

Dati preliminari per l'individuazione precoce di disturbi psichiatrici perinatali, dell'uso di alcol in gravidanza e per la prevenzione della sindrome feto-alcolica: un progetto integrato della ASL Roma 1 (aprile-agosto 2022)

Cecilia Fusco^a, Valeria Trincia^a, Giulia Lisi^a, Giovanna Coriale^b, Simona Gencarelli^b, Simona Solombrino^b, Raffaella Porrari^b, Marcella Scamporrino^b, Marialuisa Attilia^c, Flaminia Pelo^d, Claudia Dolci^d, Paola Di Stefano^d, Marisa Perpetuini^d, Martina Piatti^d, Iolanda Rinaldi^d, Laura Anelli^e, Giuseppe Ducci^a

^aDipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1

^bCentro Riferimento Alcolologico Regionale, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1

^cgià Centro Riferimento Alcolologico Regionale, Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 1

^dDipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, ASL Roma 1

^eAccoglienza e Promozione della Salute, Distretto 14, ASL Roma 1

SUMMARY

Preliminary data for early detection of perinatal mental health problems, alcohol use in pregnancy and prevention of fetal alcohol syndrome, an integrated project in Local Health Unit Roma 1 (Italy)

Introduction

Up to 1 woman over 5 can be affected by mental health problems in the context of the perinatal period. Alcohol consumption affects up to 1 pregnancy over 67 despite the risk of developing Fetal Alcoholic Spectrum Disease (FASD). In the Local Health Unit (LHU) Roma 1, Perinatal Mental Health Pattern (in Italian SaMeP) group has the goal of preventing and treating mental health issues in the perinatal period. Alcohol Use Regional Center (in Italian CRARL) is the territorial and regional service, which screens and treats alcohol abuse and alcohol related disorders, including FASD. Our pilot project aims to screen women for psychiatric disorders and alcohol consumption in pregnancy.

Materials and methods

We used a semistructured interview containing information about the pregnancy, the Whooley questions for perinatal depression, a "Food Diary" to investigate alcohol consumption. A specific treatment pattern was set up. For our Pilot Project two Family Care Centre in the LHU Roma 1 were involved.

Results

Within the period of 4 months, 99 patients were screened: 15.15% of patients were positive at the Whooley Questions test; 15.0% of our sample declared to use alcohol during pregnancy or postpartum, and 11.1% of women admitted to be drinking occasionally whereas one patient admitted to be drinking regularly.

Discussion and conclusions

The use of the Food Diary proved to be of fundamental importance, allowing us to highlight alcohol use during pregnancy or postpartum in about 15% of the sample. The Whooley Questions and the Food Diary tools confirmed their sensibility to early recognize risk factors for postpartum depression and alcohol misuse. No comorbidity was found at this time between alcohol consumption and peripartum depression, but we think our data are still preliminary and further studies are warranted.

Key words: perinatal care; mental health; screening programs

cecilia.fusco@aslroma1.it

Introduzione

La gravidanza rappresenta un momento di grande cambiamento nella vita di una donna, dal punto di vista psicologico, fisico e sociale. I disturbi psichici perinatali possono riguardare fino a 1 donna su 5 nella popolazione generale. La depressione perinatale (DP) rappresenta, infatti, la complicanza più frequente di gravidanza e parto e la seconda causa più frequente di morte materna prematura (1-3). I quadri psicopatologici correlati alla DP possono essere di gravità variabile e sebbene quelli lievi e moderati siano la maggioranza, anche queste manifestazioni possono compromettere il naturale processo di

attaccamento nella triade familiare, arrivando ad avere conseguenze sul bambino (4). Ciononostante, la possibilità di un intervento precoce ed efficace è ancora limitata, sebbene a livello nazionale stia crescendo la sensibilità sull'argomento.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) della ASL Roma 1 ha messo a punto un percorso-intervento specifico per la salute mentale perinatale, il percorso Salute Mentale Perinatale (SaMeP), che si rivolge a tutte le donne residenti nel territorio della ASL durante la fase preconcezionale, la gravidanza e i 12 mesi successivi al parto; tale percorso offre, in rete con

altri servizi della ASL Roma 1 dedicati alla salute della donna e del bambino (Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione, Consultori Familiari - CF, Neonatologia), un'attività multidisciplinare di prevenzione, individuazione precoce e trattamento.

