

Original Articles

Prevalenza e fattori di rischio della depressione post parto tra le donne che partecipano ai corsi pre parto

Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses

DANIELE PIACENTINI,¹ DANIELA LEVENI,¹ GIUSEPPE PRIMERANO,¹ MARINA CATTANEO,¹ LOREDANA VOLPI,¹ GIUSEPPE BIFFI,¹ FIORINO MIRABELLA²

¹Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Treviglio, Treviglio (Bergamo)

²Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY. **Aims** – Postnatal depression, the most frequent complication occurring after pregnancy, is often not recognized. The prevalence of postnatal depression is currently considered to be 10-15% in western countries. A wide range of risk factors related to postnatal depression were researched in international studies. Our aim was to evaluate the risk factors and their frequency in a women population of Bergamo Province and compare the results with findings of international literature. **Methods** – 595 women taking part to antenatal courses in three hospitals in Bergamo Province were screened for Postnatal Depression using EPDS and clinical interview. Prevalence and possible psychosocial risk factors data were collected and subsequently analysed and compared with literature findings. **Results** – Thirty six (7.1%) women of our sample had postnatal depression. Depressed mood and depression during pregnancy, anxiety during pregnancy, poor social support, recent life events, a history of depression or other psychiatric history, presence of maternity blues were the strongest predictors of postnatal depression in our sample. **Conclusions** – The Psychosocial risk factors emerged from our study are substantially the same indicated by international studies, on the contrary prevalence is a little lower. This result may be explained considering that our women sample wasn't completely representative of general population.

Declaration of Interest: Results of this study are part of a project, "Identification and early treatment of post partum depression", approved and financially supported by Regione Lombardia. This study didn't receive grants or support from drug companies. There are no conflicts of interest.

KEY WORDS: depression, post partum/diagnosis, depression, post partum/epidemiology, risk factors, mass screening.

Received 28.11.2008 – Final version received 09.01.2009 – Accepted 18.01.2009

INTRODUZIONE

La depressione post parto rappresenta la più considerevole complicanza relativa al puerperio e, nel mondo

occidentale, colpisce all'incirca il 10-15% delle donne che partoriscono (Buist *et al.*, 2008; Gavin *et al.*, 2005; Milgrom *et al.*, 2005; Agostini *et al.*, 2005; Evans *et al.*, 2001; O'Hara & Swain, 1996). I risultati degli studi condotti mostrano comunque un'ampia variabilità ed alcuni autori (Halbreich & Karkun, 2006) ritengono che la citata prevalenza del 10-15% non rappresenti del tutto la prevalenza globale e l'ampiezza del problema.

È comunque accertato che, nonostante gli alti livelli di contatto con operatori sanitari sia prima che dopo il parto, raramente il disturbo è riconosciuto e viene offerto un

Address for correspondence: Dr. D. Piacentini, Ambulatorio Psico Sociale, Viale Martiri della Libertà 6, 24019 Zogno (Bergamo).

Fax: +39-0345-52030

E-mail: daniele.piacentini@tin.it

trattamento (Ramsay, 1993); inoltre, solo un numero limitato di donne chiede aiuto e sostegno quando si trova in difficoltà a causa di disturbi psichici durante la gravidanza e/o nel periodo immediatamente successivo (Dennis, 2004; Vesga Lopez *et al.*, 2008).

Anche i possibili fattori psicosociali di rischio associati alla depressione post parto sono stati ampiamente indagati; i fattori più accertati sembrano essere: storia di depressione prima e durante la gravidanza, *maternity blues*, difficoltà con il coniuge, mancanza di *supporto percepito* ed eventi traumatici recenti (Beck, 1996; Robertson *et al.*, 2004; O'Hara & Swain, 1996; National Institute for Health Clinical Excellence, 2007; Clinical Evidence, 2007; Leigh & Milgrom, 2008; Milgrom *et al.*, 2008; Lane *et al.*, 1997; Vesga Lopez *et al.*, 2008).

Anche nel caso dei fattori di rischio, i risultati degli studi non sono tuttavia del tutto esaustivi (Block *et al.*, 2005).

