



Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44- PSI 05	
Titolo documento: Procedura Operativa per la prevenzione, l'Intercettazione Precoce e la Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e per la Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 1 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	
Firma per Redazione: Dott.ssa Laura Vittoni Data: 27/09/2020	Firma per Approvazione: Dr. Antonio Filiberti Data: 11/01/2021	Firma per Validazione: Dr.ssa Margherita Bianchi Data: 23/03/2021	
Firma per Emissione della Direzione Generale D.ssa Chiara Serpieri Data: 26/4/2021			

Procedura Operativa per la Prevenzione, l'Intercettazione Precoce e la Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e per la Prevenzione della Depressione Post Partum.


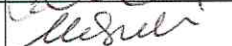
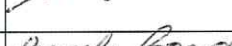


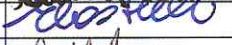
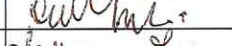
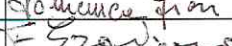
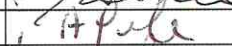


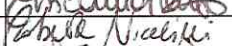

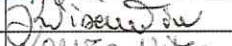

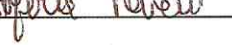


INDICE

GRUPPO DI LAVORO.....	2
LEGENDA E DEFINIZIONI.....	2
INTRODUZIONE.....	5
RESPONSABILITÀ.....	6
Matrice delle responsabilità.....	6
MODALITÀ OPERATIVE.....	8
Il dialogo Professionale.....	8
Anamnesi degli aspetti bio-psico-sociali con individuazione dei fattori di rischio.....	8
Somministrazione delle domande del test di Whooley.....	8
La rete aziendale multiprofessionale.....	9
Il codice di esenzione D01.....	9
L'applicazione degli strumenti nelle diverse fasi del percorso nascita.....	10
Fase preconcezionale.....	10
Gravidanza seguita dai servizi dell'ASL VCO.....	10
Gravidanza seguita in percorsi diversi da quello dell'ASL VCO.....	11
Raccordi anamnestici tra servizi dell'ASL VCO.....	11
Ricovero e degenza.....	12
Puerperio.....	12
Incontri di accompagnamento alla nascita, incontri di massaggio neonatale, incontri di sostegno all'allattamento.....	12
Bilanci di salute pediatrici.....	13
Ambulatorio del follow up del neonato e ambulatorio di NPI.....	13
RACCOMANDAZIONI.....	14
INDICATORI.....	14
DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI.....	15
ALLEGATI.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16

Rev.	Data	Descrizione delle modifiche
00	23/03/2021	Creazione
01		

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 2 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Arnulfo Alberto	Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia	
Bianchi Margherita	Dirigente Medico Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	
Bovolenta Emanuela	Assistente Sociale Aziendale e Consultoriale	
Bronzetti Denise	Ostetrica SOC Ostetricia e Ginecologia	
Castellarin Laura	Ostetrica SOC Ostetricia e Ginecologia	
Castelli Eleonora	Dirigente Medico Consultorio/Ambulatorio Gravidanza Patologica	
Filiberti Antonio	Responsabile SOS Psicologia	
Fiore Domenica	Dirigente Medico Referente Programma Regionale Rischio Clinico	
Gravina Filomena	Ostetrica Consultorio	
Guala Andrea	Direttore Dipartimento Materno Infantile	
Laudando Franca	Coordinatore DiPSa Qualità Ricerca e Accreditamento	
Leone Chiara	Dirigente Medico SOC Servizio Salute Mentale Territoriale	
Marchetti Enrica	Coordinatrice SOC Ostetricia e Ginecologia	
Nicolini Roberta	Coordinatore DiPSa Qualità Ricerca Accreditamento	
Raineri Mariangela	Coordinatrice SOC Neuropsichiatria Infantile	
Visentin Raffaella	Coordinatrice SOC Pediatria	
Vittoni Laura	Psicologa Consultorio, Coordinatrice del gruppo di lavoro	
Vozza Stefania	Direttore SOC Neuropsichiatria Infantile	

LEGENDA E DEFINIZIONI

- As: Assistente sociale
- DiPSa: Direzione delle Professioni Sanitarie
- DOC: Disturbo Ossessivo Compulsivo
- DP: Depressione Peripartum
- DPP: Disagio Psicico Perinatale
- DSM IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV Edition*
- EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
- G: Ginecologo
- I: Infermiera
- IP: Infermiera Pediatrica
- MPD: *Maternal Perinatal Depression*
- O: Ostetrica
- P: Psicologa
- Pe: Pediatra
- PHQ: *Patient Health Questionnaire*
- Ps: Psichiatra
- PTSD: Post Traumatic Stress Disease - Disturbo Post Traumatico da Stress
- SOC: Struttura Operativa Complessa
- SOS: Struttura operativa semplice

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 3 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

- **Maternity blues**

La condizione denominata *maternity blues* viene sperimentata dal 50% al 80% delle donne nei primi giorni dopo il parto e si colloca tra le manifestazioni transitorie a risoluzione spontanea (di solito entro 10 giorni). Si stima che le donne con *maternity blues*, abbiano un rischio triplicato di incorrere in DP.

I sintomi caratteristici sono:

- labilità dell'umore
- facilità al pianto
- tristezza
- irritabilità
- affaticamento
- ansia
- disturbi del sonno
- disturbi dell'appetito

È importante che le donne siano informate sul *maternity blues* prima della dimissione dall'ospedale. Se la sintomatologia persiste oltre le due settimane è indicata una valutazione per escludere l'evoluzione in un vero e proprio disturbo depressivo.

