- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46

# Positività allo screening e fattori di rischio della depressione *post partum* in donne che hanno partecipato a corsi preparto

## *Positive screening and risk factors of postpartum depression in women who attended antenatal courses*

FIORINO MIRABELLA[1], PAOLO MICHIELIN[2], DANIELE PIACENTINI[3], FRANCO VELTRO[4], GINA BARBANO[2], MARINA CATTANEO[3], ISABELLA CASCAVILLA[1], GABRIELLA PALUMBO[1], ANTONELLA GIGANTESCO[1]

E-mail: fiorino.mirabella@iss.it

[1]Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma
[2]Azienda ULSS 9, Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (Treviso)
[3]Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Treviglio, Treviglio (Bergamo)
[4]ASReM, Distretto Sanitario di Campobasso

**RIASSUNTO. Scopo.** Il presente studio si propone di valutare la prevalenza di donne positive allo screening per depressione *post partum* (DPP) e indagare alcune variabili associate in un ampio campione di donne italiane arruolate consecutivamente. **Metodi.** Il campione studiato (N=567) è stato reclutato nell'ambito di 91 corsi preparto. Le donne sono state sottoposte a screening nella 6ª-12ª settimana dopo il parto mediante la compilazione dell'EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale). Sono state valutate positive le donne con un punteggio ≥12. Nella stessa occasione sono state rilevate altre variabili d'interesse di tipo socio-demografico e clinico. **Risultati.** Delle 567 donne sottoposte a screening, 42 (7,4%) sono risultate positive. Si è riscontrato un rischio maggiore nelle donne che durante la gravidanza avevano avuto umore depresso (OR=3,2) o ansia (OR=6,3), che potevano contare poco per supporto psicologico (OR=4,8) o per niente (OR=6,5) su amici o parenti, o sul proprio compagno (OR=4,4), donne con un bambino dal temperamento facile al pianto (OR=7,8), con una bassa soddisfazione di sé (OR=4,8) e che da bambine avevano avuto una madre spesso (OR=4,6) o sempre (OR=12,5) critica nei loro confronti. **Discussione e conclusioni.** I risultati sono perlopiù in accordo con la letteratura per quanto riguarda il sostegno sociale e familiare e presenza di ansia e/o depressione durante la gravidanza quali principali fattori di rischio della DPP. In disaccordo con la letteratura sui fattori di rischio dei disturbi depressivi, le condizioni economiche non sono risultate associate.

**PAROLE CHIAVE:** depressione *post partum*, screening, corsi preparto, prevalenza, fattori di rischio.

**SUMMARY. Aim.** This study was designed to evaluate the prevalence of women screened positive for postpartum depression (PPD) and to investigate the main risk factors for PPD, in a large sample of Italian women. **Method.** The sample (N=567) was recruited as part of 91 antenatal courses. Women were screened between the 6th and 12th week after birth, by filling the EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scale). The validated cut-off score of ≥12 was used. Socio-demographic and clinical variables were investigated. **Results.** Out of the 567 screened women, 42 (7.4%) were positive. A higher risk was found in women who, during pregnancy, had a depressed mood (OR=3.2) or suffered from anxiety (OR=6.3), had little (OR=4.8) or no (OR=6.5) psychological support from friends or family, or their partner (OR=4.4), had a baby given to crying (OR=7.8), had a low self-esteem (OR=4.8), or had had, as children, a mother that was often (OR=4.6) or always (OR=12.5) critical of them. **Discussions and conclusions.** The results of the study are in agreement with the literature considering social and family support and the presence of anxiety and/or depression during pregnancy as main risk factors for PPD. In disagreement with previous studies on risk factors for depressive disorders, we found that the economic status was not associated to PPD.

**KEY WORDS:** postpartum depression, screening, antenatal courses, prevalence, risk factors.

## INTRODUZIONE

La nascita di un figlio può comportare l'insorgenza nella madre di sintomi psicopatologici che variano per frequenza e intensità, ed effetti a breve e a lungo termine sulla salute della stessa madre e/o del bambino.

Di solito si tratta di quadri sintomatici a base ansioso-depressiva che possono assumere forme relativamente poco allarmanti o in alcuni casi forme decisamente più preoccupanti. Fra essi distinguiamo il baby (o maternity) blues, una condizione di disagio interiore caratterizzata da tristezza, facilità al pianto, irritabilità, ansia, aumentata sensibilità, confu-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



sione mentale, affaticamento, disturbi del sonno e dell'appetito, che può riguardare fino al 70% delle donne. Inizia durante i primi due o tre giorni dopo il parto e si risolve di solito nella settimana successiva[1]. Diversi studi affermano che le donne che presentano baby blues hanno una probabilità maggiore di sviluppare una depressione maggiore nei mesi successivi[2]. Decisamente più grave è invece la psicosi puerperale[3,4] che ha una prevalenza che può variare dallo 0,1 allo 0,2%[5]. La conseguenza più grave di questo disturbo è l'alto rischio di suicidio o di infanticidio[6].

Nonostante la definizione di "depressione *post partum*" (DPP) sia oggi di uso comune tanto in ambito clinico quanto in quello della ricerca, non vi sono elementi per sostenere che essa individui una precisa categoria nosografica. Sia per il DSM-IV sia per l'ICD-10 i criteri diagnostici sono gli stessi previsti per il disturbo depressivo: umore depresso e anedonia, accompagnati da perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, incapacità di concentrazione, sentimenti di colpa, pensieri suicidari, tentativi di suicidio. Si parla di DPP se l'insorgenza del disturbo avviene nelle prime quattro settimane dopo il parto per il DSM-IV o nelle prime sei settimane per l'ICD-10. Va comunque segnalato che la maggior parte degli studi che si sono occupati di DPP non sempre si sono attenuti a tali limiti temporali, continuando a parlare di DPP anche nei casi di insorgenza fino a 12 mesi dopo il parto[3].

La DPP rappresenta, per caratteristiche cliniche e statistiche, la più rilevante complicanza psichica relativa al puerperio. Nel mondo occidentale si stima che colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono[7-11]. I risultati degli studi condotti mostrano comunque un'ampia variabilità[12]. Variabilità che diventa ancora più marcata se si considerano anche gli aspetti territoriali[13] e culturali[14-16], come dimostra un'ampia rassegna[17] che, prendendo in esame 64 studi condotti in 17 paesi asiatici, ha riscontrato valori di prevalenza che vanno dal 3,5% della Malesia al 63,3% del Pakistan, sebbene si tratti di realtà geografiche molto distanti dalle nostre.

