

Una forma di espressione di violenza molto diffusa ma altrettanto poco attenzionata dalla letteratura è l' **infanticidio**.

Pur nella sua brutalità, la storia dell'umanità ne è ricca di esempi. L'infanticidio o l'esposizione prolungata dei neonati al freddo (inteso come abbandono) erano metodi comunemente utilizzati ed accettati nella Roma e nella Grecia antica. Al pater familias era lasciato pieno diritto di decisione sulla vita o la morte di ogni figlio che nasceva. Le deformazioni, in particolare, erano considerate un peccato e quando un bambino nasceva sfortunato la sua vita era subito troncata. È solo nel 374 d.C. che la legge Romana decreta che l'uccisione di un infante è considerato omicidio (Palermo, 2002). Gli omicidi dei più piccoli però continuarono, perché nel 400 d.C. ancora si credeva che i bambini che non smettevano di piangere fossero posseduti dal demonio, possibile causa scatenante ancora oggi dell'atto omicida (Palermo, 2002). L'infanticidio, quindi, è stato utilizzato spesso come strumento di controllo demografico, dove anche i fattori culturali hanno un grande peso. Basti pensare che nell'infanticidio il sesso del nascituro è importante, soprattutto in determinate culture, come ad esempio la Cina o l'India.

Secondo la legge oggi, l'infanticidio è una forma di delitto attenuato rispetto all'omicidio, sanzionato dall'articolo 578 del Codice Penale secondo cui *la madre cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è dato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto stesso, ed è punito con la reclusione da 4 a 12 anni.*

Non tutte le uccisioni di bambini sono però infanticidi.

Per esser tale, infatti, innanzitutto il **soggetto attivo deve essere la madre** (è quindi un reato esclusivo) perché chiunque altro uccida un neonato incorre nel reato di **omicidio doloso**.

Inoltre, la madre **non commette un infanticidio ma un vero omicidio doloso** quando:

- sussiste la morte del neonato per una condizione di **abbandono morale e materiale e non perché sia la madre direttamente l'autrice del reato**. Tuttavia il Codice Penale, infatti, nella formazione dell'articolo non dà chiare indicazioni circa la situazione di abbandono morale e materiale che potrebbe quindi configurarsi in condizioni di estrema povertà, di abbandono completo della donna incinta da parte di parenti e amici, una donna in condizioni di disagio psichico o in qualunque altra condizione che possa "giustificare" questo atto.

- l'omicidio avviene in stretto rapporto cronologico con il parto a causa del "turbamento" legato alla nascita e alle condizioni di abbandono. Tuttavia non è detto che debba avvenire per forza immediatamente dopo il parto perché la donna potrebbe non essere cosciente.

Implicitamente, inoltre, lo stesso articolo individua anche il così detto *feticidio* che si compie quando la madre uccide il feto durante il parto. Questa fattispecie indica quella situazione che sta a ponte tra l'aborto (del feto) e l'infanticidio (del neonato appena giunto al mondo). La dicitura quindi "***durante il parto***" è stata interpretata come il periodo che va dalla rottura delle acque al momento del taglio del cordone ombelicale che pone fine al parto.

La criminologia, rispetto alla giurisprudenza, fa una distinzione sulla base dell'età della vittima.: l'uccisione entro le 24 h dalla nascita è chiamata **neonaticidio**; dal primo giorno di vita al compimento del primo anno di età si parla di **infanticidio**; si usa il termine **figlicidio** per i bambini uccisi dal primo anno di vita in poi.

La letteratura (Resnick, 1969), preferisce **distinguere** il neonaticidio dal figlicidio propriamente detto, termine che egli utilizza dalle 24 h di vita in poi (Bramante, 2005). Il motivo di questa distinzione sta proprio alla base della motivazione che porta a commettere il neonaticidio rispetto al figlicidio. Nel **primo caso** la principale motivazione è quella di impedire l'inizio della vita del feto, per lo più non voluto, e l'istaurarsi quindi di un legame affettivo. Nel **secondo caso**, invece, il rapporto è già iniziato e le motivazioni possono essere di gran lunga più numerose. Tuttavia questa definizione non permette di individuare gli eventuali fattori di rischio e di attuare strategie preventive (McKee, 2006).