- **Depressione (in gravidanza o nel puerperio)**

La depressione peripartum colpisce il 10-15% delle madri con conseguente compromissione del funzionamento sociale e della capacità di far fronte al proprio ruolo. Nel 50% dei casi la DP insorge entro i primi tre mesi dopo il parto e complessivamente nel 75% dei casi entro i primi sei mesi. Nella maggior parte dei casi l'episodio di DP ha durata 3-6 mesi ma nel 25-30% dei casi persiste ad un anno di distanza dall'esordio¹.

Ha una sintomatologia sovrapponibile a quella del disturbo depressivo maggiore che viene diagnosticato in altre fasi della vita, il quale include:

- basso tono dell'umore, tristezza, facilità al pianto
- perdita di interesse e di piacere nel fare le cose (anedonia)
- variazioni dell'appetito
- insonnia o ipersonnia
- rallentamento o agitazione psicomotoria, irritabilità
- spossatezza o sensazione di perdita di forze
- senso di colpevolezza o indegnità
- diminuzione della concentrazione
- elucubrazioni
- pensieri ricorrenti di morte o di ideazione suicidaria;
- fobie, preoccupazioni ed ansie eccessive per la salute del bambino o la propria.

Il rischio di sviluppare un disturbo mentale grave, quale il disturbo bipolare e quello depressivo grave con sintomi psicotici è basso in gravidanza, ma aumenta notevolmente dopo il parto, specialmente nei primi tre mesi. Ha un impatto significativo sul bambino, sul partner e sulla coppia; sono frequenti la sospensione precoce dell'allattamento al seno, minor attenzione all'adozione di misure di sicurezza e cura.

¹ Rapporti ISTISAN 16-31

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 4 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

L'influenza negativa sulla relazione madre-bambino interferisce nello sviluppo sociale e cognitivo del piccolo, aumentando il tasso di disturbi comportamentali in età scolare. La possibilità di ricadute in gravidanze successive è alta (20-40%).

I disturbi del sonno e dell'appetito, sono frequenti anche nel decorso fisiologico della gravidanza e del puerperio.

- **Disturbo d'ansia**

Associati al quadro depressivo, si potrebbero trovare i disturbi d'ansia che si differenziano in:

- disturbo d'ansia generalizzata caratterizzati da paure e ansie eccessive e persistenti accompagnati da sintomi fisici quali tensione, stanchezza, irrequietezza, irritabilità, difficoltà di concentrazione e memorizzazione;
- disturbo di panico, caratterizzato da ricorrenti e inaspettati attacchi di panico, con comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiungono il picco in pochi minuti, accompagnati da sintomi fisici (palpitazione, tremori, dispnea, sudorazione, nausea, vertigini, parestesie) e cognitivi (derealizzazione, paura di perdere il controllo e/o di morire) con preoccupazione persistente sulla possibilità del ripresentarsi di nuove crisi e/o comportamento di evitamento. Il disturbo di panico spesso si attenua in gravidanza con una minore frequenza ed intensità degli attacchi, ma in alcuni casi può persistere ed addirittura peggiorare;
- agorafobia caratterizzato da paura o ansia rispetto ad una serie di situazioni, quali l'utilizzo dei mezzi pubblici, trovarsi in spazi aperti o ristretti, essere in mezzo alla folla o in coda, tanto da tendere di evitarle o da richiedere la presenza di un accompagnatore.

Non è raro che alcuni dei sintomi somatici accusati nei disturbi d'ansia, specie di tipo neurovegetativo, siano difficili da individuare poiché si possono sovrapporre ai sintomi fisici tipici dello stato gravidico.

- **Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)**

È caratterizzato generalmente dalla presenza di ossessioni (pensieri, impulsi o immagini mentali che vengono percepite come sgradevoli o intrusive) che impongono alla persona di reagire mettendo in atto le compulsioni (comportamenti ripetitivi o azioni mentali che permettono di alleviare momentaneamente il disagio provocato dalle ossessioni). Hanno esordio nell'infanzia, ma il 25% di esse esordisce dopo la maternità. Pazienti con pregresso DOC possono manifestare un aggravamento proprio nel puerperio. I sintomi possono diventare molto invalidanti, la donna può ridurre fortemente le interazioni con il bambino per paura di procurargli un danno, ed è importante saperli riconoscere. Si distinguono in:

- **Sintomi ossessivi.**
 - Paura di fare del male al bambino.
 - Paura di contaminare il bambino.
 - Preoccupazioni relative al benessere del bambino.
 - Necessità di ordine e simmetria.
- **Sintomi compulsivi.**
 - Evitamento delle situazioni temute.
 - Ripetute azioni di igiene del neonato e dei suoi oggetti.
 - Incessanti controlli sul bambino, continui "aggiustamenti" della culla.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 5 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

- **Psicosi puerperale:**

E' la forma più grave di patologia caratterizzata da sintomi quali:

- mania, depressione o stati misti;
- elementi deliranti solitamente connessi all'esperienza materna;
- allucinazioni, perplessità, disorientamento e confusione mentale;
- incoerenza e disorganizzazione del pensiero e del comportamento.

L'esordio si ha tra 2 e 8 settimane dopo il parto e il rischio di suicidio o infanticidio è molto elevato.

E' necessario il ricovero in psichiatria.