Nell'ambito delle attività del SaMeP, in collaborazione con il CRARL (Centro di Riferimento Alcolologico Regionale del Lazio) e i CF dei Distretti, è stato promosso un progetto pilota integrato che prevede lo screening congiunto per i disturbi psichiatrici perinatali e l'uso di alcol in gravidanza. Nonostante sia ormai acclarato che l'uso di alcol in gravidanza possa nuocere allo sviluppo del feto, una recente metanalisi ha stimato che, a livello mondiale, il 9,8% delle gestanti consuma alcol durante la gravidanza; il dato è rilevante, ma probabilmente fornisce un quadro solo parziale, sottostimando il problema (5-7). Il gruppo di patologie fetali che deriva dall'uso di alcol in gravidanza prende il nome di spettro dei disturbi fetto-alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD), una condizione malformativa complessa del neonato e del bambino che ha un'incidenza mondiale annua pari a 119.000 casi e riguarda 1 gravidanza su 67 (5). Impossibile, a tal proposito, trascurare il dato secondo cui la maggior parte delle donne che presenta un disturbo da uso di alcol (DUA) nel periodo perinatale riceve anche una diagnosi per un'ulteriore patologia psichiatrica (dal 56% al 92% dei casi) (8). Il DUA si manifesta spesso in comorbidità con altri disturbi psichiatrici, in particolare con i disturbi dell'umore, peggiorandone la prognosi (9).

I CF hanno la funzione di accogliere le donne in diverse fasi della vita (adolescenza, perinatalità e menopausa), fornendo programmi di screening e prevenzione *ad hoc* (10); il percorso nascita nella

ASL Roma 1 si avvale di una forte rete territorio-ospedale che facilita il percorso della donna in gravidanza e nel post partum (11).

Lo scopo del progetto pilota di integrazione SaMeP-CRARL-Consultori Familiari ASL Roma 1 è quello di individuare precocemente sia il rischio di insorgenza di disturbi psichiatrici che l'uso di alcol durante il periodo perinatale, favorendo la prevenzione della sindrome fetto-alcolica.

Progetto di integrazione SaMeP-CRARL: disegno del percorso di screening e modalità di intervento

Il progetto di integrazione SaMeP-CRARL prevede un percorso di screening integrato di 1° livello, condotto dal personale ostetrico, e due successivi percorsi paralleli di approfondimento clinico, rivolti a tutte le donne in gravidanza o nel post partum che risiedono nel territorio della ASL Roma 1 e accedono ai CF, dove diventa cruciale l'individuazione precoce delle condizioni di rischio. I successivi approfondimenti clinici vengono svolti, per ciò che concerne i disturbi psichici perinatali, dallo psicologo del CF e dagli psichiatri SaMeP afferenti al DSM, mentre il personale CRARL valuta l'uso di alcol. I due percorsi paralleli di approfondimento clinico potranno essere attivati indipendentemente l'uno dall'altro o parallelamente, nel caso in cui vengano riscontrate condizioni di comorbidità.

Ove necessario, gli operatori SaMeP e CRARL provvederanno all'attivazione precoce di trattamenti integrati con crescenti livelli di assistenza a seconda della complessità clinica rilevata.

In particolare, sono stati definiti tre percorsi assistenziali SaMeP in base all'individuazione di una condizione di basso, medio e alto rischio (Figura 1).

