

ELENA TURELLA\*

## Quale sostegno utile per arginare e sostenere il disagio affettivo perinatale? Evidenze scientifiche ed esperienze cliniche a confronto

Vi sono opinioni contrastanti a livello clinico e di ricerca internazionale su come considerare i tassi di depressione post-partum e su se intendere tale quadro clinico come una entità distinta dalla depressione non-post-partum (O'Hara *et al.*, 1990; Hendrick *et al.*, 2000; Gjerdingen, Yawn, 2007) o piuttosto se valutarlo come un episodio depressivo maggiore, riconosciuto in un periodo di stress potenziale.

Avere un bambino rappresenta in ogni caso per la donna un cambiamento fisico, emotivo e socio-relazionale di notevole importanza e i primi tempi della maternità costituiscono un periodo di transizione delicato per ogni neomamma e per il suo sistema familiare, in cui possono manifestarsi difficoltà di adattamento al nuovo ruolo genitoriale e ai cambiamenti pratici e relazionali nell'ambito della famiglia in fase di crescita e in alcuni casi disturbi disfunzionali e psichici più gravi.

La nascita di un figlio, per quanto molto desiderata e senza complicazioni, può suscitare sentimenti contraddittori e far sperimentare fasi emotive alterne e fluttuazioni dell'umore.

Le patologie psichiatriche in fase perinatale possono avere conseguenze significative sulla salute materna, neonatale e sul successivo sviluppo infantile a lungo termine (Grussu, Bramante, 2016). Tutti concordano sulle potenziali serie conseguenze della depressione post-partum sulla madre e sul bambino e sul ciclo vizioso che le abnormi modalità di interazione madre-bambino possono indurre con aumento di probabilità di problemi cronici di salute mentale, emozionali, comportamentali e di funzionamento familiare. La comparsa o la riaccensione in epoca perinatale (pre- e post-natale) di gravi disturbi psichici possono associarsi ad un aumentato rischio di complicanze nel periodo gestazionale e durante il parto, ad un incremento delle ricadute psi-

---

\* Psichiatra, psicoterapeuta, dirigente medico presso UOA Psichiatria PO Camposampiero (PD), referente Servizio di Psichiatria di Consultazione.

chiatriche nell'immediato post-partum e ad un maggiore impatto sullo sviluppo psicofisico del neonato (Watson *et al.*, 1984; Kendell *et al.*, 1987; Lane *et al.*, 1997).

La prevalenza dei disturbi mentali nel periodo perinatale presenta un range di variabilità ampia a seconda dei parametri e dei metodi degli studi: molte ricerche si basano solo sulla autosomministrazione di questionari (spesso un unico strumento di rapida somministrazione), con ampia variabilità di sensibilità e specificità a seconda del setting e della popolazione di pazienti e della scelta della sintesi dei dati; poche ricerche valide su campioni adeguati utilizzano valutazioni cliniche specialistiche approfondite delle donne positive agli strumenti di screening per rischio di depressione perinatale e successivi sistemi adeguati di follow up (Myers *et al.*, 2013). In generale, circa il 15% delle donne soffre di un disturbo mentale nel periodo perinatale.

La depressione post-partum (DPP) colpisce il 10-15% delle donne nei 6 mesi dopo il parto (O'Hara, Swain, 1996; Beck, 2001; Gavin *et al.*, 2005): tale prevalenza risulta del 12% nelle ricerche che utilizzano questionari di autovalutazione e del 14% in quelle che utilizzano interviste cliniche strutturate. Alcune rilevazioni in più recenti ricerche italiane hanno riscontrato dei tassi di prevalenza e incidenza più bassi in comparazione con quelli del mondo anglosassone, rispettivamente un tasso di prevalenza nazionale del 9-10% e un'incidenza di casi del 4-6% (Mencacci, Anniverno, 2008; Oppo *et al.*, 2009). Viene da molti sottolineato che più del 12% di tutti i ricoveri psichiatrici di donne si verifica nel post-partum, che il 50% dei casi di DPP rimane non diagnosticato e che circa il 40% delle donne affette da DPP ha sofferto di depressione durante la gravidanza (Milgrom *et al.*, 2008; Bellantuono, 2013). Negli ultimi anni è stata posta maggiore attenzione sui rischi della depressione antenatale non trattata che, anche se ancora sottoapprezzata e poco studiata in letteratura, si stima abbia una prevalenza (sia di depressione tipo maggiore che minore) tra il 3-11%. I fattori di rischio, individuabili alla base, risultano simili tra depressione in gravidanza e depressione post-partum (Chaudron, 2013; Davalos *et al.*, 2012).