● DISTURBO	● INCIDENZA	● ESORDIO	● DURATA
● <i>Maternity Blues</i>	● 50 -80%	● 3-4 giorni ● dopo il parto	● Ore o giorni, mai più di 2 settimane
● Depressione post partum / disturbi di ansia	● 10-15%	● Entro 6 mesi ● dopo il parto	● Settimane o mesi, nel 30% dei casi fino ad 1 anno
● Disturbo ossessivo compulsivo (DOC)	● 3-5%	● 4-6 settimane dopo il parto ● Il 25% dei DOC ha esordio nel puerperio	● Settimane o mesi
● Psicosi puerperale	● 0,1-0,2%	● Entro 2 settimane dopo il parto	● Settimane o mesi

INTRODUZIONE

Alcune condizioni ambientali e personali, possono costituire elementi di rischio per il disturbo depressivo. Il genere femminile è soggetto in modo più forte ad alcune condizioni favorevoli all'insorgenza di disturbi psichici, tra questi si ricordano gli aspetti emotivi (modificazioni del tono dell'umore correlate alle fisiologiche fluttuazioni ormonali, traumi legati alla violenza di genere...), quelli biologici (la gravidanza, la menopausa...), le disuguaglianze sociali (minore accesso all'istruzione e al lavoro, redditi inferiori rispetto agli uomini, mancanza di servizi di sostegno alla natalità, retaggi culturali e religiosi che impongono alle donne il lavoro domestico e di cura...).

Uno dei periodi della vita a maggior rischio per le donne è rappresentato dal periodo perinatale definito come il periodo che va dall'inizio della gravidanza fino ad un anno dopo il parto.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 6 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

Il “Primo Rapporto ItOSS Sorveglianza della Maternità Materna”² ha individuato il suicidio come seconda causa di morte materna indiretta entro un anno dall’esito della gravidanza nei Paesi socio-economicamente avanzati e dotati di sistemi di sorveglianza della mortalità materna. L’impatto del disagio psichico è consistente sia sull’andamento della gravidanza (difficoltà parto pretermine, ritardo di crescita intrauterina, basso peso alla nascita), sia sulla salute materno-infantile. Esso è soggetto ad una mancata diagnosi in circa il 50% dei casi.

SCOPO E OBIETTIVI

Scopo della procedura aziendale è essere uno strumento di screening facilmente utilizzabile da tutti gli operatori che entrano in contatto con la donna gravida e con la neo madre, l’obiettivo è individuare precocemente e prendere in carico il disagio psichico in gravidanza e puerperio. Come previsto dalle raccomandazioni regionali, è stato costituito un gruppo di lavoro che opera come riferimento aziendale per la formazione dei professionisti e la creazione della rete professionale di supporto.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica a tutte le gravide e alle madri fino ad un anno dal parto. Essendo una procedura di screening, si rivolge alla popolazione generale con gravidanza in evoluzione. Lo screening sul Disagio Psicologico Perinatale non si applica alla popolazione di donne che vivono l’esperienza del lutto perinatale (fare riferimento alle procedure sulla gestione del lutto).

RESPONSABILITÀ

Tutti gli attori coinvolti nella procedura devono osservare le indicazioni presenti nel seguente documento.

La responsabilità della comunicazione e della pubblicazione nel sito Intranet Aziendale della procedura è del Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico.

Al Responsabile di Struttura, ai Responsabili Qualità-Rischio (i Coordinatori per il DiPsa) delle Strutture Operative è attribuita la responsabilità di diffondere, rendere accessibile e far conoscere a tutti gli operatori la Procedura Operativa, ivi compresi i neo-assunti (vedere Allegato 1 lista di distribuzione PO 07-QA04), quindi verificare e controllare sistematicamente la corretta adesione ai contenuti del presente documento.

La responsabilità della valutazione dell’applicazione è del Direttore SOS Psicologia, del Direttore del Dipartimento Materno Infantile, del Direttore del Direttore SOC Ostetricia Ginecologia, del Direttore SOC Neuropsichiatria Infantile, del Direttore SOC Servizio Salute Mentale Territoriale e dei Coordinatori Ostetrici della SOC Ostetricia Ginecologia del Presidio di Verbania, del Punto nascite del Presidio di Domodossola, della Coordinatrice del Nido/Neonatologia del Presidio di Verbania e della Coordinatrice dei Consultori dell’ASL VCO

La presente procedura operativa è rivolta, per i rispettivi ambiti di competenza e responsabilità, agli Operatori Sanitari coinvolti nel processo di cura e di assistenza.

Matrice delle responsabilità

² ¹ Istituto Superiore di Sanità Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della mortalità materna. A cura di Stefania Dell’Oro, Alice Maraschini, Ilaria Lega, Paola D’Aloja, Silvia Andreozzi e Serena Donati. 2019, xiii, 69 p.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 7 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

Matrice delle responsabilità								
	G	O	I	Pe	IP	P	Ps	As
Gravidanza								
Somministrazione delle domande di Whooley nel I-II-III trimestre e raccolta dell'anamnesi psichica nel percorso di fisiologia della gravidanza	R	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Somministrazione delle domande di Whooley nel I-II-III trimestre e raccolta dell'anamnesi psichica nel percorso di patologia della gravidanza	R	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Somministrazione delle domande di Whooley e raccolta dell'anamnesi psichica al ricovero in gravidanza	R	R	R	I	I	NC	NC	NC
Somministrazione delle domande di Whooley e raccolta dell'anamnesi psichica al Bilancio di Salute	C	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Parto/degenza in puerperio								
Valutazione del benessere emotivo ed evidenziazione dei fattori di rischio durante la degenza	R	R	R	R	R	NC	NC	NC
Presenza di <i>Maternity Blues</i>	R	R	R	R	R	R	NC	NC
Relazione madre/bambino preoccupante	R	R	R	R	R	I	I	I
Valutazione alla dimissione (con eventuale esposizione del piano assistenziale e passaggio di consegne al Territorio)	R	R	I	I	I	NC	NC	NC
Registrazione dei dati statistici	I	R	R	NC	NC	NC	NC	NC
Puerperio a domicilio o in Consultorio/Ambulatorio								
Somministrazione delle domande di Whooley in puerperio fisiologico (controllo post partum)	NC	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Somministrazione delle domande di Whooley in puerperio patologico (controllo post partum)	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Riscontro di <i>Maternity Blues</i> (entro 14 gg dal parto)	I	R	NC	I	NC	I	NC	NC
Riscontro di patologia psichiatrica sospetta	C	C	NC	I	NC	C	R	C
Riscontro di patologia psichiatrica accertata	C	C	NC	I	NC	R	R	R