Molte sono anche le ragioni metodologiche a spiegare l'instabilità dei parametri epidemiologici su questo tema. Tra le più frequenti, la scelta del campione (troppo piccolo e/o scarsamente rappresentativo), il momento del postparto in cui viene effettuata la valutazione, lo strumento di screening adottato, il valore soglia utilizzato, la tendenza ad attribuire impropriamente ai risultati dello strumento di screening un valore diagnostico anziché far seguire a esso un secondo momento di valutazione clinica[18] in base ai criteri del DSM-IV o dell'ICD-10.

Sembra comunque accertato che solo una piccola percentuale di donne chiede aiuto e sostegno per problemi psichici durante la gravidanza e/o nel periodo immediatamente successivo[19-21].

Particolare attenzione è stata posta in questi ultimi anni allo studio dei possibili fattori di rischio associati alla DPP[22].

Milgrom[23] ha proposto un modello definito "bio-psico-sociale" che prevede la contemporanea considerazione di diversi fattori biologici, psicologici e sociali nella valutazione della condizione di DPP della madre dopo il parto. L'idea di base è che ogni donna sia più o meno caratterizzata da "fattori di vulnerabilità psicologica" (aspetti temperamentali, storia pregressa di depressione personale e/o familiare, eventi di vita, stili di coping disadattivi, ecc.) che la rendono più o meno sensibile a "fattori scatenanti" (eventi stressanti, alterazioni ormonali, mancanza di sostegno sociale adeguato e altro). Una combinazione sfavorevole di questi fattori può accrescere la probabilità di sviluppare una depressione, che può essere mantenuta e/o aggravata da altri fattori che intervengono dopo il parto (irrequietezza del bambino, perdita di sonno, ecc.). Fattori socio-culturali, come falsi miti e credenze irrealistiche sulla maternità, possono pure contribuire all'insorgenza e al mantenimento della DPP.

Dai numerosi studi effettuati, sembra che i fattori di rischio maggiormente riportati siano: una storia pregressa di depressione (prima e/o durante la gravidanza), l'aver sofferto di maternity blues, difficoltà con il partner, la mancanza di supporto sociale percepito ed eventi stressanti recenti[7,20,24-33]. Da recenti revisioni di lavori pubblicati tra il 2000-2011 sembra che a questi si possano aggiungere anche le difficoltà economiche e una storia di abuso di sostanze[34], un generico "stress percepito"[35] e, in paesi a basso o medio reddito, *status* socio-economico, gravidanze indesiderate, età più giovane, essere nubile, avere suoceri ostili e la violenza domestica[36]. Anche su questi altri fattori di rischio i risultati degli studi presentano una certa variabilità e come tali non sono da considerare del tutto definitivi[37].

In questo panorama molto variegato, il presente studio si pone l'obiettivo di aggiungere un suo contributo analizzando la frequenza del rischio di DPP e i fattori a esso associati in una popolazione di donne italiane provenienti da corsi di preparazione al parto.

## METODI

### Disegno dello studio

Lo studio è stato realizzato nell'ambito del progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione *post partum*" finanziato dal Ministero della Salute. Il progetto ha gli obiettivi di definire modalità di screening praticabili e accettabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di DPP, e di verificare la fattibilità e l'efficacia nella pratica dei servizi dell'intervento psicologico, di dimostrata efficacia, di trattamento precoce della DPP messo a punto da Milgrom et al.[38].

Il presente lavoro viene realizzato in una fase intermedia di effettuazione del progetto (i cui lavori saranno conclusi all'inizio del 2015) e utilizza i dati disponibili al 31.08.2013 ponendo l'attenzione unicamente sugli aspetti per i quali si possono avere indicazioni abbastanza solide dai dati disponibili fino a quella data (prevalenza della positività allo screening e fattori di rischio).

### Campione

L'arruolamento è avvenuto nell'ambito di 91 corsi preparto, che si sono svolti dal 1° ottobre al 31 agosto 2012, dei quali 36 attivati presso i servizi dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Treviglio Caravaggio e della ASL della provincia di Bergamo (13 presso l'ospedale di Treviglio, 12 presso il policlinico S. Pietro, 5 presso l'ospedale di S. Giovanni Bianco, 3 presso il consultorio di Treviglio e 3 presso il consultorio di Romano di Lombardia) e 55 nella ULSS 9 di Treviso (21 presso il distretto socio sanitario di Oderzo e 34 presso il distretto socio sanitario di Villorba). In occasione di uno degli incontri previsti nei corsi, il progetto è stato presentato

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



alle partorienti (da psichiatri, psicologhe, ostetriche o ginecologhe) in giornate specificamente dedicate al tema della DPP. Gli incontri hanno avuto una durata media di un'ora e mezza, una finalità informativo-psicoeducativa volta a fornire alle partecipanti tutte le indicazioni utili a riconoscere i probabili sintomi della DPP (sintomi clinici, insorgenza, differenze con il baby blues, ecc.) ed erano aperti anche ai mariti e ai familiari interessati. Alle donne è stato consegnato anche un opuscolo messo a punto nell'ambito del progetto dal titolo "Come prevenire la depressione *post partum* e sentirsi nuovamente se stesse", all'interno del quale erano riportati anche i recapiti telefonici delle strutture coinvolte nel progetto per poterle eventualmente contattare. Al termine dell'incontro, alle partorienti intenzionate a partecipare al progetto è stato chiesto di compilare una scheda contenente l'informativa sulla privacy, i propri dati anagrafici, e la data prevista del parto per essere ricontattate da uno psicologo tra la 6ª e la 12ª settimana dopo il parto ed effettuare la compilazione di alcuni strumenti di valutazione.

Complessivamente, alla data del 31.08.2013, è stato proposto a 1121 donne (tutte le donne iscritte ai suddetti corsi preparto) di aderire al progetto e al presente studio, 676 (60,3%) della ULSS 9 di Treviso e 445 (39,7 %) della Azienda Ospedaliera della provincia di Bergamo; tutte hanno dato una iniziale disponibilità e fornito i dati per essere ricontattate.

Alla suddetta data, su 893 (79,7%) donne che risultavano essere nel periodo utile per lo screening, ne sono state ricontattate 859 (96,2%) (le altre sono state ricontattate dopo il 31.08.2013), delle quali 567 (66%) hanno accettato lo screening e compilato i previsti strumenti di valutazione, 18 (2,1%) non hanno accettato di sottoporsi allo screening e 274 (31,9%) sono risultate irreperibili o non si sono presentate al previsto incontro *post partum* per la compilazione degli strumenti.

