

# RAPPORTO ANNUALE SULLA NATALITA'

L'assistenza in gravidanza, al parto ed al  
neonato in provincia di Trento

ANNO 2022



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



*Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari  
Provincia Autonoma di Trento*

Trento, Agosto 2023

La presente pubblicazione è stata curata da:

Riccardo Pertile [riccardo.pertile@apss.tn.it](mailto:riccardo.pertile@apss.tn.it)

Anna Rizzuto

Mariangela Pedron

**Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa** – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Grafica a cura di Marianna Picarelli.

Immagine di copertina di Marianna Picarelli.

**Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa** – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

Hanno collaborato:

- per la raccolta, la registrazione ed il controllo dei dati, tutti gli operatori delle *Sale Parto, delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia* dei presidi ospedalieri della provincia di Trento;
- per il supporto informatico, Patrizia Menestrina del Dipartimento Tecnologie dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- per la messa a disposizione dei propri dati di attività, il dr. Angelo Bonaventura, il dr. Luca Mezzone e il dr. Arne Luehwink del *Centro PMA dell'ospedale di Arco*;
- per la stesura del capitolo sul Percorso Nascita Ostetrica dedicata, coordinatrici ostetriche consultoriali Elena Benini e Vanda Chiodega, referenti del *Percorso Nascita* in APSS.

## **Presentazione**

In Provincia di Trento, l'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, è governata e coordinata attraverso un'unica Azienda Sanitaria Provinciale (APSS) che include il Dipartimento Transmurale di Ostetricia e Ginecologia a valenza provinciale, il quale comprende, oltre alle unità operative di ginecologia e ostetricia dei 5 presidi ospedalieri, 10 consultori familiari dislocati su tutto il territorio. I punti nascita provinciali sono attualmente quattro: S. Chiara di Trento, Rovereto, Cles e Cavalese.

A partire dal 2018, in Trentino è attivo un servizio denominato “Percorso Nascita ostetrica dedicata” che rappresenta l'insieme delle cure fornite alla donna ed al neonato dalla fase periconcezionale al puerperio. A tutte le donne, alla positività del test di gravidanza, chiamando il CUP, viene garantita la presa in carico da un'ostetrica “dedicata” che rimane il suo punto di riferimento per tutta la gravidanza e nelle settimane successive al parto.

Il presente Rapporto sull'evento nascita nella Provincia Autonoma di Trento, a cura del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa, illustra le analisi dei dati rilevati nell'anno 2022 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001 n.349, costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale. Il flusso informativo CedAP raccoglie informazioni sulle caratteristiche e gli esiti correlati a concepimento, gravidanza, parto, neonato e post-partum. Ai dati provenienti dalle unità operative di ostetricia della Provincia di Trento, si aggiungono i dati dei parti a domicilio e dei parti precipitosi, quest'ultimi avvenuti fuori da un istituto di cura, ma poi presi in carico da un professionista sanitario.

La rilevazione dei dati al momento del parto è in capo prevalentemente all'ostetrica, ed il Certificato è sottoscritto dal medico che ha assistito al parto o dal responsabile della U.O. di riferimento. Inoltre, può essere integrato da informazioni rilevate successivamente l'evento nascita (ad esempio anomalie congenite).

Il presente Rapporto vuole essere uno strumento che restituisca agli operatori, che in diversi ruoli alimentano il flusso CedAP, elementi di valutazione e di monitoraggio immediato e continuativo degli outcome ostetrico-ginecologici ed una conseguente valutazione della loro qualità per un eventuale miglioramento.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, per garantire una sorveglianza epidemiologica ed una ricerca analitica e descrittiva sulla natalità, collabora con i seguenti enti:

- Ministero della Salute,
- Istituto Superiore di Sanità (ISS),
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT),
- Fondazione Bruno Kessler (FBK),
- Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE),
- Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa,
- Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS),
- Università degli studi di Trento,
- European Network of Population-based Registries for the Epidemiological Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT).

Dott. Fabrizio Taddei  
Direttore del Dipartimento Transmurale  
di Ostetricia e Ginecologia  
APSS - Trento

## INDICE

SINTESI.....	5
L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO ED AL NEONATO .....	9
LA NATALITÀ NELL'ANNO 2022 ED IL TREND 2012-2022 .....	10
ASSISTENZA IN GRAVIDANZA.....	13
IL PERCORSO NASCITA OSTETRICA DEDICATA.....	13
<i>I primi colloqui</i> .....	14
<i>Le conclusioni del PN nel 2022</i> .....	16
LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA .....	19
L'ATTIVITÀ DEL CENTRO PROVINCIALE PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA - OSPEDALE ALTO GARDA E LEDRO (ARCO) .....	21
GLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA .....	27
LE CARATTERISTICHE DELLA GRAVIDANZA.....	31
<i>Il decorso della gravidanza</i> .....	31
I CONTROLLI IN GRAVIDANZA .....	33
<i>Le visite ostetriche</i> .....	33
<i>L'ecografia</i> .....	34
<i>Le indagini prenatali (non invasive ed invasive): test combinato, prelievo di DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi</i> .....	36
IL FUMO PRIMA E DURANTE LA GRAVIDANZA.....	38
IL LUOGO DEL PARTO .....	40
NATI VIVI FUORI PROVINCIA DI TRENTO: TREND 2010-2022 .....	43
LA RESIDENZA DELLA MADRE E L'OSPEDALE DI NASCITA .....	45
LE CARATTERISTICHE DEL PARTO .....	46
<i>Il tipo di parto – il parto cesareo</i> .....	46
<i>Il parto cesareo primario</i> .....	50
<i>L'evoluzione dei parti cesarei secondo le classi di Robson</i> .....	51
L'EPISIOTOMIA E LE LACERAZIONI .....	54
EMORRAGIA POST-PARTUM.....	57
I PARTI GEMELLARI .....	59
LE CARATTERISTICHE DEI GENITORI .....	60
<i>Età materna al parto</i> .....	60
<i>Cittadinanza materna</i> .....	61
<i>Stato civile materno</i> .....	63
<i>Livello d'istruzione e condizione professionale della madre</i> .....	63
<i>BMI pre-gravidico della madre e rischi in gravidanza, ostetrici e neonatali</i> .....	64
<i>Caratteristiche socio-demografiche paterne</i> .....	65
LO STATO DI SALUTE DEL NEONATO .....	66
<i>L'età gestazionale</i> .....	66
<i>Il peso alla nascita</i> .....	67
<i>La natimortalità</i> .....	67
<i>L'Apgar e le procedure rianimatorie</i> .....	69
<i>I ricoveri alla nascita</i> .....	70
<i>La fototerapia</i> .....	71
<i>L'allattamento</i> .....	72
INDICE FIGURE.....	75
INDICE TABELLE.....	77
ABBREVIAZIONI .....	79

## SINTESI

---

Nel 2022 il *tasso di natalità provinciale* (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 7,7‰ abitanti, mentre il *tasso di fecondità totale* è di 1,37 figli per donna, valore secondo solo all'Alto Adige (1,65) nel panorama nazionale.

Nel 2022 il 49,1% delle donne dichiara di essere stata seguita da un'ostetrica del Percorso Nascita, proporzione in aumento rispetto al 45,7% nel 2021, 47,5% nel 2020 e 32,4% nel 2019. Nell'arco del 2022, nelle dieci sedi consultoriali provinciali in cui è attivo il Percorso Nascita (PN), sono stati registrati 3.166 primi colloqui con l'ostetrica per la presa in carico del PN, corrispondenti al tasso di reclutamento del Percorso Nascita pari all'85,1%. Nel 36,8% dei casi è stato attribuito un assessment del rischio basso, nel 34,1% rischio medio e nel rimanente 25,9% rischio alto.

Indipendentemente dall'anno in cui la donna è stata presa in carico dal PN e dall'esito della gravidanza, nel corso del 2022 sono stati conclusi 3.036 percorsi. Di questi 2.223 (il 73,2%) hanno fatto registrare un parto, dopo un percorso seguito dall'ostetrica dedicata del PN, le altre donne o sono state inviate presso gli ambulatori ospedalieri per le gravidanze ad alto rischio, o hanno abbandonato il percorso per proseguire i controlli della gravidanza presso un ginecologo in libera professione, oppure hanno avuto un esito di aborto spontaneo o hanno deciso di interrompere la gravidanza.

La corrispondenza media tra *residenza della madre e ospedale di riferimento geografico* è pari al 90,8%, in linea con gli anni 2017-2021.

La *proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali*, nel 2022 è stata pari al 6,0% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti (242 su 4.007); negli anni 2019-2022 si sono registrati valori di poco superiori al 5%, a fronte di valori pari all'8-10% nel decennio precedente. Le proporzioni più elevate di nati vivi fuori Provincia si riscontrano nelle reti professionali territoriali della Val di Fassa (17,6%), delle Giudicarie (10,5%) e della Rotaliana-Paganella (9,5%).

Si confermano i dati eccellenti di *trasporto in utero*, in linea con gli anni passati, per i neonati di basso peso e di ridotta durata della gestazione, testimoniati dall'elevata concentrazione di questi casi presso il centro di riferimento rappresentato dall'ospedale S. Chiara di Trento.

La percentuale di *madri con cittadinanza extra UE*<sup>1</sup> nel 2022 è pari al 21,9%, con un trend di decremento negli ultimi sei anni. La proporzione di *madri nubi* continua a crescere: si è passati dal 7,6% della fine degli anni '90 al 45,5% nel 2022.

---

<sup>1</sup> UE a 15 stati: Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

Tra le donne partorienti nei punti nascita provinciali *l'età media al parto* è di 32,2 anni (32,1 nel 2021, 31,9 nel 2020 e 32,1 anni nel 2019): per le italiane 32,6 anni, per le straniere 31,0 anni. Anche l'età media al primo figlio (complessivamente pari a 31,1 anni) differisce significativamente in base alla cittadinanza materna: 31,4 anni per le italiane rispetto ai 28,9 anni per le straniere. Nell'ultimo decennio l'età media al parto delle donne con cittadinanza italiana è passata dai 32 ai 32,6 anni, mentre lo scarto per le donne con cittadinanza straniera è molto più marcato: dai 28,2 ai 31,0 anni. Il differenziale circa l'età al parto tra italiane e straniere tende quindi a ridursi.

Permangono differenze tra madri italiane e straniere, relativamente al *titolo di studio* e, soprattutto, alla *condizione professionale*.

Tra le partorienti del 2022, il 4,7% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 6,0% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,1% delle gravidanze "naturali"). Da evidenziare come il 57,7% dei parti da donne d'età maggiore ai 44 anni provenga da una tecnica di PMA.

I *controlli in gravidanza* (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati nel territorio anche se variamente rappresentati presso i singoli punti nascita e le aree di residenza della madre. La proporzione di madri con meno di quattro visite è del 2,9%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La proporzione di donne che ha eseguito 2 ecografie (secondo quanto raccomandato nelle linee guida nazionali e internazionali) è pari al 5,4% nel 2022 (4,6% nel 2021). La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le straniere eseguono mediamente 3,7 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,0). Questo differenziale italiane/straniere si è ridotto nell'ultimo quadriennio. Anche una maggiore età materna e l'eventuale gravidanza patologica incidono sull'aumento del numero di controlli in gravidanza.

Il 4,2% delle donne effettua almeno *un'indagine prenatale invasiva* (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi) per diagnosticare un'eventuale anomalia congenita. Il dato è in decremento negli anni e questo aspetto è da mettere in relazione con una crescente offerta di *test di screening non invasivi*: il test combinato è stato effettuato dall'80,7% delle madri (84,6% nel 2021, 78,6% nel 2020 e 74,6% nel 2019), il prelievo del DNA fetale dal 6,1% (6,5 nel 2021, 4,2% nel 2020 e 4,0% nel 2019). Tra le donne con 35 anni o più, il 6,8% esegue almeno un'indagine prenatale invasiva, rispetto al 2,9% delle madri con meno di 35 anni. La differenza per età si riscontra anche nell'esecuzione del test combinato (discrepanza meno accentuata) e nel prelievo del DNA fetale: l'86,2% e l'11,2% delle donne di 35 anni e oltre esegue rispettivamente il test combinato ed il prelievo di DNA fetale, a fronte di un 82,6% ed un 3,8% tra le più giovani. Il differenziale tra italiane e straniere rispetto all'accesso alle indagini prenatali (sia invasive che non invasive), tende a mantenersi nel tempo.

La quota complessiva di gestanti che frequenta gli *incontri di accompagnamento alla nascita* (IAN) è pari al 58,5% sul totale delle madri, valore in aumento nell'ultimo decennio. L'85,0% delle nullipare residenti frequenta gli incontri di accompagnamento alla nascita, proporzione in crescita negli ultimi 15 anni; i valori del 2019-2022 hanno raggiunto l'80% indicato come desiderabile dalle linee guida. La partecipazione è influenzata principalmente dalla parità, dalla cittadinanza, dalla scolarità e dall'età materna.

La prevalenza di *fumatrici in gravidanza* sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2022 è pari al 6,4% (6,0% nel 2021, 6,7% nel 2020 e 5,9% nel 2019). La proporzione di donne fumatrici che ha smesso appositamente durante la gravidanza è pari all'8,0%, mentre il rimanente 85,6% risulta essere non fumatrice.

*I parti plurimi* rappresentano l'1,3% del totale dei parti, proporzione in ripresa dopo il decremento del 2020 dovuto molto probabilmente all'emergenza causata dalla pandemia da Covid-19 che ha portato ad un trasferimento in utero di alcuni parti gemellari in istituti fuori Provincia.

Dopo i già ottimi risultati degli anni 2015-2021, la proporzione di parti cesarei nel 2022 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose (20,1%). Nei due principali istituti della Provincia, S. Chiara di Trento e Rovereto, la proporzione di parti cesarei è contenuta, rispettivamente 21,4% e 20,0%.

*Le lacerazioni* si verificano nel 72,3% delle donne che partoriscono spontaneamente e 64,9% di quelle che partoriscono con forcipe/ventosa, con una prevalenza maggiore nelle nullipare. Nel 48,5% dei casi si tratta di lacerazioni di 1° grado, nel 50,0% di 2° grado, mentre nel rimanente 1,5% si tratta di lacerazioni di 3° o 4° grado.

L'*episiotomia* viene praticata al 5,4% delle donne (escludendo i cesarei) con una maggior proporzione sempre tra le nullipare; si registra un netto decremento nell'ultimo decennio. Si evidenzia una relazione inversa tra le variabili lacerazioni ed episiotomia, ed una reale eterogeneità operativa tra i punti nascita.

Tra i parti vaginali si sono registrate *perdite ematiche* superiori a 500 ml nel 19,8% dei casi, mentre tra i parti cesarei la proporzione con perdite ematiche superiori ai 1.000 ml è pari al 5,7%.

I *nati morti* sono stati 6 (tutti da donne residenti in provincia di Trento) per un tasso di natimortalità pari all'1,5%. Sette nati vivi sono deceduti dopo il parto, prima della dimissione dal punto nascita.

I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute, nonostante la percentuale di neonati ricoverati alla nascita rimanga elevata: 15,3% sia nel 2022 che nel 2021, 13,3% nel 2020 e 15,1% nel 2019 (rispetto all'11,1% del 2015 e all'8,4% del 2014); un *Apgar inferiore a 4* è rilevato nello 0,33% dei

casi, mentre il 4,6% dei nati vivi viene sottoposto a *procedure di rianimazione* (di cui lo 0,6% con intubazione).

Per i neonati non patologici la *degenza media* risulta funzione del tipo di parto. Se nel 2020-2021 si era registrata una riduzione delle giornate di degenza per tutte le tipologie di parto, soprattutto dovuta all'emergenza pandemica da Covid-19 (2,5 giorni per i parti spontanei e 3,0 giorni per i parti cesarei, rispetto ai 2,9 e 3,6 giorni del 2019), nel 2022 si è osservata un'ulteriore contrazione delle degenze medie: 2,4 e 2,8 giorni rispettivamente per parti spontanei e cesarei. La degenza media per tutti i parti è di 2,5 giorni, valore in riduzione rispetto agli anni precedenti (2,5 nel 2021, 2,6 nel 2020, 3,0 nel 2018-2019, 3,1 nel 2017 e 3,2 nel 2016).

*L'allattamento materno alla dimissione* (esclusivo, predominante o misto) riguarda la quasi totalità dei neonati (96,2%). La proporzione di nati vivi allattati in modo esclusivo o predominante è pari al 75,2%, in diminuzione rispetto agli anni precedenti (82,3% nel 2021, 80,7% nel 2020, 81,8% nel 2019 e 84,7% nel 2018). I dati del 2022 mettono in evidenza come la propensione all'allattamento al seno in modo esclusivo alla dimissione sia influenzata dalla parità (più elevata nelle pluripare), dal titolo di studio della donna (maggiore nelle più istruite), dal tipo di parto (maggiore nei parti naturali) e dalla partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita, al netto di tutte le variabili sopra citate.



## **L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO ED AL NEONATO**

---

La gestione del percorso nascita, l'assistenza prenatale, l'assistenza al parto, nel periodo perinatale e nel primo anno di vita del bambino rappresentano aspetti cruciali non solo per descrivere lo stato di salute di una popolazione, ma anche per garantire le migliori condizioni di partenza a tutti i soggetti in modo equo e sostenibile. I servizi sanitari sono chiamati ad offrire in modo integrato tra loro prestazioni efficaci finalizzate a garantire all'unità madre-bambino un ottimale e continuo standard assistenziale.