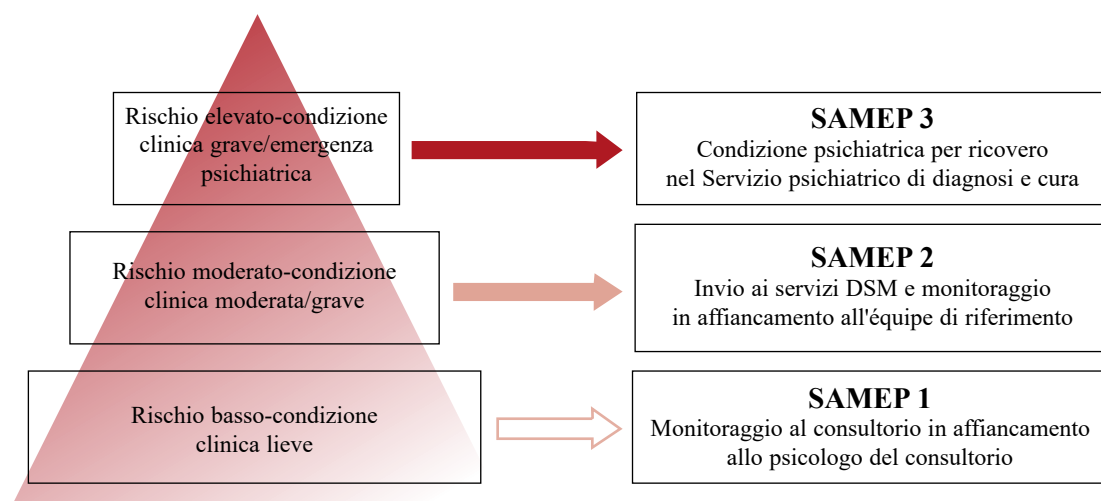


Figura 1 - Diagramma dei percorsi assistenziali SaMeP

Relativamente all'uso di alcol in gravidanza, per le donne che risultano positive allo screening integrato di 1° livello è previsto un intervento breve attraverso l'effettuazione di un colloquio, presso il CF, finalizzato a:

- verificare e confermare il consumo di alcol in gravidanza già evidenziato con il diario alimentare;
- valutare il livello di rischio di tale consumo;
- fornire informazioni sulle conseguenze del consumo di alcol in gravidanza;
- valutare i livelli di motivazione del cambiamento dello stile di vita legato al bere.

Qualora, durante il colloquio, le informazioni raccolte siano indicative della presenza di una dipendenza di varia gravità, si motiva la donna a contattare il CRARL per un intervento specialistico e più strutturato (Figura 2).

Il trattamento specialistico della dipendenza da alcol prevede un intervento su più fronti (medico, psichiatrico, psicologico e sociale). In particolare, l'intervento psicologico è solitamente strutturato in modo da sostenere la motivazione a smettere di bere, individuare le situazioni a rischio e prevenire le ricadute. Obiettivo di questo articolo è quello di presentare i dati preliminari del percorso di screening integrato SaMeP-CRARL di 1° livello.

Materiali e metodi

Sono stati selezionati due CF pilota, situati all'interno di due Distretti della ASL Roma 1, in base alla densità di popolazione e alla diversificazione sociodemografica: il CF di Via Dina Galli (Distretto III) e il CF di Via Jacobini (Distretto XIV). Il SaMeP e il CRARL hanno fornito alle ostetriche dei CF due giornate di formazione sullo screening: una più teorica esplicativa del progetto e una più pratica durante la quale è stato possibile ragionare insieme sulle effettive modalità di attuazione. A

questo, si sono aggiunti dei follow up per valutare la fattibilità della compilazione delle schede di screening integrato (SSI). La SSI è stata sottoposta a tutte le donne che si sono presentate ai CF per la prima visita ostetrica nel periodo del peripartum, indipendentemente dall'età gestazionale.

Lo screening integrato SaMeP-CRARL di 1° livello prevede la somministrazione di una intervista semi-strutturata condotta dal personale ostetrico e registrata, in seguito, su una SSI disegnata *ad hoc*, comprensiva delle seguenti informazioni: dati sociodemografici; relazione di coppia e rete familiare/sociale di riferimento; andamento di gravidanza e parto; condizioni mediche generali ed eventuali precedenti contatti con i servizi di assistenza psichiatrica.