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 8 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

MODALITÀ OPERATIVE

Gli strumenti per l'individuazione precoce, sono:

- il dialogo con un professionista formato sul riconoscimento del disagio emotivo nel percorso nascita;
- anamnesi degli aspetti bio-psico-sociali con individuazione dei fattori di rischio;
- somministrazione delle domande di Whooley;
- la rete aziendale multiprofessionale;
- il codice di esenzione D01.

Il dialogo Professionale

L'utilizzo della capacità di comunicazione empatica, che fa parte del bagaglio di ogni professionista della salute, favorisce il buon clima relazionale per porre le domande del test di Whooley e consente di individuare i fattori di rischio, nel modo più discreto possibile.

Anamnesi degli aspetti bio-psico-sociali con individuazione dei fattori di rischio

La raccolta dell'anamnesi deve soffermarsi con attenzione non solo su aspetti clinici, ma anche su aspetti psico-sociali. La rilevazione dei fattori di rischio va effettuata all'interno di un dialogo con la donna, così come viene raccomandato dal Profilo Regionale. Per rendere più agevole la rilevazione dei fattori di rischio è stato predisposto un "Modulo di screening" (Allegato 1) che può essere utilizzato e deve essere compilato e inserito in cartella clinica al momento del Bilancio di Salute a 36-37 settimane.

Durante il ricovero, quotidianamente al momento dell'osservazione ostetrica del mattino, verrà rivalutato il benessere emotivo alla luce dell'andamento del parto e dei nuovi equilibri richiesti dalla nascita.

Al momento della dimissione, verrà fatta una valutazione finale che potrà esitare con un invio ai servizi del Territorio qualora si ritenga opportuno proseguire la sorveglianza di prossimità.

Al momento di chiusura della cartella, deve essere annotato sull'apposito registro il dato relativo alle osservazioni effettuate nel periodo di presa in carico da parte dell'ospedale.

Somministrazione delle domande del test di Whooley

Le domande di Whooley (allegato 2), dove possibile, andrebbero somministrate in un contesto relazionale e di presa in carico della donna in gravidanza e nel post partum e affiancate alla valutazione dei fattori di rischio. Le domande di Whooley valutano due aspetti:

- la sofferenza legata all'abbassamento del tono dell'umore;
- la perdita di piacere nel fare le cose.

Domande di Whooley			
1	Durante l'ultimo mese ti sei sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranza?	SI	NO
2	Durante l'ultimo mese hai provato spesso poco piacere o interesse nel fare le cose?	SI	NO

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 9 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

Il test è positivo in caso di risposta affermativa anche ad una sola domanda. In caso di positività del test, il professionista può approfondire lo screening con il dialogo, chiedendo se c'è qualcosa che si possa fare per essere d'aiuto.

La rete aziendale multiprofessionale

La rete aziendale multiprofessionale, composta da professionisti dell'ospedale e del territorio, vuole essere il punto di riferimento per discutere e valutare i casi clinici per tutti gli operatori, che a diverso titolo, si occupano della donna gravida o in puerperio e per valutare l'efficacia dei percorsi di sostegno. All'interno del gruppo è stato individuato un operatore che ha il compito di coordinare il progetto e che partecipa agli incontri organizzati in Regione per la prevenzione e la presa in carico del disagio psicologico. Il gruppo si incontra ogni due mesi, ma i professionisti possono essere contattati qualora un caso clinico debba essere valutato. Gli operatori che fanno parte del gruppo aziendale sono: psicologo, ginecologo, ostetrica, pediatra, infermiera pediatrica, assistente sociale, psichiatra, coordinatori di pediatria e ginecologia. All'interno del reparto di Ostetricia, Pediatria, SERD, Psichiatria e nei tre Consultori, verrà depositato l'elenco dei professionisti che fanno parte della rete aziendale che potranno essere contattati in caso di necessità (Allegato 4).

Il codice di esenzione D01

I professionisti hanno la possibilità di assegnare o richiedere l'assegnazione del codice di esenzione "D01" riferito a campagne di screening. Questo codice può essere utilizzato una sola volta in tutto il percorso nascita ed è quindi preferibile utilizzarlo quando non sia possibile accedere al codice di esenzione M50 (per esempio in puerperio). Può essere utilizzato nei primi 40 giorni dopo il parto per richiedere un colloquio psicologico o una consulenza psichiatrica. È necessario ricordare che i colloqui psicologici con la psicologa del Consultorio, sono completamente gratuiti e possono essere richiesti anche dalle Professioni Sanitarie (Ostetriche, Infermieri) come previsto dalla procedura "PO 44-PSI 01 La Consulenza Psicologica nel Percorso nascita".

In base alle indicazioni regionali, le donne vanno distinte in:

- donne a basso rischio alle quali deve essere somministrato il test di Whooley come screening;
- donne a rischio (che non necessitano di screening con le domande di Whooley in quanto hanno già elementi di attenzione in anamnesi).