Data la variabilità dei dati disponibili e la carenza di dati relativi a studi condotti sulla popolazione italiana, abbiamo avviato un'indagine volta a raccogliere, nella nostra area geografica, dati circa la prevalenza della depressione post parto ed i possibili fattori psicosociali di rischio associati, per confrontarli poi con i dati della letteratura scientifica sopra evidenziati.

METODI

A partire dal 2006, nei corsi pre parto effettuati presso due ospedali ed una clinica situati nel territorio della Provincia di Bergamo, è stato inserito un incontro di sensibilizzazione a carattere psicoeducativo sulla depressione post parto. Durante tale incontro è stato chiesto a tutte le donne di partecipare ad un successivo *screening*, che sarebbe stato condotto fra le 8 e le 12 settimane dopo il parto, attraverso la compilazione di un test di *screening* (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) ed un colloquio clinico diagnostico.

Per la somministrazione della EPDS è stata utilizzata la versione italiana validata da Carpiniello *et al.*, 1997; il punteggio di *cut-off* scelto è stato di 13 o superiore, come suggerito anche da recenti lavori (Matthey *et al.*, 2006).

La conferma o meno della diagnosi di Depressione Maggiore, secondo i criteri del DSM IV, è avvenuta attraverso colloquio clinico e riconfermata attraverso la somministrazione del PHQ-9 (Kroenke & Spitzer, 2002) e ponendo le domande contenute nella sezione relativa all'Episodio Depressivo Maggiore dell'intervista strutturata *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan *et al.*, 1997).

Durante il colloquio sono inoltre stati raccolti dati anamnestici e socio anagrafici per permettere un successivo confronto fra il gruppo di donne con depressione post parto rispetto a quelle negative allo *screening*.

Oltre alle consuete variabili socio-anagrafiche (età, titolo di studio, professione) sono state valutate alcune variabili relative alla condizione psicologica personale e familiare nel periodo precedente il parto (depressione in altre gravidanze precedenti, depressione in altri momenti della vita, altre patologie psichiatriche avute in passato, depressione e ansia nella gravidanza attuale, casi di patologia psichiatrica in famiglia, eventi di vita stressanti durante la gravidanza o nelle prime due settimane dopo il parto), all'assistenza medica ricevuta in questa o in altre gravidanze (se hanno già partorito, se hanno fatto ricorso all'aborto o alla procreazione medico assistita nella gravidanza attuale), ai rapporti familiari e sociali (difficoltà di relazione con il proprio partner, possibilità di un sostegno familiare o sociale), ad aspetti relativi alla gravidanza, al parto e al dopo parto (andamento della gravidanza, tipo di parto, andamento del parto, salute del bambino alla nascita, tipo di allattamento praticato, insorgenza di *Baby Blues*, altre patologie psicologiche copresenti e non alla DDP).

Analisi statistica

I dati raccolti sono stati analizzati con il pacchetto statistico SPSS versione 15.0 per Windows. Sono state calcolate le consuete statistiche descrittive, applicato il test di significatività statistica del Chi quadrato, calcolata la stima di Mantel-Haenszel del rapporto *odds* comune e utilizzata la regressione logistica metodo *stepwise* per individuare le variabili in grado di costituire un modello di previsione della DPP.

RISULTATI

Nel periodo di osservazione (gennaio 2006-settembre 2008), 802 donne hanno partecipato all'incontro pre parto e 595 (74,2%) di esse si sono trovate nel periodo stabilito per *screening*.

Di queste, 509 (85,5%) hanno accettato di partecipare all'iniziativa, mentre 86 (14,5%) si sono rifiutate per diverse ragioni (mancanza di tempo, difficoltà organizzative, ecc.).

Le donne che hanno totalizzato un punteggio superiore a 12 alla EPDS sono state il 7,5% (38 soggetti), mentre le donne che hanno effettivamente soddisfatto i criteri diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore sono

state il 7.1% (36 soggetti); il rapporto fra i casi individuati dalle due modalità diagnostiche è di 36 su 38, cioè 0.947 (94.7%).