Lo screening è avvenuto per 513 (90,5%) donne nei servizi e per 54 (9,5%) di esse presso il loro domicilio.

### Strumenti di valutazione

Quale test per la valutazione del rischio di DPP è stata adottata l'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)[39] che è sicuramente lo strumento più usato al mondo, anche in virtù delle sue caratteristiche di sensibilità e specificità nelle varie culture[40]. È stata adottata la versione italiana validata da Benvenuti[41] et al., che, oltre a essere la più recente, ha anche il merito di possedere una validità interna molta elevata (alfa di Cronbach 0,79).

Il punteggio cut-off scelto è stato di 12 o superiore, ottimale per valutare il rischio di depressione maggiore[38], in grado di assicurare una sensibilità del 56%, una specificità del 98% e un valore predittivo positivo dell'83%[42].

È stato predisposto anche un modulo di base *ad hoc* per la rilevazione di alcune variabili socio-anagrafiche (età, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche, convivenza con un partner e numero di persone che componevano il nucleo familiare) e altre variabili sintetizzate in cinque differenti sezioni:

1. *informazioni relative al parto* (eventuali complicazioni durante il parto, problemi di salute/sonno/alimentazione personali e/o del bambino, temperamento del bambino e tipo di allattamento);
2. *informazioni sul periodo preparto e sulla gravidanza* (se la donna aveva avuto già altre gravidanze, se aveva fatto ricorso alla procreazione medico-assistita, se aveva avuto una gravidanza a rischio per problemi di salute o per problematiche di tipo genetico, se subito dopo il parto aveva avuto sintomi depressivi e/o ansiosi per almeno due settimane e se al momento della compilazione seguiva una terapia farmacologica per problemi psicologici);
3. *informazioni su eventuali eventi stressanti negli ultimi 12 mesi* (grave malattia o incidente, perdita di una persona cara, fine o cambiamento di un ciclo di studi, cambiamenti o perdita del lavoro o problemi con i colleghi, problemi sessuali, problemi economici, separazione dal proprio coniuge o dai propri cari, furti, cambio di casa, problemi giudiziari);
4. *informazioni sullo stato d'animo nella vita, prima dell'attuale gravidanza* (se la donna aveva sofferto di depressione per almeno due settimane o ansia per almeno sei mesi e se un medico le aveva diagnosticato una depressione);
5. *informazioni sul sostegno familiare e sociale percepito* (supporto del partner, degli amici o dei parenti per aiuto pratico o sostegno psicologico in caso di bisogno, rapporto affettivo di coppia soddisfacente). Nell'ambito di questa sezione sono state poste anche tre domande sul rapporto avuto con la madre[43] durante l'infanzia (se la madre era stata troppo protettiva, troppo critica e se non le avesse dato tutto l'aiuto di cui aveva bisogno) derivate dallo strumento PBI[44,45].

In occasione dello screening è stata somministrata anche la Positivity Scale (P-Scale)[46], che valuta la propensione ad avere una visione positiva della vita e delle esperienze. Lo strumento è composto da soli 8 item che valutano la fiducia nel futuro, la soddisfazione della propria vita, la possibilità di contare su qualcuno in caso di bisogno, guardare il futuro con speranza ed entusiasmo, il grado di soddisfazione di se stessi, la visione oscura del futuro, l'essere fieri di se stessi, la fiducia in sé.

### Analisi statistica

I dati raccolti sono stati analizzati con il pacchetto statistico SPSS (Statistical Package for Social Science) versione 21.0 per Windows. Sono state calcolate le consuete statistiche descrittive, è stato applicato il test di significatività statistica del Chi quadrato per valutare l'associazione fra le singole variabili categoriali e l'esito allo screening. È stata, infine, condotta una regressione logistica, metodo stepwise e calcolati gli odds ratio (OR), inserendo nel modello multivariato le variabili risultate significativamente associate all'esito dello screening nell'analisi univariata. A posteriori è stata utilizzata l'analisi delle componenti principali sulle variabili risultate significativamente associate dal modello multivariato per sintetizzarne la struttura.

## RISULTATI

### Caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche del campione sottoposto a screening

Le donne sottoposte a screening (N=567) avevano età compresa fra 18-45 anni (media=32,2 e ds=4,8), per la maggior parte di nazionalità italiana, con titolo di studio di scuola media superiore o laurea, con un lavoro stabile, senza particolari difficoltà economiche e per lo più coniugate o conviventi. Al test EPDS, 42 (7,4%) di loro sono risultate positive al rischio di depressione postparto (Tabella 1).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



Tabella 1. Caratteristiche socio-anagrafiche ed esito della valutazione del rischio di depressione nel campione sottoposto a screening (N=567). Frequenze (percentuali). Variabili significativamente (*=0,05;**=0,01) associate con la positività allo screening. Missing ≤0,5%

| Variabili | Categorie | Frequenze e percentuali |
|---|---|---|
| Nazionalità | Italiana | 527 (92,9) |
| | Non italiana | 40 (7,1) |
| Titolo di studio** | Licenza elementare o media | 54 (9,5) |
| | Licenza media superiore | 326 (57,5) |
| | Laurea | 186 (32,8) |
| Condizione professionale | Disoccupate | 54 (9,5) |
| | Casalinghe | 40 (7,1) |
| | Studentesse | 8 (1,4) |
| | Lavoro saltuario/precario | 45 (7,9) |
| | Lavoro stabile | 418 (73,7) |
| Condizione economica | Gravi problemi | 3 (0,5) |
| | Qualche problema | 67 (11,8) |
| | Standard modesto | 369 (65,1) |
| | Condizione medio-alta | 126 (22,2) |
| Stato civile | Nubile | 24 (4,2) |
| | Convivente o coniugata | 536 (94,6) |
| | Separata o divorziata | 7 (1,2) |
| Esito dello screening | Positive | 42 (7,4) |
| | Negative | 525 (92,6) |

