

Percorsi di assistenza al disagio emotivo in gravidanza e puerperio: l'esperienza dei Consultori Familiari di Cesena nell'anno 2024*

Antonietta Bastoni, Cristina Dragoni, Antonella Brunelli

Unità Operativa Pediatria e Consultorio Familiare, AUSL Romagna, Cesena

SUMMARY

Care pathways for emotional distress during pregnancy and the postpartum period: the experience of Family Care Centers in Cesena, Italy, in 2024

Introduction

Perinatal emotional distress is a significant public health issue that requires structured pathways for the early identification of cases, as well as timely access to psychological and psychosocial care. This study describes the organisational and operational model implemented in Family Care Centres in Cesena for the early detection of emotional distress during pregnancy and the postpartum period and documents its application in routine clinical practice.

Materials and methods

Screening during pregnancy was conducted through the administration of the Whooley Questions and the assessment of psychosocial and clinical risk factors. During the postpartum period, detection was based on specific indicators of emotional well-being.

Results

Around 30% of the pregnant women under the care of the Family Care Centre received either psychological/psychosocial counseling or structured care. Additional cases of distress were identified during the postpartum period. While interruptions were rare, most care pathways concluded with discharge or continued into the following year. Women at high risk, who were managed through an integrated multidisciplinary model, were generally referred to specialist services (second-level services) after discharge from the Family Care Centre.

Discussion and conclusions

The model enabled extensive screening coverage and facilitated access to structured psychological and psychosocial care pathways during the perinatal period. This experience highlights the potential of Family Care Centres in supporting the early identification of emotional distress and in strengthening integrated care pathways within perinatal services.

Key words: family care centre; perinatal psychology; multidisciplinary team

antonietta.bastoni@auslromagna.it

Introduzione

Numerosi studi internazionali confermano che il disagio emotivo nel periodo perinatale rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica, con ricadute significative sulla salute mentale materna, sulla qualità della relazione madre-bambino, sul benessere infantile e sulla salute dell'intero nucleo familiare (1-3). La prevalenza stimata dei disturbi emotivi perinatali, in particolare ansia e depressione, è compresa tra il 10% e il 20% delle donne, con percentuali più elevate in presenza di fattori di vulnerabilità psicosociale e socioeconomica (2, 3).

Il riconoscimento precoce dei sintomi e l'individuazione dei fattori di rischio per la salute mentale materna richiedono strumenti di rilevazione validati, modelli di intervento specifici e un'adeguata formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di assistenza

alla gravidanza e alla genitorialità (4, 5). Una quota rilevante di donne con sintomi di disagio emotivo in gravidanza e nel periodo post natale, infatti, tende a non richiedere aiuto, a causa dello stigma sociale, della scarsa consapevolezza del problema e delle difficoltà di accesso ai servizi di salute mentale (2, 6).

In questo contesto, i servizi sanitari territoriali che entrano precocemente in contatto con le donne in gravidanza, quali i Consultori Familiari e i servizi per la maternità, rappresentano setting privilegiati per l'intercettazione precoce del disagio emotivo e per l'attivazione tempestiva di percorsi di supporto.

Le Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica (SNLG) raccomandano lo screening universale per ansia e depressione, l'identificazione precoce della violenza domestica e delle condizioni di fragilità sociale, nonché la costruzione di reti

(*) Gruppo di lavoro: Giacomo Pracucci (*Data Scientist, Onit, Cesena*); Giorgia Romani, Lorenza Tazioli, Susanna Mordenti, Valentina Casadei (*Consultorio Familiare, AUSL Romagna, Cesena*); Martina Viscoli, Sara Pasqualoni (*Università degli Studi di Bologna*).

assistenziali integrate per il supporto del disagio psichico perinatale (7). In tale prospettiva, l'organizzazione di modelli assistenziali che favoriscano l'accessibilità ai servizi, la continuità delle cure e l'integrazione multiprofessionale rappresenta una strategia fondamentale per la prevenzione e la gestione del disagio emotivo nel periodo perinatale (8).

