *et all*)

2. MATERIALI E METODI

È stata condotta una ricerca tramite le banche dati di Pubmed, inoltre, sono stati consultati diversi siti internet quali Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche).

Sono state individuate le seguenti parole chiave: *nurse, postpartum depression, identify, Edinburgh Postnatal Depression scale*, combinate con l'operatore Booleano AND.

Gli articoli sono stati reperiti in versione: *full text*. In tutte le banche dati è stato utilizzato come limite temporale 10 anni (2012-2022). Sono stati utilizzati gli articoli che trattavano di DPP in diversi contesti clinici e articoli che parlavano di conoscenze infermieristiche inerenti alla DPP e sua identificazione attraverso gli strumenti. Sono stati esclusi tutti gli articoli di non pertinenza agli interessi infermieristici.

È stata effettuata una revisione della letteratura analizzando 23 studi. Di questi, 10 sono stati esclusi in quanto non in linea con il quesito di ricerca.

Sono stati infine selezionati per la revisione 7 articoli, in quanto in linea con il quesito di ricerca.

Dal Ministero della Salute sono stati presi in considerazione 3 articoli, di questi, ne è stato preso in considerazione 1 in quanto in linea con il quesito di ricerca.

Dall'Istituto Superiore di Sanità sono stati presi in considerazione 6 articoli, di questi, ne sono stati presi in considerazione 2 in quanto in linea con il quesito di ricerca.

Dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), Codice Deontologico 2019, sono stati citati gli articoli inerenti alla scelta dello studio.

3. RISULTATI

La revisione è stata redatta sulla base di dieci articoli selezionati, relativi all'identificazione precoce della depressione post partum, sua definizione e ruolo dell'infermiere.

Dall'osservazione emerge che, gli infermieri e gli operatori tutti dovrebbero attuare programmi di screening per l'individuazione della DPP mediante l'utilizzo di scale di valutazione, essendo di fondamentale importanza per la prevenzione, nonché mediante il dialogo con le neomamme.

L'infermiere, nel corso della sua professione, rispettando la propria etica, si impegna a far emergere l'importanza della relazione tra infermiere e paziente.

Come sopra citato, la nascita di un figlio cambia profondamente la vita delle persone, viene considerato "un lieto evento" nonostante esso possa generare difficoltà nella coppia e nella gestione di ciò che ne consegue. Per questo è importante che vengano agevolati progetti di aiuto per lo sviluppo di una relazione madre/figlio, attraverso programmi di screening e colloqui con i pazienti, favorendo anche programmi nelle strutture sanitarie e sul territorio.

Gli infermieri e gli operatori sanitari tutti, sono responsabili dell'assistenza generale sanitaria, per questo, responsabili dell'identificazione precoce della depressione post partum mediante gli strumenti a disposizione, differenziandola, inoltre, dal baby blues.

Il presente studio conferma l'efficacia e il facile utilizzo della scala di valutazione Edinburgh Postnatal Depression Scale, impiegato nei programmi di screening a livello internazionale, ai fini di individuare le donne potenzialmente a rischio di DPP.

La maggior parte delle neomamme ha trovato accettabile essere sottoposte a screening per la depressione vedendolo come parte positiva della loro cura.

Tabella 1. Tavola di estrazione dati

ARTICOLO	AUTORE- RIVISTA- ANNO	TIPOLOGIA DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI PRINCIPALI
SCREENING DELLA DEPRESSIONE POSTPARTUM PER MADRI DI BAMBINI NELL'UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	Berns HM, Drake D. MCN am J Matern Child Nurs; Pub Med 2021	Protocollo di screening	Avviare lo screening a due settimane dal parto	Tutte le donne con uno screening positivo hanno avuto rinvio e sono state viste dal consulente clinico entro 3 giorni
DEPRESSIONE POSTPARTUM TRA LE MADRI INDIANE ASIATICHE	Deepika Goyal, Parco Van Ta, Susan McNiesh; Pub Med 2015	Progettazione esplorativa qualitativa	Esplorare le prospettive delle madri indiane asiatiche sulla DPP e sul comportament o di ricerca di aiuto per la salute mentale	Sono stati rivelati due temi emergenti: pratiche e cerimonie materno-infantili; e comportamenti di ricerca di aiuto per la salute mentale