Pertanto sono sempre più approfonditi in letteratura i fattori di rischio bio-psico-sociali (O'Hara *et al.*, 1991; Oppo *et al.*, 2009) che permettono l'individuazione e il monitoraggio di donne a rischio per significativi disturbi affettivi pre- e post-partum, che includono una storia personale positiva per depressione, uno scarso supporto familiare-sociale, una gravidanza non desiderata, l'appartenenza a uno status socio-economico basso, l'esposizione a violenza domestica, l'essere madre single, la positività all'ansia e ad eventi di vita stressanti (tra cui recente esperienza migratoria).

Clinici e ricercatori condividono ormai, secondo aggiornate linee guida, le possibili azioni strategiche per ridurre incidenza e gravità della DPP, rispetto al miglioramento della consapevolezza delle neomamme, alla diffusione di una specifica sensibilizzazione della Comunità, alla congrua attivazione di risorse dell'Ambiente, al coinvolgimento dei Servizi Sanitari interessati alla salute di madri e bambini per programmi di prevenzione e di cura integrati e mirati.

Rispetto alle neomamme risulta importante ed efficace promuovere consapevolezza e conoscenza della sindrome e sviluppare la capacità di *problem solving* per uscire dall'isolamento e cercare sostegno; rispetto alla comunità appare primario sensibilizzare la popolazione verso i bisogni emotivi delle neomamme e promuovere la nascita di una rete di supporto sociale; rispetto alle risorse dell'ambiente si mostra utile fornire spazi e tempi per attivare percorsi di discussione e di confronto con/tra le neomamme; rispetto ai servizi sanitari diventa fondamentale coinvolgere i ginecologi ospedalieri e del territorio e i Consultori familiari per promuovere l'informazione nelle future neomamme e relativi partner e per avviare screening per la depressione perinatale nei controlli previsti in gravidanza e nel post-partum e coinvolgere i pediatri ospedalieri e di base per una opportuna osservazione ed eventuale somministrazione di scale di autovalutazione durante i bilanci di salute del primo anno di vita del bambino.

Negli ultimi 15 anni sono state ampliate e replicate le linee guida per l'efficace prevenzione e cura dei disturbi emotivi e affettivi perinatali. Le crescenti linee guida internazionali raccomandano di utilizzare gli strumenti di screening della DPP tra la 4°-8° settimana dopo il parto e possibilmente anche 3 mesi e 6 mesi dopo il parto (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Postnatal depression and puerperal psychosis guidelines*, Edinburgh 2002; Rete svizzera di prevenzione del suicidio, *Linee guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici dopo il parto*, Canton Ticino 2004, NICE Guideline Ante and Postnatal Depression, 2007). L'organizzazione Post Partum Support International (US 2017) ribadisce la raccomandazione per uno screening universale per la presenza di disturbi dell'umore e di ansia pre- o post-natali, usando uno strumento "*evidence-based*" come le scale validate e gratuite *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), che dovrebbero essere somministrate in una pratica ideale in diversi periodi della gravidanza e post-partum: alla prima visita prenatale, almeno una volta nel primo trimestre, almeno una volta nel terzo trimestre, alla prima visita post-partum, al 6° e/o 12° mese in settings ginecologici o di medicina primaria, al 3°-9° e 12° mese delle visite pediatriche.