L'età media è di circa 32 anni, con un livello di istruzione prevalente di scuola media superiore (62.7%) e una tipologia occupazionale di lavoratrici dipendenti (67.4%).

Il 4.1% presenta altri disturbi psichiatrici, in comorbidità e non con la diagnosi di DPP; circa il 43% ha presentato nei giorni successivi al parto una sintomatologia da *Baby o maternity blues*. Il 2.2% ha fatto ricorso alla procreazione medico-assistita nella gravidanza attuale e l'81% riferisce di aver avuto una gravidanza regolare. L'80.4% ha avuto un parto naturale, con andamento regolare per l'87.6% e la salute del bambino alla nascita è risul-

tata buona o con problemi non gravi nel 98.2% dei casi.

In passato, il 7.1% aveva già avuto un'esperienza di parto e il 9.0% ha avuto esperienze di aborto. Il 2.9% riferisce di aver sofferto di depressione nell'attuale gravidanza, l'1.0% di averne sofferto in gravidanze precedenti e l'8.4% in altri momenti della vita. Il 15.5% ha sofferto di altri disturbi psichiatrici in passato e il 20% dichiara di aver avuto almeno un caso di patologia psichiatrica in famiglia, il 5.7% riferisce di aver vissuto eventi stressanti durante l'attuale gravidanza, quali lutti, perdita del lavoro, separazione dal coniuge, insorgenza di gravi patologie fra i parenti stretti. Infine, il 33.3% delle puerpere non pratica l'allattamento al seno. Vedi Tabella I per i risultati dettagliati relativi alle caratteristiche del campione.

Tabella I – *Caratteristiche del campione (N=509): statistiche descrittive (medie e deviazioni standard, frequenze e percentuali) delle variabili prese in esame.*

Variabili	Misure/Categorie	Valori
Età	Media (d.s.)	32.1 (4.2)
Titolo di studio	M. Inferiore	84 (16.5)
	M. Superiore	319 (62.7)
	Laurea	106 (20.8)
Professione	Dipendente	343 (67.4)
	Lav. Autonoma	23 (4.5)
	Casalinga/Disoccupata	69 (13.6)
	Altro	74 (14.5)
Positive alla diagnosi di DPP	Si	36 (7.1)
Con altri disturbi psicologici/psichiatrici copresenti e non alla DPP	Si	21 (4.1)
Depressione durante la gravidanza attuale	Si	15 (2.9)
Depressione durante gravidanze precedenti	Si	5 (1.0)
Depressione in altri momenti della vita	Si	43 (8.4)
Altre patologie psichiatriche precedenti	Si	79 (15.5)
Patologia psichiatrica in famiglia passata o attuale	Si	102 (20.0)
Esperienza di eventi di vita stressanti durante la gravidanza	Si	29 (5.7)
Che hanno già partorito	Si	36 (7.1)
Esperienze di aborto	Si	46 (9.0)
Ricorso alla procreazione medico assistita	Si	11 (2.2)
Difficoltà di relazione con il proprio partner	Si	52 (10.2)
Scarso supporto familiare o sociale percepito	Si	60 (11.8)
Andamento della gravidanza	Regolare	415 (81.5)
	Accompagnata da ansia	69 (13.6)
	Gravemente patologica	23 (4.5)
Salute del bambino alla nascita	Buona	369 (84.6)
	Problemi non gravi	59 (13.5)
	Problemi gravi	8 (1.8)
Tipo di parto	Naturale	409 (80.4)
	Cesareo	98 (19.6)
Andamento del parto	Regolare	446 (87.6)
	Difficoltoso	57 (11.2)
	Problematico	4 (0.8)
Praticano l'allattamento al seno	No	152 (33.3)
Hanno manifestato <i>Baby Blues</i>	Si	220 (43.2)