ASSOCIAZIONI DI ROOMING- IN CON LEGAME MATERNO POSTPARTUM: L'IMPATTO DELLE INTENZIONI PREPARTO DELLE MADRI	Jonathan E. Handelzalts, Sigal Levy, Maayan Molmen- Lichter, Maria Muzik, Haim Krissi, Aron Wiznitzer, Yoav Peled; Pub Med 2021	Studio del questionario longitudinale	Valutare l'effettivo beneficio del rooming-in	Le donne che hanno praticato il rooming-in parziale hanno manifestato più difficoltà di legame rispetto alle donne che hanno scelto di praticare il rooming-in completo
STRUMENTI DI SCREENING PER LA DEPRESSIONE NELLE CURE PRIMARIE	Najla A. Lakkis, Dina M. Mahmassan i; Pub Med 2015	Screening	Implementazio ne degli screening nelle strutture sanitarie	Le donne risultate positive allo screening sono state intervistate in modo più approfondito per un migliore follow-up

EFFICACIA DELL'EDUCAZIONE ALLA DIMISSIONE SULLA DEPRESSIONE POSTPARTUM	Deborah McCarter- Spaulding, Stephen Shea; Pub Med 2016	Disegno quasi sperimentale	Determinare l'efficacia di un intervento educativo nel ridurre o prevenire sintomi della DPP	Non c'è stata alcuna differenza significativa tra sintomi misurati dall'EPDS tra il gruppo di trattamento e quello di controllo. Tuttavia, il basso stato socioeconomico e una storia di depressione prima o durante la gravidanza erano predittori significativi di DPP
--	---	-------------------------------	---	--

4.DISCUSSIONE

Gli infermieri e gli operatori tutti che si prendono cura delle donne durante il periodo prenatale e post partum prolungato hanno l'opportunità di instaurare un rapporto con le loro pazienti che può offrire una gamma di opportunità per educare e aiutare a far allontanare i miti sui sintomi e sul trattamento della DPP.

Per promuovere risultati materno-infantili di successo, l'educazione DPP dovrebbe essere avviata al primo appuntamento prenatale, continuare durante la gravidanza ed essere presente nelle visite del bambino fino al primo anno post partum. L'educazione dovrebbe includere segni e sintomi di DPP, nonché l'importanza di una tempestiva ricerca di aiuto per la salute mentale.

Inoltre, la ricerca in essere ha confermato che le donne che vengono comprese, capite dal punto di vista emotivo e psicologico risultano essere meno a rischio di sviluppare questo fenomeno.

Dalla presente revisione si confermano i dati presenti in letteratura, ovvero che non c'è correlazione tra età della madre ed etnia. Le donne con EPDS positivo, a rischio di DPP, risultano essere per la maggior parte primipare. Inoltre, dall'indagine si è visto che, anche se con percentuali minori rispetto al parto naturale, il parto cesareo rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo della DPP.

5.CONCLUSIONI

Il presente studio conferma l'efficacia e il facile utilizzo della scala di valutazione Edinburgh Postnatal Depression Scale, impiegato nei programmi di screening a livello internazionale, ai fini di individuare le donne potenzialmente a rischio di DPP.

La maggior parte delle neomamme ha trovato accettabile essere sottoposte a screening per la depressione vedendolo come parte positiva della loro cura.

Il periodo post partum, come detto in precedenza, è un'esperienza che cambia profondamente la vita delle persone, a volte, il diventare genitori può essere particolarmente faticoso e può comportare la comparsa di sintomi che rivelano un disagio psicologico, si è più vulnerabili, se si prende in considerazione anche il cambiamento fisico, il cambiamento del ritmo sonno-veglia e tutto ciò che consegue alla nascita di un figlio.

Sono stati individuati significativi fattori di rischio presenti nei soggetti risultati positivi allo screening, quali: parto cesareo, difficoltà nell'allattamento, bambino ricoverato in neonatologia, percezione di uno scarso aiuto pratico ricevuto dal partner o dai familiari, vissuto psicologico di insufficiente comprensione da parte del partner, situazione socioeconomica instabile.

L'OMS raccomanda l'integrazione della salute mentale nell'assistenza sanitaria generale al fine di sigillare il divario esistente tra il numero di pazienti che hanno bisogno di cure per la salute mentale e quelli che effettivamente la ricevono. Ecco perché strumenti di screening della depressione affidabili, brevi e facili da somministrare sono importanti per aiutare gli operatori sanitari a identificare i pazienti a rischio. I pazienti con punteggi positivi dovrebbero essere intervistati in modo più approfondito.