La SSI contiene, inoltre:

- domande di Whooley: "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?"; "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?". La signora può fornire una risposta Sì/No. Originariamente formulate nel 1994 (12) come strumento per i medici di medicina generale finalizzato all'individuazione precoce dei disturbi depressivi, attualmente sono utilizzate ad ampio raggio come strumento di individuazione precoce della DP;
- diario alimentare CRARL: si articola in un totale di 6 domande riguardanti le abitudini alimentari e alcoliche. Ha come obiettivo quello di individuare le donne che nel periodo perinatale fanno uso di una qualsiasi quantità di alcol. Indipendentemente dal punteggio ottenuto al diario alimentare, alla somministrazione dell'SSI si associa una fase di sensibilizzazione a tutte le donne contattate sui possibili danni relativi all'uso di alcol nel periodo perinatale.

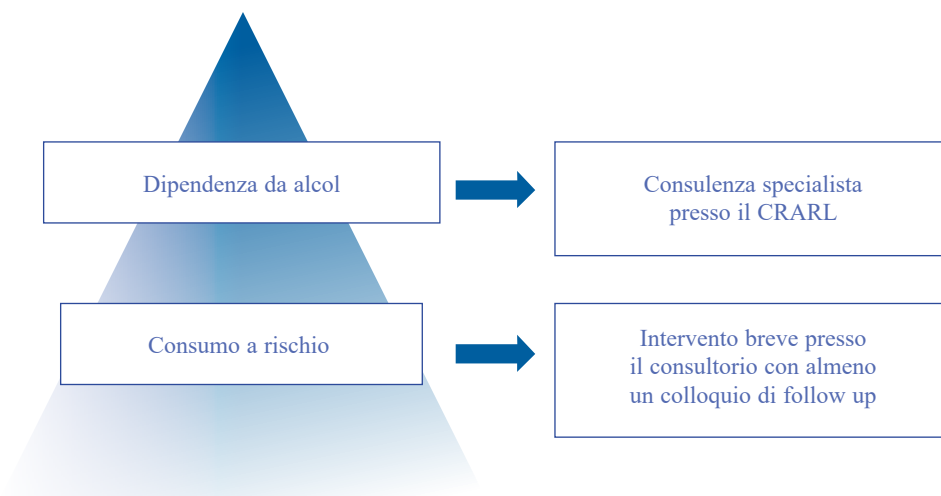


Figura 2 - Diagramma dei percorsi di cura CRARL

In base ai risultati ottenuti, si configurano diversi percorsi:

- pazienti negative alle domande Whooley e al diario alimentare: proseguono il percorso nascita con l'ostetrica del CF;
- pazienti positive alle domande Whooley e negative al diario alimentare: vengono inviate allo psicologo del CF che valuta, tramite un'intervista clinica semi-strutturata e l'ausilio della Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (13) un eventuale invio al SaMeP;
- pazienti negative alle domande Whooley e positive al diario alimentare: inserimento nel progetto CRARL di psicoeducazione o, nei casi più seri, consulenza specialistica CRARL presso il CF;
- pazienti positive alle domande Whooley e al diario alimentare: attivazione del percorso psicologico specialistico con invio al SaMeP e inserimento nel percorso di screening integrato SaMeP-CRARL di 1° livello, progetto pilota oggetto del presente lavoro.

I dati preliminari presentati di seguito sono relativi al periodo compreso tra aprile e agosto 2022, fase di avvio del progetto pilota.

Risultati

Nel periodo compreso tra aprile e agosto 2022, un totale di 99 donne è stato sottoposto allo screening integrato SaMeP-CRARL di 1° livello, all'interno dei due CF pilota (n = 75 presso quello di via Dina Galli e n = 24 presso quello di via Jacobini). Le donne sottoposte allo screening integrato avevano un'età media di 34 anni (DS = 4,3) (Tabella).

Quindici donne su 99 (15,15%) sono risultate positive allo screening SaMeP di 1° livello, avendo risposto "Sì" a una o a entrambe le domande di Whooley proposte (Figura 3).