L'analisi dell'associazione fra la diagnosi di DPP e le altre variabili non ha evidenziato risultati statisticamente rilevanti per quanto riguarda il titolo di studio, l'aver avuto precedenti esperienze di aborto, il tipo di parto, l'andamento del parto, la salute del bambino alla nascita ed il praticare o meno l'allattamento al seno. Un'associazione al limite della significatività statistica ($p < 0.05$) si è osservata invece con la variabile età, per la quale, all'aumento dei valori, è associato un aumento lineare del rischio di depressione, con l'aver sofferto di depressione nelle gravidanze precedenti che presenta un rischio addirittura di circa nove volte più alto rispetto al non averne sofferto, all'aver fatto ricorso alla procreazione medico-assistita e all'aver vissuto esperienze di vita stressanti nell'attuale gravidanza. Associazioni nella maggior parte dei casi ben superiori alla significatività statistica di 0.01 riguardano la professione per la quale le casalinghe o disoccupate presentano un rischio di DPP tre

volte maggiore delle lavoratrici dipendenti, la presenza di altri disturbi psichiatrici e l'aver sofferto di altre patologie psichiatriche in passato, aver già sofferto di depressione in altri momenti della vita che presenta un rischio ben otto volte più elevato, e avere o aver avuto un familiare con esperienza di patologia psichiatrica. Un'associazione molto elevata, ovviamente, si riscontra fra l'aver sofferto di depressione durante la gravidanza appena passata e la positività alla diagnosi di DPP con un rischio di ben quattordici volte più elevato, così l'aver già partorito almeno una volta e la mancanza di un sostegno familiare e sociale con aumenti di rischio rispettivamente di 6.6 e di 8.9. Un aumento di rischio di DPP si osserva anche nelle donne la cui gravidanza è stata caratterizzata da ansia (OR=6.1), in quelle che riferiscono di avere difficoltà di relazione con il proprio partner (OR=3.9) e che presentano una sintomatologia da 'Baby blues' (OR=3.4). I valori degli odds ratio di tutte le variabili sono riportati nella Tabella II.

Tabella II – Distribuzione dei casi con diagnosi di DPP nelle variabili considerate: Frequenze e percentuali, significatività statistica (P) dell'associazione fra la diagnosi di DPP e i singoli fattori, odds ratio (O.R.) non aggiustati e relativi Intervalli di confidenza per una probabilità del 95%.

Variabili	Categorie	Frequenze e (Percentuali)	P	O.R. (IC al 95%)
Età	18-29	3 (2.2)	0.03	1.0
	30-35	22 (8.2)		3.9 (1.2 - 13.3)
	36-45	11 (10.2)		4.9 (1.3 - 18.2)
Titolo di studio	M. Inferiore	4 (4.8)	n.s.	1.0
	M. Superiore	21 (6.6)		1.4 (0.5 - 4.2)
	Laurea	11 (10.4)		2.3 (0.7 - 7.5)
Professione	Dipendente	23 (6.7)	0.0001	1.0
	Lav. Auton.	0 (0.0)		0.0
	Casal./disoccupata	13 (18.8)		3.2 (1.5 - 6.7)
	Altro	0 (0.0)		0.0
Donne che hanno sofferto di depressione nella gravidanza attuale	No	29 (5.9)	0.0001	1.0
	Si	7 (46.7)		14.0 (4.7 - 41.4)
Donne con altri disturbi psicologici/psichiatrici copresenti alla DPP e non	No	30 (6.1)	0.0001	1.0
	Si	6 (28.6)		6.1 (2.2 - 16.8)
Donne che hanno sofferto di depressione nelle gravidanze precedenti	No	34 (6.7)	0.04	1.0
	Si	2 (40.0)		9.2 (1.5 - 57.0)
Donne che hanno sofferto di depressione in altri momenti della vita	No	23 (4.9)	0.0001	1.0
	Si	13 (30.2)		8.3 (3.8 - 18.1)
Donne con altre patologie psichiatriche precedenti	No	25 (5.8)	0.01	1.0
	Si	11 (13.9)		2.6 (1.2 - 5.6)
Donne con patologia psichiatrica fra i consanguinei	No	21 (5.2)	0.002	1.0
	Si	15 (14.7)		3.2 (1.6 - 6.4)
Donne che hanno avuto esperienze di eventi stressanti durante la gravidanza	No	31 (6.5)	0.05	1.0
	Si	5 (17.2)		3.0 (1.1 - 8.4)
Donne che hanno già partorito almeno una volta nelle gravidanze precedenti	No	26 (5.5)	0.001	1.0
	Si	10 (27.8)		6.6 (2.9 - 15.1)
Donne con esperienze di aborto	No	34 (7.3)	n.s.	1.0
	Si	2 (4.3)		0.6 (0.1 - 2.5)
Donne che hanno fatto ricorso alla procreazione medico assistita	No	33 (6.6)	0.04	1.0
	Si	3 (27.3)		5.3 (1.3 - 20.8)