Il presente lavoro ha un duplice obiettivo. Il primo, di tipo descrittivo, è quello di descrivere la frequenza e le caratteristiche del disagio emotivo in gravidanza e nel puerperio in un campione di donne seguite dai Consultori Familiari di Cesena, attraverso l'utilizzo di uno strumento di screening validato e la valutazione dei principali fattori di rischio psicologici e sociali. Il secondo obiettivo, di tipo applicativo, è descrivere e documentare un modello organizzativo e operativo di assistenza al disagio psicologico e psicosociale in perinatalità, basato sull'attivazione di percorsi a intensità crescente in funzione del livello di rischio e sull'integrazione tra servizi consultoriali, sanitari e sociosanitari, evidenziandone le potenziali implicazioni per la programmazione e il rafforzamento dei servizi territoriali.

Materiali e metodi

La metodologia adottata nei Consultori Familiari di Cesena per lo screening del disagio emotivo perinatale e la presa in carico delle donne risultate positive fa riferimento alle raccomandazioni del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), che individuano nelle Domande di Whooley uno strumento di primo livello per l'intercettazione precoce della depressione perinatale e dei disturbi emotivi durante gravidanza e post partum (9). Le Domande di Whooley sono riconosciute come uno strumento semplice, rapido e sensibile, utilizzabile efficacemente nei servizi territoriali e nei contesti di assistenza primaria (10). La metodologia è inoltre coerente con la DGR 533/2008 della Regione Emilia-Romagna, che definisce un modello assistenziale multiprofessionale nell'ambito del Percorso Nascita (11), e con gli indirizzi del Progetto regionale "Misure afferenti alla diagnosi, cura, e assistenza alla sindrome depressiva post partum" (12). Tali documenti istituzionali individuano come prioritari la valutazione precoce del rischio psicosociale e psichico e l'attivazione tempestiva dei percorsi di presa in carico.

In continuità con tali quadri di riferimento, l'AUSL Romagna ha adottato la Procedura Aziendale PA 182/2019 (13) che formalizza: l'utilizzo delle Domande di Whooley; l'esplorazione strutturata dei fattori di rischio psicosociale; la

classificazione del profilo di rischio (basso, medio, alto); l'attivazione conseguente dei percorsi psicologici, psicosociali o multidisciplinari.

Le analisi presentate illustrano i principali risultati di tale applicazione, con particolare riferimento alla copertura dello screening, alla tipologia dei percorsi attivati e ai profili di rischio individuati.

Il contesto locale

L'osservazione riguarda il territorio di Cesena, che comprende 15 Comuni organizzati in due Distretti (Cesena Valle Savio e Rubicone), parte integrante dell'AUSL della Romagna. L'area ha una popolazione di circa 190.000 abitanti, con una natalità pari a 1.680 nati vivi per l'anno 2024.

Il Consultorio Familiare di Cesena, articolato in sedi distrettuali (Cesena, San Piero in Bagno, Mercato Saraceno, Savignano sul Rubicone, Cesenatico), segue circa 800 gravidanze all'anno. Le équipe multidisciplinari sono composte da ostetriche, ginecologi, psicologi, infermiere della Pediatria di Comunità e assistenti sociali, attivati in base ai bisogni rilevati.

I dati analizzati nel presente lavoro si riferiscono all'attività svolta nel 2024.

Il setting

Gravidanza: la rilevazione precoce del disagio emotivo è effettuata dall'ostetrica su tutte le donne in gravidanza al momento dell'apertura della cartella ostetrica (generalmente all'inizio della gravidanza) e ripetuta al secondo e terzo trimestre.

Lo screening in gravidanza si basa sulle due Domande di Whooley e sul riconoscimento dei fattori di rischio anamnestici e sociali: 1) "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranza?"; 2) "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?".

I fattori di rischio anamnestici legati a disturbi mentali sono: diagnosi di disturbi mentali gravi attuali o pregressi; trattamenti attuali o pregressi per disturbi mentali; familiarità di primo grado (madre, sorella) per disturbi mentali gravi dopo il parto; uso di alcol o droghe. I fattori di rischio sociale consistono in: abitazione inadeguata o assente; difficoltà economiche rilevanti/disoccupazione; immigrazione recente/non conoscenza della lingua italiana; ruolo di *care giver* di familiari non autosufficienti; assenza del partner/importante conflittualità di coppia; partner con storia di disturbi mentali gravi e/o dipendenze patologiche; violenza domestica attuale o pregressa; assenza di una rete familiare/amicale.