Cinque donne su 99 (5%) hanno riferito di aver avuto precedenti contatti con i servizi di salute mentale. Alle domande del diario alimentare "attualmente che cosa mangia e beve durante

Tabella - Dati sociodemografici caratterizzanti il campione di studio

n.	%	n.	%
Nazionalità		Precedenti aborti	
Italiana	89	89,9	
Romana	3	3,03	
Polacca	1	1,01	
Moldava	1	1,01	
Filippina	2	2,02	
Albanese	1	1,01	
Brasiliana	1	1,01	
Titolo di studio		Gravidanza	
Laurea o superiore	66	66,67	
Diploma	26	26,26	
Licenza media	6	6,06	
Epoca perinatale al momento dell'intervista		Occupazione lavorativa	
I trimestre	5	5,05	
II trimestre	6	6,06	
III trimestre	56	56,57	
Post partum	29	29,29	
Non noto	2	2,02	
Andamento gravidanza		Composizione nucleo familiare	
Fisiologico	53	53,54	
Patologico	15	15,15	
Non noto	31	31,31	
Gravidanza		Stato relazionale	
Pianificata	68	68,69	
Accidentale	14	14,14	
Non noto	17	17,17	
Primigravida		Presenza di una rete familiare/sociale di supporto	
Sì	74	74,75	
No	20	20,2	
Non noto	5	5,05	
		Assunzione di terapia farmacologica	
		Sì	14
			14,14

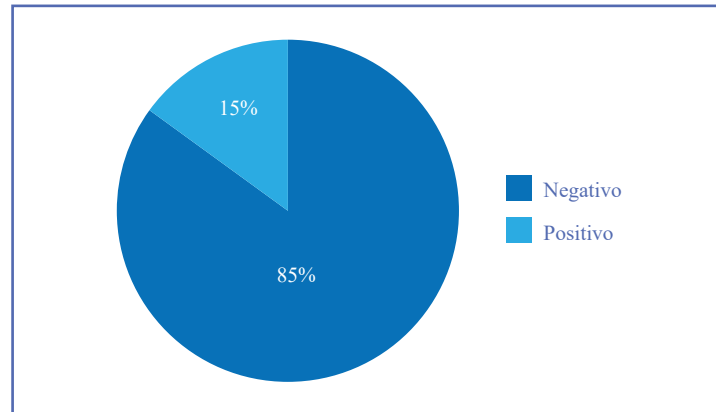


Figura 3 - Percentuali di risposta alle domande di Whooley

la settimana?” e “attualmente che cosa mangia e beve nel weekend?” solo 1 donna (1%) ha riferito di bere mezzo bicchiere di birra a pranzo e a cena, sia durante la settimana che nel fine settimana. Alla domanda “attualmente con quale frequenza consuma bevande alcoliche?”, 11 donne (11%) hanno riferito di bere alcolici meno di una volta/una volta al mese, 2 donne (2%) di assumere alcolici da 2 a 4 volte al mese, 1 donna (1%) 2 o 3 volte a settimana, 1 donna (1%) 4 o più volte a settimana. In 1 caso (1%) è stato riportato che, nei giorni in cui assume alcol, in media i bicchieri consumati sono 3 o 4 per volta, mentre in 1 caso (1%) è stato riportato un episodio di binge drinking una volta al mese (Figura 4).

Le donne risultate positive alle domande di Whooley sono state inviate allo psicologo del CF per un approfondimento diagnostico, ma nessuna di queste ha necessitato dell'intervento del SaMeP. Le donne risultate affette da rischio basso e medio di consumo di alcol in gravidanza hanno effettuato successivamente un colloquio psicoeducazionale con le ostetriche CF. Per le due donne che risultavano affette da un rischio alto di consumo di alcol in gravidanza è stata attivata la consulenza specialistica del CRARL presso il CF stesso.

Discussione e conclusioni

Negli anni si è assistito a un aumento della sensibilità dei clinici alle tematiche relative ai disturbi psichiatrici nel peripartum e a livello nazionale sono cresciuti progressivamente servizi specialistici, prevalentemente in ambito universitario e ospedaliero. Inoltre, sono cresciuti anche i programmi di screening in ambito consultoriale con l'uso delle domande di Whooley e l'eventuale invio a centri specializzati (14, 15).