In entrambi i casi, in presenza di fattori di rischio o positività al test di Whooley, si deve attivare un'attenta sorveglianza di tutto il personale sanitario nei confronti dell'assistita. In base alle diverse necessità, è necessario avere un'offerta attiva di servizi finalizzati a offrire supporto per il problema specifico. A titolo esemplificativo si può citare la necessità di modificare una terapia psichiatrica, la possibilità di offrire supporto sociale, l'importanza di controllare alcuni aspetti clinici.

Il test di Whooley alle donne a basso rischio per DPP va somministrato:

- almeno una volta ad ogni trimestre di gravidanza;
- al Bilancio di Salute 36-37 settimane;
- almeno una volta in puerperio (nel primo mese).
- ai bilanci di salute pediatrici dei 15 giorni e dei 2-3 mesi.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 10 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

L'applicazione degli strumenti nelle diverse fasi del percorso nascita.

Fase preconcezionale

Al fine di ridurre le interruzioni spontanee delle terapie farmacologiche e con l'obiettivo di rendere più informate le donne sulla possibilità di assumere farmaci compatibili con lo stato di gravidanza, durante il colloquio preconcezionale, è importante che l'operatore ponga attenzione al benessere psichico oltre che fisico della donna.

Si ricorda che esiste possibilità di prescrivere la visita preconcezionale con esenzione M00.

- In presenza di terapia con psicofarmaci: è necessario inviare allo specialista che ha in carico la donna per una rivalutazione del farmaco per una eventuale gravidanza.
- In assenza di terapia: la signora verrà nuovamente osservata dal professionista di riferimento nel momento in cui si instaurerà la gravidanza: qualora emergano già dei fattori di rischio, si può valutare un supporto.

Le modalità operative variano in base al percorso di presa in carico della gravidanza.

Gravidanza seguita dai servizi dell'ASL VCO

Nell'ASL VCO le donne possono essere inserite in uno di questi percorsi:

- gravidanza fisiologica (presa in carico da parte delle ostetriche dell'ASL);
- gravidanza fisiologica a rischio addizionale (presa in carico da parte delle ostetriche in collaborazione con lo specialista richiesto dalla patologia specifica);
- gravidanza patologica (ginecologo Consultoriale/ospedaliero).

Qualunque percorso la donna compia, non si modifica la modalità di screening:

- Primo colloquio. Vengono raccolti i dati anamnestici e posta attenzione ai fattori di rischio psico-sociale utilizzando il "Modulo di screening" (Allegato n.1) messo a disposizione nel profilo assistenziale regionale.
 - In caso di presenza di fattori di rischio, verrà effettuato dall'operatore stesso un colloquio clinico di approfondimento. In base al tipo di fattore di rischio emerso, si valuterà la possibilità di inviare la donna al colloquio psicologico, psichiatrico o sociale. L'invio alla valutazione psichiatrica è mandatorio nel caso in cui si rilevi ideazione suicidaria o qualora sia in atto una terapia psichiatrica. Nelle altre situazioni, l'invio agli specialisti dovrà essere valutato caso per caso in base al giudizio clinico del professionista di prossimità e/o delle preferenze della donna.
 - In caso di assenza di fattori di rischio: la signora verrà rivista in un secondo momento durante il primo trimestre per poterle sottoporre le domande di Whooley.
- Colloqui successivi: le domande di Whooley (allegato 2) devono essere somministrate dall'operatore che segue la donna in gravidanza durante il 1°, 2° e 3° trimestre di gravidanza,
 - In caso di positività alle domande di Whooley verrà effettuato dall'operatore stesso un colloquio clinico di approfondimento (ad es: "Signora ha risposto che si sente spesso giù di morale...cosa la preoccupa? Cosa possiamo fare per lei?"). Qualora venisse confermata la fragilità emotiva, verrà proposto il colloquio psicologico, qualora invece emerga un problema psichiatrico la signora verrà inviata al servizio di salute mentale.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 11 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

- In caso di negatività la signora verrà rivalutata al Bilancio di Salute a 36-37 settimane.
- Bilancio di Salute a 36-37 settimane: deve essere compilato il modulo di “Screening dei fattori di rischio” (Allegato 1) che entra a far parte integrante della cartella clinica. In assenza di fattori di rischio, vanno poste le domande di Whooley.
- Degenza: poiché il parto può essere un fattore stressante in grado di creare o slatentizzare sofferenza psichica, la valutazione del benessere emotivo deve essere effettuata quotidianamente e riportata in cartella. Alla dimissione il ginecologo o l’ostetrica valuterà l’intera documentazione di gravidanza:
 - fattori di rischio e/o test di Whooley nei tre trimestri di gravidanza;
 - fattori di rischio o test di Whooley al Bilancio di Salute;
 - valutazione dello stato emotivo durante la degenza/parto/allattamento;
 sulla base di quanto emerso, si deciderà assieme alla donna per una eventuale presa in carico da parte del Territorio che dovrà essere attivata prima della dimissione;
- Visita di controllo in puerperio: il professionista che ha seguito la gravidanza, rivaluta la presenza di fattori di rischio o somministra test di Whooley;
- Bilancio di Salute Pediatrico a tre mesi: il Pediatra di Libera Scelta rivaluta la presenza di fattori di rischio o somministra test di Whooley;

La presenza di fattori di rischio, la somministrazione delle domande di Whooley, l’esito e l’eventuale invio, vanno annotati su apposito registro e riportati sulla documentazione clinica (pag. 26 dell’Agenda di Gravidanza, Cartella Clinica, Diario di salute del neonato) in modo che siano sufficientemente in evidenza per garantire una continuità.