Nelle *Linee guida italiane ONDA* (Anniverno *et al.*, 2011) si raccomanda lo screening per la valutazione del rischio per depressione post-par-

tum 72 ore dal parto (tempo medio di degenza ospedaliera) con successivo monitoraggio nel tempo (6-52 settimane) mediante integrazione di percorsi di sostegno specifici ospedalieri e territoriali. Si propende per utilizzare un cut-off di 9 (anziché 12, come indicato in Cox *et al.*, 1987) dello strumento di screening più comune, EPDS, nonostante possa includere falsi positivi, per essere certi di non trascurare donne a rischio di evoluzione psicopatologica. Si raccomanda, inoltre, una maggiore attenzione a manifestazione di disagio emotivo e psicologico durante la gravidanza e l'individuazione e il trattamento di situazioni di sofferenza ansioso-depressiva clinicamente evidenti o latenti durante il periodo altrettanto delicato di cambiamento della gestazione. Le conoscenze attuali secondo la revisione della letteratura propendono infatti sempre più per una valutazione approfondita della depressione durante la gravidanza ai fini di prevedere e prevenire lo sviluppo di DPP (Vguera *et al.*, 2011).

Le linee guida sottolineano di curare la DPP e di prevenire eventuali situazioni di crisi lavorando preventivamente sul sistema relazionale della donna a rischio. È stata in esse confermata l'indicazione e l'efficacia di interventi psicoterapeutici cognitivo-comportamentali individuali e gruppal (Piacentini *et al.*, 2009; Stevenson *et al.*, 2010). È stato inoltre sviluppato il perfezionamento del ruolo sentinella del medico di famiglia e dell'azione sinergica di ginecologici, psichiatri dei Servizi e psicologi dei Consultori familiari allo scopo di favorire la diagnosi corretta e la cura efficace delle donne affette e delle loro famiglie altrettanto impattate.

Sempre più ricercatori e clinici sottolineano altresì i limiti e le barriere dello screening post-partum, che deve essere condotto con strumenti validati e accessibili (EPDS, *Post Partum Depression Screening Scale* – PDSS-, PHQ-9, *Beck Depression Inventory* – BDI) e affiancato da un sistema ben organizzato di invio e monitoraggio presso équipe specifiche di cura. La positività rispetto al punteggio *cut-off* dello strumento di screening utilizzato non deve sostituire il giudizio clinico, mediante colloquio approfondito. Sebbene non sia stato tuttora identificato uno strumento di screening ideale, che superi i limiti di sensibilità e specificità e le barriere di tempistica di somministrazione di quelli in uso diffuso, lo screening pre- e post-natale per avere un impatto positivo sugli *outcomes* clinici necessita di essere combinato con sistemi di cura della depressione che forniscano una diagnosi accurata e un forte collegamento fra specialisti della salute mentale e medicina e pediatria di base (Myers *et al.*, 2013). Anche Postpartum Support International (che è stata fondata negli US per aiutare le famiglie e gli operatori sanitari ad essere informati e a trovare le risorse che necessitano per condurre adeguatamente screening, valutazioni, invii spe-

cialistici e follow up) sottolinea che lo screening deve esistere in un sistema di cura che includa personale formato, supporto sociale per le famiglie e un protocollo di follow up per le donne positive rispetto al valore *cut-off* di strumenti *evidence based*, al fine di sviluppare un sistema integrato di cura che crei una rete sicura per genitori ed operatori (ACOG, 2016). Molti studi hanno verificato l'inefficacia di valutazioni informali di quadri potenziali di depressione post-partum, che viene confermata in meno della metà dei casi o casi potenziali identificati attraverso screening formali. Infatti, solo meno del 50% delle donne con scoring positivo allo screening soffrono effettivamente di una depressione post-partum, dipendendo molto dal tipo di test e dal *cut-off* utilizzato e dalle eventuali successive interviste o metodologie cliniche (Gjerdengen, Yawn, 2007). Il National Screening Committee in UK ha stabilito che la revisione della efficacia clinica ha messo in luce che non sono disponibili sufficienti evidenze per concludere che lo strumento di screening EPDS sia efficace nel migliorare gli esiti materni e del neonato (Hewitt, Gilbody, 2009). Risulta fondamentale la promozione di una cultura diffusa e integrata su tali argomenti nella medicina di base e nel settore specialistico psichiatrico, che permetta l'agevole e facilitata accoglienza di donne in fase perinatale in sofferenza emotiva da parte di team dedicati e il riconoscimento precoce di situazioni di disagio affettivo a rischio.