Tabella 2. Informazioni relative ai periodi del preparto e della gravidanza (N=567). Frequenze (percentuali). Variabili significativamente (*=0,05; **=0,01) associate con la positività allo screening. Missing ≤0,5%

| Variabili | Categorie | Frequenze e percentuali |
|---|---|---|
| Ha avuto altre gravidanze prima di questa | No | 419 (73,9) |
| | Una gravidanza | 126 (22,2) |
| | Due o più gravidanze | 22 (3,9) |
| Ha fatto ricorso alla procreazione medico-assistita | Sì | 20 (3,5) |
| Ha avuto una gravidanza a rischio | Per problemi di salute | 46 (8,1) |
| | Per problematiche genetiche | 25 (4,4) |
| Durante la gravidanza, per la maggior parte del tempo si è sentita psicologicamente | Giù di morale, abbattuta o depressa** | 82 (14,5) |
| | Di aver perso di interesse per le cose** | 49 (8,6) |
| | Apprensiva, ansiosa, preoccupata** | 40 (7,1) |
| Attualmente fa uso di psicofarmaci** | Sì | 8 (1,4) |

## Gravidanza e periodo pre-parto

Per la maggior parte delle donne quella attuale era stata la prima gravidanza. Alcune di loro (3,5%) avevano fatto ricorso alla procreazione medico-assistita, oppure avevano avuto una gravidanza a rischio per propri problemi di salute (8,1%). Il 14,5% delle donne ha riferito di aver avuto un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui si erano sentite giù di morale, l'8,6% aveva perso interesse per le cose che di solito piaceva loro fare e il 7,1% avevano avuto un periodo di almeno sei mesi di fila in cui si erano sentite apprensive, ansiose, facilmente preoccupate per molte cose e più del solito, quasi ogni giorno. Otto donne (1,4%) hanno riferito di assumere farmaci per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici (Tabella 2).

## Parto

Pur se la maggior parte delle donne ha riferito di non aver avuto problemi durante o dopo il parto, va comunque segnalato il 20,5% di donne che ha avuto un parto difficile o complicato e il 31,5% che non praticava l'allattamento al seno (Tabella 3).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



Tabella 3. Informazioni relative al parto. Frequenze e percentuali (N=567). Significatività delle associazioni con la positività allo screening: *=0,05; **=0,01. Missing ≤0,5%

| Variabili | Categorie | Frequenze e percentuali |
|---|---|---|
| Complicazioni durante il parto | No | 448 (79) |
| | Sì | 116 (20,5) |
| Praticano l'allattamento al seno | No | 179 (31,5) |
| | Sì | 387 (68,3) |
| Salute del bambino alla nascita | Buona | 529 (93,4) |
| | Con qualche problema | 32 (5,6) |
| | Con gravi problemi | 4 (0,8) |
| Problemi avuti dopo la nascita del bambino | Salute personale* | 108 (19) |
| | Sonno personale** | 189 (33,3) |
| | Salute del bambino* | 54 (9,5) |
| | Sonno del bambino** | 110 (19,4) |
| | Alimentazione del bambino** | 114 (20,1) |
| | Temperamento del bambino** | 76 (13,4) |

Tabella 4. Eventi stressanti negli ultimi 12 mesi precedenti il parto. Frequenze e percentuali (N=567). Variabili significativamente (*=0,05; **=0,01) associate con la positività allo screening. Missing ≤0,5%

| Variabili | Frequenze e percentuali |
|---|---|
| Grave malattia | 2 (0,4) |
| Grave incidente o vittima di una violenza | 2 (0,4) |
| Lutto o grave malattia fisica/psichica di una persona cara | 80 (14,1) |
| Grave incidente di una persona cara | 6 (1,1) |
| Aver terminato o cambiato gli studi | 14 (2,5) |
| Aver cambiato o perso il lavoro** | 60 (10,6) |
| Gravi problemi sessuali* | 4 (0,7) |
| Problemi economici* | 26 (4,6) |
| Furto o perdita di una cosa importante | 10 (1,8) |
| Aver cambiato casa | 83 (14,6) |
| Avere interrotto un rapporto coniugale/sentimentale** | 4 (0,7) |
| Essersi separato dai propri cari per motivi di lavoro o salute | 6 (1,1) |
| Gravi problemi sul lavoro (ad es, con i colleghi) | 18 (3,2) |
| Problemi con il partner** | 26 (4,6) |
| Altri cambiamenti importanti | 26 (4,6) |
| Livelli di disagio, sofferenza e stress patiti per questi eventi** | |
| Nessuno/lieve | 208 (56,4) |
| Medio | 98 (25,5) |
| Forte/fortissimo | 63 (17,1) |

### Eventi stressanti negli ultimi 12 mesi

Complessivamente, 369 (65,1%) donne hanno riferito di aver avuto uno o più eventi stressanti nei 12 mesi precedenti il parto. Tra i problemi più frequenti sono da segnalare l'aver patito un lutto a causa della morte di un familiare o di un amico o una grave malattia fisica/psichica di una persona cara (14,1%), il cambio o la perdita di lavoro (10,6%), problemi economici (4,6%) e il cambio di casa (14,6%). Un dato interessante è anche il numero di donne che aveva problemi con il partner (4,6%).

Il disagio, la sofferenza e lo stress patiti per uno o più questi eventi sono stati: nessuno o lieve per 208 (56,4%) donne, medio per 98 (25,5%) e forte/fortissimo per 63 (17,1%) (Tabella 4).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



### Sintomi depressivi e ansiosi nel corso della vita

Una consistente percentuale di donne ha riferito di aver avuto prima dell'attuale gravidanza, nel corso della vita, un periodo di almeno due settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno si sono sentite giù di morale, abbattute o depresse (26,8%); in misura minore (17,8%) di aver perso interesse per le cose e di avere avuto un periodo di almeno sei mesi di fila in cui si erano sentite apprensive, ansiose, facilmente preoccupate per molte cose e più del solito (10,8%). Degna di rilievo (6,2%) è anche la presenza di donne alle quali un medico (non necessariamente specialista della salute mentale) aveva diagnosticato un problema psicologico (Tabella 5).

### Sostegno familiare e sociale percepito, e comportamento della madre durante l'infanzia

La maggioranza delle donne ha riferito di avere sostegno familiare e sociale disponibile. Tuttavia una significativa percentuale (10,4%) non era pienamente convinta di poter contare in caso di bisogno su amici o parenti che non vivevano con lei per aiuto pratico e in misura pressoché uguale (11,3%) per sostegno psicologico. La maggior parte di loro aveva un rapporto affettivo del quale era sufficientemente soddisfatta, anche se non tutte (6,2%) erano dell'idea di poter contare sulla vicinanza del marito o del compagno quando si sentivano nervose o preoccupate, o (6,9%) quando avevano bisogno di un aiuto pratico.