Gli strumenti computerizzati di screening della depressione che sono interfacciati o integrati nelle cartelle cliniche elettroniche sembrano essere passi promettenti verso l'ottimizzazione della diagnosi, del trattamento e del follow-up. La disponibilità di un'adeguata gestione e follow-up sono requisiti etici per l'utilizzo di qualsiasi strumento di screening per la depressione.

Il ruolo dell'infermiere e dei professionisti sanitari è di fondamentale importanza per l'identificazione della DPP. Essi devono informare la persona assistita della necessità, in gravidanza e dopo il parto, di una valutazione psicologica, nel colloquio atto all'educazione sanitaria pre-dimissione, in modo da essere informata su un'eventuale comparsa di sintomi, fornendo informazioni sulla DPP, su dove ottenere aiuto e supporto in ambito territoriale e informare sulla gestione della sintomatologia.

Il ruolo dell'infermiere è quindi fondamentale per identificare possibili segni e sintomi di depressione post partum, soprattutto mediante l'educazione adeguata alle mamme riguardo ai fattori di rischio, tempistiche e differenziazioni tra depressione post partum e baby blues; l'implementazione mediante opuscoli e altro materiale informativo, che possa rendere la donna e tutto il suo sistema di supporto conscio dell'esistenza di questa patologia post-natale e della fondamentale prevenzione di essa mediante screening precoci e riconoscimento primario dei segni e sintomi alle loro prime comparse.

Fondamentale l'importanza del sistema sanitario, nella fase precoce, ma anche nell'immediato post-partum con il riconoscimento dei bisogni della neo-madre e l'attuazione di interventi come l'applicazione del rooming-in, andando così a stimolare un legame positivo madre-figlio, ma anche rendendo possibile una valutazione immediata delle metodiche di approccio e una migliore continuità assistenziale al momento della dimissione.

Risulta sicuramente fondamentale il ruolo del sistema di supporto alla neomamma, per quanto riguarda il riconoscimento dei fattori di rischio per lo sviluppo della DPP, ma soprattutto per il riconoscimento repentino dei primi segni e sintomi, che rendono possibile una richiesta d'aiuto precoce, che vada ad indagare sugli aspetti psicologici-emotivi e accompagni i neogenitori nel percorso di nascita e sviluppo dello stesso legame genitoriale.

Tutti questi interventi andrebbero standardizzati, mediante l'implementazione di protocolli nella pratica clinica antecedente e contemporanea al percorso di gestazione, nascita e sviluppo, come ad esempio l'identificazione della DPP con la somministrazione del questionario ANRQ nel parto e della scala EPDS nel postparto a responsabilità del personale infermieristico adeguatamente formato.

Importante quindi la responsabilizzazione del personale sanitario tutto sulla necessità di riconoscere la pericolosità della patologia e quindi l'importanza di un giusto riconoscimento di quest'ultima, implementando questa pratica nell'assetto clinico data la facile applicabilità dei questionari, in quanto di autovalutazione da parte della madre e di facile calcolo dell'esito, che orienterebbe direttamente ad una successiva diagnosi clinica fondamentale.