Il figlicidio può essere suddiviso in una serie di tipologie non solo motivazionali, ma anche situazionali in un continuum che va dall'assenza di patologia fino alla patologia più grave (Merzagora, 2003). La porzione più piccola nei campioni riportati nella letteratura è rappresentata dalla Sindrome o Complesso di Medea, dove l'omicidio del figlio è compiuto per vendetta, e richiama il mito greco di Medea. Il fattore scatenante è la conflittualità con il marito. In altre parole, il bambino è utilizzato come un vero e proprio strumento, al fine di creare sofferenza o di attirare l'attenzione di chi è il vero oggetto di ostilità, spesso acuita prima dell'atto omicida da un'ulteriore lite con il marito (Merzagora, 2003).

Un altro tipo di figlicidio riguarda quello **accidentale**, la più grande o la seconda più grande nei campioni studiati in letteratura insieme alla tipologia di figlicidio caratterizzata da una patologia psichiatrica (McKee, 2006). Nel primo caso non vi è l'intento di uccidere, ma esso è l'atto estremo risultante dell'evoluzione della **Sindrome del Bambino Maltrattato**, un

comportamento impulsivo spesso in risposta al pianto, alle urla o all'applicazione della disciplina. Le madri che commettono un figlicidio di tipo accidentale hanno spesso un disturbo di personalità, una modesta intelligenza, irritabilità e un'incapacità a mantenere un lavoro stabile (Merzagora, 2003). Sono anche donne che provengono da famiglie numerose e/o che a loro volta sono state più probabilmente vittime di maltrattamenti nella loro infanzia. Queste esperienze possono condurre all'incapacità di sviluppare un sicuro legame di attaccamento nei confronti dei propri figli, fino a portarle nei casi estremi a commettere l'omicidio. Arshad e Anasseril (1984) hanno affermato che esiste una sostanziale differenza tra le madri figlicide e quelle abusanti. Le prime infatti, soffrono di un grave disturbo psichiatrico al momento dell'atto e hanno avuto più frequentemente in passato una malattia mentale, facendo rientrare i figli nei propri deliri. Raramente, inoltre, hanno abusato del figlio prima di ucciderlo e loro stesse hanno meno probabilmente una storia di abuso alle spalle. Al contrario, le madri abusanti hanno una significativa assenza di un disturbo mentale sia al momento della valutazione, sia nel loro passato. Sono spesso però già segnalate ai servizi, sia nel presente come madri abusanti, sia nel passato come vittime di abuso da parte dei propri genitori.

Tra i casi di maltrattamento velato troviamo la Sindrome di Munchausen per Procura, in cui la madre inventa sintomi o segni che il bambino non ha o che lei stessa gli procura somministrandogli farmaci ad esempio, esponendolo di conseguenza ad una serie di accertamenti od operazioni, più o meno invasive, fino a procurargli la morte nei casi estremi (Bramante, 2005). Il comportamento adottato da queste madri è amichevole, collaborante e cordiali e difficilmente portano i medici a pensare di trovarsi di fronte ad una madre maltrattante. Il padre in questi casi è una figura piuttosto debole, ai margini della scena, assente sia fisicamente che emotivamente (Bramante, 2005). La letteratura (Rosen et al. 1984; Bools et al. 1993; Merzagora, 2003) sembra essere concorde nel negare una grave patologia mentale in queste madri, più spesso portatrici di un disturbo di personalità (Borderline, Istrionico, Paranoide) come accade per le altre mamme maltrattanti. Nell'anamnesi si possono poi ritrovare condotte autolesive, utilizzo di sostanze, abusi o maltrattamenti.

IL PROFILO

Il profilo della madre che commette figlicidio è stato più volte elaborato.

L'età media individuata nei studi va dai 25 anni ai 30. Una buona parte presenta un basso quoziente intellettivo, influenzato probabilmente anche dal livello di istruzione più basso. Per

quanto riguarda lo stato coniugale la maggioranza di queste donne sono sposate o con una relazione al momento della morte del figlio, ma vivono in una situazione socioeconomica caratterizzata da difficoltà finanziarie. Nella loro infanzia è frequente trovare una storia di abuso, ma è stata rilevata un'alta prevalenza di violenza domestica anche al momento dell'omicidio. Queste madri presentano una percentuale decisamente maggiore di disturbi psichiatrici, sia nell'anamnesi personale che familiare.