Alle domande sul comportamento della madre durante l'infanzia, il 16,4% ha risposto che la madre era stata spesso o sempre troppo critica, il 24,4% spesso o sempre troppo protettiva e l'11,9% mai o raramente d'aiuto per le cose di cui aveva bisogno (Tabella 6).

### Visione positiva della vita e delle esperienze

Le donne nella maggioranza dei casi avevano una visione positiva della vita, un buon giudizio di sé e, anche se in misura minore, fiducia nel futuro. Da segnalare, tuttavia, che per il 20,9% delle donne il futuro sembrava davvero oscuro, che per il 7,2% vi era assenza di fiducia nel futuro e che per il 5,5% vi era assenza di fiducia in se stesse (Tabella 7).

### Variabili associate alla positività allo screening per DPP

L'analisi univariata dell'associazione fra l'esito dello screening e l'insieme delle variabili valutate ha posto in evidenza che più frequentemente le donne positive allo screening avevano un titolo di studio pari o inferiore alla licenza media, non vivevano con un compagno, dopo il parto avevano avuto problemi di salute o di sonno personale o del bambino, o avevano avuto problemi con la sua alimentazione o con il suo temperamento.

Un più elevato rischio di DPP si è riscontrato fra le donne che durante la gravidanza si erano sentite giù di morale, abbattute e depresse, che avevano perso interesse per le cose che amavano fare in precedenza o che si erano sentite apprensive o ansiose più del solito. L'associazione si riscontra anche con un maggiore uso di psicofarmaci.

Fra gli eventi stressanti che negli ultimi 12 mesi avevano riguardato di più il gruppo delle donne positive allo screening troviamo il cambio o la perdita di lavoro, l'interruzione di un rapporto sentimentale o una separazione coniugale, avere avuto problemi con il partner e aver avuto gravi problemi sessuali o economici. Anche il disagio e la sofferenza che questi eventi avevano procurato erano decisamente più marcati nel gruppo delle donne a rischio di DPP. L'indagine sullo stato d'animo nella vita prima dell'attuale gravidanza ha evidenziato un'associazione fra la positività allo screening e l'aver avuto periodi di umore depresso o apprensione e ansia.

È più bassa nelle donne positive anche la convinzione di poter contare su amici o parenti per un aiuto pratico o psicologico. Lo stesso tipo di associazione si riscontra relativamente al grado di soddisfazione del rapporto di coppia, alla possibilità di poter contare sulla vicinanza del proprio compagno/marito nei momenti di nervosismo o preoccupazione, o di poter contare su aiuto pratico in caso di bisogno. Per quanto riguarda il rapporto con la madre durante l'infanzia, le donne positive più delle negative tendono a ricordarlo come caratterizzato da una madre troppo critica nei loro confronti o che non avesse dato loro tutto l'aiuto di cui avevano bisogno.

L'analisi delle variabili del P-Scale ha mostrato una chiara tendenza delle donne positive ad avere una più bassa fiducia nel futuro, a guardarlo con minore entusiasmo e a vederlo più oscuro. Anche il giudizio sulla propria vita e su se stesse tende a essere significativamente meno positivo (Tabelle 1-7).

L'analisi multivariata ha consentito di individuare un modello statisticamente valido ($p<0,0001$) e concettualmente accettabile di predizione della DPP, composto da sette variabili e che consente una corretta classificazione complessivamente del 95% dei soggetti, del 99% dei soggetti non a rischio di depressione e del 45% dei soggetti a rischio. Sono state considerate tutte le variabili che nell'analisi univariata avevano presentato una significativa associazione con l'esito dello screening. Hanno mostrato di avere un rischio superiore di essere positive allo screening le donne il cui bambino aveva un temperamento facile al pianto e difficile da controllare, che durante la gravidanza avevano avuto un periodo piuttosto lungo di umore depresso, che avevano avuto durante la gravidanza un periodo di almeno sei mesi di fila in cui si erano sentite ansiose, che potevano contare poco o per niente su amici o parenti che non vivevano con loro per sostegno psicologico. Meno rilevante, ma comunque consistente, è l'aumento del rischio nelle donne che non potevano contare per niente sulla vicinanza del marito quando si sentivano nervose o preoccupate.

Probabilmente una considerazione a parte meritano le domande sul rapporto con la madre durante l'infanzia e sul rapporto con se stesse, in quanto meno delle altre specificamente legate all'esperienza del parto. Le donne alle quali durante la loro infanzia è sembrato che la madre fosse "sempre" troppo critica, presentavano un elevato rischio di essere positive allo screening. In misura minore, ma comunque sempre consistente, è l'aumento del rischio nelle donne che

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



Tabella 5. Sintomi di depressione e ansia nel corso della vita. Frequenze e percentuali (N=567). Significatività delle associazioni con la positività allo screening: *=0,05; **=0,01

| Variabili | Frequenze e percentuali |
|---|---|
| Essersi sentite giù di morale, abbattute o depresse per almeno due settimane di fila* | 152 (26,8) |
| Aver perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare per almeno due settimane di fila | 101 (17,8) |
| Essersi sentite apprensive, ansiose e facilmente preoccupate più del solito per almeno sei mesi di fila** | 61 (10,8) |
| Un medico le ha diagnosticato un problema di salute mentale: | |
| disturbo d'ansia | 17 (3) |
| depressione | 14 (2,5) |
| disturbo del comportamento alimentare | 3 (0,5) |
| disturbo psicotico | 1 (0,18) |
| *Totale* | *35 (6,2)* |