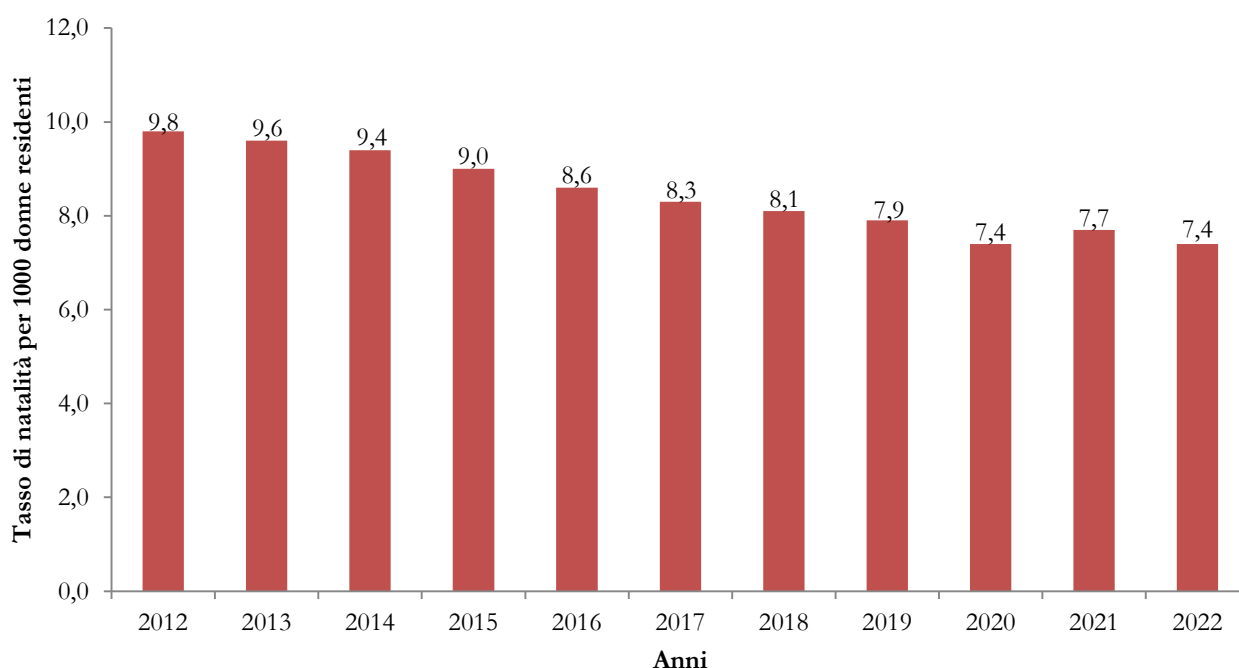
Nel presente rapporto i dati nazionali provengono, se non altrimenti specificato, dal sito ISTAT dedicato <http://dati.istat.it/> sezione “Popolazione e famiglie – Natalità” o dal report ISTAT “Indicatori demografici – Anno 2022” del 7 aprile 2023.

## LA NATALITÀ NELL'ANNO 2022 ED IL TREND 2012-2022

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2022, 3.848 bambini, ai quali si aggiungono i 31 nati a domicilio, i 13 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 64 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in provincia di Trento, per un totale complessivo di 3.956 neonati. I nati da donne residenti sono 3.772, di cui 3.766 nati vivi.

Il tasso di natalità<sup>2</sup> per il 2022 risulta pari a 7,4 nati vivi per mille residenti. Nell'ultimo decennio è evidente il decremento della natalità trentina.

**Fig. 1 - Tasso di natalità (rapporto tra numero di nati vivi, dentro e fuori Provincia, dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000). Trend 2012-2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

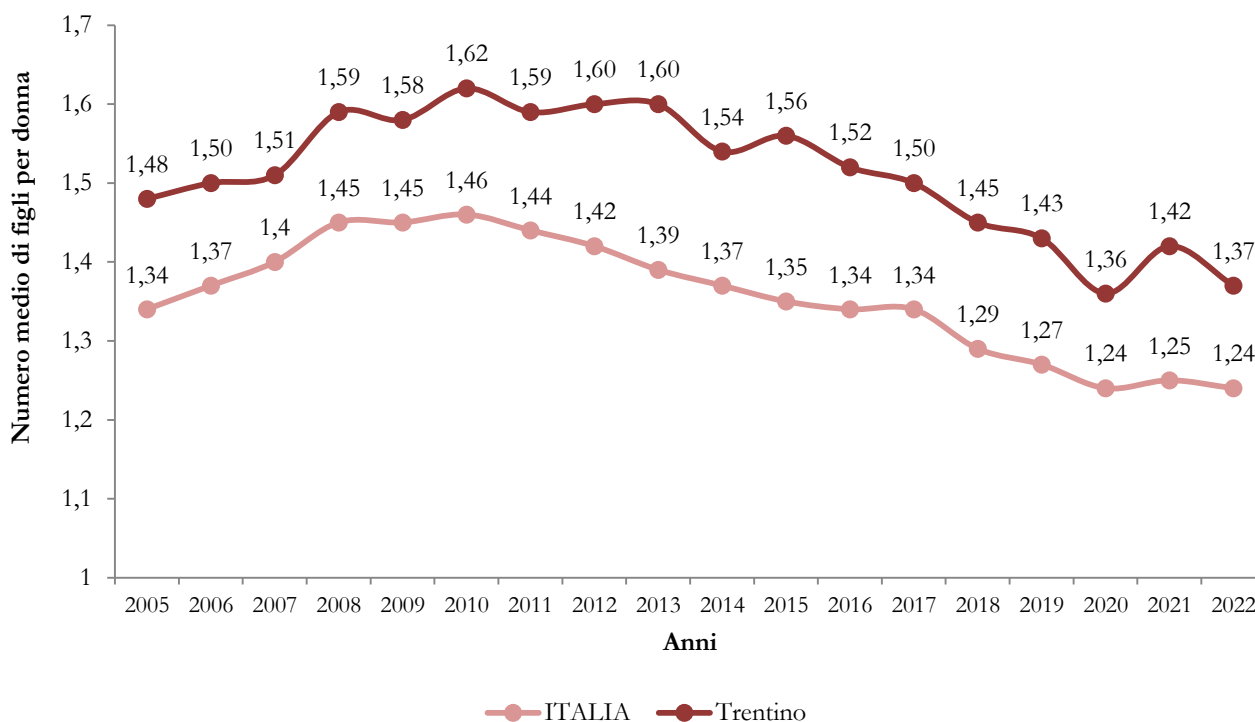


Fonte: ISTAT (<http://demo.istat.it>) - Indicatori Demografici e ISTAT "Indicatori demografici – Stime per l'anno 2021".

ISTAT Indicatori Demografici e ISTAT "Indicatori demografici – Anno 2022".

<sup>2</sup> Tasso di natalità: rapporto tra numero di nati vivi (dentro e fuori Provincia) dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

Fig. 2 - Numero medio di figli per donna in Trentino e Italia. Trend 2005-2022



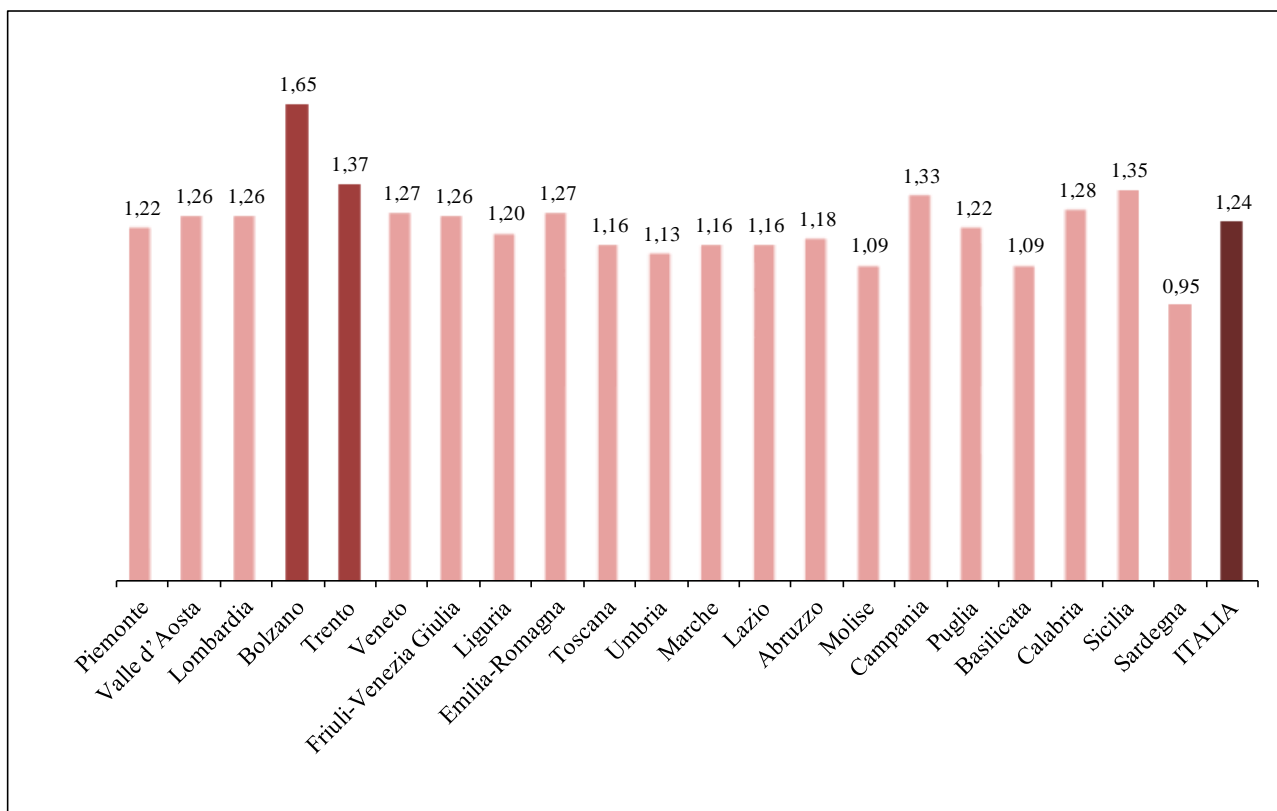
Fonti: ISTAT Report Natalità e fecondità per anno. ISTAT Indicatori demografici – Anno 2022.

In Italia, nel 2022 i nati sono scesi, per la prima volta dall'unità d'Italia, sotto la soglia delle 400mila unità, attestandosi a 393mila. Dal 2008, ultimo anno in cui si registrò un aumento delle nascite, il calo è di circa 184mila nati, di cui circa 27mila concentrate dal 2019 in avanti. Questa diminuzione è dovuta solo in parte alla spontanea o indotta rinuncia ad avere figli da parte delle coppie. In realtà, tra le cause pesano molto sia il calo dimensionale, che il progressivo invecchiamento della popolazione femminile nelle età convenzionalmente considerate riproduttive (dai 15 ai 49 anni). Dopo il lieve aumento del numero medio di figli per donna [o tasso di fecondità totale<sup>3</sup> (TFT)] verificatosi tra il 2020 e il 2021, riprende il calo dell'indicatore congiunturale di fecondità, il cui valore si attesta nel 2022 a 1,24, tornando così al livello registrato nel 2020. Prosegue quindi la tendenza alla riduzione dei progetti riproduttivi, già in atto da diversi anni nel nostro Paese, con un'età media al parto stabile rispetto al 2021, pari a 32,4 anni. La diminuzione del numero medio di figli per donna riguarda sia il Nord sia il Centro Italia, dove si registrano valori rispettivamente pari a 1,26 e 1,16 (nel 2021 erano pari a 1,28 e 1,19). Nel Mezzogiorno, invece, si registra un lieve aumento, con il numero medio di figli per donna che si attesta a 1,26 (era 1,25 nell'anno precedente). L'età media al parto è leggermente superiore nel

<sup>3</sup> Tasso di fecondità totale (TFT): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (da 15 a 49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile residente.

Nord e nel Centro (32,6 e 32,9) rispetto al Mezzogiorno (32,1) [ISTAT, Report Indicatori Demografici – Anno 2022, pubblicato il 7 aprile 2023].

Fig. 3 - Numero medio di figli per donna per regione/provincia autonoma. Anno 2022 (Dati ISTAT)



## **ASSISTENZA IN GRAVIDANZA**

---

Nel 2022 il 49,1% delle donne dichiara di essere stata seguita da un'ostetrica del Percorso Nascita [PN]: questo valore era pari al 45,7% nel 2021, 47,5% nel 2020, 37,2% nel 2019 e 28,4% nel 2018. L'aumento della proporzione di donne seguite dal PN, ha ridotto l'assistenza da parte di un ginecologo privato: 22,7% rispetto al 24,6% nel 2021, 25,7% nel 2020, 32,4% nel 2019 e 35,1% nel 2018. Anche l'assistenza da parte di un ginecologo di struttura pubblica ha visto una discreta riduzione nel tempo, passando da un 26,8% nel 2018 al 19,1% nel 2022. Infine, il 4,1% delle donne è stato seguito da un ginecologo del consultorio familiare e l'1,7% da un'ostetrica privata (quasi esclusivamente per i parti a domicilio). Anche nel 2022 si osserva una più alta proporzione di adesione al PN tra le donne straniere (52,9%) rispetto alle italiane (48,1%), seppure quest'ultime abbiano registrato un netto aumento dall'avvio del PN. Le donne con cittadinanza italiana si rivolgono al ginecologo privato nel 26,4% dei casi, a fronte di un 10,2% tra le cittadine straniere. Si riscontra una differenza significativa anche per quanto concerne il titolo di studio: la proporzione di donne seguite dal PN è pari al 48,2% tra le laureate, pari al 49,8% tra quelle con diploma di scuola media superiore, pari al 49,5% tra coloro che hanno una licenza media inferiore e 58,3 tra le donne che hanno la licenza elementare o nessun titolo di studio.

## **IL PERCORSO NASCITA OSTETRICA DEDICATA**

---

Il Percorso Nascita è l'insieme dei servizi offerti dal Servizio sanitario Provinciale alla popolazione residente in Provincia di Trento, alla donna ed al neonato dalla fase periconcezionale al puerperio. In Trentino l'APSS ha realizzato un progetto denominato "Percorso Nascita ostetrica dedicata" partendo da un'esperienza attivata tra il 2013 e 2015 nell'ambito del progetto NATHCARE "Networking Alpine Health for Continuity of Care" (Rete alpina per un'assistenza sanitaria continuativa). Le riflessioni e gli approfondimenti che sono stati attivati tra diversi professionisti e attori politici e organizzativi ha portato all'emanazione di due atti (delibera PAT n. 545 del 7 aprile 2015 e delibera APSS n. 71 del 2015) con contenuti coincidenti che hanno permesso l'attivazione di un modello di presa in carico della donna/coppia per tutto il territorio Trentino. A tutte le donne, alla positività del test di gravidanza, chiamando il CUP, viene garantito presso il consultorio di prossimità al luogo in cui vive, un Primo Colloquio Percorso nascita e la conseguente presa in carico da parte di un'ostetrica "dedicata" che rimane il suo punto di riferimento per tutta la gravidanza e nelle settimane successive al parto. Il potenziamento dei servizi territoriali (consultori) ha voluto restituire l'evento della nascita alla comunità, favorendo la creazione di servizi/reti di supporto, che vanno oltre il significato esclusivamente clinico