Nell'anamnesi familiare non è infrequente trovare una malattia mentale in uno o più familiari della madre, mentre rispetto all'anamnesi personale la letteratura è concorde nel riportare una precedente storia di malattia mentale e di trattamento; infatti, la maggior parte di queste madri era stata precedentemente ospedalizzata o aveva ricevuto cure psichiatriche in concomitanza al periodo in cui era stato ucciso il bambino. Grande attenzione è stata rivolta alla diagnosi clinica, i disturbi mentali infatti sono individuati in molte review della letteratura. Nonostante le differenze i disturbi più frequenti sono senza dubbio quelli psicotici e quelli dell'umore, oltre a disturbi dell'adattamento, abuso o dipendenza da sostanze e ai disturbi di personalità.

L'INFANTICIDIO: UN EVENTO MULTIFATTORIALE

Sicuramente il figlicidio materno è un evento multifattoriale, cioè è determinato da diverse cause, che potremmo chiamare concause, perché un singolo fattore di rischio non comporta necessariamente un atto omicida verso il figlio: solo la presenza congiunta di diversi fattori rende possibile il suo verificarsi. Inoltre, non possiamo considerare i fattori indipendenti tra loro. Più probabilmente i diversi aspetti si intrecciano e si influenzano l'un l'altro, aumentando la complessità del fenomeno. Il figlicidio materno quindi è un fenomeno composito, caratterizzato da un gruppo di madri molto eterogenee tra loro. È possibile che gruppi di madri figlicide che rientrano in categorie differenti (ad es. figlicidio accidentale e figlicidio con patologia psichiatrica) possano avere fattori di rischio molto differenti. La prevenzione in casi drammatici come il figlicidio materno riveste un ruolo fondamentale. Cercare di anticipare i comportamenti omicidi o semplicemente gli stati di sofferenza a cui una madre può andare incontro durante la maternità potrebbe salvare la vita di un bambino. Per poter fare prevenzione è necessario sapere innanzi tutto quale comportamento vogliamo evitare e quali sono i segnali premonitori, cioè i fattori di rischio. La letteratura (Resnick, 1969) riporta diversi studi in cui si è cercato di fornire un quadro degli aspetti che fanno rientrare una madre in una condizione di rischio e che dovrebbe destare attenzione e

allarme sia nella società che nei servizi di salute mentale. I fattori di rischio sono caratteristiche, condizioni, segnali e circostanze ambientali associate a un'elevata probabilità che si manifesti un determinato target. La fonte del rischio può essere individuale, come le caratteristiche demografiche della madre, familiare, cioè legata alle caratteristiche o alle interazioni tra i membri della propria famiglia d'origine, e infine situazionale, associata alle circostanze immediate al fatto. Ovviamente esistono anche dei fattori protettivi, cioè un qualsiasi fattore di rischio mancante, un suo opposto oppure un giusto mezzo tra due estremi di un aspetto.

Il maggior rischio per il figlicidio, secondo la letteratura, si ha durante il primo anno di vita del bambino, perciò diventa importante riconoscere i **sintomi dei disturbi tipici del post-partum**, come la **depressione o la psicosi** ma anche l'abuso di sostanze, meno tipico ma allo stesso modo molto pericoloso per la possibilità di slatentizzare un disturbo psichiatrico. Quindi diventa necessaria una preparazione anche rispetto ai fattori di rischio dei disturbi puerperali (Craig, 2004). Gli studi hanno dimostrato che l'aver presentato una depressione precedente al parto è un rischio per lo sviluppo di una depressione post-partum nel periodo del puerperio. Alcune ricerche hanno evidenziato la presenza o l'assenza di pregressi stati psicopatologici al parto e il ruolo del contesto familiare e sociale (Verkerk et al. 2005). Infatti, il funzionamento sociale, insieme alla gravità dei pregressi stati depressivi e al livello di accudimento ricevuto dai genitori durante l'infanzia, sono dei fattori altamente predittivi dell'evoluzione dei disturbi puerperali (King et al. 1997).