Puerperio: lo screening in puerperio è effettuato dall'ostetrica del Consultorio Familiare alle donne che si sottopongono alla visita di controllo nel post partum indicativamente dopo 40 giorni dal parto e segue lo stesso schema di quello svolto in gravidanza, con l'aggiunta dei fattori di rischio specifici del puerperio. Le infermiere della Pediatria di Comunità invece effettuano la visita domiciliare alle donne che acconsentono entro le prime due settimane dal parto. Questo contesto, più finalizzato al sostegno dell'allattamento e della genitorialità, non prevede l'utilizzo sistematico di strumenti di rilevazione, ma il riconoscimento di eventuali sintomi di disagio emotivo materno e, ove necessario, il successivo invio per una valutazione più approfondita presso il Consultorio Familiare.

I fattori di rischio considerati nel puerperio sono: vissuto traumatico dell'esperienza parto; ricovero del neonato in terapia intensiva/neonatologia; difficoltà di allattamento; difficoltà a riconoscere e rispondere ai segnali del bambino; eccessiva preoccupazione o ansia sulla salute del bambino; sentimenti di impotenza e inadeguatezza sul ruolo materno; sensazione di pesantezza legata alla cura del bambino; distacco e/o sentimenti negativi verso il bambino; paura di restare da sola col bambino e di fargli male; difficoltà a tollerare e consolare il pianto del bambino ritenuto eccessivo; assenza di piacere nella relazione col bambino.

Lo screening viene proposto anche a donne straniere che non hanno un'adeguata conoscenza della lingua italiana, avvalendosi di un servizio di mediazione linguistica.

L'offerta di consulenza psicologica o psicosociale può avvenire in qualunque momento della gravidanza ed entro l'anno di vita del bambino su segnalazione di tutti i nodi della rete, che includono: servizi specialistici di secondo livello (Servizio Dipendenze Patologiche, Centro di Salute Mentale, Servizi Disabili Adulti e Tutela

Minori), pronto soccorso, medici di medicina generale, Pediatria di Comunità, pediatri di libera scelta, Ostetrica.

Per questa indagine sono stati raccolti dati relativi a:

- accessi totali ai percorsi assistenziali;
- distribuzione tra gravidanza e puerperio;
- consulenze e prese in carico;
- profili di rischio attribuiti;
- modalità di conclusione dei percorsi;
- esiti (eventuale prosecuzione in altri servizi).

Ai fini della presente analisi sono state adottate definizioni operative condivise per consulenza, presa in carico, conclusione ed esito (**Tabella 1**).

Classificazione del rischio e piani assistenziali

Alle donne con risultato positivo allo screening del disagio emotivo e/o con presenza di fattori di rischio psicologici e sociali alla valutazione effettuata dall'ostetrica presso il Consultorio Familiare, o presso altri nodi della rete, è stato attribuito un profilo di rischio, descritto nella **Tabella 2**.

Le analisi riportate nei Risultati sono di tipo descrittivo e illustrano i principali risultati relativi alla copertura dello screening, alla tipologia dei percorsi attivati e ai profili di rischio individuati.

Il trattamento dei dati personali è stato effettuato nel rispetto del GDPR 2016/679; i dati sono stati anonimizzati o pseudonimizzati, con analisi aggregata.

Risultati

Tutte le donne seguite in gravidanza dal Consultorio Familiare di Cesena nel corso del 2024 sono state sottoposte allo screening del disagio emotivo e alla valutazione dei fattori di rischio psicologici e sociali (n. 746). Alle donne risultate positive è stato offerto l'invio per la valutazione e l'eventuale presa in carico psicologica o psicosociale. Sono state considerate solo le donne in gravidanza con valutazione positiva (profilo da 1 a 3) che hanno accettato l'invio proposto

Tabella 1 - Percorsi disponibili per le donne positive allo screening. Indagine Consultorio Familiare Cesena, 2024

Consulenza	Percorsi da 1 a 3 colloqui, di cui il primo di valutazione e i successivi di approfondimento o follow up, in casi in cui il disagio tende a risolversi senza particolari complicazioni
Presa in carico	Percorsi a medio-lungo termine, con piani assistenziali individualizzati a seconda dell'entità del disagio (vedi "Profilo di rischio", Tabella 2)
Conclusione della presa in carico	Dimissione (conclusione del percorso), in corso (prosecuzione della presa in carico nell'anno successivo), rifiuto (non accetta l'offerta assistenziale), interruzione
Esito della presa in carico	La presa in carico prosegue o non prosegue nei Servizi Specialistici dopo la dimissione dal Consultorio Familiare