In Italia, negli ultimi 15 anni, si sono moltiplicati i progetti dedicati alla prevenzione e cura dei disturbi perinatali, segnando una diffusa maggiore attenzione all'impatto personale, familiare e sociale di tali problematiche. Sulla base delle evidenze scientifiche, epidemiologiche e cliniche sono nati nel 2004 a Milano, presso l'Ospedale Melloni, il Centro PsicheDonna, dedicato ai disturbi affettivi durante specifiche fasi del ciclo della vita della donna, e a Pisa, presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università degli Studi di Pisa, l'équipe specialistica di ricerca PND-ReScU con l'obiettivo di prevenire, individuare e gestire la psicopatologia del periodo perinatale. A tali ambiziosi progetti hanno fatto seguito vari altri centri clinici, anche minori, con locali iniziative di ricerca e di cura dedicate ai disturbi perinatali, successivamente messe in rete attraverso il coordinamento ONDA.

Anche nella realtà dove lavoro, un ospedale generale della zona suburbana-rurale a nord-est della provincia di Padova, al confine con la provincia di Treviso, si è imposta dieci anni fa, sulla scia di alcuni casi molto eclatanti di puerpere affette da gravi depressioni post-partum con lunghi ricoveri in SPDC e ancor più difficili percorsi di recupero post-dimissione (con forti esiti sulla loro vita personale e familiare e altrettanto impatto negli operatori coinvolti), la necessità di pensare e costruire un progetto di screening associato ad un ambulatorio specia-

listico e ad un *team* dedicato per l'individuazione precoce, il monitoraggio e la cura integrata dei disturbi perinatali.

In tale ambito l'esperienza del progetto "Mamme senza depressione" dell'ospedale di Camposampiero (circa 1.600 parti/anno), esteso da settembre 2015 all'ospedale di Cittadella (circa 1.300 parti/anno), a cui ho partecipato nell'avvio e validazione nel 2009-10 e poi come psichiatra consulente per 7 anni, conferma l'evidenza dell'importanza della esecuzione di un programma integrato complesso di supporto ai possibili elementi psicologici e psichiatrici patologici della maternità, in collaborazione con i punti nascita e con gli attori della salute del territorio (Turella *et al.*, 2011). Sulla base delle evidenze scientifiche è stato implementato un progetto continuativo di screening e monitoraggio-supporto dei disturbi emotivi-affettivi perinatali, per valutare l'impatto di strumenti regolari di prevenzione e cura sulla depressione post-partum, per monitorare e sostenere quadri di ansia o depressione già in gravidanza e per costruire una sensibilità diffusa e una rete socio-sanitaria condivisa su tali problematiche (superando l'ostacolo dell'autoreferenzialità e autonomia dei servizi). Allo scopo è stata formata una *équipe* dedicata, costituita da due psichiatri (a isorisorse della UOA Psichiatria dell'ospedale) e tre psicologi a contratto, che si è alternata nella gestione di uno sportello telefonico psicologico bisettimanale, di un ambulatorio specialistico psichiatrico settimanale a libero accesso di valutazione e monitoraggio clinico di casi a rischio o conclamati e del sostegno psicologico (individuale e grupppale) delle donne riconosciute a rischio o con quadri clinici di disagio subclinico. Nei quinquennio 2010-14 è stato raggiunto con gli strumenti di screening un numero crescente di neomamme aderenti (circa il 40% della popolazione materna del territorio), che hanno evidenziato una quota del 25% di positività generale allo scoring dei questionari clinici per rischio di depressione post-partum – EPDS e PDSS, somministrati tra la 6° e 8° settimana post-partum e letti considerando il valore di *cut-off* più basso riportato in letteratura, rispettivamente 9 per EPDS e 60 per PDSS (Matthey *et al.*, 2006; White, 2008) e hanno ricevuto risposte cliniche ai loro bisogni di sostegno emotivo nel periodo di stress perinatale o di trattamento psicologico/psichiatrico per disturbi psichici significativi della perinatalità, arginando molte forme di depressione in fase ancora sottosoglia. L'accuratezza dei test e il basso *cut-off* utilizzati nello screening per rischio di DPP ha portato alla ricerca estensiva di casi positivi allo scoring (mamme con rischio possibile), che è stato dimostrato necessità sempre della conferma diagnostica con valutazioni cliniche dirette e approfondite.