Oltre alla patologia mentale, sono stati tuttavia citati in letteratura anche altri importanti fattori di rischio, come ad esempio l'eccessiva dipendenza dagli altri e i conflitti presenti all'interno del nucleo familiare. I fattori di rischio per il figlicidio, rispetto a quelli del neonaticidio, offrono maggiori possibilità di prevenzione, attraverso non solo la clinica prenatale, ma anche con follow-up nel post-partum che permettono di seguire i casi ad alto rischio. Diversi interventi sono possibili quando dopo il parto si manifestano sintomi d'ansia e dell'umore. Sebbene i disturbi psichiatrici siano un fattore di rischio per il figlicidio, la maggioranza delle donne malate non uccide o aggredisce il proprio bambino e alcune delle donne che compiono figlicidio non hanno nessun disturbo (Craig, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti, M, Cimino, S, Trentini, C, (2007), Quando le madri non sono felici. La depressione postpartum. Il pensiero Scientifico Editore.

- Bramante, A, (2005), *Fare e disfare...dall'amore alla distruttività. Il figlicidio materno.* Aracne Editore.
- Craig, M, (2004), Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? *J Royal Society Medicine*, Vol 97, 57-61.
- Friedman, SH, Horwitz, SM, Resnick, PJ, (2005), Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry*, Vol 162 (9), 1578-1587.
- Lewinsohn, PM, Rohde, P, Seeley, JR, Klein, DN, Gotlib, IH, (2000), Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry*, Vol 157(10), 1584-91.
- Lysell H1, Runeson B, Lichtenstein P, Långström N, (2014), Risk factors for filicide and homicide: 36-year national matched cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2014 Feb;75(2):127-32. doi: 10.4088/JCP.13m08372.
- Marinopoulos, S, (2005), *Nell'intimo delle madri. Luci e ombre della maternità.* Serie Bianca Feltrinelli.
- McKee, GR, Shea, SJ, (1998), Maternal filicide: a cross-national comparison. *J of Clinical Psychology*, Vol 54 (5), 679-687.
- McKee, GR, Shea, SJ, Mogy, RB, Holden, CE, (2001), MMPI-2 Profiles of filicide, matricidal and homicidal women. *J of Clinical Psychology*, Vol 57(3), 367-374.
- McKee, GR, (2006), *Why mothers Kill. A forensic psychologist's casebook.* Oxford University Press.
- Merzagora, I, (2003), *Demoni del focolare.* Brossura, Centro scientifico Editore.
- Pannitteri, A, (2006), *Madri assassine. Diario da Castiglione delle Stiviere.* Collana I Sassi.
- Peccarisi, C, *Corriere Salute*, domenica 1 febbraio 2004, Sez. Psicologia, 18-19.
- Resnick, PJ, (1969) Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry*, Vol 126(3), 325-34.
- Resnick, PJ, (1970) Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry*, Vol 126(10), 1414-20.
- Spinelli, MG, (2005), Infanticide: contrasting views. *Arch Womens Ment Health*, Vol 8, 15-24.
- Stanton, J, Simpson, A, (2006), The aftermath: aspects of recovery described by perpetrators of maternal filicide committed in the context of severe mental illness. *Behav Sci Law*, Vol 24, 103-112.
- Verkerk, GJ, Denollet, J, Van Heck, GL, Van Son, MJ, Pop, VJ, (2005), Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosom Med*, Vol 67(4), 632-7.

- Wilczynski, A, (1997), Child Homicide, London: Greenwich Medical Media. Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2015/07/figlicidio-materno-fattori-rischio/>

UN FATTORE DI RISCHIO: LA DEPRESSIONE POST-PARTUM

La maternità è un periodo spesso idealizzato, dove il male deve essere allontanato. La collettività dipinge, infatti, il periodo della gestazione, del parto e dei primi periodi di vita del neonato come un periodo idilliaco, come un momento che deve appartenere a tutte le donne, un desiderio innato che non si apprende.

L'essere madre invece porta con sé, accanto alla gioia, molte angosce, paure, difficoltà, rabbia, insofferenza, che le donne da sole non sempre possono affrontare, soprattutto quando questi sentimenti diventano insormontabili, arrivando a travolgerle. Queste donne sono spesso lasciate sole nelle loro paure, nonostante siano nella maggior parte dei casi circondate da familiari o da mariti, che pur essendoci in realtà non sono presenti affettivamente.