Gravidanza seguita in percorsi diversi da quello dell’ASL VCO.

Nei confronti delle donne che abbiano deciso di partorire nelle strutture dell’ASL VCO, ma abbiano seguito un percorso privato o un percorso in un servizio pubblico diverso da quello dell’ASL VCO, si applicherà lo screening unicamente in occasione del Bilancio di Salute a 36-37 settimane, e successivamente ai Bilanci di Salute pediatrici.

- In occasione del Bilancio di Salute a 36-37 settimane, verificare:
 - eventuali annotazioni dello psicologo o dello psichiatra a pagina 26 dell’Agenda di Gravidanza;
 - eventuale presenza di fattori di rischio;

In assenza di fattori di rischio e in assenza di una presa in carico di psicologo/psichiatra dell’ASL, somministrare domande di Whooley.

La valutazione del benessere emotivo deve essere annotata in cartella clinica sull’apposito modulo (Allegato 1) in modo da consentire, al momento della dimissione, una corretta rilevazione dei dati sull’apposito registro. In caso di positività allo screening (fattori di rischio o test di Whooley), alla donna va spiegato il significato dell’esito e va illustrato il percorso assistenziale offerto dall’ASL VCO.

Raccordi anamnestici tra servizi dell’ASL VCO

Qualora lo psicologo, lo psichiatra, il ginecologo o l’ostetrica dell’ASL VCO che hanno in carico la donna debbano inviare una relazione di raccordo anamnestico al personale dell’ospedale, dovranno:

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 12 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

- informare e chiedere autorizzazione all'assistita;
- inviare alla Coordinatrice e al Direttore di SOC la relazione a mezzo posta elettronica aziendale oppure a mezzo posta cartacea interna. Qualora la relazione sia stata concordata e scritta insieme all'assistita, sarà quest'ultima a consegnarla all'ostetrica al Bilancio di salute. Sarà premura del personale ospedaliero inserire nella cartella di Bilancio una copia della relazione;
- annotare gli elementi di attenzione a pagina 26 dell'Agenda di Gravidanza.

Ricovero e degenza

Al ricovero le donne con test positivo verranno osservate e qualora emerga il persistere di fragilità emotive o altri fattori di rischio, alla signora verrà proposto il percorso più adatto alla condizione:

- invio alla psicologa sulla base della procedura PO 44-PSI 01 "La consulenza psicologica nel percorso nascita".
- avvio del supporto psico sociale in base alla procedura sull'assistenza domiciliare;
- richiesta di consulenza psichiatrica quando indicato.

Si raccomanda di utilizzare ogni momento di contatto con la donna (accertamento infermieristico, sostegno in travaglio, sostegno all'allattamento, visite...), per porre osservazione mirata al benessere psicologico.

Puerperio

La donna che è stata seguita con percorsi all'interno dell'ASL VCO, effettuerà il controllo in puerperio a 30-40 giorni dal parto. È importante non anticipare questa valutazione per evitare sovradiagnosi dovute alla presenza di *Baby Blues*. Nel corso di questa visita, oltre alle abituali osservazioni, è necessario valutare il benessere psico-sociale della persona ponendo particolare attenzione agli eventi già segnalati in gravidanza/degenza. È possibile che siano emersi elementi nuovi durante le prime settimane a casa. Poiché il puerperio è una fase di particolare fragilità nella quale atteggiamenti fisiologici come il *Baby Blues* possono esacerbarsi sfociando in depressione conclamata, è necessario somministrare sempre il test di Whooley.

- In caso di positività allo screening, verrà effettuato un colloquio clinico di approfondimento da parte del professionista che presta assistenza di prossimità.
 - Se si conferma fragilità emotiva donna verrà inviata dallo psicologo.
 - In presenza di sospetta patologia psichiatrica o ideazione suicidaria, la donna verrà inviata allo psichiatra.
- Qualora emergano in questa circostanza fattori sociali o inerenti il benessere del bambino, è necessario confrontarsi con l'Assistente Sociale o il servizio di Neuropsichiatria infantile, concordando le modalità di invio.

Incontri di accompagnamento alla nascita, incontri di massaggio neonatale, incontri di sostegno all'allattamento

Sono momenti molto importanti di relazione con la donna e quindi sono momenti di osservazione del benessere psico-sociale della mamma, del bambino e della relazione tra loro. Tutti gli operatori coinvolti qualora evidenziassero degli elementi di fragilità possono confrontarsi con gli operatori del Gruppo multidisciplinare per il DP e predisporre l'invio più adeguato al bisogno emerso.

In alcuni casi è possibile che sia presente agli incontri anche il padre, migliorando così la possibilità per gli operatori di osservare gli stili relazionali.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 13 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

Bilanci di salute pediatrici

Nel corso dei Bilanci di Salute pediatrici dei 15 giorni e dei 2-3 mesi, è necessario effettuare una valutazione degli stili relazionali tra la madre e il bambino, utili per intercettare donne che stiano attraversando periodi di fatica emotiva. In casi selezionati, può essere utile portare l'attenzione specificamente sulla madre con una domanda diretta (...e lei, Signora...come sta?). Solo raramente è necessario giungere a domande più stringenti. Tuttavia è importante considerare che le domande di Whooley saranno già state poste alla donna per cui sarà più facile per lei accettare di parlare delle proprie emozioni in risposta a questo test.

Portare attenzione a non fare sovradiagnosi al primo Bilancio di Salute pediatrico a 15 giorni.

Ambulatorio del *follow up* del neonato e ambulatorio di NPI

L'intervento della SOC NPI si inserisce nel processo di continuità ed integrazione della rete in ottica di interdisciplinarietà.