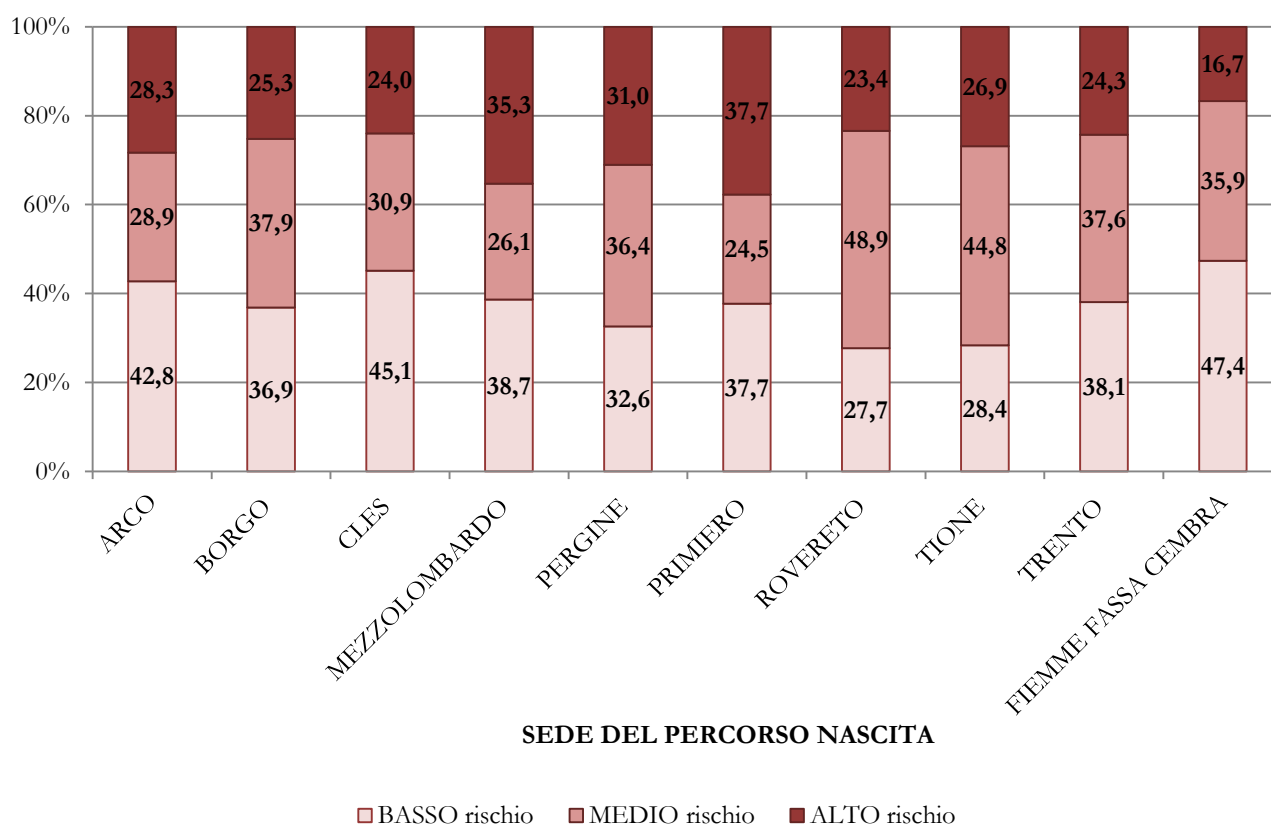
dell'evento nascita. Infatti, il percorso comprende l'assistenza pre e post-natale, con momenti di informazione/formazione, ascolto e screening attraverso una gamma di servizi e professionisti che si integrano per garantire il benessere della mamma, del neonato e della famiglia nel suo insieme. L'ostetrica dedicata, nei consultori APSS, è una professionista dell'equipe multidisciplinare di base composta da assistenti sociali, psicologi, ginecologi/e, che interagisce con servizi e professionisti del territorio (es. MMG, PLS, servizi specialistici territoriali, ecc) e con servizi ospedalieri (es. Punti Nascita, ambulatori di diagnosi prenatale e gravidanza a rischio). La continuità dell'ostetrica dedicata è garanzia di continuità delle cure e centralità della donna e famiglia nel percorso nascita. Già al primo appuntamento si stabilisce un livello di assistenza personalizzato e specifico per la storia clinica di quella donna. Ad ogni accesso viene rivalutato il piano assistenziale e aggiornato in relazione al presentarsi di nuovi segni/sintomi significativi per quel percorso nascita. Ogni variazione viene discussa e condivisa con la donna che è la protagonista del percorso, questo affinché la scelta sia consapevole ed informata. Nel dicembre 2010 la Conferenza Unificata Stato-Regioni ribadisce l'importanza di garantire la sicurezza e l'appropriatezza del Percorso Nascita in tutto il territorio nazionale e, riprendendo quanto ampiamente già espresso nel precedente Progetto Obiettivo Materno Infantile del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000» (P.O.M.I.), si impegna “a sviluppare un Programma Nazionale per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”, ciò per migliorare l'efficacia e quindi l'efficienza dei Punti nascita e per cogliere appieno le opportunità fornite da una medicina in continua evoluzione, senza tuttavia ridurre i servizi ai cittadini. Il PN adottato nella PAT si ispira agli indirizzi e standard operativi nazionali previsti dalle “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” oggetto dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 e relativamente al caso particolare della gravidanza a basso rischio, il PN prende spunto dalle “Linee Guida sulla Gravidanza fisiologica” del Programma Nazionale per le Linee Guida pubblicato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2011, e dai successivi aggiornamenti LEA.

### ***I primi colloqui***

Nell'arco del 2022, nelle dieci sedi provinciali dei consultori in cui è attivo il PN, sono stati registrati 3.263 primi colloqui, di cui 3.166 effettivamente per l'avvio del PN. I rimanenti hanno riguardato colloqui pre-concezionali. La presa in carico preconcezionale nei consultori, rappresenta un'area di miglioramento per la promozione di stili di vita sani e assunzione di acido folico preconcezionale nella donna-coppia che programma una gravidanza. Nel 37,3% dei casi è stato

attribuito un assessment del rischio basso (40,1% nel 2021, 43,1% nel 2020 e 49,7% nel 2019), con un trend temporale di diminuzione della proporzione; nel 36,8% dei casi è stato attribuito un rischio medio (34,1% nel 2021, 31,9% nel 2020 e 27,7% nel 2019) e nel rimanente 25,9% rischio alto (25,8% nel 2021, 25,0% nel 2020 e 22,6% nel 2019).

Fig. 4 - Distribuzione percentuale dell'assessment del rischio della gestante al primo colloquio con l'ostetrica, per singola sede del PN. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.



Per quanto riguarda le caratteristiche delle donne, il 43,4% era nullipara, il 29,9% primipara ed il 26,7% pluripara. Il 24,9% delle gestanti aveva una cittadinanza straniera, con una differenza significativa di parità tra italiane e straniere: tra le straniere si è registrato un 39,7% di pluripare vs. un 22,4% tra le italiane.

L'epoca gestazionale modale in cui le donne hanno sostenuto il primo colloquio per PN è risultata essere compresa tra le 6<sup>+1</sup> e le 8<sup>+0</sup> settimana (41,5%), seguita dall'età gestazionale ≤6 settimane (30,7%) e dall'età gestazionale compresa tra le 8<sup>+1</sup> e le 10<sup>+0</sup> settimane (15,6%). La precocità della presa in carico rappresenta un elemento centrale per la informazione e promozione della salute in gravidanza fin dalle prime settimane di gestazione.

Il tempo intercorso tra il primo contatto col CUP e l'effettivo primo colloquio con l'ostetrica dedicata è stato ≤7 giorni nell'87,1% della casistica; nell'11,0% dei casi è risultato essere compreso tra gli 8 e i 14 giorni, mentre nell'1,9% superiore alle 2 settimane per specifiche richieste dell'utente.

### *Le conclusioni del PN nel 2022*

L'assistenza al puerperio si conclude con appuntamento a 40-60 gg dal parto per la visita di chiusura del percorso nascita. Diventa questa una occasione per l'ostetrica consultoriale dedicata al percorso nascita di valutare l'adattamento della donna in puerperio e riprendere elementi per una procreazione responsabile futura.

Indipendentemente dall'anno in cui la donna è stata presa in carico dal PN e dall'esito della gravidanza, nel corso del 2022 sono stati conclusi 3.036 percorsi (2.887 nel 2021 e 2.817 nel 2020). Di questi, dopo un percorso seguito dall'ostetrica dedicata secondo il modello della midwifery led model, 2.223 (il 73,2%) hanno fatto registrare un parto, altre 291 donne (9,6%) sono state inviate presso gli ambulatori ospedalieri per le gravidanze ad alto rischio, 53 donne (1,8%) hanno abbandonato il percorso per proseguire i controlli della gravidanza presso un ginecologo in libera professione, 368 donne (12,1%) hanno invece avuto un esito di aborto spontaneo o hanno deciso di interrompere la gravidanza. Le rimanenti 101 donne hanno fatto registrare un trasferimento fuori Provincia.



Tab. 1 - Percorsi nascita conclusi nel 2022 per sede e per assessment del rischio al primo colloquio con l'ostetrica – Provincia Autonoma di Trento.

Sede PN	Assessment rischio al 1° colloquio			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Arco	152	92	78	322
Borgo	74	76	44	194
Cles	125	100	79	304
Fiemme, Fassa, Cembra	116	82	51	249
Mezzolombardo	109	53	74	236
Pergine	93	100	91	284
Primiero	19	14	29	62
Rovereto	128	183	123	434
Tione	66	67	45	178
Trento	286	310	177	773
<b>Totale</b>	<b>1.168 (38,5%)</b>	<b>1.077 (35,5%)</b>	<b>791 (26,0%)</b>	<b>3.036 (100,0%)</b>

Tra i 3.036 PN conclusi nel 2022, il 38,5% aveva avuto un assessment di rischio basso al primo colloquio, il 35,5% medio ed il restante 26,0% alto; delle 791 donne con rischio alto il 23,3% è stato inviato presso gli ambulatori medici ospedalieri (2° livello).

L'82,0% dei PN con un assessment del rischio alto al 1° colloquio, l'81,5% con rischio medio e l'84,5% con rischio basso, hanno dato esito ad una nascita.

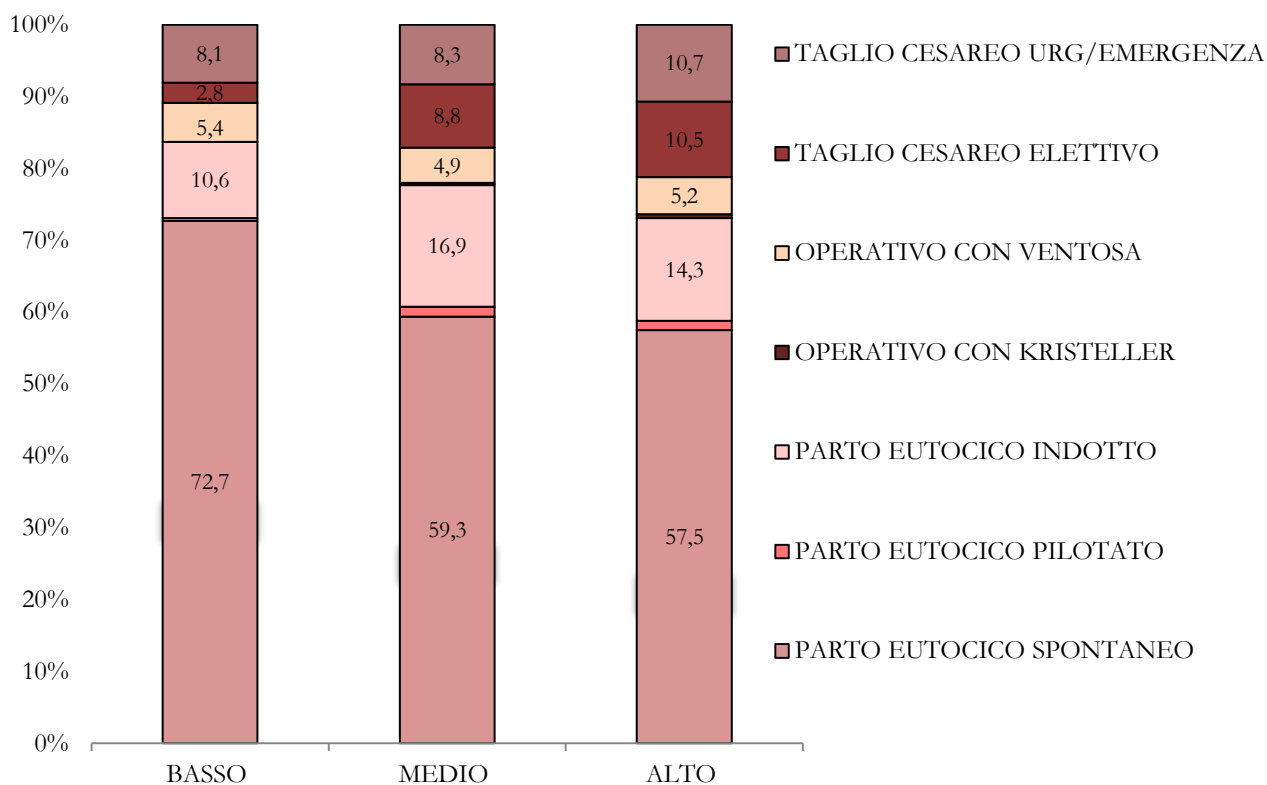
Nel 22,4% dei casi (n=563) dei 2.514 percorsi esitati in una nascita, c'è stato un ri-assessment del rischio rispetto a quello individuato al 1° colloquio.

L'89,5% delle donne che poi hanno partorito, ha eseguito tra le 5 e le 8 visite pre-natali, il 6,9% ne ha eseguite meno di 5, mentre il rimanente 3,6% ne ha effettuate più di 8. Per quanto concerne il numero di ecografie (esclusa l'eco-office), il 49,3% ne ha eseguite tre, il 35,5% più di tre, il 12,6% due ed il 2,5% una.

La modalità del parto è in funzione dell'assessment del rischio: la proporzione di parti eutocici spontanei varia dal 57,5% dell'alto rischio al 72,7% del basso rischio. La percentuale di tagli cesarei è significativamente inferiore nei PN a basso rischio (10,9%), rispetto al 17,2% del medio rischio e 21,2%

dell'alto rischio. Va rilevato che nell'assessment del basso rischio sono inserite tutte le donne con precedente taglio cesareo.

**Fig. 5 - Distribuzione percentuale dei parti per modalità, per singolo assessment del rischio al primo colloquio con l'ostetrica. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**



Nel complesso, il secondamento è risultato spontaneo nell'83,6% dei parti e nel 27,0% è stata utilizzata l'analgesia epidurale in travaglio; solo l'1,2% ha avuto una lacerazione maggiore (3° e 4°) e il 24,3% un perineo integro, mentre l'episiotomia è stata eseguita nel 5,4% dei casi.

L'allattamento alla dimissione è risultato essere esclusivo nel 79,6% dei parti, nel 17,0% l'allattamento era misto e nel 3,5% artificiale. Come atteso, l'allattamento alla dimissione dipende dal tipo di parto, con una più alta proporzione di allattati al seno in modo esclusivo per i parti spontanei (83,9%) ed una più bassa per i cesarei (66,5%).

Per quanto concerne le visite post-natali (ambulatoriali e/o domiciliari), il 95,7% delle donne ne ha effettuata almeno una ed il rimanente 4,3% nessuna.

## LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

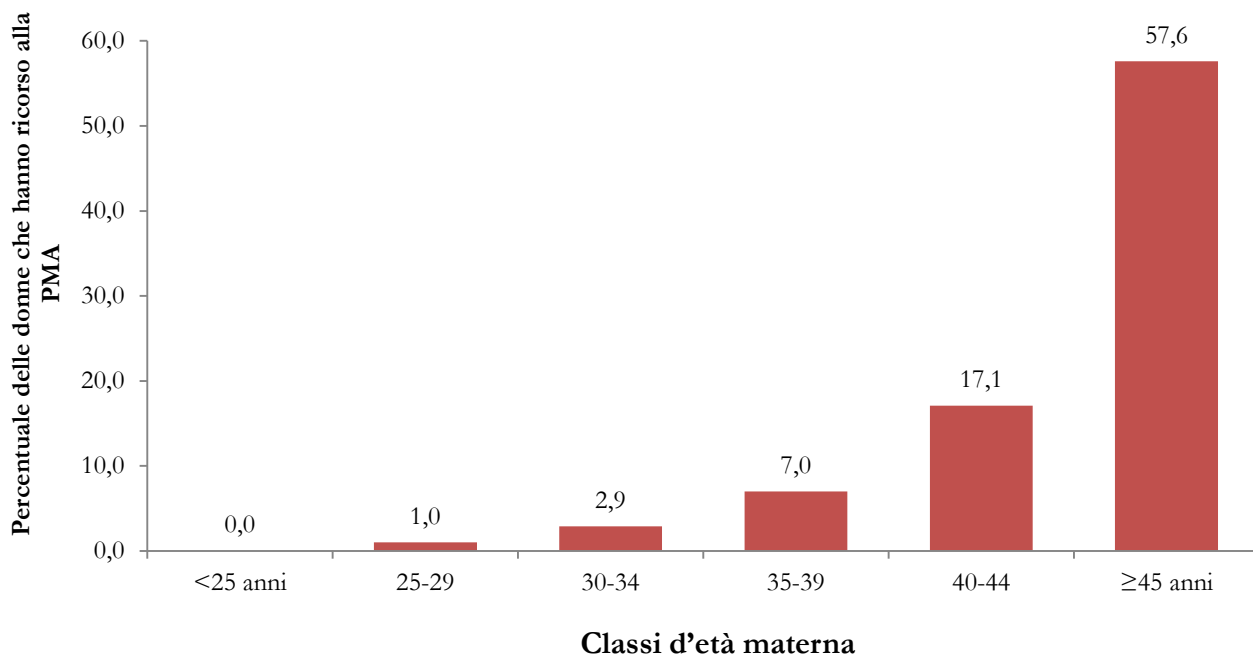
---

Tra le donne che hanno partorito nel 2022 (flusso dati CedAP), 183 hanno fatto ricorso a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) che incidono nel 4,7% delle partorienti: 51 donne di età inferiore ai 35 anni (pari all'2,0% delle donne di questa fascia d'età) e 132 donne con età superiore o uguale ai 35 anni (pari al 10,1% di questa fascia di età). Da evidenziare come il 57,7% (15 su 26) dei parti da donne d'età maggiore ai 44 anni provenga da una tecnica di PMA. L'6,0% delle gravidanze con PMA ha dato esito ad un parto gemellare rispetto all'1,1% delle gravidanze "naturali". In Italia il ricorso ad una tecnica di PMA riguarda in media il 2,9% delle gravidanze, mentre la percentuale di parti plurimi nelle gravidanze con PMA è pari al 9,6% (dato nazionale riferito all'anno 2021).