Gli aspetti positivi del presente lavoro sono: la presenza di una rete fortemente specializzata e ancorata al territorio, la creazione di un programma di screening che, a fronte di una semplice somministrazione, permette di sensibilizzare le donne sulle conseguenze dell'uso di alcol in gravidanza e di valutare il rischio di insorgenza di problematiche psichiatriche perinatali. Le parole chiave di tale modello di intervento sono multidisciplinarietà, territorio, rete e prevenzione.

Novantanove donne si sono recate presso i due CF selezionati, in un arco temporale di cinque mesi. I dati demografici delle pazienti riflettono la distribuzione della popolazione nel III e nel XIV Distretto di Roma, suggerendo che sono soprattutto le donne primipare, italiane,

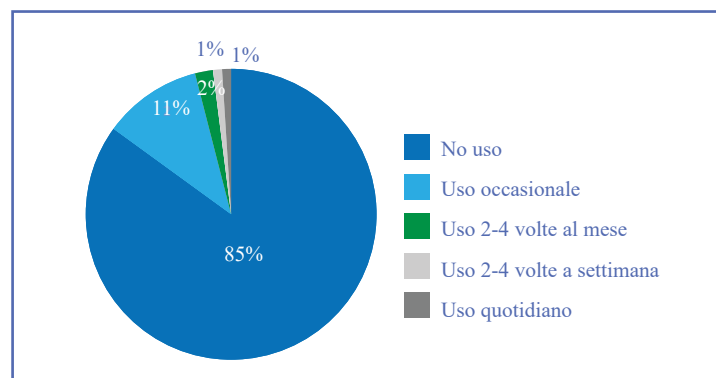


Figura 4 - Percentuali di risposta sull'uso di alcol nel peripartum

con un buon supporto sociale e lavorativo e una gravidanza programmata e fisiologica che si rivolgono ai CF. Il tasso di positività alle domande di Whooley (15,1%), riflette la media riscontrata nei precedenti progetti di screening nel nostro territorio e, soprattutto, corrisponde alla media riscontrata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità rispetto all'incidenza di DP (16). Pur ricordando che la positività al test di Whooley non può da sola confermare la presenza di una DP, le domande si confermano come un test sensibile e di semplice somministrazione. L'uso del diario alimentare si è rivelato di fondamentale importanza, consentendo di evidenziare un uso di alcol perinatale nel 15% circa del campione: 4 donne hanno dichiarato di assumere alcolici con una frequenza di 2-4 volte al mese, 2-4 volte a settimana o quotidiana e una ha dichiarato episodi di binge drinking. Secondo la letteratura internazionale il consumo di alcol perinatale è pari al 10% circa delle donne in gravidanza e nel post partum (5); si ritiene tuttavia che tale dato sottostimi fortemente il problema considerata proprio la carenza, nei servizi sanitari, di sistematiche procedure di screening sul tema.

Programmi di screening che consentono di individuare il consumo di alcolici in gravidanza e nel post partum hanno una ricaduta non solo sulla salute della donna ma anche su quella del nascituro, aprendo scenari di possibile riduzione epidemiologica della FASD, sindrome per la quale è ritenuta a rischio 1 gravidanza su 67 (6).

Rispetto a un'eventuale correlazione tra patologie psichiatriche e consumo di alcol nel periodo perinatale (8), solo 1 donna è risultata positiva sia al Whooley test che al diario alimentare; inoltre, nessuna delle 5 donne che ha avuto precedenti contatti con servizi di salute mentale, ha dichiarato consumo di alcol in gravidanza, non confermando nel nostro campione l'ipotesi di correlazione.