Dopo il parto inoltre la neomamma deve affrontare un adattamento fisico e psicologico alla nuova situazione. La stanchezza è il sintomo riportato più frequentemente dalle mamme, dovuto a carenza di sonno e fatica nel prendersi cura del bambino. Altri problemi frequenti sono il mal di schiena, problemi sessuali, disturbi intestinali, incontinenza urinaria, dolore perineale, mal di testa, mastite e problemi legati all'allattamento. In genere, la gravità di questi disturbi si riduce progressivamente nei primi mesi dopo il parto, ma circa un quarto delle donne dopo sei mesi non si è ancora ristabilita del tutto. Questi problemi fisici sono spesso sottostimati dal personale sanitario e da chi vive vicino alla neomamma, facendola sentire inadeguata.

Un disagio frequente, probabilmente dovuto ai cambiamenti ormonali, è costituito dalle **maternity blues**, una forma depressiva lieve caratterizzata da tristezza, ansia, fluttuazioni dell'umore, irritabilità, stanchezza, aumentata sensibilità e tendenza al pianto. Le mamme possono sentirsi sopraffatte dalle proprie emozioni, poco coinvolte nei confronti del bambino, eccessivamente preoccupate per il suo benessere e incapaci di accudirlo in modo adeguato. Questo problema è diffusissimo, colpisce fino all'80% delle neomamme. In genere si risolve entro poche settimane, ma può indurre nella donna pensieri negativi su se stessa, la propria capacità genitoriale, il proprio rapporto con il bambino, che possono evolversi in un disturbo più grave, la **depressione post-parto**.

La depressione post-parto colpisce il 10-15% delle puerpere e **può durare anche anni**. È caratterizzata da un persistente umore depresso, sentimenti di inadeguatezza, fallimento, impotenza, confusione, ansia. Dal punto di vista comportamentale, si verifica un ritiro sociale, una mancanza di interesse per attività prima gradite, scarsa cura personale, problemi

dell'alimentazione e del sonno, diminuzione dell'energia e della motivazione ad intraprendere qualsiasi attività. Nei confronti del bambino, la mamma depressa può apparire distaccata, oppure eccessivamente intrusiva e poco rispettosa dei suoi ritmi, o ancora ossessivamente preoccupata per il neonato, la sua alimentazione e la sua salute.

Ci sono donne più "predisposte" a sviluppare una depressione post-parto, nel senso che esistono fattori che rendono più probabile l'insorgenza del disturbo: la presenza di problemi psichiatrici pregressi o disturbi psicologici durante la gravidanza, scarsa autostima, donne sole o con difficili relazioni di coppia, assenza di supporto sociale, basso livello socioeconomico.

Il pensiero di inadeguatezza è spesso presente nelle neomamme, tuttavia altrettanto spesso capita che, di fronte a questa valutazione cognitiva, le stesse mamme in difficoltà non chiedano aiuto, perché si vergognano. Non si accetta tutto ciò che costituisce delusione, ambivalenza, frustrazione: è come se la mamma non pensasse di avere diritto di avere sentimenti negativi, se ne vergogna e si isola ancora di più, invece di chiedere aiuto o confrontarsi con altre mamme che hanno avuto gli stessi problemi.

A queste mamme si dovrebbe dire che non c'è niente di strano ad avere pensieri negativi sulla maternità, che sono più frequenti di quanto pensino, che non devono nasconderli perché se ne vergognano, ma è necessario chiedere aiuto prima di arrivare a compiere gesti terribili per se stesse e i propri bambini.

BIBLIOGRAFIA

- Scopesi A., Viterbori P. - "Psicologia della maternità" – Carocci Editore, 2003.
- Righetti P.L., Casadei D. - "Sostegno psicologico in gravidanza" – Edizioni Scientifiche Ma.Gi., 2005.

COSA SI PUO' FARE PER EVITARLO?

Da tempo esiste in Italia una legge (**Dpr 396/2000**) che permette a qualsiasi donna di recarsi in ospedale per **mettere al mondo un figlio in completo anonimato**, senza nessun obbligo di riconoscere il neonato. Purtroppo, però, **molte donne ne ignorano l'esistenza**.

Per permettere la diffusione concreta della conoscenza delle leggi a favore delle donne in difficoltà, è necessario utilizzare tutti gli strumenti disponibili, primi fra tutti i mezzi di informazione – giornali, riviste, radio, televisioni, free press, web –; seguono le Associazioni impegnate su questo fronte, la scuola, gli amici.