L'accesso al servizio è diretto senza impegnativa del pediatra. Nei casi visti da altri operatori della rete (ad esempio operatori di prossimità nei casi di sospetta depressione post partum), la famiglia potrà essere inviata alla SOC NPI con una relazione di presentazione al fine di pianificare l'attivazione di una valutazione ed eventuale presa in carico. La prima visita verrà garantita entro 30 gg dalla segnalazione.

Per quanto riguarda la valutazione NPI, le finalità sono:

- permettere di definire la normalità e la presenza di eventuali anomalie di sviluppo il più precocemente possibile al fine di mettere in atto gli interventi più idonei (*counselling* o terapia specifica);
- permettere di poter comunicare tempestivamente ai genitori le valutazioni effettuate per rassicurarli, supportarli nella comprensione dei disordini osservati e indirizzarli adeguatamente nella crescita del loro bambino;
- consentire di predisporre interventi riabilitativi, rivolti alla coppia madre-bambino nel caso in cui se ne evidenzia la necessità, il più precocemente possibile.

Il servizio di NPI in collaborazione con la Pediatria, ha avviato ogni secondo martedì del mese un ambulatorio dedicato al *follow up* del neonato pretermine e di basso peso alla nascita con l'obiettivo di riconoscere tempestivamente problematiche di tipo pediatrico ed auxologico o di sequele neurosensoriali e comportamentali a breve e/o a lungo termine che possono insorgere in questi bambini. Inoltre si presta attenzione alla relazione madre-bambino al fine di evidenziare l'insorgenza di patologie dell'umore in puerperio. In particolare nella prima visita a 40 settimane di vita verranno somministrate le domande di Whooley quale screening per il DPP.

Si rimanda alla procedura aziendale PO 19-PED 14 "*Follow-Up* del Neonato Pretermine e/o con Patologia". In qualsiasi momento del percorso nascita, nel caso in cui la donna manifesti disturbo mentale grave (gravidanza non riconosciuta, ideazione suicidaria, diagnosi psichiatrica precedente, assunzione di farmaci, etc.) deve essere immediatamente inviata al servizio di psichiatria. In caso di fragilità emotiva manifesta, va inviata alla psicologa. Talvolta è possibile che la donna accetti il percorso psicologico anche in assenza di segni gravi di fragilità. In questi casi è importante accogliere la richiesta effettuando un invio alla psicologa anche se la procedura prevedrebbe unicamente la sorveglianza. Si sottolinea che l'accesso in psichiatria, dallo psicologo o Assistente sociale sono su base volontaria a meno che non si tratti di situazioni in cui si ravveda un grave

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 14 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

rischio (Trattamento Sanitario Obbligatorio, Maltrattamento e abuso o situazioni con indicazioni al trattamento da parte del Tribunale).

In caso di visita psichiatrica con gestanti o puerpere, lo psichiatra invierà una relazione clinica (terapia farmacologica eventuale, ecc.) al Direttore SOC Ginecologia e Ostetricia, alla Coordinatrice SOC Ginecologia e Ostetricia e, se la donna segue un percorso di psicologico, alla psicologa del Consultorio. La valutazione della compatibilità della terapia con l'allattamento, va fatta congiuntamente tra Psichiatra, Ginecologo e Pediatra, eventualmente consultando la bibliografia esistente. Un confronto professionale può essere richiesto ai centri antiveleni di Bergamo e Firenze. Si ricorda inoltre che sebbene l'allattamento sia protettivo per i disturbi psichici e vada quindi sostenuto e promosso, va comunque valutato in base al disagio della donna.

È necessario conteggiare tutte le prestazioni alle pazienti in periodo perinatale seguite dal Servizio di Salute Mentale.

- Le visite in gravidanza vengono prenotate con codice di esenzione M50.
- La prima visita in puerperio va prenotata e registrata con il codice di esenzione D01 che può essere attribuito con le stesse modalità dell'M50.

In caso di assenza di evidenti segni di disagio, la presenza del solo test di Whooley positivo richiede un approfondimento da parte del professionista di prossimità.

Qualora la Signora sia in cura da uno psicologo o da uno psichiatra, non è necessario eseguire i test di screening ma sarà opportuno valutare (qualora il disagio della signora sia tale da poter influire sulla gravidanza, sul parto o sulla cura del neonato) se contattare lo specialista in accordo con la donna.

RACCOMANDAZIONI

È fondamentale che gli operatori che saranno vicini alla donna in gravidanza e nel puerperio, abbiano una formazione su tematiche psico-sociali. La raccolta di dati anamnestici e la rilevazione di fattori di rischio ottenuta attraverso un buon dialogo con la donna, la comunicazione tra operatori e la collaborazione tra servizi, sono fondamentali per intercettare precocemente il disagio psichico e la patologia in quanto lo stigma sociale, la vergogna e il senso di colpa potrebbero essere un ostacolo all'emergere dei problemi e alla richiesta di aiuto.

Particolare cura deve essere posta nella raccolta dell'anamnesi e nell'analisi dei bisogni, distinguendo i normali sintomi della gravidanza da fattori di rischio per Disagio Psicico Perinatale.

INDICATORI

- Numero di donne a cui è stato effettuato lo screening durante il percorso nascita > 75%.
- Tracciabilità del percorso assistenziale > 75%.
- Numero di donne con DPP inviate dalla SOC Ostetricia e Ginecologia
- Numero di donne con DPP prese in carico dal Servizio di psicologia, e dal Consultorio
- Numero di donne seguite dal servizio di Psichiatria
- Numero di donne nel periodo perinatale seguite dai Servizi Sociali aziendali.