Tabella 6. Giudizio sul sostegno sociale e familiare percepito, e sul comportamento della madre durante l'infanzia. Frequenze e percentuali (N=567). Variabili significativamente (*=0,05; **=0,01) associate con la positività allo screening. Missing ≤0,5%

| Variabili | Categorie | Frequenze e percentuali |
|---|---|---|
| Può contare su amici o parenti per un aiuto pratico** | Per niente | 7 (1,2) |
| | Un po' | 59 (10,4) |
| | Sufficientemente | 144 (25,4) |
| | Molto | 356 (62,8) |
| Può di contare su amici o parenti per un sostegno psicologico** | Per niente | 18 (3,2) |
| | Un po' | 64 (11,3) |
| | Sufficientemente | 186 (32,8) |
| | Molto | 296 (52,2) |
| Sono soddisfatte del loro rapporto affettivo** | Per niente | 3 (0,5) |
| | Un po' | 12 (2,1) |
| | Sufficientemente | 94 (16,6) |
| | Molto | 458 (80,8) |
| Può contare sulla vicinanza di suo marito/compagno quando si sente nervosa o preoccupata** | Per niente | 8 (1,4) |
| | Un po' | 35 (6,2) |
| | Sufficientemente | 154 (27,2) |
| | Molto | 369 (65,1) |
| Può contare sulla disponibilità di suo marito/compagno per un aiuto pratico** | Per niente | 2 (0,4) |
| | Un po' | 39 (6,9) |
| | Sufficientemente | 144 (25,4) |
| | Molto | 381 (67,2) |
| Con una madre troppo critica** | Mai | 310 (54,7) |
| | Raramente | 161 (28,4) |
| | Spesso | 73 (12,9) |
| | Sempre | 20 (3,5) |
| Con una madre troppo protettiva** | Mai | 241 (42,5) |
| | Raramente | 186 (32,8) |
| | Spesso | 103 (18,2) |
| | Sempre | 35 (6,2) |
| Con una madre disposta a dare tutto l'aiuto di cui aveva bisogno** | Mai | 19 (3,4) |
| | Raramente | 48 (8,5) |
| | Spesso | 183 (32,3) |
| | Sempre | 315 (55,6) |

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



Tabella 7. Visione positiva della vita e delle esperienze. Frequenze e percentuali (N=567). Significatività delle associazioni con la positività allo screening: *=0,05; **=0,01. Missing ≤2,8%

| Variabili | Categorie | Frequenze e percentuali |
|---|---|---|
| Ho una grande fiducia nel futuro** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 40 (7,2) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 81 (21,9) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 432 (78,2) |
| Sono soddisfatta della mia vita** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 12 (2,2) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 21 (3,7) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 521 (91,9) |
| In caso di bisogno ho qualcuno su cui contare** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 8 (1,4) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 14 (2,5) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 532 (93,8) |
| Guardo il futuro con speranza ed entusiasmo** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 28 (4,9) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 44 (7,8) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 479 (84,4) |
| Complessivamente sono soddisfatta di me stessa** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 15 (2,7) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 43 (7,6) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 496 (87,5) |
| A volte il futuro mi sembra davvero scuro** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 376 (66,3) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 62 (10,9) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 116 (20,9) |
| Penso di avere molto di cui posso essere fiera** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 8 (1,5) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 28 (4,9) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 518 (91,3) |
| Generalmente ho molta fiducia in me stessa** | Fortemente/parzialmente in disaccordo | 31 (5,5) |
| | Né d'accordo né in disaccordo | 75 (13,2) |
| | Fortemente/parzialmente d'accordo | 448 (79) |

avevano riferito di essere complessivamente "fortemente" o "parzialmente" insoddisfatte di se stesse (Tabella 8).

Dall'analisi delle componenti principali sulle variabili risultate significativamente associate nel modello multivariato sono emerse due componenti che spiegano complessivamente il 44,2% della varianza totale.

La prima, che si può definire "Fiducia nelle proprie capacità e risorse sociali", spiega il 22,3% ed è composta dalle variabili: "Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per un sostegno psicologico"; "Quando si sente nervosa suo marito o il suo compagno le sta vicino"; "Durante la sua infanzia, quando era bambina, le sembrava che sua madre fosse troppo critica nei suoi confronti"; "Complessivamente sono soddisfatta di me stessa".

La seconda, "Vulnerabilità psicologica/capacità di fronteggiamento delle difficoltà" spiega il 21,9% della variabilità ed è composta dalle variabili: "Durante quest'ultima gravidanza ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa, per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni"; "Durante quest'ultima gravidanza ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno sei mesi di fila) in cui si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose, più del solito quasi ogni giorno"; "Problemi legati al temperamento del bambino (piange molto, è difficile da controllare, ecc.)" (Tabella 9).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La prevalenza della sintomatologia depressiva riscontrata nel postparto con lo strumento EPDS è pari al 7,4%.

Questo dato appare più basso di quelli rilevati in altri lavori, ma in linea con quanto riscontrato in lavori simili condotti in Italia con metodologia analoga[47].

Fra le ragioni che possono avere influenzato tale stima vanno segnalate le seguenti:

- il punteggio cut-off adottato in maniera conservativa (12 o più all'EPDS) è decisamente più elevato, e quindi meno sensibile (ma più specifico), di quello di solito utilizzato (9-10) nella maggior parte degli studi di screening svolti nei paesi occidentali;
- il campione è composto da donne che hanno partecipato a corsi preparto, verosimilmente più disponibili, collaborative e probabilmente in condizioni di salute migliori rispetto al resto della popolazione delle puerpere. Da considerare, inoltre, gli effetti positivi delle attività preparto

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



Tabella 8. Variabili che compongono il modello di predizione del rischio di DPP, significatività statistica, Odds Ratio aggiustati e relativi intervalli di confidenza al 95%

| Variabili | Categorie | P | OR (IC al 95%) |
|---|---|---|---|
| Problemi legati al temperamento del bambino (piange molto, è difficile da controllare, ecc.) | No | | 1,0 |
| | Sì | 0,001 | 7,8 (2,9-20,4) |
| Durante quest'ultima gravidanza ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno due settimane di fila) in cui si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa, per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni? | No | | 1,0 |
| | Sì | 0,01 | 3,2 (1,3-7,9) |
| Durante quest'ultima gravidanza ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno sei mesi di fila) in cui si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose, più del solito quasi ogni giorno? | No | | 1,0 |
| | Sì | 0,001 | 6,3 (2,1-19,3) |
| Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per un sostegno psicologico? | Molto | | 1,0 |
| | Sufficientemente | n.s. | 0,96 (0,3-2,8) |
| | Un po' | 0,005 | 4,8 (1,6-14,5) |
| | Per niente | 0,02 | 6,5 (1,3-32,1) |
| Quando si sente nervosa o preoccupata, suo marito/il suo compagno le sta vicino? | Molto | | 1,0 |
| | Sufficientemente | n.s. | 1,1 (0,4-2,9) |
| | Un po' o per niente | 0,01 | 4,4 (1,4-14,6) |
| Durante la sua infanzia, quando era bambina, le sembrava che sua madre fosse troppo critica nei suoi confronti? | Mai | | 1,0 |
| | Raramente | n.s. | 1,9 (0,6-5,7) |
| | Spesso | 0,01 | 4,6 (1,4-14,8) |
| | Sempre | 0,002 | 12,5 (2,6-61,5) |
| Complessivamente sono soddisfatta di me stessa | Forte accordo | | 1,0 |
| | Parziale accordo | n.s. | 1,1 (0,3-3,3) |
| | Né d'accordo, né in disaccordo | 0,03 | 4,2 (1,1-16,2) |
| | Forte o parziale disaccordo | 0,03 | 7,8 (1,2-51,2) |