(segue)

Tabella II – *Segue*

Variabili	Categorie	Frequenze e (Percentuali)	P	O.R. (IC al 95%)
Donne che hanno difficoltà di relazione con il proprio partner	No	26 (5.7)	0.002	1.0
	Si	10 (19.2)		3.9 (1.8 - 8.7)
Donne con scarso sostegno familiare o sociale percepito	No	19 (4.2)	0.0001	1.0
	Si	17 (28.3)		8.9 (4.3 - 18.5)
Andamento della gravidanza	Regolare	18 (4.3)	0.0001	1.0
	Con ansia	15 (21.7)		6.1 (2.9 - 12.9)
	Patologica	3 (13.0)		3.3 (0.9 - 12.2)
Salute del bambino alla nascita	Buona	29 (7.9)	n.s.	1.0
	Probl. non gravi	7 (11.9)		1.6 (0.6 - 3.8)
	Problemi gravi	0 (0.0)		0.0
Tipo di parto	Naturale	27 (6.6)	n.s.	1.0
	Cesareo	9 (9.2)		1.4 (0.6 - 3.1)
Andamento del parto	Regolare	30 (6.7)	n.s.	1.0
	Difficoltoso	6 (10.5)		1.6 (0.6 - 4.1)
	Problematico	0 (0.0)		0.0
Donne che praticano l'allattamento al seno	No	17 (11.2)	n.s.	1.0
	Si	19 (6.2)		0.53 (0.27 - 1.05)
Donne che hanno manifestato <i>Baby Blues</i>	No	10 (3.8)	0.001	1.0
	Si	26 (11.8)		3.4 (1.6 - 7.2)

L'analisi della regressione logistica ha consentito di individuare un modello (Tabella III) statisticamente valido ($p < 0.0001$) e concettualmente plausibile di predizione della Depressione Post Parto composto da sei variabili e che consente una corretta classificazione, complessivamente del 94.0% dei soggetti, del 99.6% dei soggetti non depressi e del 48.9% dei soggetti depressi. Gli *odds ratio* aggiustati per le altre variabili del modello mostrano che le *donne che hanno già partorito* hanno un rischio di 4.5 volte superiore di *aver sofferto di depres-*

sione nella gravidanza appena passata di circa 5 volte superiore, di circa tre volte più elevato è il rischio di quelle che hanno *sofferto di depressione in altri momenti della vita*. I rischi per le donne che non dispongono di un necessario *sostegno familiare o sociale* e che hanno sofferto di *ansia durante la gravidanza* sono di circa sei e quattro volte più elevati delle rispettive categorie di riferimento.

Un aumento di rischio è stato riscontrato anche fra le donne che presentano una sintomatologia tipica del *Baby blues* (Tabella III).