Tra i limiti del progetto pilota vi è la difficoltà nell'individuazione di una porzione sempre più ampia della popolazione a rischio: la pratica clinica ci indica, infatti, che le pazienti con maggiori difficoltà, scarso sostegno sociale, condizioni di isolamento, gravidanze accidentali, le donne single, straniere, con patologie psichiatriche o con disturbi da uso di alcol conclamati si rivolgono meno frequentemente al CF di riferimento per cercare aiuto nel corso della gravidanza. E di conseguenza il nostro studio potrebbe sottostimare le donne positive alle domande di Whooley per la difficoltà dell'individuazione di popolazione a rischio. A tal proposito, obiettivo dell'implementazione dei percorsi ASL Roma 1 per la salute mentale perinatale è quello di estendere il più possibile

all'interno dei servizi interessati l'utilizzo dello screening integrato, coinvolgendo in particolare le strutture ospedaliere.

Le ostetriche coinvolte nel progetto pilota che, dopo aver ricevuto formazione adeguata, hanno somministrato l'intervista semi-strutturata di screening integrato SaMeP-CRARRL, ritengono lo strumento di utilizzo agevole e facilmente integrabile nella pratica clinica quotidiana all'interno dei CF.

In conclusione, questo lavoro mostra l'accettabilità della SSI da parte delle donne e la sostenibilità da parte delle ostetriche nella somministrazione dell'intervento di screening.

La prospettiva è quella di implementare il modello proposto dal progetto in tutti i CF della ASL Roma 1.

Citare come segue:

Fusco C, Trincia V, Lisi G, Coriale G, Gencarelli S, Solombrino S, Porrari R, Scamporrino M, Attilia M, Pelo F, Dolci C, Di Stefano P, Perpetuini M, Piatti M, Rinaldi I, Anelli L, Ducci G. Dati preliminari per l'individuazione precoce di disturbi psichiatrici perinatali, dell'uso di alcol in gravidanza e per la prevenzione della sindrome feto-alcolica: un progetto integrato della ASL Roma 1 (aprile-agosto 2022). *Boll Epidemiol Naz* 2022;3(3):30-37.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Kimmel M. Maternal Mental Health MATTERS. *N C Med J* 2020;81(1):45-50. doi: 10.18043/ncm.81.1.45
2. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* 2017;219:86-92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003
3. Perry A, Gordon-Smith K, Di Florio A, Craddock N, Jones L, Jones I. Mood episodes in pregnancy and risk of postpartum recurrence in bipolar disorder: The Bipolar Disorder Research Network Pregnancy Study. *J Affect Disord* 2021;294:714-22. doi:10.1016/j.jad.2021.07.067
4. Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E. The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(8):2675. doi.org/10.3390/ijerph17082675
5. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2017;5(3):e290-99. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30021-9. Erratum in: *Lancet Glob Health* 2017;5(3):e276.

6. Mamluk L, Edwards HB, Savović J, Leach V, Jones T, Moore THM et al. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2017;7(7):e015410. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015410
7. Coriale G, Fiorentino D, Di Lauro F, Marchitelli R, Scalese B, Fiore M et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): Neurobehavioral profile, indications for diagnosis and treatment. *Riv Psichiatri* 2013;48(5):359-69. doi: 10.1708/1356.15062
8. Dejong K, Olyaei A, Lo JO. Alcohol Use in Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2019;62(1):142-55. doi: 10.1097/GRF.0000000000000414
9. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res* 2019;40(1):arcr.v40.1.01. doi: 10.35946/arcr.v40.1.01
10. Italia. Ministero della Sanità. Decreto ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 131, 7 giugno 2000.*
11. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36(4):465-78.
12. Whooley M, Avins A, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x
13. 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. doi:10.1192/bjp.150.6.782
14. Lora A, Andreoni G, Barri M, Frisone E, Fumagalli S, Gargantini G, et al. Il progetto BLUES: implementare pratiche innovative nelle attività di screening e di home visiting rivolte alle donne con depressione perinatale. doi: https://doi.org/10.53225/BEN_040
15. Guidomei S, Lega I, Cicconetti C, Falcieri M, Castelli E, Donati S, et al. Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna. *Not Ist Sup Sanità* 2019 ;32(11) - Inserto Ben:1-7.
16. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL and Wallington T. Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health; 2003.