Nel 2017-2019 la principale tecnica di procreazione medicalmente assistita risultava essere l'iniezione intracitoplasmica dello spermatozoo (ICSI). Nel 2020 e 2021 la tecnica di PMA più praticata torna ad essere la fecondazione in vitro con trasferimento in utero (FIVET): 44,7% nel 2020 e 42,1% nel 2021 dei casi. Nel periodo pre-2017 e nel 2022 la principale tecnica di procreazione medicalmente assistita torna ad essere l'iniezione intracitoplasmica dello spermatozoo (ICSI) nel 48,1% della casistica di PMA 2022. La fecondazione in vitro con trasferimento in utero (FIVET) è utilizzata nel 38,8% dei casi, seguita dall'inseminazione intrauterina (IUI) nel 6,6% dei casi, seguita dall'induzione farmacologica (3,3%) e da altre tecniche (3,3%).

In Italia nel 2021, le donne che hanno fatto ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita hanno utilizzato nel 43,9% dei casi la FIVET, nel 33,9% l'ICSI, nel 5,6% il trattamento farmacologico, nel 7,1% l'IUI, mentre il restante 9,6% ha fatto ricorso ad altre tecniche varie (*Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2021*). La PMA ha portato a 11.305 bambini nati vivi che rappresentano il 2,8% del totale dei nati in Italia nel 2020 [*Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15) - Attività anno 2020 Centri Procreazione Medicalmente Assistita*]. Nel *Rapporto nazionale sul Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2020* i nati vivi da PMA rappresentavano il 2,9%. La discrepanza tra quest'ultimo dato e quello delineato nella relazione sull'*Attività dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (Anno 2020)*, può essere dovuto al fatto che alcune donne non dichiarino nel CedAP l'effettivo ricorso alla fecondazione assistita.

Fig. 6 – Distribuzione percentuale delle donne che hanno ricorso alla procreazione medicalmente assistita per classi d'età. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.



## L'ATTIVITÀ DEL CENTRO PROVINCIALE PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA - OSPEDALE ALTO GARDA E LEDRO (ARCO)

---

Il Centro Provinciale per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di Arco è Centro accreditato CNT di III livello e si occupa della diagnostica e della terapia dell'infertilità di coppia. Il Centro si fonda sul lavoro di un'equipe multidisciplinare di specialisti: ginecologici, andrologi, biologi, psicologi, genetisti, infermieri ed ostetriche.

Il centro PMA di Arco offre, in seguito al percorso diagnostico, le seguenti prestazioni:

- PMA omologa:
  - PMA 1° livello: inseminazioni intrauterine (IUI);
  - PMA 2° livello: fecondazione in vitro ed embriotransfer (FIV-ET) - senza e con ICSI (iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi);
  - PMA 3° livello: TESE – MESA (tecniche chirurgiche per il prelievo di gameti maschili)
  - crioconservazione di ovociti e spermatozoi
  
- PMA eterologa:
  - PMA 1° livello: inseminazioni intrauterine (IUI) con seme da donatore (dal 2018);
  - PMA 2° livello: fecondazione in vitro ed embriotransfer (incluso ICSI) con ovociti da donatrice e/o spermatozoi da donatore (dal 2018).
  
- Crioconservazione di gameti (ovociti e spermatozoi): servizio offerto – anche al di fuori di una situazione di infertilità – per proteggere la fertilità in caso di patologie o terapie potenzialmente lesive della fertilità.
  
- Diagnosi genetica pre-impianto (PGT):
  - Counselling specialistico (Genetico/PMA) per coppie con un rischio genetico;
  - esecuzione della biopsia embrionaria e diagnostica genetica (dal 2018).

Tab. 2 - Centro PMA di Arco. Soggetti trattati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2022

Forma di terapia	Numero pazienti trattati (di cui residenti in Trentino)	%
I livello (inseminazione semplice senza donazione) IUI	94 (89)	9,9
I livello (inseminazione semplice con donazione di gameti)	3 (3)	0,3
II e III livello (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione) ICSI	457 (321)	48,0
II e III livello (fecondazione in vitro con trasferimento in utero) FIV-ET	8	0,8
II e III livello (da FER – Frozen Embryo Replacement)	146 (102)	15,3
II e III livello (da FO-Vitrif – Frozen Ovocyte)	14 (10)	1,5
II e III livello (indagini genetiche PGD o PGS)	78 (23)	8,2
II e III livello (donazione di seme)	31 (16)	3,3
II e III livello (donazione di solo ovociti)	111 (81)	11,7
II e III livello (doppia donazione di seme e ovociti scongelati)	10 (7)	1,0
<b>Totale</b>	<b>952 (652)</b>	<b>100,0</b>

Tab. 3 - Centro PMA di Arco. Cicli iniziati\* per forma di terapia. Anno 2022

Forma di terapia	Numero cicli iniziati	%
I livello (inseminazione semplice) IUI	151	11,9
I livello (inseminazione semplice con donazione di gameti)	4	0,3
II e III (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione) ICSI	592*	46,6
II e III livello (fecondazione in vitro con trasferimento in utero) FIV-ET	8*	0,6
II e III livello (da FER – Frozen Embryo Replacement)	178	14,0
II e III livello (da FO-Vitrif – Frozen Ovocyte)	15	1,2
II e III livello (indagini genetiche PGD o PGS) <sup>◊</sup>	164	12,9
II e III livello (donazione di seme)	32	2,5
II e III livello (donazione di solo ovociti)	115	9,1
II e III livello (doppia donazione di seme e ovociti scongelati)	11	0,9
<b>Totale</b>	<b>1.270</b>	<b>100,0</b>

\* Per il II e III livello (ICSI e FIV-ET) si intende cicli giunti a prelievo, per i cicli da scongelamento si intende cicli iniziati con scongelamento di embrioni.

<sup>◊</sup> Cicli/ scongelamenti su cui si intende effettuare indagini genetiche.

14 cicli di I livello e 42 di II e III livello (ICSI) sono stati sospesi.

Nel 2022 l'attività del centro PMA di Arco ha registrato un'ulteriore ripresa, dopo la contrazione dovuta all'emergenza da pandemia Covid-19 nel 2020-2021: il numero complessivo di pazienti trattati è aumentato infatti del 14,4% rispetto al 2021 e del 33,3% rispetto al 2020, superando i valori pre-pandemici. L'aumento rispetto al 2021 è più marcato per le tecniche di II e III livello di FO-Vitrif – Frozen Ovocyte (+133,3%), donazione di seme (+34,8%) e donazione di solo ovociti (+27,6%), ma anche per la tecnica di I livello d'inseminazione semplice senza donazione (+28,8%).

**Fig. 7 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati per tipologia di tecnica e per classi d'età (uomini). Anno 2022 .**

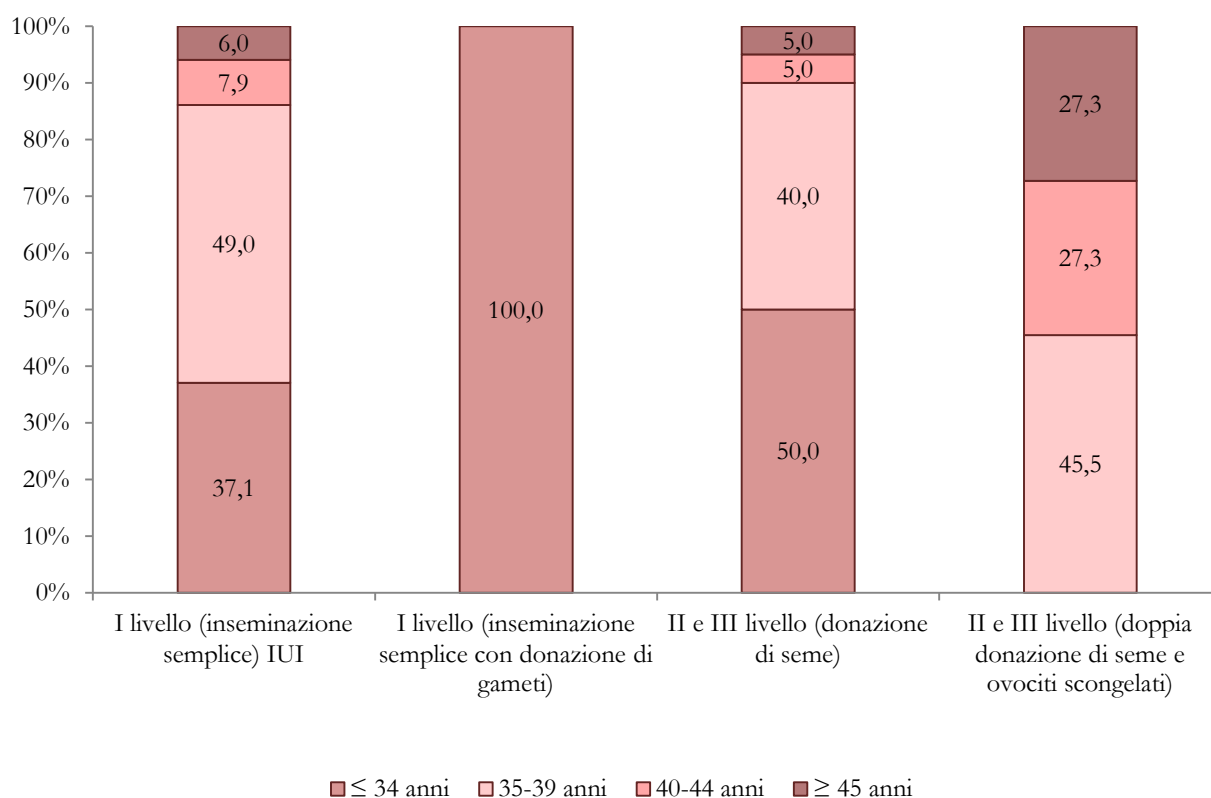
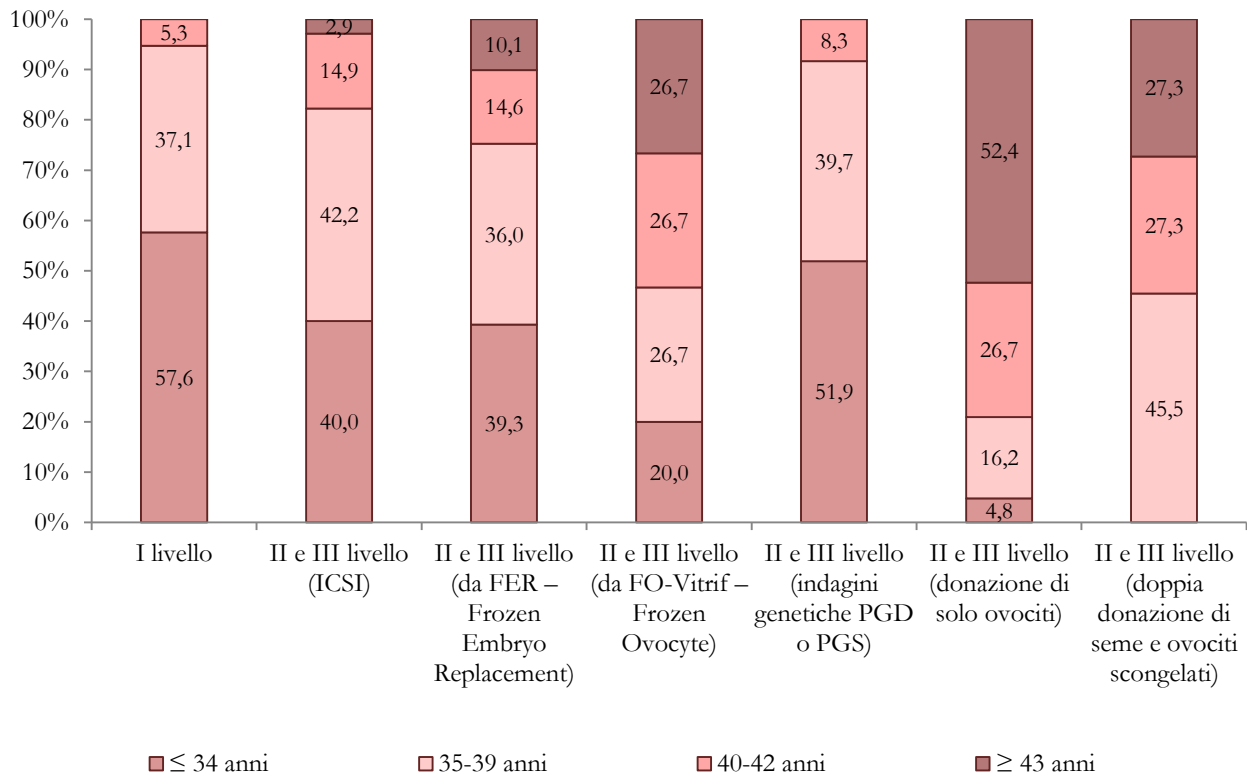


Fig. 8 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati (I livello) e dei trasferimenti effettuati (II e III livello), per classi d'età (donne). Anno 2022



Relativamente ad eventuali complicanze, nel corso dei 1.270 cicli iniziati di stimolazione per I, II e III livello non si sono verificati eventi avversi gravi.

Per quanto concerne le gravidanze ottenute, su 97 coppie e 155 cicli iniziati di I livello si sono registrate 15 gravidanze singole e 2 gravidanze gemellari, per un totale di 17 gravidanze (il 17,5% delle coppie e l'11,0% dei cicli).

Per le tecniche di II e III livello, fino a qualche anno fa le gravidanze cliniche venivano rapportate al numero dei cicli iniziati, al numero dei pick-up effettuati ed al numero di transfer eseguiti. Questo si è fondamentalmente modificato negli ultimi anni. Attualmente circa la metà dei cicli con prelievo di ovociti non arriva al transfer, o meglio, non è nemmeno dedicato al transfer. Tutte le pazienti che fanno parte del programma di diagnosi pre-impianto sono destinate al NON transfer nel relativo ciclo, perché i loro embrioni vengono sottoposti a biopsia e poi congelati per poter sottoporre il frammento biotico ad indagini genetiche. Gli embrioni di pazienti con il rischio di iperstimolo (OHSS) vengono molto più facilmente congelati per ridurre la morbilità della procedura. Oggigiorno si preferisce trasferire meno



embrioni per ridurre il rischio di gravidanze plurime, quindi gli embrioni rimangono più facilmente in coltura fino alla quinta giornata dopo il prelievo ovocitario. Di conseguenza sopravvivono meno embrioni, ma mediamente con un maggiore potenziale di diventare un bambino. Spesso si trasferisce in quinta giornata solo un unico embrione e si procede alla crioconservazione di eventuali ulteriori embrioni. Tutto questo fa sì che il numero di gravidanze per ciclo giunto al prelievo di ovociti si sia notevolmente ridotto, mentre il numero delle gravidanze calcolate sul transfer sia rimasto in linea generale stabile con la riduzione di gravidanze gemellari. In conclusione, la proporzione di gravidanze ottenute per le tecniche di II e III livello, a partire dai dati del 2020 vengono rapportate al numero di transfer embrionari.

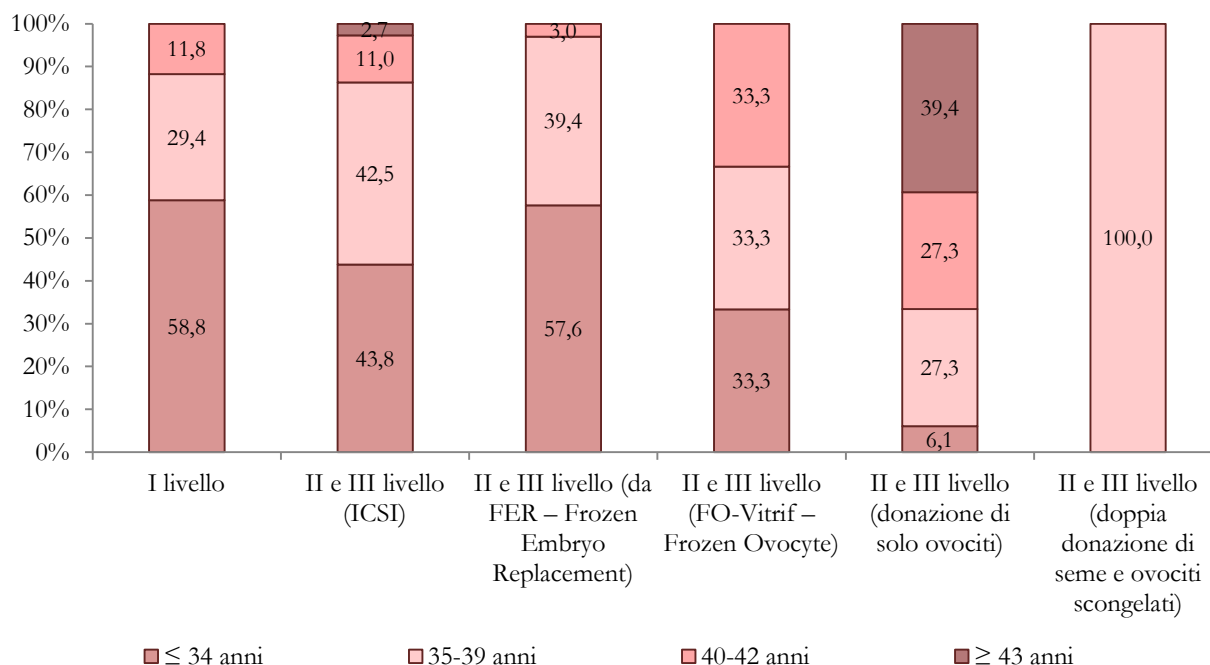
Nel percorso di procreazione medicalmente assistita omologa su 457 coppie e 550 cicli giunti a prelievo di II e III livello (ICSI) si sono ottenute 73 gravidanze (66 singole e 7 gemellari) da ciclo a fresco ottenendo il 13,3% di gravidanze sui cicli giunti a prelievo.