Tabella III – *Significatività statistica, Odds Ratio aggiustati e relativi Intervalli di confidenza al 95% delle variabili che compongono significativamente il modello di predizione della DPP.*

Variabili	Categorie	P	O.R. (IC al 95%)
Donne che hanno già partorito	No	0.006	1.0
	Si		4.5 (1.5 - 13.2)
Donne che hanno sofferto di depressione durante la gravidanza appena passata	No	0.03	1.0
	Si		5.1 (1.2 - 21.8)
Donne che hanno sofferto di depressione in altri momenti della vita	No	0.01	1.0
	Si		3.4 (1.2 - 8.8)
Donne con scarso sostegno familiare o sociale percepito	No	0.0001	1.0
	Si		5.9 (2.5 - 14.2)
Andamento della gravidanza	Regolare	0.002	1.0
	Con ansia		4.0 (1.7 - 9.8)
	Patologica		n.s.
Donne che presentano una sintomatologia da <i>Baby Blues</i>	No	0.05	1.0
	Si		2.5 (1.0 - 5.6)

DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

Nel nostro campione, composto dalle donne partecipanti ai corsi pre parto, il 7.1% è risultato sviluppare Depressione Post Parto. Questo dato appare al di sotto di quelli mediamente segnalati in letteratura e questo potrebbe essere dovuto a fattori quali: non completa sovrapposibilità (meno del 10% delle donne che partoriscono negli Ospedali sede della ricerca frequentano i corsi pre parto) della popolazione studiata con la popolazione generale e periodo dello *screening* leggermente più avanzato rispetto a quello di molti studi epidemiologici. Il periodo di *screening*, fra l'ottava e la dodicesima settimana, è stato da noi scelto proprio per escludere forme depressive lievi, di breve durata ed a risoluzione spontanea.

Inoltre, come ipotizzato da alcuni studi (Buist *et al.*, 2007; Chabrol *et al.*, 2007), non può essere escluso che le componenti del nostro campione abbiano beneficiato del fatto stesso di essere inserite in un programma di *screening* che prevedeva un incontro di sensibilizzazione a carattere psicoeducativo durante il terzo trimestre di gravidanza.

Per quanto una valutazione del rischio effettuata con gli *odds ratio* grezzi possa essere distorta da variabili di confondimento associate al fattore esaminato, un'indicazione sicuramente importante del ruolo svolto da ciascuna variabile quale possibile fattore associato alla diagnosi di Depressione Post Parto si può comunque avere. Come era logico attendersi, delle indicazioni molto importanti sulla possibilità che una puerpera sviluppi DPP sembrano provenire dall'aver sofferto di depressione durante la gravidanza o in altri momenti/circostanze della vita, o dall'insorgenza di una sintomatologia da *baby blues* o *maternity blues*, o ancora se risulta positiva l'anamnesi psichiatrica familiare o personale. In altri termini, sembra che il rischio di soffrire di DPP sia maggiore se la reazione depressiva o più in generale la 'reazione psicopatologica' appartiene al 'repertorio emotivo e comportamentale' della persona o del proprio ambiente familiare. Anche l'aver sofferto di ansia o aver patito eventi stressanti durante la gravidanza risulterebbe associato ad un maggior rischio di depressione. L'assenza, reale o percepita, di un sistema familiare o sociale cui riferirsi in caso di necessità sembra essere anch'essa un potente fattore di rischio per la DPP. Probabilmente la stessa paura di non farcela da sole a sostenere il carico della nuova situazione potrebbe spiegare in parte anche la ragione di una maggiore probabilità di ammalarsi di DPP fra le persone che hanno già almeno un figlio da accudire o che vivono una condizione di più bassa sicurezza economica personale o familiare, o che non possono contare sull'aiuto del proprio coniuge.

Dall'analisi della regressione logistica emerge quindi un modello molto significativo statisticamente e plausibile sotto il profilo teorico, con buone capacità classificatorie, costituito da variabili predittive sostanzialmente in linea con quelle prevalentemente segnalate in letteratura (Beck, 1996; Robertson *et al.*, 2004; O'Hara & Swain, 1996; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007; Clinical Evidence, 2007; Leigh & Milgrom, 2008; Milgrom *et al.*, 2008, Lane *et al.*, 1997; Vesga Lopez *et al.*, 2008).