È emerso un trend di riduzione della prevalenza (già al di sotto del tasso di altre ricerche nazionali) di casi di DPP diagnosticati nei 5 anni



con valutazioni psichiatriche di donne identificate positive allo screening (da 1,8% a 1,2%), che potrebbe dare rilievo preventivo sulla popolazione materna da parte delle diverse strategie messe in campo dal progetto per identificare forme depressive in fase iniziale e sofferenze emotive ancora aspecifiche. Tale trend di riduzione del tasso di casi acuti è stata associata anche alla contemporanea diminuzione di gravità dei quadri sintomatologici e alla risposta positiva a interventi di cura integrati ambulatoriali per le donne, i loro partner e i familiari prossimi, che hanno abbattuto la necessità di ospedalizzazione di donne affette (solo 1 caso ad esordio precoce nelle prime due settimane post-parto nel 2014). Questo dato amplifica quanto riportato in revisioni della letteratura (Dennis & Hodnet, 2007) sulla validità di qualsiasi intervento psicosociale o psicologico nella riduzione della probabilità di depressione continua, comunque misurata nel primo anno post-partum.

I dati di un ampio campione di quasi 3.000 puerpere, relativi ai risultati dello screening e di una specifica scheda socio-anamnestica, hanno confermato alcuni fattori di rischio, già evidenziati nella letteratura internazionale, che favoriscono in modo significativo la positività agli strumenti di screening per depressione post-partum, quali l'età inferiore ai 20 anni e superiore ai 40 anni, lo status di disoccupazione, la familiarità psichiatrica, la presenza di disturbi emotivi durante la gravidanza, la gravidanza inaspettata, l'essere madre single o single di ritorno (Riolo *et al.*, 2015).

Non è emersa, invece, alcuna significatività della correlazione tra forme di sofferenza depressiva post-natale e complicanze del parto, in linea con i dati della letteratura.

Si è assistito negli anni ad un miglioramento della capacità della popolazione materna nell'indirizzare la ricerca di aiuto specialistico e delle famiglie/operatori della salute nel riconoscere segnali di disagio emotivo-affettivo delle donne in fase perinatale, permettendo alle gravide o neomamme in crisi o a rischio per quadri depressivi di afferire tempestivamente e direttamente all'osservazione del *team* dedicato. È infatti aumentato l'accesso all'ambulatorio specialistico dedicato, in periodi antecedenti o successivi all'esecuzione dello screening, di donne con evidenti quadri di disagio emotivo e affettivo, che in oltre la metà dei casi risultavano affette da quadri di DPP da trattare con programmi sia psichiatrici che psicologici.

In un territorio rurale extra-urbano si sono rilevate poi alcune dinamiche sociali per le donne native, per cui la maggior parte delle neomamme possono continuare a ricevere supporto protettivo dalle famiglie di origine, data la piccola dimensione dei centri urbani e la consuetudine di rimanere a vivere nelle vicinanze delle residenze dei genitori. Questi fattori protettivi ambientali-culturali per le neomamme

possono in parte spiegare la bassa prevalenza di casi di DPP nel campione di popolazione materna locale, identificati con gli strumenti di screening e diagnosticati con colloqui clinici e follow up specialistici.

Diversi studi transculturali hanno, infatti, messo in evidenza il ruolo centrale che rivestono le strutture sociali nel puerperio e l'importanza del riconoscimento culturale e sociale della peculiarità e vulnerabilità di tale periodo, con necessità di "cure" specifiche per le neomamme e della codificazione comunitaria del loro nuovo status (Ciardi *et al.*, 2012).

Su tali presupposti di fondamentale investimento culturale della maternità, le puerpere migranti (che costituiscono il 25% della popolazione materna dell'area socio-geografica) rappresentano solo il 9% delle adesioni allo screening per rischio di DPP, ma evidenziano una elevata positività ai test (quasi il 50% del sottocampione) e una successiva scarsa adesione ai percorsi di monitoraggio e supporto proposti (Turella, Riolo, 2014).