Tabella 2 - Profili di rischio attribuiti alle donne che aderiscono al programma di screening e piano assistenziale proposto. Indagine Consultorio Familiare Cesena, 2024

Profilo di rischio	Fattori di rischio	Piano Assistenziale
0-nessun rischio	Nessuno	Gestione ostetrico-ginecologica standard
1-basso rischio	Almeno una risposta positiva alle Domande di Whooley; fattori di rischio psicologici o sociali di lieve entità (lutti recenti, pregressi aborti, difficoltà di coppia, immigrazione recente, fragilità socioeconomica)	Attivazione del percorso psicologico o sociale
2-medio rischio	Almeno una risposta positiva alle Domande di Whooley; co-presenza di fattori di rischio psicologici e sociali	Attivazione della presa in carico sia psicologica che sociale; eventuale attivazione delle reti locali sociosanitarie, del terzo settore e/o dei servizi di mediazione culturale
3-alto rischio	Fattori di rischio di elevata gravità nell'area della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della disabilità; violenza di genere	Attivazione dell'équipe multidisciplinare, composta da Consultorio Familiare, Servizi di Secondo Livello (Centro di Salute Mentale, Servizi Dipendenze Patologiche, Servizi Sociali territoriali), Ostetricia, Pediatria di Comunità

(n. 255). Non è stato registrato invece il numero delle donne in gravidanza con valutazione positiva che non hanno accettato l'invio.

I percorsi avviati durante la gravidanza possono concludersi prima del parto o proseguire anche durante il puerperio. L'età gestazionale in entrata delle donne in gravidanza che hanno intrapreso un percorso è compresa tra le 10 e le 26 settimane (media 18). I percorsi attivati hanno avuto una durata media di 150 giorni.

Le donne valutate in puerperio con un risultato positivo (disagio emotivo e/o fattori di rischio) che hanno accettato il percorso proposto sono state 41. Non è stato possibile recuperare il numero complessivo delle donne valutate in puerperio (**Figura - Materiale Aggiuntivo**).

Complessivamente, le donne in gravidanza e in puerperio con una valutazione positiva che hanno accettato il percorso proposto sono 266. L'età media del campione è pari a 30,5 anni, la media degli anni di istruzione pari a 13,5. Le donne straniere sono 119 con una permanenza media di anni in Italia pari a 6,3; di queste, 73 conoscono la lingua italiana.

In generale, la distribuzione dei percorsi per tipologia di intervento mostra una prevalenza di prese in carico strutturate rispetto alle consulenze: 180/266 donne positive allo screening che hanno accettato l'offerta assistenziale, pari al 67,6% del totale dei percorsi effettuati, hanno effettuato un percorso di medio/lungo termine, mentre 86/266, pari al 32,4%, hanno svolto una consulenza di un massimo di tre colloqui (**Tabella 3**).

Nelle 180 donne prese in carico per percorsi a medio-lungo termine è stato valutato il profilo di rischio, che è risultato per 126 donne di tipo 1,

per 21 di tipo 2 e per 33 di tipo 3. Le donne con profili di rischio 1 e 2 hanno effettuato percorsi psicologici, sociali o psicosociali a seconda delle necessità. Per il gruppo di 33 donne con un profilo di rischio indicativo di maggiore gravità, il percorso ha garantito un tempestivo invio ai Servizi Specialistici di salute mentale con progettualità che hanno incluso l'inserimento in comunità educative o terapeutiche, l'attivazione della rete socioassistenziale e/o la presa in carico farmacologica stabile.

In generale le donne prese in carico in gravidanza e puerperio mostrano una buona adesione ai percorsi di cura, mentre bassi sono i casi di rifiuto o di interruzione dei percorsi proposti (**Tabella 4**).