Nelle 14 coppie sottoposte a scongelamento ovocitario (FO-Vitrif – Frozen Ovocyte), si sono ottenuti 12 trasferimenti embrionari ottenendo 3 gravidanze singole con una percentuale di gravidanze del 25,0% dei trasferimenti embrionari.

Tra le 146 coppie che sono state sottoposte al FER (Frozen Embryo Replacement) sono stati eseguiti 176 trasferimenti in utero e si sono registrate 33 gravidanze singole. La percentuale di gravidanze è risultata quindi del 18,8% di trasferimenti in utero.

Nel campo della procreazione medicalmente assistita eterologa si sono ottenute, nelle coppie per le quali è stata utilizzata la donazione di solo ovociti, 33 gravidanze su 105 trasferimenti embrionari per un totale del 31,4% di gravidanze, 9 gravidanze da embrioni ottenuti da donazione di seme su 28 trasferimenti con un 32,1% di gravidanze e 2 gravidanze su 11 trasferimenti embrionari ottenuti da doppia donazione di seme e ovociti scongelati per un 18,2% delle gravidanze.

Fig. 9 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale delle gravidanze ottenute per forma di terapia e classi d'età (donne). Anno 2022



Tab. 4 - Centro PMA di Arco. Numero di gravidanze per tecnica utilizzata e genere (singola o plurima). Anno 2022

Forma di terapia	Numero gravidanze			
	Singola	Gemellare	Trigemine	Totale
I livello (inseminazione semplice) IUI	15	2	0	17
I livello (inseminazione semplice con donazione di gameti)	0	0	0	0
II e III (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione) ICSI	66	7	0	73
II e III livello (da FER – Frozen Embryo Replacement)	33	0	0	33
II e III livello (da FO-Vitrif – Frozen Ovocyte)	3	0	0	3
II e III livello (donazione di seme)	9	0	0	9
II e III livello (donazione di solo ovociti)	33	0	0	33
II e III livello (doppia donazione di seme e ovociti scongelati)	2	0	0	2
<b>Totale</b>	<b>161</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>170</b>

## GLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

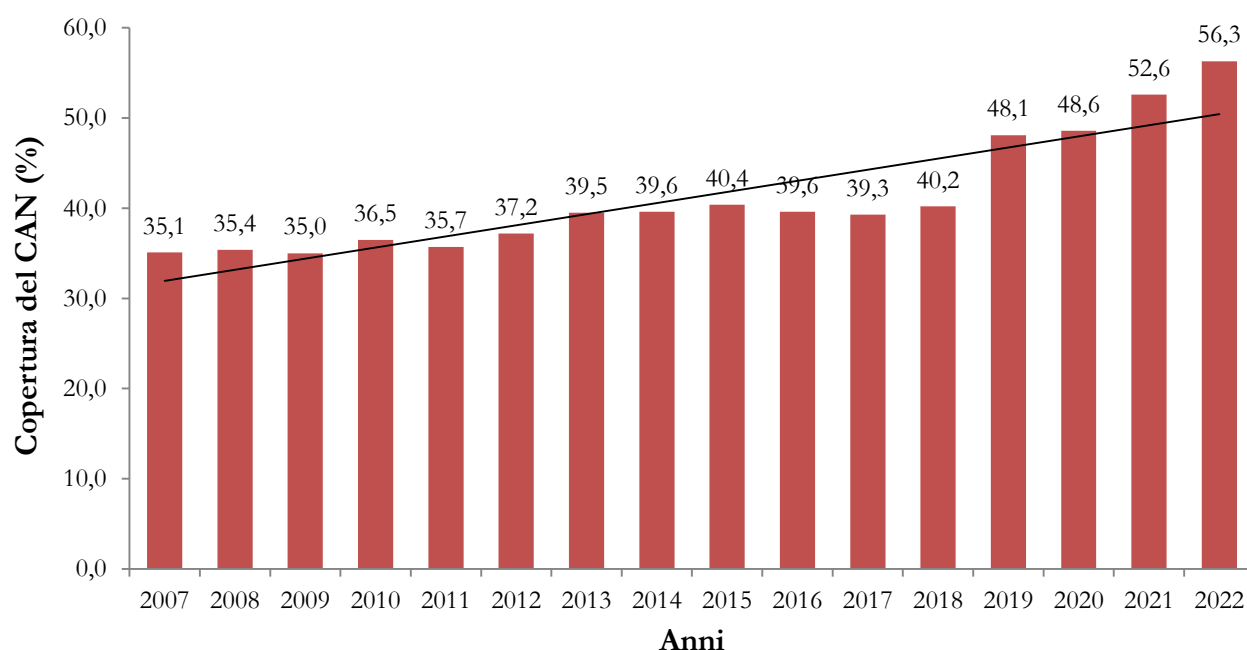
L'importanza della preparazione al parto è ampiamente sottolineata da diversi studi che hanno dimostrato un'associazione positiva con il decorso finale della gravidanza, la gestione del parto e gli esiti per la salute della madre e del bambino. La partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN) si associa inoltre ad una maggior probabilità di avvio precoce dell'allattamento materno ed un suo maggiore mantenimento nel tempo.

**Tab. 5 - Madri per frequenza degli incontri di preparazione alla nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

Corso preparato	Frequenza	%
No	1.641	42,0
Parziale	568	14,5
Completo	1.628	41,7
N.I.*	67	1,7
<b>Totale</b>	<b>3.904</b>	<b>100,0</b>

\*Per i nati a Feltre (Veneto) non è disponibile l'informazione sulla partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita.

**Fig. 10 - Copertura degli incontri di preparazione alla nascita sul totale delle gestanti. Trend 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento**



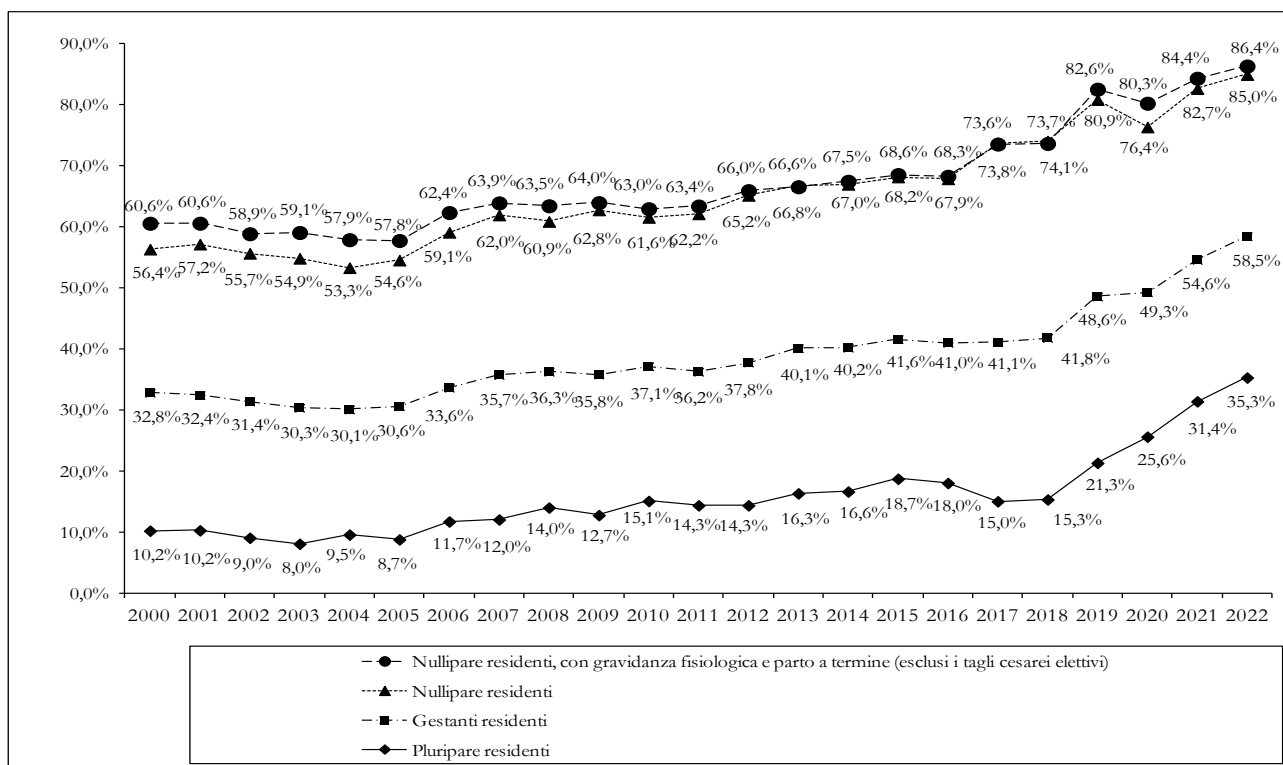
Il 56,3% di tutte le gestanti frequenta gli incontri di accompagnamento alla nascita (parziale o completo). Nell'ultimo decennio la partecipazione agli incontri evidenzia un trend in aumento, con un'impennata nel 2019-2022. Questo incremento è più marcato tra le nullipare. A livello nazionale non sono disponibili dati recenti: nel 2008 la quota di donne che partecipa agli incontri di preparazione al parto per l'ultima gravidanza si stimava essere pari al 35,5% (*Grandolfo M., Lauria L., Lamberti A.: Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. Convegno "Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile-POMI"; Istituto Superiore di Sanità, Roma: 2010*).

Solo per poche regioni/province autonome il dato sulla partecipazione agli incontri d'accompagnamento alla nascita è raccolto in via routinaria tramite il CedAP: il 19° Rapporto sui dati del CedAP – Dati anno 2021 dell'Emilia Romagna riporta che il 28,3% delle donne ha frequentato gli incontri preparto, dato in ripresa dopo il forte calo registrato nel 2020 a causa delle restrizioni adottate per il contenimento della pandemia.

Si osserva una sostanziale differenza nella frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita rispetto alla parità: l'81,7% delle nullipare decide di seguire gli incontri preparatori al parto (79,1% nel 2021, 74,9% nel 2020, 79,5% nel 2019, 70,3% nel 2018 e 69,7 nel 2017), contro il 33,8% delle pluripare ( $p < 0,0001$ ). La copertura delle nullipare ha raggiunto nel 2019-2022 il valore desiderabile dell'80%.

Considerando le sole gestanti residenti in Trentino, si ottiene una copertura degli incontri di accompagnamento alla nascita pari al 58,5% (85,0% tra le nullipare e 35,3% tra le pluripare). Individuando le maggiori candidate alla partecipazione agli incontri, vale a dire le nullipare residenti con gravidanza fisiologica e parto a termine (esclusi i tagli cesarei elettivi) la proporzione di partecipazione nel 2022 raggiunge l'86,4%. I valori percentuali registrati nel 2022 sono i più elevati di sempre; quelli del 2020-2021 probabilmente hanno risentito della situazione di emergenza pandemica da Covid-19 con relativi lockdown, nonostante la quasi immediata messa a disposizione di incontri di accompagnamento alla nascita on-line da parte dei consultori trentini.

Fig. 11 - Proporzioni di madri residenti che seguono gli incontri di accompagnamento alla nascita (parziali/completi): nullipare con gravidanza fisiologica e parto a termine (>=37 sett.), totalità nullipare, totalità pluripare e residenti. Anni 2000-2022. – Provincia Autonoma di Trento



Tab. 6 - Frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita, secondo la parità e la residenza della madre. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.

Rete territoriale di residenza madre	Nullipare %	Pluripare %
01.Val di Non	86,7	30,7
02.Valle di Sole	80,0	29,1
03. Rotaliana-Paganella	86,9	41,0
04.Valle di Cembra	93,5	26,5
05.Val di Fiemme	90,2	25,0
06.Val di Fassa	88,5	43,8
07.Primiero*	24,1	13,3
08.Valsugana e Tesino	75,3	57,3
09.Alta Valsugana	90,4	46,1
10.Giudicarie	85,4	42,3
11.Alto Garda e Ledro	80,0	28,8
12.Vallagarina-Altipiani Cimbri	79,6	21,9
13.Val d'Adige e Laghi	85,7	39,2
<b>Provincia</b>	<b>81,7</b>	<b>33,8</b>

\*I Cedap relativi all'ospedale di Feltre non riportano l'informazione sulla partecipazione agli incontri preparto.

La distribuzione della partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita per rete territoriale di valle di residenza delle *donne nullipare* presenta alcune differenze: la rete territoriale con la copertura più bassa è la Valsugana e Tesino<sup>4</sup>.

La copertura degli incontri di accompagnamento alla nascita nelle *nullipare residenti secondo i punti nascita trentini* evidenzia un'ottima proporzione di frequentanti tra le future mamme, superiore all'80% presso tutti gli ospedali provinciali, ad eccezione di Rovereto (77,9%).

Nel complesso, la partecipazione agli incontri di preparazione alla nascita risulta influenzata prevalentemente dalla parità della donna, dalla sua cittadinanza e infine dal livello di istruzione<sup>5</sup>. La partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita cresce in maniera proporzionale al grado d'istruzione: l'accesso è maggiore nelle donne laureate (65,2% sul totale delle donne e 87,9% tra le nullipare) rispetto a quelle con un diploma di scuola media superiore (53,0% e 79,3%) o di scuola media inferiore (34,7% e 59,3%); la partecipazione agli incontri di donne con la sola licenza elementare è molto bassa (22,9% e 25,0% tra le nullipare).

Seppur in aumento nel corso degli anni, soprattutto tra le nullipare, le donne straniere frequentano gli incontri in una proporzione nettamente inferiore rispetto alle italiane: 36,1% (55,9% tra le nullipare) rispetto al 62,1% tra le italiane (l'86,4% delle sole nullipare).

Tra coloro che hanno dichiarato di aver partecipato agli incontri di accompagnamento alla nascita, il 96,1% l'ha seguito presso un consultorio pubblico (oppure incontri on-line offerti dal consultorio stesso): il 28,7% presso il Consultorio di Trento, il 15,1% presso il Consultorio di Rovereto, il 7,9% presso il Consultorio di Cles, l'9,7% presso il Consultorio di Pergine, il 9,0% presso il Consultorio di Riva del Garda, il 5,6% presso il Consultorio di Cavalese, il 7,6% presso quello di Mezzolombardo, il 5,7% presso il consultorio di Borgo Valsugana ed il 5,2% presso quello di Tione. La corrispondenza tra residenza materna e luogo di frequentazione degli incontri è elevata in ogni rete territoriale, mediamente attorno all'80-90%.

<sup>4</sup> Dall'analisi è escluso il Primiero in quanto l'85,7% dei casi presenta dati mancanti.

<sup>5</sup> Analisi di regressione logistica multipla con predittori parità, cittadinanza, età, titolo di studio, e stato civile della donna.

## LE CARATTERISTICHE DELLA GRAVIDANZA

### *Il decorso della gravidanza*

I dati raccolti nel flusso CedAP consentono – con una certa approssimazione e verosimilmente sottostimando il fenomeno – di definire la casistica delle cosiddette gravidanze fisiologiche, decorse cioè senza eventi patologici di rilievo, differenziandola da quella decorsa con l'occorrenza di una qualche condizione patologica. Lo spettro del patologico può essere molto ampio, andando dall'insorgenza di una generica infezione vaginale fino ad un evento minaccioso per la stessa vita della gestante e/o del feto.

Dai dati CedAP, emerge che per 1.923 madri (49,3% delle gestanti) sono stati registrati 1 o più eventi patologici nel corso della gravidanza, in aumento rispetto al 47,1% del 2021. Per differenza quindi, nel 50,7% delle gestanti non si registrano eventi patologici e quindi risultano “presuntivamente” (e verosimilmente con una certa sovrastima) avere avuto una gravidanza fisiologica.

**Tab. 7 - Gestanti con gravidanza problematica per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

Luogo del parto	Numero Gestanti con decorso problematico	% sul totale gestanti con decorso problematico	% su gestanti assistite presso i punti nascita
Ospedale S. Chiara	1.360	70,7	59,5
Ospedale di Rovereto	500	26,0	44,0
Ospedale di Cles	19	1,0	7,9
Ospedale di Cavalese	19	1,0	14,4
Ospedale di Feltre	21	1,1	32,8
Domicilio e precipitoso	4	0,2	17,4
<b>Totale</b>	<b>1.923</b>	<b>100,0</b>	<b>49,3</b>

Come atteso, la proporzione maggiore di madri con gravidanza patologica si registra al S. Chiara di Trento (59,5%), seguita da Rovereto (44,0%). Il punto nascita del S. Chiara di Trento concentra il 70,7% dei casi complessivi di gravidanza patologica.

I problemi più frequentemente registrati nel corso della gravidanza delle 1.923 gestanti sono rappresentati nella tabella seguente (Tab. 7). Si segnalano 109 casi di donne che hanno contratto il virus Covid-19 in gravidanza.