Inoltre, si può attivare un intervento educativo rivolte alle madri nel tentativo di fornire loro informazioni sulla genitorialità, sulle cure e lo sviluppo del bambino. Si può agire anche all'interno di un supporto empatico o con terapie cognitivo-comportamentali indirizzate sia alle madri che alle coppie di genitori.

Ancora ci sono terapie di gruppo pre e post-natali, che aiutano le madri a trovare rassicurazioni nella condivisione delle stesse difficoltà con altre donne, oltre che visite domiciliari, che nei casi di negligenza e di abuso hanno avuto in particolare un grande successo (Olds et al. 1997). Diversi autori hanno esteso questo approccio a tutto il campione di madri figlicide, mentre Overpeck e colleghi (1998) hanno proposto un cross-training per i professionisti della salute per permettergli di individuare la violenza domestica. Ancora molto c'è da fare in questo ambito, perché non bastano solo nuove ricerche che possano ulteriormente confermare i fattori che portano a considerare un caso ad alto rischio, ma è necessaria anche una adeguata formazione professionale per coloro che sono più a diretto contatto con le madri, dai pediatri ai medici di base, così che possano essere messi nella condizione di inviare casi allarmanti a servizi specializzati, in una prospettiva di intervento di rete.

Il programma **"NINNA OH"** è un valido mezzo a cui le mamme possono rivolgersi.

UNA RICERCA SCIENTIFICA

Depressione post-parto e infanticidio

Ci sono donne più “predisposte” a sviluppare una depressione post-parto, nel senso che esistono fattori che rendono più probabile l’insorgenza del disturbo

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 MIRABELLA¹, PAOLO MICHIELIN², DANIELE PIACENTINI³, FRANCO VELTRO⁴,
GINA BARBANO², MARINA CATTANEO³, ISABELLA CASCAVILLA¹,
GABRIELLA PALUMBO¹, ANTONELLA GIGANTESCO¹

E-mail: fiorino.mirabella@iss.it

¹Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Azienda ULSS 9, Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (Treviso)

³Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Treviglio, Treviglio (Bergamo)

⁴ASReM, Distretto Sanitario di Campobasso

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, confusione 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 successiva¹. Diversi studi affermano che le donne che presentano baby blues hanno una probabilità maggiore di sviluppare una depressione maggiore nei mesi successivi². 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 infanticidio⁶.

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 parto³.

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 partoriscono⁷⁻¹¹. I risultati degli studi condotti mostrano comunque un'ampia variabilità¹². Variabilità che diventa ancora più marcata se si considerano anche gli aspetti territoriali¹³ e culturali¹⁴⁻¹⁶, come dimostra un'ampia rassegna¹⁷ 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 clinica¹⁸ 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 successivo¹⁹⁻²¹.

Particolare attenzione è stata posta in questi ultimi anni allo studio dei possibili fattori di rischio associati alla DPP²².

Milgrom²³ 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 sostanze³⁴, 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 domestica³⁶. Anche su questi altri fattori di rischio i risultati degli studi presentano una certa variabilità e come tali non sono da considerare del tutto definitivi³⁷.

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 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 6^a e la 12^a 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 culture⁴⁰. È stata adottata la versione italiana validata da Benvenuti⁴¹ et al., che, oltre a essere la più recente, ha anche il merito di possedere una validità interna molto elevata (alfa di Cronbach 0,79).

Il punteggio cut-off scelto è stato di 12 o superiore, ottimale per valutare il rischio di depressione maggiore³⁸, 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 madre⁴³ 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).

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	Si	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**	Si	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).

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).

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.

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)

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)

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 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).

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/comparto le sta vicino	0,618	
Madre troppo critica nei suoi confronti	-0,619	
Sono soddisfatta di me stessa	0,516	
Sì è sentita apprensiva, ansiosa, preoccupata		0,773
Sì è sentita giù di morale, abbattuta, depressa		0,782
Temperamento del bambino		0,488

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 analoga⁴⁷.

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 sulla capacità di prevenire, riconoscere e gestire i sintomi della depressione nel postparto⁴⁸. 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 colpa⁴⁹. 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 rassegna⁵⁰;
- 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 Fox¹⁶ 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;
- 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 altre⁵¹. 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 maggiore⁵⁶ 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 Obstet 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.
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 Edinburgh 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*. New York: 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 interventions 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 depressione 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