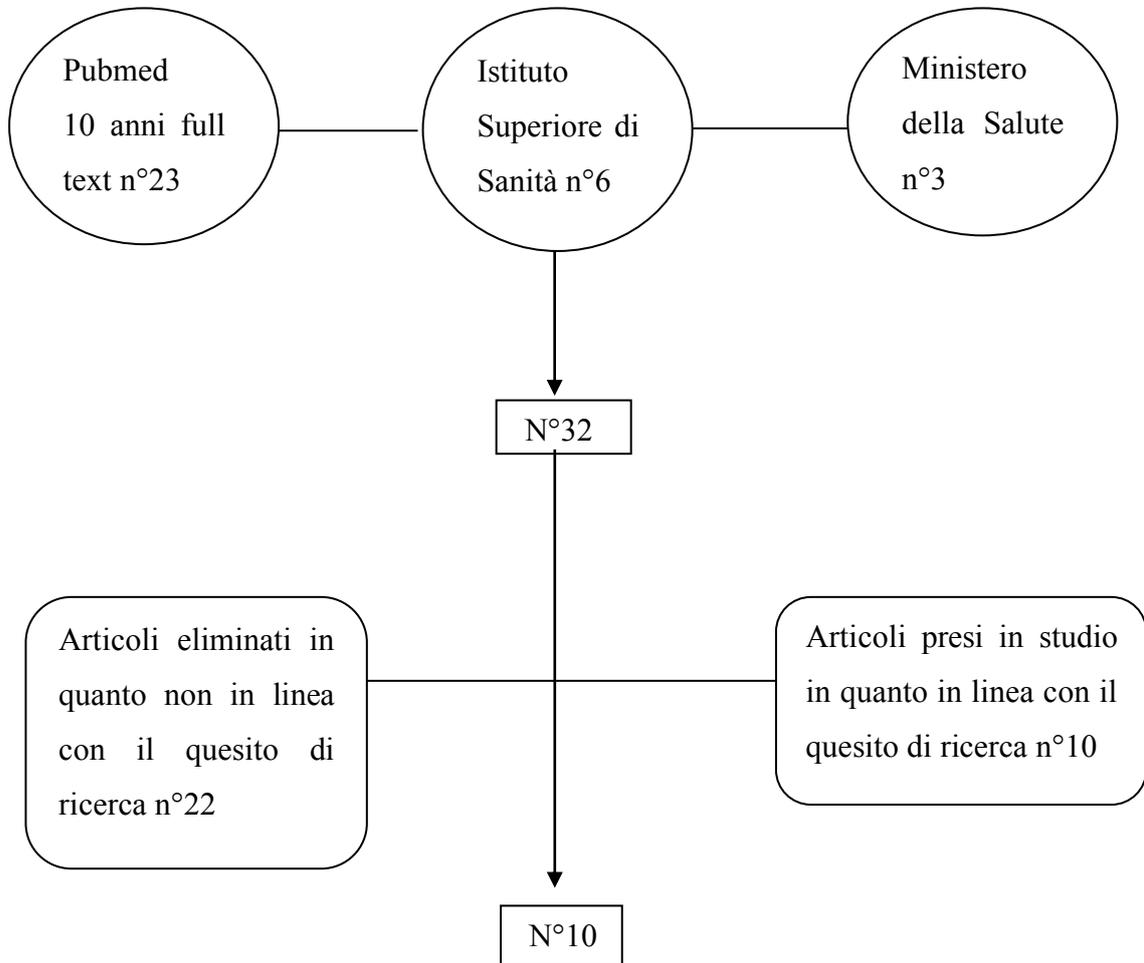
“Il tempo di relazione è tempo di cura”

(Codice Deontologico, 2019)

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- Berns HM, Drake D. MCN am J Matern Child Nurs; *screening della depressione postpartum per madri di bambini nell'unità di terapia intensiva neonatale* - 01;46(6):323-329, 2021
- Castrucci L.; *depressione post-partum: cause, sintomi, trattamento* - 2020
- Goyal, Deepika PhD, RN, FNP-C; Park, Van Ta PhD, MPH; McNiesh, Susan PhD, MS, RNC-OB; *depressione postpartum tra le madri indiane asiatiche*. MCN Am J Matern Child Nurs - 2015
- Istituto Superiore di Sanità; *fattori di rischio per la depressione post partum* - ISS - 2019
- Istituto Superiore di Sanità; *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum* - ISS, 2019-2021
- Jonathan E.Handelzalts, Sigal Levy, Maayan Molmen-Lichter, Maria Muzik, Haim Krissi, Arnon Wiznitzer, Yoav Peled; *associazioni di rooming-in con legame materno postpartum: l'impatto delle intenzioni preparto delle madri* - ScienceDirect, 2021
- LakkisNA, MahmassaniDM; *strumenti di screening per la depressione nelle cure primarie*. Postgrad Med. 127(1):99-106 - 2015
- McCarter-Spaulding D, Shea S.; *Efficacia dell'educazione alla dimissione sulla depressione postpartum*. MCN Am J Matern Child Nurs, 41(3):168-72 - 2016
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. (Ed.); *depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson - 2003
- Ministero della Salute; *Depressione post partum* - 2020