Tabella 3 - Percorsi di assistenza attivati per tipologia di intervento. Indagine Consultorio Familiare Cesena, 2024

Timing dell'offerta del percorso	n. consulenze	n. prese in carico
Gravidanza	72	153
Puerperio	14	27
Totale	86	180

Tabella 4 - Modalità di conclusione della presa in carico. Indagine Consultorio Familiare Cesena, 2024

Conclusione presa in carico	n.	%
Rifiuto piano assistenziale	3	1,6
Dimissione	77	42,8
Interruzione	14	7,8
In corso	86	47,8
Totale	180	

Discussione

La metodologia descritta si inserisce in un quadro di crescente attenzione, a livello nazionale e internazionale, verso la salute mentale perinatale e la prevenzione del disagio emotivo in gravidanza e nel puerperio. Negli ultimi anni, varie Regioni italiane hanno avviato progetti pilota e protocolli organizzativi orientati all'identificazione precoce del rischio psicosociale e alla presa in carico integrata delle donne nel periodo perinatale. In questo panorama, l'esperienza dei Consultori Familiari di Cesena si caratterizza per la sistematicità dell'applicazione dello screening e per l'iniziale formalizzazione dei percorsi assistenziali all'interno della pratica routinaria dei servizi consultoriali.

I risultati emersi risultano coerenti con quanto riportato dalla letteratura nazionale e internazionale (6, 9), sottolineando come l'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari rappresenti un elemento centrale nella prevenzione e nella gestione del disagio perinatale, soprattutto in presenza di fattori di vulnerabilità multipli. A livello nazionale, lo studio di Guarneri e colleghi evidenzia l'importanza di un approccio integrato tra servizi sanitari e sociosanitari nella prevenzione del disagio perinatale (14), mentre lo studio qualitativo di Tarlazzi e colleghi mette in luce il ruolo centrale delle ostetriche nell'esplorazione del benessere emotivo nel percorso nascita (15).

Il numero complessivo di percorsi attivati, con una prevalenza di prese in carico strutturate rispetto alle consulenze brevi e la buona adesione delle donne ai percorsi proposti suggeriscono l'efficacia del modello organizzativo nel facilitare l'accesso ai servizi di supporto psicologico e psicosociale. In particolare, la possibilità di modulare l'intensità dell'intervento in base al profilo di rischio ha consentito di rispondere in modo flessibile e mirato ai bisogni delle donne, favorendo la continuità assistenziale e l'intervento tempestivo nei casi a maggiore complessità.

Un elemento di rilievo è rappresentato dalla gestione dei profili di rischio elevato, per i quali l'attivazione dell'équipe multidisciplinare e il raccordo con i Servizi Specialistici di secondo livello hanno permesso una presa in carico integrata e coordinata. Questo aspetto risulta particolarmente significativo nei contesti di fragilità sociale, dipendenze patologiche o violenza di genere (16), nei quali il rischio di interruzione dei percorsi e di mancata protezione materno-infantile è più elevato. La bassa percentuale di rifiuti e interruzioni osservata

nel campione analizzato sembra confermare il valore della rete interservizi nel ridurre il rischio di abbandono.

Tra i principali limiti dello studio va segnalata la mancanza di dati completi sul numero totale di donne risultate positive allo screening in gravidanza e sul numero complessivo di donne valutate e risultate positive in puerperio. Tale criticità limita la possibilità di stimare con precisione la prevalenza del disagio emotivo intercettato e di confrontare i risultati con altri contesti. Inoltre, l'assenza di strumenti strutturati di rilevazione del disagio emotivo nella visita domiciliare effettuata dalle infermiere di Pediatria di Comunità riduce l'omogeneità delle modalità di screening nel post partum.

Un tema cruciale riguarda la sostenibilità del modello nel medio-lungo periodo. L'elevato numero di percorsi attivati, la loro durata e la buona adesione delle donne comportano un crescente impegno per le professioniste coinvolte, in particolare psicologhe e assistenti sociali: ciò sta determinando la necessità di rimodulare le attività delle professioniste stesse in funzione dell'attualità del bisogno e delle aumentate necessità assistenziali. Su questa stessa linea anche la formazione continua degli operatori e il consolidamento delle competenze multidisciplinari rappresentano elementi imprescindibili per garantire la qualità e la continuità dei percorsi assistenziali.

Nel complesso, l'esperienza descritta evidenzia come il Consultorio Familiare possa rappresentare un nodo strategico nella rete dei servizi perinatali, non solo per l'intercettazione precoce del disagio emotivo, ma anche per la costruzione di percorsi integrati e personalizzati, capaci di rispondere in modo efficace ai bisogni complessi delle donne e delle famiglie nel periodo perinatale.