**Tab. 8 - Problemi/condizioni ricorrenti con maggior frequenza nelle gestanti con gravidanza patologica. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

<b>Patologia</b>	<b>Frequenza</b>
Covid-19 positiva in gravidanza	109
Diabete	366
<i>Pregravidico</i>	15
<i>Gestazionale</i>	351
Ipertensione	66
<i>Pregravidica</i>	21
<i>Gestazionale</i>	42
Patologia Tiroidea	636
<i>Ipertiroidismo</i>	21
<i>Ipotiroidismo</i>	615
Patologia Ematologica	265
<i>Anemia</i>	144
<i>Piastrinopenia</i>	88
<i>Trombofilia</i>	33
Patologia uterina	27
Patologia Epatica (Colostasi intraepatica)	41
Pre-Eclampsia lieve-grave	37
Patologia Placentare (praevia – abruptio)	16
Obesità materna	155
Altro	728
<b>Totale</b>	<b>2.446*</b>

\* Questo totale è maggiore di 1.923 in quanto per ogni gestante possono essere possibili più condizioni patologiche



## I CONTROLLI IN GRAVIDANZA

### Le visite ostetriche

Tab. 9 - Madri per numero di visite ostetriche e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.

Luogo del parto	Numero visite ostetriche				% visite ostetriche			
	0-3	4-7	>7	Totale	0-3	4-7	>7	Totale
Ospedale S. Chiara	67	1.320	898	2.285	2,9	57,8	39,3	100,0
Ospedale di Rovereto	40	888	209	1.137	3,5	78,1	18,4	100,0
Ospedale di Cles	4	197	41	242	1,7	81,4	16,9	100,0
Ospedale di Cavalese	1	86	45	132	0,8	65,2	34,1	100,0
Ospedale di Feltre	1	53	10	64	1,6	82,8	15,6	100,0
Domicilio	0	3	28	31	0,0	9,7	90,3	100,0
precipitoso	0	11	2	13	0,0	84,6	15,4	100,0
<b>Totale</b>	<b>113</b>	<b>2.558</b>	<b>1.233</b>	<b>3.904</b>	<b>2,9</b>	<b>65,6</b>	<b>31,6</b>	<b>100,0</b>

La proporzione di madri che effettua meno di 4 visite ostetriche è del 2,9 %, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La distribuzione del numero di visite ostetriche per punto nascita è disomogenea: per quanto riguarda le proporzioni relative a meno di 4 visite, si osserva un range compreso tra lo 0,0% (domicilio e precipitosi) ed il 3,5% (Rovereto). La proporzione più elevata di donne che effettua almeno 8 visite durante la gravidanza si riscontra tra le partorienti a domicilio (90,3%), seguite da quelle del S. Chiara (39,3%). Sono state effettuate oltre 4 visite di controllo nel 97,1% delle gravidanze (91,0% in Italia – dato CedAP 2021).

Tab. 10 - Madri per numero di visite ostetriche e decorso della gravidanza. Valori percentuali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.

Decorso della gravidanza	% visite ostetriche		
	0-4	5-7	≥8
Fisiologica	8,5	63,2	28,3
Patologica	8,1	57,0	34,9
<b>Totale</b>	<b>8,3</b>	<b>60,1</b>	<b>31,6</b>

Nel 2022 il numero medio di visite ostetriche effettuate in caso di decorso patologico della gravidanza risulta significativamente maggiore rispetto a quello registrato in caso di decorso fisiologico: 6,83 vs. 6,65 con un  $p$ -value=0013. Come già riscontrato nel 2019-2021, anche nel 2022 la giovane età materna non risulta più essere un fattore di rischio per un minor numero di visite ostetriche, probabilmente grazie anche alla presa in carico del Percorso Nascita, omogenea in tutte le classi d'età. Si osserva, infatti, che la proporzione di donne che effettuano più di 4 visite ostetriche è pari all'87,7% tra le più giovani (under 25) e rimane stabile poco sopra il 90% nelle altre classi d'età. Nel 2022 anche il grado d'istruzione non risulta più essere un fattore di disuguaglianza sociale: esegue infatti meno di 5 visite ostetriche il 10,4% delle madri con licenza elementare, il 10,1% delle madri con diploma di scuola media inferiore, l'8,1% di quelle con diploma di scuola superiore e l'8,0% delle laureate. Risulta invece una differenza significativa in relazione alla cittadinanza: il numero medio di visite nelle cittadine italiane (6,80) è significativamente superiore a quello delle cittadine straniere (6,51).

### L'ecografia

Tab. 11 - Madri per numero di ecografie e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.

Luogo del parto	Frequenza					%				
	Numero ecografie					Numero ecografie				
	0-2	3-5	6-8	≥9	Totale	0-2	3-5	6-8	≥9	Totale
Ospedale S. Chiara	107	2.003	164	11	2.285	4,7	87,7	7,2	0,5	100,0
Ospedale di Rovereto	65	848	198	26	1.137	5,7	74,6	17,4	2,3	100,0
Ospedale di Cles	18	177	41	6	242	7,4	73,1	16,9	2,5	100,0
Ospedale di Cavalese	7	112	12	1	132	5,3	84,8	9,1	0,8	100,0
Ospedale di Feltre	7	51	4	2	64	10,9	79,7	6,3	3,1	100,0
Domicilio	2	24	4	1	31	6,5	77,4	12,9	3,2	100,0
precipitoso	3	9	0	1	13	23,1	69,2	0	7,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>209</b>	<b>3.224</b>	<b>423</b>	<b>48</b>	<b>3.904</b>	<b>5,4</b>	<b>82,6</b>	<b>10,8</b>	<b>1,2</b>	<b>100,0</b>

Le linee guida nazionali e internazionali raccomandano 2 ecografie in gravidanza se non vi sono complicanze. L'esecuzione di una terza ecografia di screening nel terzo trimestre è una tematica controversa, poiché tale esame è associato a documentate sovra-diagnosi e sovra-trattamenti e, nell'insieme, i risultati della ricerca scientifica indicano che non è comprovato alcun beneficio alle madri o ai neonati. L'ecografia del terzo trimestre è in realtà estremamente diffusa e le donne possono ritenere

che si tratti di un intervento appropriato, ma potrebbero non comprenderne il significato clinico ed essere, da un lato, falsamente rassicurate o, dall'altro, trovarsi impreparate a affrontare un risultato non favorevole dell'esame (Bricker L, 2015)<sup>6</sup>. In provincia di Trento la proporzione di donne che ha eseguito 2 sole ecografie è pari a 4,9% (4,6% nel 2021). Questa percentuale sale al 6,0% nelle sole gravidanze fisiologiche. Il 41,8% esegue 3 ecografie (41,1% nel 2021), mentre il 52,9% ne esegue 4 o più (54,0% nel 2021). Non è esclusa una sovrastima del dato sul n° di ecografie, determinata dalla impossibilità di distinguere tra un'ecografia di screening o a scopo diagnostico (ecografia formale) e un'ecografia a completamento della visita, soprattutto nei casi in cui l'informazione venga riferita dalla donna e non rilevata dalla documentazione clinica. Dopo 3 anni di decremento della proporzione di donne che effettuavano da 3 a 5 ecografie, in favore di un aumento della casistica di coloro che eseguono un numero di ecografie più vicino a quello raccomandato dalle linee guida, nel 2021-2022 tale proporzione torna ai livelli del 2017 in cui la situazione dell'intera provincia vedeva poco più dell'80%.

**Tab. 12 - Madri per numero di ecografie e tipo di gravidanza, valori percentuali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

Tipo di gravidanza	% ecografie	
	0-3	≥4
Fisiologica	49,5	50,5
Patologica	44,6	55,4
<b>Totale</b>	<b>47,1</b>	<b>52,9</b>

I dati provinciali mostrano un'associazione tra numero di ecografie effettuate e *decorso della gravidanza*: il 55,4% delle donne con gravidanza patologica fa almeno 4 ecografie a fronte del 50,5% delle donne con gravidanza fisiologica.

Si registra una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) riguardo al numero di ecografie effettuate in relazione all'*età materna*: in media si registrano 4,08 ecografie per le donne con 35 anni o più, rispetto alle 3,88 per quelle di età <35 anni. Anche per quanto concerne la *cittadinanza materna*, si riscontra una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ): le straniere effettuano mediamente meno ecografie delle madri italiane o provenienti dai Paesi dell'UE<sup>7</sup>: le prime eseguono mediamente 3,72 ecografie, mentre le seconde ne effettuano in media 4,01.

<sup>6</sup> Bricker L et al. (2015). Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). Cochrane Database Syst Rev 6:CD001451

<sup>7</sup> UE a 15 stati

**Le indagini prenatali (non invasive ed invasive): test combinato, prelievo di DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi**

Nella popolazione generale la probabilità di avere un bambino con un handicap grave è del 3-4%. Le condizioni più frequenti sono le anomalie cromosomiche e le anomalie cardiovascolari, muscolo-scheletriche, al sistema nervoso centrale e all'apparato urinario. La villocentesi e l'amniocentesi sono le indagini diagnostiche prenatali invasive finalizzate al riscontro di alterazioni del patrimonio cromosomico; dagli anni 90 viene offerta alla gravida la possibilità di sottoporsi a indagini prenatali non invasive di screening quale il test combinato. A partire dalla casistica del 2017 è disponibile questa informazione a livello provinciale, assieme a quella sul prelievo del DNA fetale. Quest'ultimo test è un esame di screening prenatale non invasivo (a partire da un prelievo di sangue della mamma in attesa), per valutare il rischio che il feto sia affetto da alcune patologie cromosomiche, in particolare la sindrome di Down. La funicolocentesi/fetoscopia è invece una metodica diagnostica/terapeutica che viene utilizzata in casi clinici particolari.

**Tab. 13 - Indagini prenatali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

Indagine prenatale		Provincia di Trento	
		Frequenza	%
Indagini non invasive	Test combinato	3.150	80,7*
	Prelievo di DNA fetale	237	6,1*
Indagini invasive	Amniocentesi	55	1,4
	Villocentesi	100	2,6
	Fetoscopia/funicolocentesi	18	0,5
<b>Almeno un'indagine prenatale invasiva</b>		<b>165</b>	<b>4,2</b>

\* Percentuali calcolate sul totale dei casi in cui l'informazione è presente

Considerando l'insieme degli esami invasivi, 165 donne, pari al 4,2% (5,7% nel 2021, 4,6% nel 2020, 5,4% nel 2019, 5,9% nel 2018, 7,3% nel 2017 e 2016 e 8,8% nel 2015), hanno effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva. Il dato è in decremento negli anni e questo aspetto è da mettere in relazione ad una crescente offerta di test di screening non invasivi: il test combinato è stato effettuato dall'83,7% delle madri (84,6% nel 2021, 78,6% nel 2020, 74,9% nel 2019, 69,6% nel 2018 e 61,4% nel 2017), il prelievo del DNA fetale dal 6,1% (6,5% nel 2021, 4,2% nel 2020, 4,0% nel 2019, 3,9% nel 2018 e 2,8% nel 2017). Le donne che hanno effettuato un'indagine invasiva senza un precedente test

combinato sono 18, pari all'10,9% del totale di donne che hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva.

Sono soprattutto le donne di 35 anni e oltre a sottoporsi a esami invasivi: il 6,8% contro il 2,9% delle donne con meno di 35 anni ( $p < 0,0001$ ). Seppur meno accentuata, la differenza per età si riscontra anche nell'esecuzione del test combinato e nel prelievo del DNA fetale: l'86,2% e l'11,2% delle donne di 35 anni e oltre esegue rispettivamente il test combinato ed il prelievo di DNA fetale, a fronte di un 82,6% ed un 3,8% tra le più giovani ( $p < 0,001$ ). Inoltre si rileva una differenza dovuta alla cittadinanza della donna: il 4,4% delle italiane esegue almeno un'indagine prenatale invasiva rispetto ad un 3,5% delle donne straniere. La differenza tra italiane e straniere, nell'accesso alle indagini prenatali invasive, si accentua considerando solo le donne over 34 anni, dove le italiane accedono nel 7,0% e le straniere nel 5,8% dei casi. Una differenza statisticamente significativa per cittadinanza si osserva anche nell'esecuzione di test non invasivi: l'88,1% ed il 7,4% delle italiane esegue rispettivamente il test combinato ed il prelievo di DNA fetale, rispetto al 69,1% e al 2,7% delle straniere. Tali disuguaglianze per cittadinanza permangono anche se si considera il solo sottocampione di donne con 35 anni o più.

## IL FUMO PRIMA E DURANTE LA GRAVIDANZA

Il fumo rappresenta un rischio ostetrico, un maggior rischio di minaccia d'aborto e di parto pretermine ed un rischio per il feto/neonato: riduzione del peso alla nascita, della lunghezza e della circonferenza cranica, maggiore morbilità respiratoria e maggior rischio di morte improvvisa. A partire dai dati dell'anno 2017, è disponibile l'informazione sull'eventuale stato di fumatrice della madre, anche prima della gravidanza.

**Tab. 14 - Madri per fumo in gravidanza. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

Fumo in gravidanza	Freq.	%
Non fumatrici	3.340	85,6
Fumatrici che hanno interrotto in gravidanza	314	8,0
Fumatrici prima e durante la gravidanza	250	6,4
<b>Totale</b>	<b>3.904</b>	<b>100,0</b>

Escludendo i casi per cui non è disponibile l'informazione, nel 2022 risulta che la prevalenza di fumatrici in gravidanza è pari al 6,4% (5,9% con 1-9 sigarette al giorno, 0,5% con 10 o più sigarette/die), proporzione che non sembra diminuire negli anni: nel 2021 era pari al 6,0% (6,7% nel 2020, 5,9% nel 2019, 6,6% nel 2018, 5,8% nel 2017, 6,1% nel 2016, 6,5% nel 2015 e 6,1% nel 2014), in linea con il valore medio nazionale, ultimo disponibile (6,5%; Rapporti ISTISAN 12/39<sup>8</sup>). La proporzione di madri che ha smesso appositamente durante la gravidanza è pari all'8,1%, mentre il rimanente 85,5% risulta essere non fumatrice.

L'abitudine al fumo in gravidanza continua a rimanere strettamente associata al titolo di studio. Il trend della prevalenza decresce, in modo statisticamente significativo, dalla licenza media inferiore (13,4%), alla media superiore (9,0%), alla laurea (5,1%). Un'altra differenza nella propensione al fumo in gravidanza riguarda la cittadinanza materna: le donne italiane fumano in gravidanza nel 6,9 % dei casi, rispetto al 4,8% tra quelle con cittadinanza straniera.

Si conferma la minor propensione al fumo tra le coniugate (3,2%) rispetto alle nubili (9,4%) e alle

<sup>8</sup> Lauria L., Lamberti A., Buoncristiano M., Bonciani M., Andreozzi S., Rapporti ISTISAN. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. 2012

ex-coniugate (18,8%). Infine, il rischio di fumare in gravidanza rimane lievemente maggiore (in modo non statisticamente significativo) tra coloro che non frequentano gli incontri di accompagnamento alla nascita: 7,4% rispetto al 5,7% tra le partecipanti ad un IAN. I risultati dell'analisi di regressione logistica multipla sulla probabilità di fumare in gravidanza confermano i soli predittori titolo di studio e stato civile.

## IL LUOGO DEL PARTO

Nel 2022 i punti nascita della Provincia Autonoma di Trento sono quattro, S. Chiara di Trento, Rovereto, Cles e Cavalese.

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2022, l'87,8% delle nascite trentine (88,7% nel 2021, 87,0% nel 2020, 84,3% nel 2019, 85,6% nel 2018, 86,3% nel 2017, 83,7% nel 2016 e 72,2% nel 2015), come può anche essere apprezzato dalla tabella seguente che considera il numero dei parti.

**Tab. 15 - Parti per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

Luogo di nascita	N° Parti (Frequenze)	Frequenze %
Osp. S. Chiara	2.285	58,5
Osp. di Rovereto	1.137	29,1
Osp. di Cles	242	6,2
Osp. di Cavalese	132	3,4
Ospedale di Feltre	64	1,6
Domicilio	31	0,8
Altro luogo	13	0,3
<b>Provincia</b>	<b>3.904</b>	<b>100,0</b>

Tenendo a parte il nosocomio veneto di Feltre (di riferimento per la maggior parte delle residenti nel Primiero e nel Tesino), i parti dei punti nascita di Trento e Rovereto, che rappresentano il 90,1% dei parti nei punti nascita provinciali, hanno luogo in una struttura dove avvengono almeno 1.000 parti annui (92,2% nel 2021 e 86,8% nel 2020). In Italia il 62,8% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui (dato dal *Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2021*). Il rimanente 9,8% dei parti provinciali del 2022 avviene in punti nascita dove annualmente si effettuano meno di 500 parti, vale a dire Cles e Cavalese.