Allegato 1. Flow Chart



Allegato 2. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|---|---|
| 1. I have been able to laugh and see the funny side of things | *6. Things have been getting on top of me |
| <input type="checkbox"/> As much as I always could | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all |
| <input type="checkbox"/> Not quite so much now | <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual |
| <input type="checkbox"/> Definitely not so much now | <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well |
| <input type="checkbox"/> Not at all | <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever |
| 2. I have looked forward with enjoyment to things | *7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping |
| <input type="checkbox"/> As much as I ever did | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time |
| <input type="checkbox"/> Rather less than I used to | <input type="checkbox"/> Yes, sometimes |
| <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to | <input type="checkbox"/> Not very often |
| <input type="checkbox"/> Hardly at all | <input type="checkbox"/> No, not at all |
| *3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong | *8. I have felt sad or miserable |
| <input type="checkbox"/> Yes, most of the time | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time |
| <input type="checkbox"/> Yes, some of the time | <input type="checkbox"/> Yes, quite often |
| <input type="checkbox"/> Not very often | <input type="checkbox"/> Not very often |
| <input type="checkbox"/> No, never | <input type="checkbox"/> No, not at all |
| 4. I have been anxious or worried for no good reason | *9. I have been so unhappy that I have been crying |
| <input type="checkbox"/> No, not at all | <input type="checkbox"/> Yes, most of the time |
| <input type="checkbox"/> Hardly ever | <input type="checkbox"/> Yes, quite often |
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes | <input type="checkbox"/> Only occasionally |
| <input type="checkbox"/> Yes, very often | <input type="checkbox"/> No, never |
| *5. I have felt scared or panicky for no very good reason | *10. The thought of harming myself has occurred to me |
| <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot | <input type="checkbox"/> Yes, quite often |
| <input type="checkbox"/> Yes, sometimes | <input type="checkbox"/> Sometimes |
| <input type="checkbox"/> No, not much | <input type="checkbox"/> Hardly ever |
| <input type="checkbox"/> No, not at all | <input type="checkbox"/> Never |

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression *N Engl J Med* vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Allegato 3. Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ)



Antenatal (Psychosocial) Risk Questionnaire (ANRQ) – Client

V.2004 (Updated 2017) © M-P Austin

<p>The questions below are designed to help you and your clinician understand whether you may benefit from some extra support during this time of change. You may find some questions challenging, but please choose the answers that best apply to you. There are no right or wrong answers.</p> <p>Please complete all questions, unless instructed to SKIP a question. Once you have completed the questions, your clinician will discuss your responses with you. If you have any concerns about any of the questions, please let your clinician know.</p>						Total
Q1. Have you ever had a period of 2 weeks or more when you felt particularly worried, miserable or depressed?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>				
	If No, skip to Q1.c.	If Yes, please answer Q1.a, Q1.b. and Q1.c.				
If Yes, did this:						
Q1.a. Seriously interfere with your work or your relationships with friends and family?	Not at all <input type="checkbox"/>	A little <input type="checkbox"/>	Somewhat <input type="checkbox"/>	Quite a lot <input type="checkbox"/>	Very much <input type="checkbox"/>	
Q1.b. Lead you to seek professional help? Did you see a: <input type="checkbox"/> psychiatrist <input type="checkbox"/> psychologist/counsellor <input type="checkbox"/> GP Did you take tablets/herbal medicine? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>				
	If yes, name of professional: _____					
	If yes, list medication(s): _____					
Q1.c. Do you have any other history of mental health problems? (e.g. eating disorders, psychosis, bipolar, schizophrenia) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If yes, list other mental health problems: _____					
Q2. Is your relationship with your partner an emotionally supportive one?	Very much <input type="checkbox"/>	Quite a lot <input type="checkbox"/>	Somewhat <input type="checkbox"/>	A little <input type="checkbox"/>	Not at all <input type="checkbox"/>	No partner <input type="checkbox"/>
Q3. Have you had any stresses, changes or losses in the last 12 months? (e.g. only: separation, domestic violence, job loss, bereavement etc.)	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>				
	If No, skip to Q4.	If Yes, please answer Q3.a.				
	If yes, please specify: _____					
If Yes:						
Q3.a. How distressed were you by these stresses, changes or losses?	Not at all <input type="checkbox"/>	A little <input type="checkbox"/>	Somewhat <input type="checkbox"/>	Quite a lot <input type="checkbox"/>	Very much <input type="checkbox"/>	
Q4. Would you generally consider yourself a worrier?	Not at all <input type="checkbox"/>	A little <input type="checkbox"/>	Somewhat <input type="checkbox"/>	Quite a lot <input type="checkbox"/>	Very much <input type="checkbox"/>	
Q5. In general, do you become upset if you do not have order in your life? (e.g. regular timetable, tidy house)	Not at all <input type="checkbox"/>	A little <input type="checkbox"/>	Somewhat <input type="checkbox"/>	Quite a lot <input type="checkbox"/>	Very much <input type="checkbox"/>	