Tabella 9. Valori delle saturazioni fattoriali di ciascuna variabile con la componente di appartenenza

| Variabili | Componenti | |
|---|---|---|
| | Prima | Seconda |
| Può contare su amici o parenti per un sostegno psicologico | 0,64 | |
| Quando è preoccupata suo marito/compagno le sta vicino | 0,618 | |
| Madre troppo critica nei suoi confronti | -0,619 | |
| Sono soddisfatta di me stessa | 0,516 | |
| Si è sentita apprensiva, ansiosa, preoccupata | | 0,773 |
| Si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa | | 0,782 |
| Temperamento del bambino | | 0,488 |

sulla capacità di prevenire, riconoscere e gestire i sintomi della depressione nel postparto[48]. Per molte madri provare emozioni negative durante la gravidanza è una ragione di forte malessere e in forte contrasto con l'immagine idealizzata della maternità. La possibilità di riconoscersi in altre donne, come avviene nell'ambito dei corsi preparto, aiuta a "normalizzare" il proprio stato d'animo e a superare il sentimento di vergogna e di colpa[49]. Il clima di "sostegno fra pari" che si sviluppa all'interno dei gruppi, la componente psicoeducativa dei temi trattati e inoltre la sensazione di essere seguite dai servizi in questa delicata fase della vita possono determinare degli importanti benefici nelle donne che partecipano a questi corsi, come dimostrato da Dennis e Dowswell in una recente e corposa rassegna[50];

- le donne risiedono per la maggior parte in piccoli comuni, dove caratteristiche territoriali e socio-culturali rendono molto più disponibile l'aiuto da parte di parenti, amici e vicini di casa. È molto più presente, in altri termini, quel "sostegno sociale" che, come in più occasioni ricordato, è fortemente correlato con il rischio di depressione. Lo stesso Fox[16] spiega la bassa prevalenza (8,7%) di DPP riscontrata fra le donne maltesi con il sostegno che si sviluppa all'interno della coesa comunità cattolica dell'isola;

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



- la percentuale di donne che non hanno accettato di sottoporsi allo screening o sono risultate irreperibili oppure non si sono presentate ai previsti incontri postparto è molto alta (34%). Diversi studi hanno dimostrato come le persone che non si rivolgono ai servizi o che abbandonano uno studio presentano di solito una condizione di salute peggiore delle altre[51]. In effetti, in uno studio analogo svolto sempre in Italia, nel quale le donne erano state reclutate attraverso sia i corsi preparto che le visite ginecologiche consultoriali – visite che intercettano un maggior numero di donne con peggiore condizione socio-economica e una parte significativa (14,4%) di donne straniere –, la prevalenza della sintomatologia depressiva, utilizzando lo stesso cut-off dell'EPDS, era risultata dell'8,7%[52].

Le variabili associate al rischio di depressione postparto riscontrate nell'analisi univariata sono le stesse presenti nella maggior parte degli studi internazionali sui fattori di rischio di DPP[3,7].

Il profilo psicologico e sociale che emerge è quello di una donna con una certa tendenza all'ansia e alla depressione, con un basso sostegno sociale e familiare percepito, con una bassa autostima che potrebbero essere in qualche modo associati al rapporto con una madre troppo critica e scarsamente disponibile nei momenti del bisogno. L'importanza del ruolo svolto dall'autostima (non sempre rilevata in altri lavori) e di molte altre variabili è stata posta in evidenza anche da un recente studio italiano[53].

Tutte le variabili associate forniscono indicazioni sicuramente importanti, ma la presenza di associazioni spurie tipiche di queste analisi può amplificare o depotenziare il loro reale contributo esplicativo.

Un modello di previsione vero e proprio, al netto cioè delle possibili componenti di confondimento, è quello ottenuto dall'analisi della regressione logistica.

Da questa emerge un modello molto verosimile sotto il profilo teorico e con buone capacità classificatorie, costituito da variabili associate, sostanzialmente in linea con quelle prevalentemente segnalate in letteratura e sempre orientate nell'indicare il paradigma bio-psico-sociale quale codice di lettura più accreditato per le problematiche depressive legate al parto.

A questo schema sembrano di fatto ricondurre le componenti emerse dall'analisi effettuata a posteriori sulle variabili esplicative. La componente identificata come "Fiducia nelle proprie capacità e risorse sociali" contiene, infatti, il senso di autoefficacia e la convinzione di potercela fare contando perlopiù sulle risorse personali e della rete sociale in cui si vive. Più carente è questa componente, più la donna prova disagio e insicurezza, con ripercussione sulla qualità della sua relazione con il bambino[54,55].

Altra componente concomitante è quella che abbiamo denominato "Vulnerabilità psicologica, capacità di fronteggiamento delle difficoltà". Secondo questa componente sembra infatti possibile sostenere che esistano donne con maggiore probabilità di DPP che sono di base psicologicamente più fragili di fronte a situazioni di stress e che reagiscono in modo ansioso-depressivo.

Di particolare interesse ci sembra l'assenza di variabili socioeconomiche tra i fattori di rischio della DPP sia nelle analisi univariate sia in quelle multivariate. Tale dato appare in contrasto con quanto riscontrato negli studi che hanno indagato i predittori della depressione maggiore[56] e dà ulteriore risalto a quei fattori che indagano il sostegno sociale e familiare percepito come indicatori particolari e specifici di questa fase.

## Limiti dello studio

Lo studio si basa su un campione reclutato nell'ambito di corsi preparto e ciò costituisce uno dei limiti dello studio, in quanto non consente di estendere le conclusioni alla popolazione generale, che include anche donne che non partecipano a questi corsi.

La particolare provenienza territoriale (piccoli comuni o aree rurali) rende verosimile ipotizzare che la prevalenza osservata sia inferiore rispetto a quella di popolazioni urbanizzate.

Gli intervalli di confidenza per alcune categorie scarsamente rappresentate sono eccessivamente ampi. È auspicabile per gli studi successivi il reclutamento di un campione più numeroso.

Lo studio ha i limiti tipici dello studio trasversale per cui non è possibile inferire la direzione di causalità delle associazioni tra variabili esaminate e rischio di DPP.