Tab. 16 - Nati per punto nascita. Anni 2012-2022 – Provincia Autonoma di Trento

Luogo di nascita	Anno										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Osp. S. Chiara	1.914	2.238	2.389	2.399	2.472	2.559	2.396	2.424	2.407	2.592	2.323
Osp. di Rovereto	917	1.043	979	949	1.223	1.148	1.153	1.079	1.092	1.051	1.151
Osp. S. Camillo	607	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Osp. di Cles <sup>◇</sup>	486	482	432	451	461	432	449	372	258	193	242
Osp. di Arco <sup>†</sup>	509	481	384	385	46	-	-	-	-	-	-
Osp. di Cavalese <sup>♦◇</sup>	262	263	259	232	80	17	14	166	143	112	132
Osp. di Tione <sup>†</sup>	198	178	137	117	7	-	-	-	-	-	-
Osp. di Feltre	82	105	88	68	79	93	74	68	77	88	64
Domicilio(*)	43	42	37	39	48	47	60	49	47	71	31
<b>Totale</b>	<b>5.018</b>	<b>4.832</b>	<b>4.705</b>	<b>4.640</b>	<b>4.416</b>	<b>4.296</b>	<b>4.146</b>	<b>4.158</b>	<b>4.024</b>	<b>4.107</b>	<b>3.956</b>

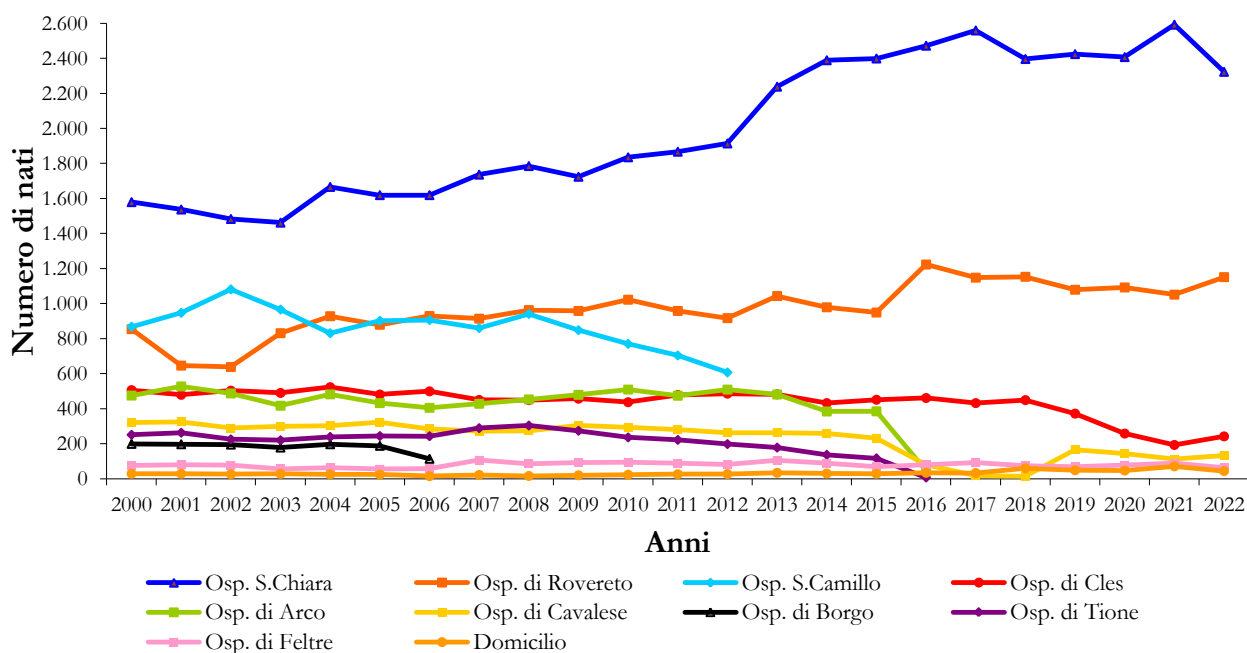
<sup>†</sup> Il punto nascita di Arco è stato chiuso il 1° agosto 2016 e quello di Tione il 23 maggio 2016.

<sup>♦</sup> Il punto nascita di Cavalese è stato sospeso l'11 marzo 2017 e riaperto il 1° dicembre 2018.

<sup>◇</sup> I punti nascita di Cavalese e Cles, a causa della pandemia da Covid-19, sono stati sospesi in aprile e maggio 2020 e dal 14 novembre 2020 al 31 maggio 2021.

(\*) compresi i neonati fuori struttura ospedaliera, in quanto parti precipitosi (13 casi)

Fig. 12 - Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2022 – Provincia Autonoma di Trento.



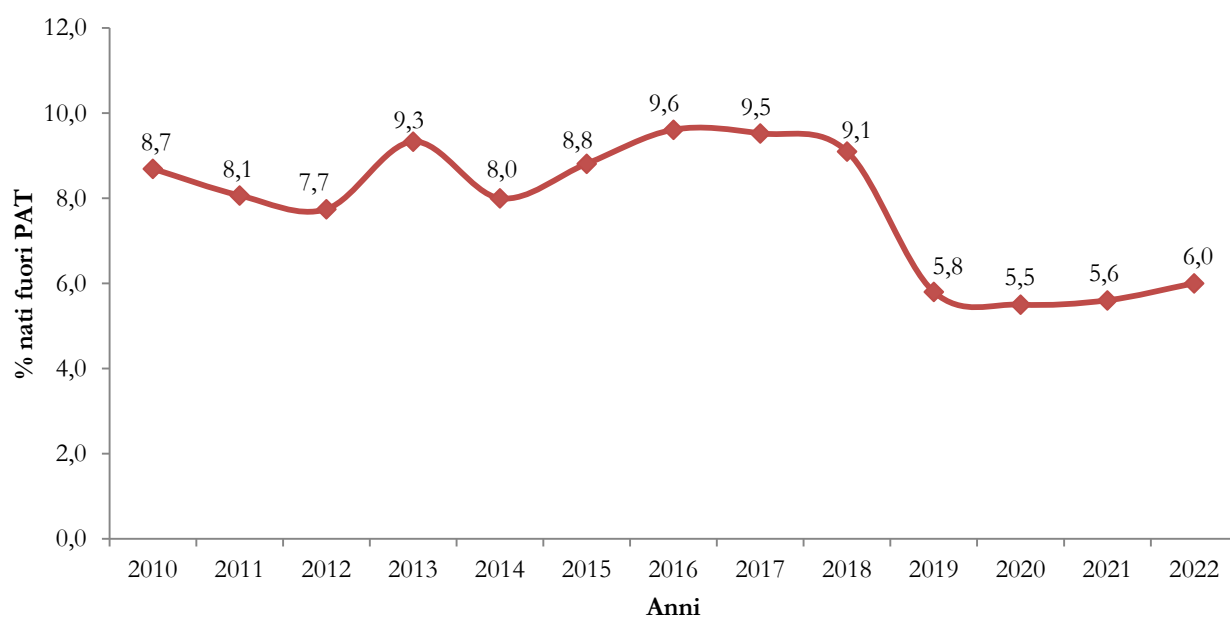
Le tendenze del 2022 indicano che:

- al **S. Chiara di Trento**, il numero delle nascite è diminuito del 10,4% rispetto al 2021; nel triennio 2013-2015 si era osservato un incremento dei nati, dovuto soprattutto alla chiusura del punto nascita del S.Camillo, mentre nel corso del 2016 la chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco, e la sospensione del punto nascita di Cavalese a marzo 2017, hanno implicato un'ulteriore crescita del numero di nati presso questo presidio ospedaliero. La pandemia Covid-19 ha implicato la sospensione temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese, dirottando le nascite a Trento. Nel 2022 al S. Chiara si è registrato il 58,7% delle nascite complessive nei punti nascita provinciali, più Feltre e parti a domicilio/precipitosi (63,1% nel 2021, 59,8% nel 2020, 58,3% nel 2019 e 59,7% nel 2018);
- per l'ospedale di **Rovereto** il numero delle nascite ha mostrato un incremento del 9,5% rispetto a quello del 2021. La chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco aveva portato ad un aumento significativo delle nascite nel 2016-2018, con il 2016 che aveva fatto registrare il numero più elevato di nati degli ultimi 20 anni, in questo istituto, che rimane il secondo punto nascita provinciale per numero di nati;
- a causa anche delle sospensioni del punto nascita di **Cles** per l'emergenza dovuta alla pandemia Covid-19, nel 2020 e 2021, il numero delle nascite a Cles era diminuito ulteriormente: se dal 2019 al 2020 si era registrato un -30,6%, nel 2021 il decremento era stato pari ad un -25,2% rispetto al 2020; nel 2022 si è registrato un aumento del 25,4% rispetto al 2021, seppure il numero di nati rimanga nettamente inferiore a quello degli anni precedenti il 2019.
- anche l'ospedale di **Cavalese** è stato soggetto di sospensioni in determinati periodi del 2020 e 2021 per l'emergenza da Covid-19, quindi nel 2020 le nascite hanno subito un decremento pari a -13,9%, rispetto all'anno precedente, e nel 2021 pari a -21,7%. Nel 2022 si è registrato invece un aumento del 17,9% rispetto al 2021; anche a Cavalese il numero attuale di nascite è inferiore a quello osservato negli anni precedenti il 2016.

## NATI VIVI FUORI PROVINCIA DI TRENTO: TREND 2010-2022

La proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali nel 2022 è pari al 6,0% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti. A seguito di un trend in aumento dal 2014 al 2016, ed una successiva stabilizzazione sul 9-10%, negli anni 2019-2022 si sono registrati valori di poco superiori al 5%, probabilmente in parte condizionati, da un lato dai lockdown a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19, dall'altro dalla chiusura temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese. Complessivamente nel 2022 i nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali sono stati 242 (+3% rispetto al 2021). Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali della Val di Fassa (17,6%), delle Giudicarie (10,5%) e della Rotaliana-Paganella (9,5%).

*Fig. 13 - Proporzione di nati vivi da donne residenti, partoriti fuori Provincia. Anni 2010-2022 – Provincia Autonoma di Trento.*



**Tab. 17 - Percentuale di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali per rete professionale territoriale di residenza della madre. Anni 2010-2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

Rete professionale territoriale di residenza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
01. Val di Non	13,6	8,6	9,4	11,0	8,9	10,0	6,9	9,5	6,4	6,7	5,5	7,4	7,7
02. Valle di Sole	6,6	4,9	8,8	6,9	3,6	9,4	5,3	3,4	5,3	2,7	7,3	5,5	6,1
03. Rotaliana - Paganella	13,4	13,7	10,8	17,7	10,3	11,7	11,7	10,6	10,7	14,6	6,5	6,9	9,5
04. Valle di Cembra	5,8	3,2	0,0	6,5	2,7	5,8	6,6	0,0	10,3	1,1	5,1	3,5	1,5
05. Val di Fiemme	6,7	9,9	9,3	12,2	11,0	9,4	19,5	48,0	47,1	8,6	9,4	8,3	4,4
06. Val di Fassa	15,6	20,8	15,8	21,7	18,4	20,2	36,5	48,4	44,4	14,5	8,9	16,7	17,6
07. Primiero*	19,6	8,9	16,5	10,0	10,8	16,2	14,3	5,0	8,5	14,9	7,1	7,8	6,3
08. Valsugana e Tesino	6,4	7,6	4,5	7,8	8,0	6,3	7,1	5,2	10,8	2,5	5,8	2,0	4,2
09. Alta Valsugana	9,0	9,4	7,2	8,7	4,1	7,6	8,0	5,0	5,3	4,8	3,8	6,0	5,2
10. Giudicarie	7,8	7,9	7,7	7,0	10,2	5,9	13,7	16,2	18,8	11,4	13,3	10,0	10,5
11. Alto Garda e Ledro	4,7	4,0	4,9	6,4	5,9	5,1	6,1	7,5	7,7	2,2	3,8	2,7	4,1
12. Vallagarina - Altipiani Cimbri	4,0	6,5	8,5	6,9	7,5	8,9	7,5	6,6	3,1	3,0	4,0	5,0	4,6
13. Val d'Adige - Valle dei Laghi	10,9	8,3	7,0	9,7	9,1	9,7	9,6	6,3	5,7	5,0	4,4	4,3	5,8

\*Non viene contata la quota di nati nel punto nascita veneto di Feltre in quanto primario istituto di afferenza delle residenti del Primiero.

## **LA RESIDENZA DELLA MADRE E L'OSPEDALE DI NASCITA**

---

La chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco a metà del 2016 e la sospensione temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese (a causa dell'emergenza da Covid-19), comportano un cambiamento nella corrispondenza tra residenza della madre ed ospedale/i di riferimento, poiché le gestanti residenti in Alto-Garda e Ledro e nelle Giudicarie hanno spostato il proprio punto nascita di afferenza rispettivamente da Arco a Rovereto e da Tione a Trento/Rovereto in base alla residenza specifica della donna; inoltre le donne residenti in Val di Fiemme e Fassa e in Val di Non e Val di Sole si sono trovate quale punto nascita di riferimento il S. Chiara di Trento, nei periodi di sospensione dei punti nascita di Cavalese e Cles. Nel 2022 la corrispondenza media tra residenza della madre ed ospedale di riferimento risulta pari al 90,8% (91,4% nel 2021, 91,6% nel 2020 e 89,0% nel 2019 e 2018). Si era osservato un trend in diminuzione negli anni 2012-2015 (78,9% nel 2015, 83,9% nel 2014, 85,2% nel 2013 e 85,3% nel 2012). Il rialzo dal 2016 in poi è dovuto principalmente alla riduzione del numero dei punti nascita sopra citata.

Le residenti nel Primiero hanno come riferimento, per prossimità geografica, l'ospedale di Feltre a cui, nel 2022, hanno afferrito per il 77,6% dei casi.

Un discorso a parte va fatto per i 31 nati a domicilio: si registra un -41,5% rispetto al 2021. Si sono osservati 9 nati in donne residenti in Val d'Adige e Laghi, 4 in Alto Garda e Ledro, 3 nati in Vallagarina, 3 in Alta Valsugana, 3 in Val di Non, altri 3 in Val di Sole, 2 in Rotaliana-Paganella, 1 nelle valli Giudicarie e 1 in Val di Fiemme. Gli ultimi due casi sono stati partoriti nel territorio trentino da madri residenti fuori Provincia e estero.

Complessivamente, tenuto conto dei casi a rischio che richiedono un'assistenza più centralizzata, si mantiene la tendenza ad accedere di preferenza al proprio ospedale di riferimento geografico.

L'accordo, attivato tra l'Osservatorio Epidemiologico di Bolzano ed il Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS di Trento, prevede un reciproco scambio di dati aggregati, grazie al quale è possibile il monitoraggio della cosiddetta fuga extra-provinciale per parto verso le strutture della provincia di Bolzano.

Nel 2022 sono nati in Provincia di Bolzano 61 bambini da mamme trentine (dato analogo al 2021; nel 2020 si erano registrati 52 nati, mentre nel 2019 101 nati). Il trend si conferma in decremento già dal 2018.

**Tab. 18 - Numero dei parti di donne residenti per rete territoriale di residenza della madre e per punto nascita ospedaliero (sono incluse anche le donne residenti fuori Trentino sotto la dicitura Fuori Provincia- Estero). Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

Rete territoriale di residenza madre	Punto nascita					Domicilio/ Precipitosi
	S. Chiara	Cles	Rovereto	Cavalese	Feltre	
01.Val di Non	114	140	7	2	-	3
02.Valle di Sole	36	61	5	-	-	3
03. Rotaliana-Paganella	240	25	11	1	-	2
04.Valle di Cembra	52	-	4	9	-	-
05.Val di Fiemme	49	-	3	74	-	3
06.Val di Fassa	18	1	-	23	-	-
07.Primiero	10	-	-	3	45	1
08.Valsugana e Tesino	160	-	3	-	18	-
09.Alta Valsugana	353	2	20	2	1	5
10.Giudicarie	158	7	44	-	-	3
11.Alto Garda e Ledro	75	-	267	-	-	7
12.Vallagarina-Altipiani Cimbri	61	-	658	-	-	4
13.Val d'Adige e Laghi	872	-	43	2	-	10
<i>Fuori Provincia- Estero</i>	87	6	72	16	-	3
<b>Totale*</b>	<b>2.285</b>	<b>242</b>	<b>1.137</b>	<b>132</b>	<b>64</b>	<b>44</b>

\*Al totale complessivo dei parti sono stati esclusi due casi in cui la madre non ha dato il consenso al trattamento dei dati.

## LE CARATTERISTICHE DEL PARTO

### *Il tipo di parto – il parto cesareo*

Analizzando il numero complessivo di nati (3.956), registrati nell'archivio annuale della natalità del 2022, il 73,1% dei bambini nasce da parto spontaneo (di cui 4, lo 0,1% con manovra di Kristeller), mentre il 21,1% nasce con *parto cesareo*. Analizzando il numero complessivo di parti (3.904), il ricorso al taglio cesareo avviene nel 20,1% dei parti (20,0% nel 2021, 19,2% nel 2020, 19,0% nel 2019, 18,4% nel 2018, 21,7% nel 2017, 20,3% nel 2016, 23,2% nel 2015, 25,6% nel 2014, 24,7% nel 2013 e 25,2% negli anni 2011-2012).