Gli indicatori sono raccolti annualmente a cura delle SOC/SOS di competenza e trasmessi all'Ufficio Qualità per il monitoraggio e la valutazione degli obiettivi annuali.

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 15 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

DOCUMENTI, MODULI, REGISTRAZIONI

Il “Modulo di screening” (Allegato 1) è conservato con la documentazione del Bilancio di salute 36-37 settimane e deve essere allegato ad ogni cartella.

Tutti i dati andranno registrati su apposito registro nei consultori e in ospedale.

La presente procedura ha validità triennale rispetto alla data di emissione o revisione. L'aggiornamento e/o revisione è previsto qualora intervengano variazioni nell'ambito della normativa di riferimento e/o nel processo oggetto della stessa e comunque non oltre 3 anni dalla precedente emissione.

È responsabilità del Referente della procedura l'aggiornamento del documento alla scadenza del periodo di validità, nonché della relativa diffusione. Sino alla pubblicazione della versione aggiornata resta in vigore la versione precedente.

Allo scadere del periodo di validità (triennale) deve essere effettuata la rivalidazione del documento così come previsto dalla normativa di accreditamento istituzionale. La tempistica di rivalidazione deve essere adeguata ad eventuali specifiche norme di accreditamento internazionale (ad es. Norma ISO, JACIE, CNT/CNS, ecc.).

ALLEGATI

- Allegato 1: Screening fattori di rischio
- Allegato 2: Screening domande di Whooley
- Allegato 3: Diagramma di flusso della procedura
- Allegato 4: Gruppo aziendale

STUDI SUGLI STRUMENTI DI SCREENING

Gli strumenti che sono stati maggiormente utilizzati sono:

- **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), di 3 e 10 items.** Creato nel 1987 (Cox et al., 1987) è lo strumento che è stato usato in modo più estensivo. E' un questionario autosomministrato di 10 domande che richiede meno di 5 minuti per la compilazione. Indaga i sintomi affettivi e cognitivi mentre esclude quelli somatici (disturbi del sonno e astenia). Ha un rischio elevato di falsi positivi, con una sensibilità del 65-100% e una specificità del 49-100% nel post partum (Eberhard-Gran et al. 2001).
- **Patient Health Questionnaire (PHQ 2,9) a 2 e 9 items.** Sviluppato nel 2001 per effettuare lo screening di una varietà di disturbi depressivi come la depressione maggiore definita dal DSM IV (DSM-IV; Kroenke et al., 2001). È un questionario autosomministrato di 9 domande che può essere compilato in meno di 5 minuti. A differenza dell'EPDS non esclude i sintomi somatici. Il PHQ 9 risulta avere una sensibilità e specificità dell'88% nelle donne non gravide. Il test è positivo (cut off) se il punteggio è 10.

Lo studio più completo e recente è la *Review di Nneamaka Ukatu* (Psychosomatics 2018), che ha confrontato tutti gli studi effettuati con i seguenti strumenti di screening:

- *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) Pregnancy Risk Questionnaire (PRQ)*
- *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*
- *Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)*

Struttura: SOS Psicologia	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 44-PS 05	
Titolo documento: Prevenzione, Intercettazione Precoce, Presa in Carico del Disagio Psicologico Perinatale e Prevenzione della Depressione Post Partum	Pagina 16 di 16	Revisione: 00	Data: 23/03/2021
Redatta da: Psicologa Consultoriale	Approvata da: Responsabile SOS Psicologia	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriata Rischio Clinico	

- *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)*
- *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*
- *Patient Health Questionnaire (PHQ) versione 2, 8, e 9.*
- Il PHQ 2, di sole due domande, è risultato nel Post Partum lo strumento con la più alta sensibilità di tutti, in un range tra il 62 ed il 100 %. Il PHQ2 è però di difficile compilazione poiché la risposta viene data su una scala con 4 valori (“Mai o quasi mai”, “Diversi giorni”, “Più della metà dei giorni”, “Quasi tutti i giorni”); lo studio evidenzia un errore intrinseco legato al livello culturale.

Il test di Whooley pone le stesse domande, ma la risposta è dicotomica (SI/NO). Considerato che in uno screening la sensibilità è di maggior importanza rispetto alla specificità, le domande di Whooley si configurano come lo strumento più indicato nel rapporto costo/beneficio.

BIBLIOGRAFIA

- Regione Piemonte “Profilo assistenziale condiviso per l’intercettazione precoce e per la presa in carico del disagio psicologico perinatale e per la prevenzione della depressione post partum”, Torino, 2019.
- Gabriella Palumbo, Fiorino Mirabella, Isabella Cascavilla, Debora Del Re, Giovanna Romano e Antonella Gigantesco, “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum”, Rapporti ISTISAN dell’Istituto Superiore di Sanità, 16/31, Roma, 2016, iv, 120 p.
- Righetti P.L. “Gravidanza e contesti psicopatologici”, Franco Angeli, Milano, 2010.
- Righetti P.L., Casadei D. “Sostegno psicologico in gravidanza”, Edizioni Scientifiche Ma. Gi., Roma, 2005.
- Howard I.m., Elizabeth G. Ryan E.G., Trevillion K., Anderson F., Bick D., Bye B., Byford S., O’Connor S., Sands P., Demilew J, Milgrom J., Pickles A. “*Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy*”, The British Journal of Psychiatry (2018) 212, 56. doi: 10.1192/bjp.2017.57
- Oladapo OT, Fawole B. “*Treatments for suppression of lactation*”, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 9. Art. No.: CD005937.DOI: 10.1002/14651858.CD005937.pub3.