Infine, i dati raccolti sono tutti basati su informazioni auto-riferite dalle donne.

## Ringraziamenti

Il lavoro è stato realizzato nell'ambito del progetto "Prevenzione ed intervento precoce per il rischio di depressione post partum". Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM 2011 (CUP: I85J11000900005).

Un ringraziamento particolare va al referente scientifico del Ministero, dott.ssa Giovanna Romano, per i suoi preziosi consigli e supervisione.

Si ringraziano il dott. Guido Alessandri e il prof. Gian Vittorio Caprara per aver fornito lo strumento Positivity Scale (P-Scale), indicazioni sulle modalità di somministrazione, nonché preziosi suggerimenti.

Si ringraziano le dott.sse Lisa Carniato, Myriam Regonesi e Daniela Pecis per il loro prezioso contributo nella fase di screening.

## BIBLIOGRAFIA

1. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord 2003; 74: 67-83.
2. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. J Psychosom Obset Gynaecol 2004; 25: 267-72.
3. Robertson E, Celasun N, Stewart DE. Risk factors for postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.
4. NHMRC. Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999. Commonwealth of Australia 2000; ISBN 1864960086.
5. Brockington IF. Puerperal psychosis. In: Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press 1996.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46




6. Kelly E, Sharma V. Diagnosis and treatment of postpartum bipolar depression. Expert Rev Neurother 2010; 10: 1045-51.
7. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. Int Rev Psychiatry 1996; 8: 37-54.
8. Buist AE, Austin MP, Hayes BA, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. Aust N Z J Psychiatry 2008; 42: 66-73.
9. Milgrom J, Eriksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for post natal depression in routine primary care: properties of the Edimburgh Depression Scale in an australian sample. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 833-9.
10. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 357-64.
11. Breese McCoy SJ. Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. South Med J 2011; 104: 128-32.
12. Schardosim JM, Heldt E. Postpartum depression screening scales: a systematic review. Rev Gaucha Enferm 2011; 32: 159-66.
13. Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. J Rural Health 2011; 27: 278-88.
14. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. J Affect Disord 2004; 82: 297-301.
15. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. Health Care Women Int 2008; 29: 568-92.
16. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. J Affect Disord 2006; 91: 97-111.
17. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. Int J Nurs Stud 2009; 46: 1355-73.
18. Dennis CL. Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.
19. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol 2009; 16: 15-22.
20. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DF. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry 2008; 65: 805-15.
21. Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. J Pediatr Health Care 2012; 26: 109-17.
22. Marino M, Battaglia E, Massimino M, Aguglia E. Fattori di rischio nella depressione post partum. Riv Psichiatr 2012; 47: 187-94.
23. Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Depressione postnatale: ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico. Trento: Erickson 2003.
24. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research 1996; 45: 297-303.
25. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. J Clin Psychol 2009; 65: 1258-69.
26. Jadri R, Pelta J, Maron M, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. J Affect Disord 2006; 93: 169-76.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence 2007. Antenatal and Postnatal Mental Health. The Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance. Retrieved January 26, 2009, from http://www.nice.org.uk/Guidance/CG45.
28. Clinical Evidence, Sesta edizione italiana 2008. Retrieved January 26, 2008, from http://aifa.clinev.it/
29. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry 2008; 16: 8-24.
30. Milgrom J, Gemmil AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. J Affect Disord 2008; 108: 147-57.
31. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. J Health Care Poor Underserved 2012; 23: 534-42.
32. Dennis CL, Heaman M, Vigod S. Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. Can J Psychiatry 2012; 57: 537-46.
33. Kersting A. Peripartum depression and grief after pregnancy loss: special problem areas in obstetrics. Nervenarzt 2012; 83: 1434-41.
34. Clare CA, Yeh J. Postpartum depression in special populations: a review. Obstet Gynecol Surv 2012; 67: 313-23.
35. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. Women Health 2013; 53: 74-99.
36. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower middle income countries: a systematic review. Bull World Health Organ 2012; 90: 139-49.
37. Bloch M, Rotemberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early post-partum depressive symptoms. Gen Hosp Psychiatry 2005; 28: 3-8.
38. Milgrom J, Martin PM, Negri LM. Depressione Postnatale. Trento: Erickson 2003.
39. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6.
40. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand 2009; 119: 350-64.
41. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. J Affect Disord 1999; 53: 137-41.
42. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, et al. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID. Eur Psychiatry 1997; 12: 232-41.
43. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. NewYork: Basic Books, 1969.
44. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol 1979; 52: 1-10.
45. Scinto A, Mariangeli MG, Kalyvoka A, et al. Studio di validazione della versione italiana del Parental Bonding Instrument (PBI). Epidemiol Psichiatria Soc 1999; 8: 276-83.
46. Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, et al. The positivity scale. Psychol Assess 2012; 24: 701-12.
47. Piacentini D, Leveni D, Primerano G, et al. Prevalenza e fattori di rischio della depressione post parto tra le donne che partecipano ai corsi preparto. Epidemiol Psichiatria Soc 2009; 18: 214-20.
48. Buist A, Speelman C, Hayes B. Impact of education on women with perinatal depression. J Psychosom Obst Gynaecol 2007; 28: 49-54.
49. Bennett HA, Boon HS, Romans SE, Grootendorst P. Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy: a qualitative study. BMC Women's Health 2007; 7: 13.
50. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological inter-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.203 Tue, 15 Jul 2025, 00:31:46



ventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev 2013 Feb 28; 2: CD001134.
51. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy, risk factors, health status, and utilization of health services: the ESEMeD-WMH project. Epidemiol Psichiatr Soc 2005; 14: 1-100.
52. Michielin P, Di Giorgi E, Spinella N, Favaretto G, Semenzin M, Mattioli Corona T. Screening e interventi psicoterapeutici e di sostegno per donne con depression post-partum. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 2008; 14: 103-10.
53. Ferretti F, Franca A, Folin M. Risk factors associated with postnatal depressive symptomatology: a study conducted in the Southern Area of the Local Health Unit of Modena. Epidemiol Prev 2013; 37: 138-44.+
54. Goodman SH, Broth MR, Hall CM, Stowe ZN. Treatment of postpartum depression in mothers: secondary benefit to the infants. Infant Mental Health Journal 2008; 29: 492-513.
55. Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V. Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. J Affect Disord 2008; 107: 241-5.
56. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry 2012; 11: 139-45.