Conclusioni

Il modello di intervento basato sull'intercettazione precoce e sulla presa in carico multidisciplinare si conferma efficace nel facilitare l'accesso ai percorsi psicologici e psicosociali nella perinatalità.

Le criticità evidenziate indicano la necessità di migliorare la registrazione completa dei dati, aumentare la copertura dello screening in puerperio e uniformarne le modalità.

La formazione continua degli operatori e la crescita culturale sul tema sono elementi imprescindibili per garantire un'accoglienza sensibile e rispettosa. Il rafforzamento del lavoro in rete, unitamente al consolidamento delle

competenze multidisciplinari e alla rimodulazione delle attività psicologiche e psicosociali in funzione delle aumentate richieste assistenziali, rappresenta un investimento necessario per la qualità e la sostenibilità dei percorsi stessi.

Citare come segue:

Bastoni A, Dragoni C, Brunelli A. Percorsi di assistenza al disagio emotivo in gravidanza e puerperio: l'esperienza dei Consultori Familiari di Cesena nell'anno 2024. *Boll Epidemiol Naz* 2025;6(3):15-20.

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. Quagliata E, Likierman M, Raphael-Leff J, Reid M, Tracey N. *Diventare genitori. Il concepimento, la gravidanza, il primo anno: la formazione di un legame profondo e le difficoltà del percorso*. Quagliata E, Reid M (Ed.). Roma: Casa editrice Astrolabio - Ubaldini Editore; 2018.
2. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014;384:1775-88. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8(1):37-54. doi: 10.3109/09540269609037816
4. Bramante A. Screening ed intercettazione precoce delle donne a rischio di psicopatologia perinatale. In: Quatraro R, Grusso P (Ed.). *Psicologia clinica perinatale. Dalla teoria alla pratica*. Trento: Erickson; 2018.
5. Imbasciati A, Cena L. *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia clinica perinatale: prevenzione e interventi precoci*. Milano: FrancoAngeli; 2018.
6. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315(4):388-406. doi: 10.1001/jama.2015.18948
7. Istituto Superiore di Sanità. Gravidanza fisiologica. Seconda parte. Sez. 1. Organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza. Sez. 2. Esami clinici e di laboratorio in gravidanza. Sez. 3. Screening dei problemi ematologici in gravidanza. Sez. 4. Problemi psicosociali in gravidanza. Linea guida SNLG 1/2025. 293 p. https://www.epicentro.iss.it/materno/pdf/SNLG%201_2025%20Gravidanza-fisiologica%20Parte-2.pdf; ultimo accesso 12/3/2026.
8. Liverani A, Valletta E, Ercolanese TI. L'équipe multidisciplinare in ambito materno-infantile: uno strumento di intervento socio-sanitario integrato. *Quaderni ACP*. 2014;21(6):260-3.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE Guideline CG192. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>; ultimo accesso 18/2/2026.
10. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12(7):439-45. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x
11. Regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta Regionale Emilia-Romagna del 21 aprile 2008, n. 533. Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita. *Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna*. *Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna*. <https://bur.regione.emilia-romagna.it>
12. Regione Emilia-Romagna. Deliberazione della Giunta Regionale Emilia-Romagna del 7 gennaio 2019, n. 3. Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post-partum. <https://serviziisr.regione.emilia-romagna.it/delibereggiunta/>
13. AUSL Romagna. *Procedura Aziendale PA 182/2019-Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo postnatale*. AUSL Romagna; 2019.
14. Guarneri C, Sottile J, Bevacqua E, Leone MC, Mineo R, Rini C, et al. When a parent is born: an integrated approach to perinatal mental health and early risk screening. *Eur J Investig Health Psychol Educ* 2025;15(10):193. doi:10.3390/ejihpe15100193
15. Tarlazzi E, Sacco N, Branchini L, Simonazzi G, Parma D. Midwives' perspectives on exploring emotional well-being during prenatal and postnatal care in the Italian context: a qualitative study (the BEN_EM_OS study). *Midwifery* 2025;149:104572. doi:10.1016/j.midw.2025.104572
16. Liverani A, Ercolanese TI, Valletta E. La violenza che non risparmia la gravidanza. *Medico e Bambino* 2017;36(4):263-7.

Materiale Aggiuntivo – Figura

Flusso di arruolamento delle donne in gravidanza e puerperio. Indagine Consultorio Familiare Cesena, 2024