Rimane, comunque, aperta la discussione sui probabili casi di DPP non rilevati nella popolazione materna generale di riferimento (neomamme non aderenti allo screening, non afferenti in accesso diretto all'ambulatorio dedicato, non supportate dal Consultorio familiare), il cui andamento potrebbe essere la remissione spontanea senza interventi specialistici (o con interventi alternativi) o l'osservazione a posteriori tardiva da parte dei servizi e i cui eventuali esiti sulla donna e sui figli sono purtroppo attendibili. In tale ambito si inserisce la problematica del persistente difficoltoso raggiungimento delle donne migranti, soprattutto di prima generazione, nonostante il loro rischio per DPP sia due volte maggiore nel campione sottoposto a screening, sia per ostacoli incontrati dalle puerpere straniere nell'accesso ai servizi e nella comprensione a livello personale e familiare del problema, che per difficoltà e barriere degli operatori sanitari nel confrontarsi con il disagio di donne dalla alterità socio-culturale.

Pertanto, la metodologia dello screening per l'individuazione di neomamme a rischio per DPP non può essere l'unico mezzo per identificare i bisogni delle donne in sofferenza affettiva in fase post- e prenatale: è fondamentale avviare programmi di psico-educazione presso la popolazione materna e generale e attivare percorsi di diagnosi e cura dedicati facilmente accessibili e fruibili (oltre che sostenibili dai servizi nell'ottica della loro continuità), che permettano una agevole richiesta e fornitura di aiuto al di fuori del *timing* dello screening.

In conclusione, gli interventi complessi di sensibilizzazione e di prevenzione/cura per la depressione perinatale, basati su programmi di screening fortemente integrati a percorsi clinici di monitoraggio e trattamento delle donne identificate (sia secondo validati *cut-off* degli



strumenti di screening che secondo valutazioni di specifici riconosciuti fattori di rischio) e delle donne con richieste di aiuto dirette o mediate dai familiari, grazie alla attivazione tempestiva di una rete di supporto specializzato nell'ambito dei servizi socio-sanitari di sostegno alla maternità, favoriscono la riduzione in modo evidente di incidenza e impatto dei disturbi dell'umore della gravidanza e del puerperio.

## Bibliografia

- ACOG (2016), "Screening for Perinatal Depression". From <https://www.acog.org/resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression>.
- Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci C. (2011), *Prevenzione, Diagnosi e Trattamento della psicopatologia perinatale*. Linee Guida per i professionisti della salute, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna.
- Beck C. T. (2001), Predictors of Postpartum Depression. An update. *Nursing Research* 50: 275-285.
- Bellantuono C. (2013), *Psicofarmaci in gravidanza*. Alpes Italia, Roma.
- Chaudron L. H. (2013), Complex Challenges in Treating Depression during Pregnancy. *American Journal of Psychiatry* 170, 1: 12-20.
- Ciardi A., Hagi A., Matternini C., Zorzetto S., Inglese S., Cardamone G. (2012), Depressione post-partum: una review in prospettiva transculturale. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici online*, 6-17.
- Cox J. L., Murray D., Chapman G. (1993), A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 163: 27-31.
- Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R. (1987), Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782-786.
- Davalos D. B., Yadon C. A., Tregellas H. C. (2012), Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Archives of Womens Mental Health* 15, 1: 1-14.
- Dennis C. L., Hodnet E. (2007), Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Systematic review* 17, 4.
- Eisenbruch S., Benson S., Rütke M., Rose M., Dudenhausen J., Pincus-Knackstedt M. K., Klapp B. F., Arck P. C. (2007), Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and

pregnancy outcome. *Oxford Journal of Human Reproduction* 22, 3: 869-877.

Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. (2001), Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 323, 7307: 257-260.

Gavin N. I., Gaynes B. N., Lohr K. N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., Swinson T. (2005), Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology* 106: 1071-1083.

Gjerdingen D. K., Yawn B. P. (2007), Postpartum depression screening. Importance, methods, barriers and recommendations for practice. *Journal of American Board Family Medicine* 20, 3: 280-288.

Grussu P., Bramante A. (2016), *Manuale di psicopatologia perinatale*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

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.

Hendrick V., Altshuler L., Strouse T., Grosser S. (2000), Postpartum and non postpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression & Anxiety* 11, 2: 66-72.

Hewitt C. E., Gilbody S. M. (2009), It is clinically and cost effective to screen for postnatal depression: A systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116: 1019-1027.

Kendell R. E., Chalmers J. C., Platz C. (1987), Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry* 150: 662-673.