Riassunto. Scopo – La Depressione post parto è una complicanza frequente della gravidanza. Molti studi condotti in ambito internazionale hanno indicato che la prevalenza del disturbo nel mondo occidentale è circa del 10-15%. Molti sono stati anche gli studi rivolti ad indagare i fattori psicosociali di rischio associati alla depressione post parto. Poiché gli studi condotti in Italia sono meno numerosi, scopo della nostra ricerca è stato quello di condurre un'indagine sul nostro territorio. **Metodi** – 595 donne partecipanti ai corsi pre parto organizzati da tre ospedali della provincia di Bergamo sono state sottoposte a *screening* per la depressione post parto. Sono stati raccolti i dati relativi alla prevalenza ed ai possibili fattori psicosociali di rischio, per poi compararli coi dati indicati in letteratura. **Risultati** – Trentasei donne (7,1%) hanno presentato depressione post natale. Umore depresso e ansia durante la gravidanza, scarso sostegno sociale percepito, eventi di vita recenti, anamnesi di depressione o altri disturbi psichiatrici, *maternity blues* sono risultati essere i fattori predittivi più forti nel nostro campione. **Conclusioni** – I fattori psicosociali di rischio individuati nel nostro studio sono sostanzialmente in accordo con quelli indicati in letteratura. La prevalenza emersa è invece inferiore a quanto generalmente indicato.

PAROLE CHIAVE: depressione, post partum/diagnosi, post partum/epidemiologia, fattori di rischio, *screening* di popolazione.

REFERENCES

- Agostini F., Monti F., Marano G. & Lupi F. (2005). L'Edinburgh postnatal depression scale a 3, 9, 18 mesi dopo il parto. *Psychofenia: Ricerca e Analisi Psicologica* 1, 63-78.
- Beck CT. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research* 45, 297-303.
- Bloch M., Rotemberg N., Koren D. & Klein E. (2005). Risk factors for early post partum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry* 28, 3-8.
- Buist A., Speelman C., Hayes B., Reay R, Milgrom J., Meyer D. & Condon J. (2007). Impact of education on women with perinatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 28, 49-54.
- Buist AE., Austin MP., Hayes BA., Speelman C., Bilszta JL., Gemmill AW., Brooks J., Ellwood D. & Milgrom J. (2008). Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, 66-73.
- Carpiniello B., Parlante C.M., Serri F., Costa G. & Carta M.G. (1997) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 18, 280-285.
- Chabrol H., Coroner N., Rusibane S. & Séjourné N. (2007). A pilot study of prevention of postpartum blues. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 35, 1242-1244.

- Clinical Evidence, Sesta edizione italiana (2008). Retrieved January 26, 2008, from <http://aifa.clinev.it/>
- Dennis CL. (2004). Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Archives of Women's Mental Health* 7, 183-191.
- Evans J., Heron J. & Francomb H. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 323, 257-260.
- Gavin N.I., Gaynes B.N. & Lohr K.N. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* 106, 1071-1083.
- Halbreich U. & Karkun S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* 91, 97-111.
- Kroenke K. & Spitzer R. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatrics Annals* 32, 509-515.
- Lane A., Morris K.M., Turner K.M. & Barry S. (1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 171, 550-555.
- Leigh B. & Milgrom J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 16, 8-24.
- Matthey S., Henshaw C., Elliott S. & Barnett B. (2006). Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: implications for clinical and research practice. *Archives Womens Mental Health* 9, 309-315.
- Milgrom J., Eriksen J., Negri L. & Gemmill A.W. (2005). Screening for post natal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Depression Scale in an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 833-839.
- Milgrom J., Gemmil A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Eriksen J., Ellwood D. & Buist A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108, 147-157.
- 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>
- O'Hara M.W. & Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *International Review of Psychiatry* 8, 37-54.
- Ramsay R. (1993). Postnatal depression. *Lancet* 341, 1358.
- Robertson E., Grace S. & Wallington T. (2004). Antenatal risk factors for post partum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 26, 289-295.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Harnett Sheehan K., Janavs J., Weiller E., Bonora L.I., Keskiner A., Schinka J., Knapp E., Sheehan M.F. & Dunbar G.C. (1997). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID. *European Psychiatry* 12, 232-241.
- Vesga Lopez O., Blanco C., Keyes K., Olfson M., Grant B.F. & Hasin D.S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry* 65, 805-815.