Lane A., Keville R., Morris K. M., Kinsella A., Turner M., Barry S. (1997), Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 171: 550-555.

Llewellyn A. M., Stowe Z. N., Nemeroff C. B. (1997), Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry* 58 Suppl 15: 26-32.

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.

Mencacci C., Anniverno R. (2008), La depressione post partum in Italia: fotografia del problema. *Atti del Convegno Nazionale SIGO*, Roma 2 aprile 2008.

Milgrom J., Gemmil A. W., Bilszta J. L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Ericksen J., Ellwood D., Buist A. (2008), Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders* 108: 147-157.

Myers E. R., Aubuchon-Endsley N., Bastian L. A., Gierisch J. M., Kemper A. R., Swamy G. K., Wald M. F., McBroom A. J., Lallinger K. R., Gray R. N., Green C., Sanders G. D (2013), Efficacy and safety of screening for Postpartum depression. *Agency for Healthcare research and quality (US)*, Report no.: 13.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007), *Antenatal and postnatal mental health. the nice guideline on clinical management and service guidance*. From <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG45>.

O'Hara M. W., Schlechte J. A., Lewis D. A., Varner M. W. (1991), A controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal factors. *Journal of Abnormal Psychology* 100: 63-73.

O'Hara M. W., Swain A. M. (1996), Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 8: 37-54.

O'Hara M. W., Zekoski E. M., Phillips L. H, Wright E. J. (1990), A controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and non-childbearing women. *Journal of Abnormal Psychology* 99: 3-15.

Oppo A., Mauri M., Ramacciotti D., Camilleri V., Banti S., Borri C., Rambelli C., Montagnani M. S., Cortopassi S., Bettini A., Ricciardulli S., Montaresi S., Rucci P., Beck C. T., Cassano G. B. (2009), Risk factors for postpartum depression: The role of the Postpartum Depression Inventory-Revised (PDPI-R). Results from the Perinatal Depression Research & Screening Unit study. *Archives of Womens Mental Health* 12, 4: 239-249.

Piacentini D., Leveni D., Primerano G., Cattaneo M., Volpi L., Biffi G., Mirabella F. (2009), Prevalenza e fattori di rischio della depressione post parto tra le donne che partecipano ai corsi pre parto. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 18, 3: 214-220.

Riolo R., Cappellari L., Ciulli B., Dondolato A., Zanatta G., Benacchio L., Turella E. (2015), Risk Factors for Postpartum Affective Disorders's positive screening in a group of mothers who delivered in the hospital and joined the screening program for early detection of Affective Disorders during postpartum. Multivariate Analysis of the four years 2010-13 Period. *Abstracts Book 6<sup>th</sup> World Congress on Women's Mental Health*, Poster Session: 99, Tokyo 22-25 March 2015.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002), *Postnatal depression and puerperal psychosis guidelines*, Edinburgh.

Stevenson M. D., Scope A., Sutcliffe P. A. (2010), The Cost-Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy Compared with Routine Primary Care of Women with Postnatal Depression in UK. *Value in Health* 13: 580-584.

Suicide Prevention Swiss Network (2004), *Guidelines for prevention and treatment of Post Partum Psychiatric Disorders*. Canton Ticino.

Turella E., Riolo R. (2014), How free access OPD for perinatal mood disorders and related community awareness program can influence the impact of postpartum depression in an out-urban population. *XVI World Congress of Psychiatry Abstracts Book*, 6: 584, Madrid, 14-18 September 2014.

Turella E., Riolo R., Ciulli B., Donolato A. (2011), Impatto sui disturbi dell'umore postpartum di un programma continuativo di screening e supporto del disagio affettivo del puerperio. *Atti X Congresso nazionale di Epidemiologia Psichiatrica*, Bologna, 1°-3 dicembre 2011.

Viguera A. C., Tondo L., Koukopoulos A. E., Reginaldi D., Lepri B., Baldessarini R. J. (2011), Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. *American Journal of Psychiatry* 168, 11: 1179-1185.

Watson J. P., Elliott S. A., Rugg A. J., Brough D. I. (1984), Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 144: 453-462.

White G. (2008), A comparison of the Postpartum Depression Screening Scale with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *New Zealand College of Midwives Journal* 39: 28-32.

Elena Turella  
elena.turella@yahoo.it