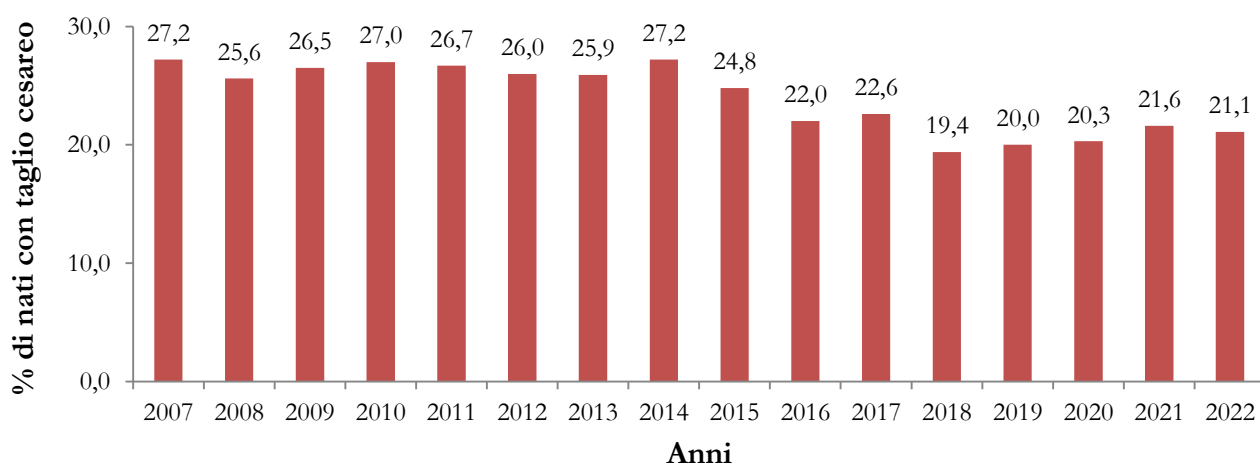
La proporzione di parti cesarei è uno degli indicatori di qualità dell'assistenza ostetrica più frequentemente utilizzati nei confronti internazionali; l'OMS raccomanda un valore di benchmark, compreso tra il 15-20%.

Se il dato provinciale del 2018 aveva evidenziato la proporzione di nati e parti con taglio cesareo più bassa dell'ultimo decennio, anche il dato del 2019-2022 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose.

**Tab. 19 - Nati per tipo di parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

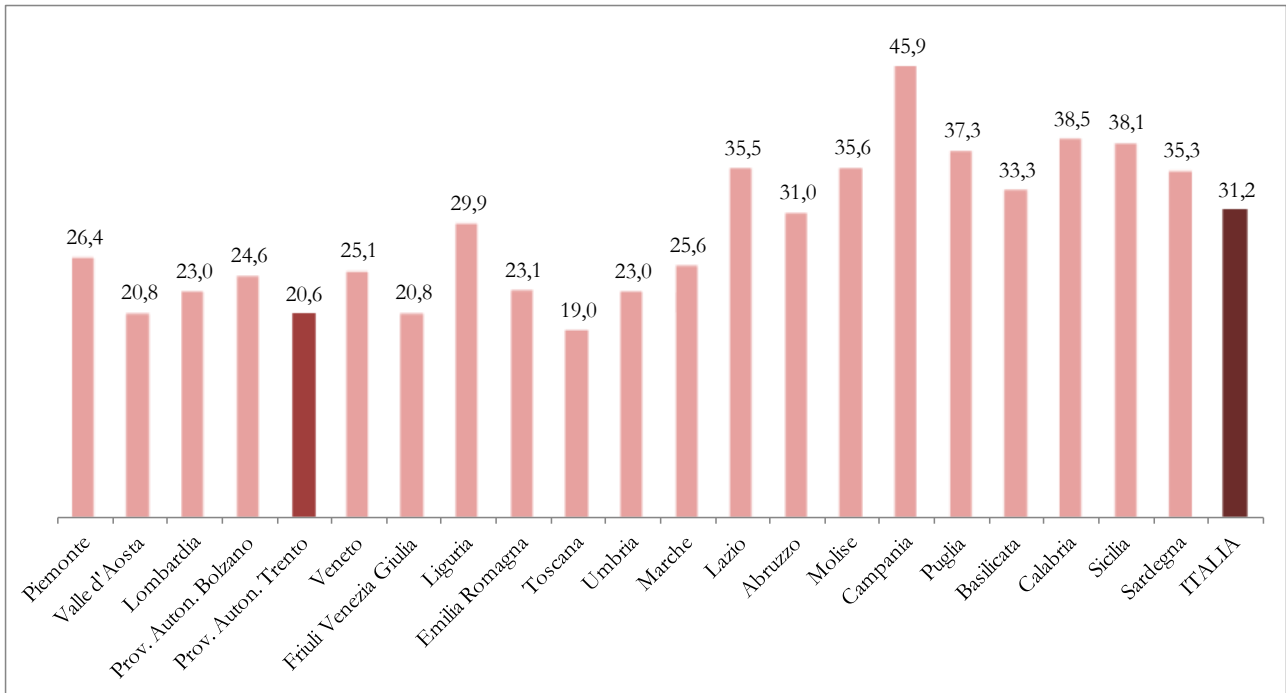
Tipo di parto	Frequenza	%
Spontaneo	2.892	73,1
Parto cesareo elettivo	632	16,0
Parto cesareo urgente	201	5,1
Ventosa	227	5,7
Manovra di Kristeller	4	0,1
<b>Totale</b>	<b>3.956</b>	<b>100,0</b>

**Fig. 14 - Proporzioni di nati con parto cesareo nei punti nascita provinciali<sup>9</sup>. Anni 2007- 2022 – Provincia Autonoma di Trento**



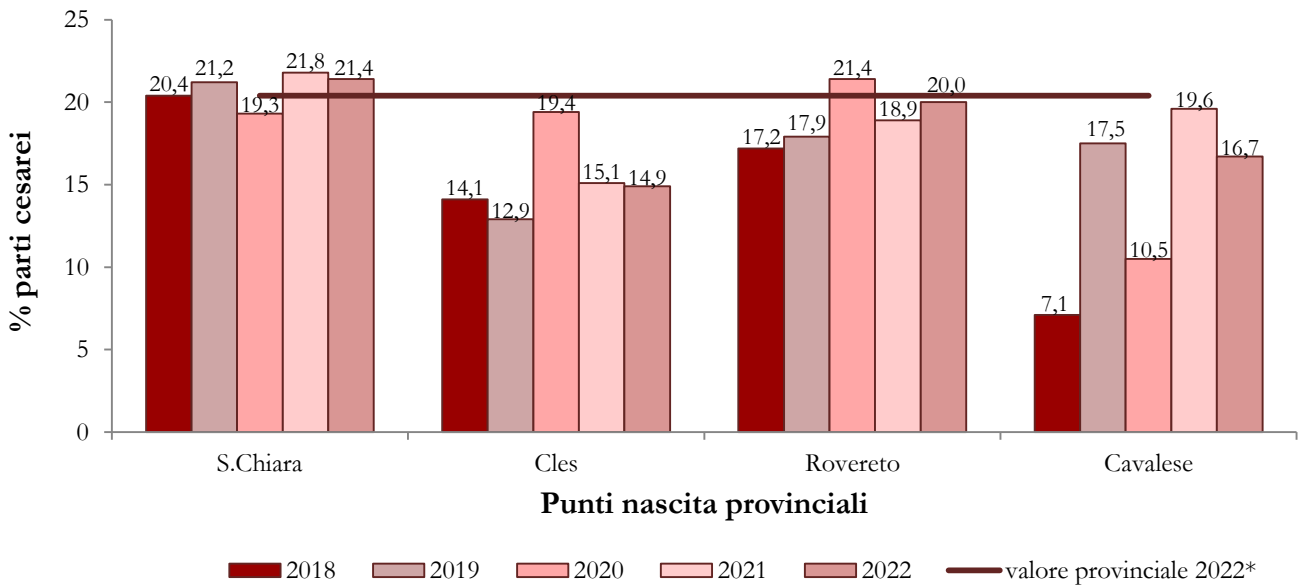
<sup>9</sup> Sono esclusi i nati a Feltre, a domicilio ed i parti precipitosi

Fig. 15 - Proporzione di parti cesarei per regione. Italia 2021



Fonte: CedAP Nazionale 2021

Fig. 16 - Proporzione di parti cesarei per punto nascita provinciale. Periodo 2018-2022 – Provincia Autonoma di Trento



\* Sono esclusi i parti di Feltre, a domicilio ed i parti precipitosi



Nel 2022 la distribuzione dei *parti cesarei per punto nascita* si presenta con un range compreso tra il 14,9% di Cles e il 21,4% del S. Chiara di Trento.

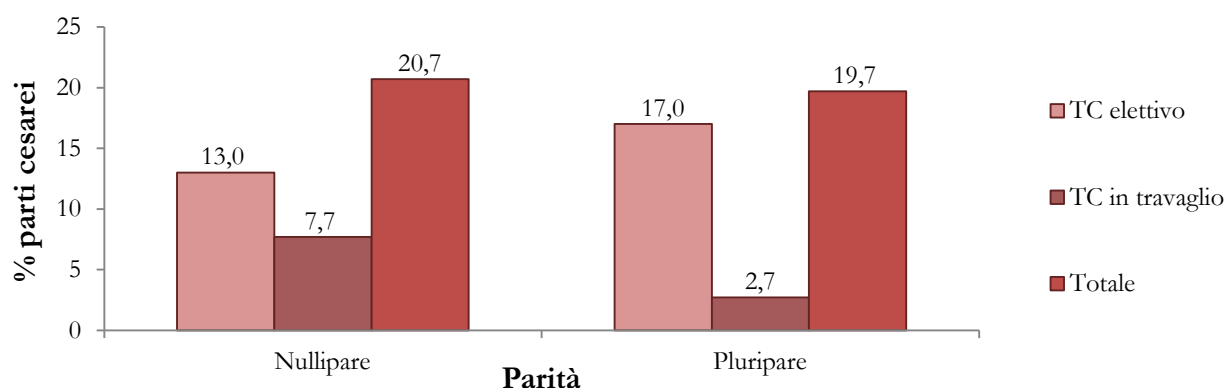
**Tab. 20 - Tipo di parto negli ospedali provinciali (più Feltre) per presentazione del feto. Valori percentuali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

Presentazione feto	Tipo di parto			Totale parti in ospedale
	Spontaneo %	Cesareo %	Altro %	
Vertice	76,6	17,3	6,1	3.707
Podice	1,4	98,6	0,0	141
Fronte	0,0	100,0	0,0	1
Bregma	50,0	50,0	0,0	4
Faccia	50,0	50,0	0,0	4
Spalla	0,0	100,0	0,0	3
<b>Totale</b>	<b>73,7</b>	<b>20,4</b>	<b>5,9</b>	<b>3.860</b>

L'associazione della modalità del parto con la presentazione fetale indica che il ricorso al parto cesareo è maggiore quando il feto non si presenta di vertice; il 17,3% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

La progressiva riduzione registrata nell'ultimo quinquennio aveva portato nel periodo 2016-2018 ad una proporzione di parti cesarei più bassa tra le nullipare rispetto alle pluripare. Negli anni 2019-2022 si osserva invece una proporzione di parti cesarei maggiore tra le nullipare: il dato del 2022 riporta un 20,7% tra le nullipare rispetto al 19,7% tra le pluripare. Permangono, come negli anni precedenti, delle variabilità nella tipologia del parto cesareo (elettivo vs. in travaglio) secondo la parità: nelle pluripare la proporzione dei cesarei elettivi è dell'17,0% (su tutti i cesarei), nelle nullipare è pari al 13,0%.

Fig. 17 - Parto cesareo per parità. Anno 2022 - Provincia Autonoma di Trento



Considerando esclusivamente le pluripare, si osserva che l'aspetto fondamentale che discrimina tra un parto cesareo o naturale è l'essere o meno precesarizzata: le donne precesarizzate mostrano un rischio di partorire col cesareo 25 volte di più rispetto alle non precesarizzate. Il rischio di parto cesareo risulta, inoltre, 8,8 volte maggiore tra i parti pretermine rispetto ai parti a termine. Anche un'età materna superiore ai 30 anni, un basso titolo di studio e la non frequentazione degli incontri di accompagnamento alla nascita risultano significativi predittori indipendenti del rischio di parto cesareo tra le pluripare.

Nel 2022, tra le nullipare, il rischio di effettuare un parto cesareo è del 47,6% maggiore tra coloro che non hanno frequentato gli incontri pre-parto rispetto a coloro che li hanno seguiti; le *over 29* presentano un rischio di 2 volte maggiore rispetto a chi ha meno di 30 anni e quelle con gravidanza pretermine, rispetto a quelle con gravidanza a termine mostrano un rischio di cesareo di 3,3 volte maggiore.

### Il parto cesareo primario

Si considerano ora, per ciascun punto nascita trentino, i *parti cesarei primari*, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo, secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{parti cesarei primari}}{\text{N}^\circ \text{parti con nessun pregresso cesareo}} \cdot 100$$

Tale indicatore riveste particolare importanza in quanto valutato nel Piano Nazionale Esiti (PNE), la cui fonte di dati, però, è il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), e non il CedAP.

Stratificando per i 4 punti nascita provinciali, si registra una percentuale di parti cesarei primari pari al 15,2% al S. Chiara, 14,2% a Cavalese, 13,5% a Rovereto e 11,2% a Cles.

Nel complesso, si osserva una proporzione di cesarei primari del 14,3% (15,2% nel 2021).

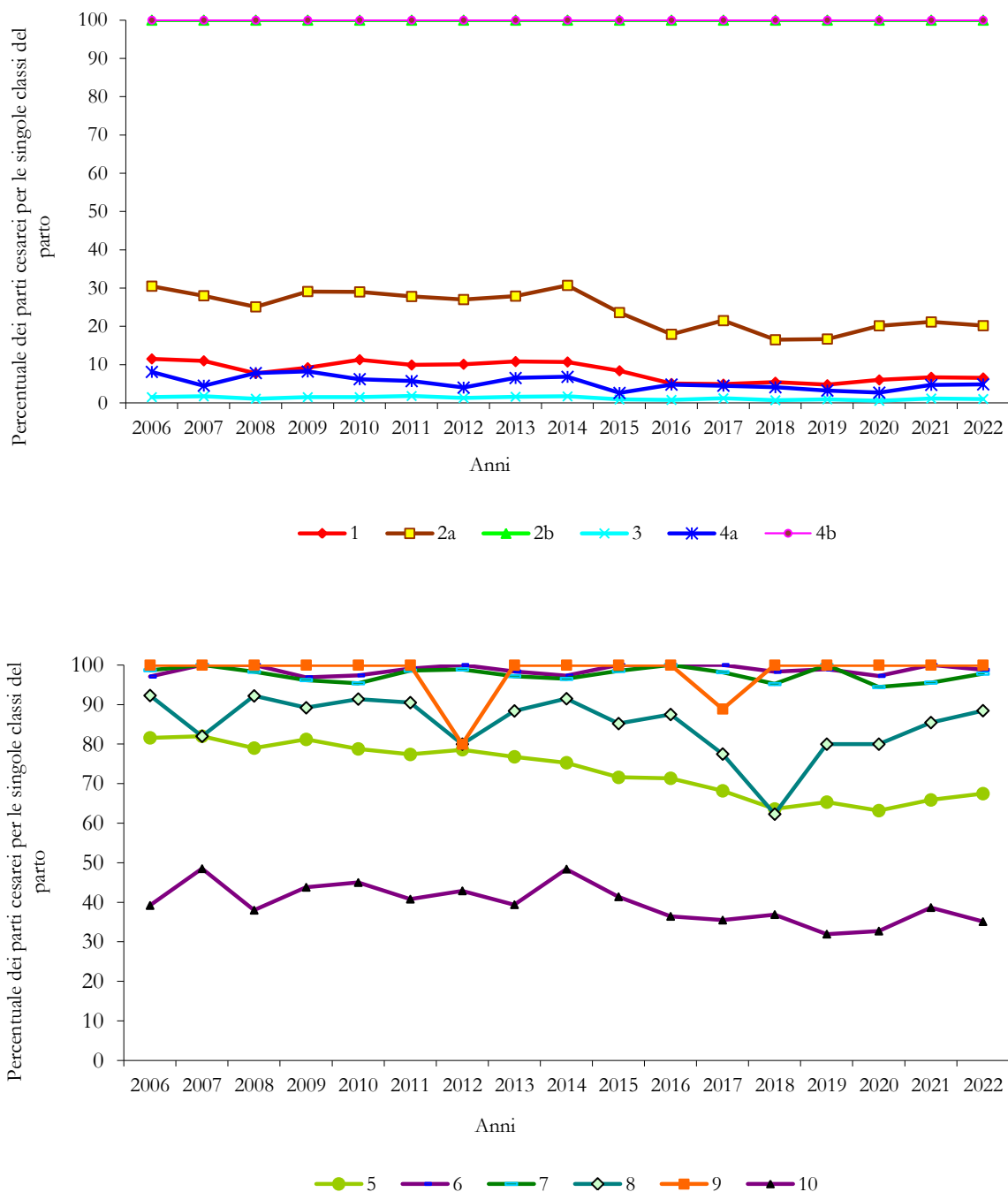
**Tab. 21 - Percentuale di parti cesarei primari. Per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

<b>Luogo del parto</b>	<b>% parti cesarei primari</b>
S. Chiara	15,2%
Rovereto	13,5%
Cles	11,2%
Cavalese	14,2%
<b>Tutti i punti nascita provinciali</b>	<b>14,3%</b>

### ***L'evoluzione dei parti cesarei secondo le classi di Robson***

Robson ha sviluppato dei criteri oggettivi di classificazione della popolazione delle partorienti in 12 classi mutuamente esclusive, in relazione a: parità, epoca della gravidanza, modalità di inizio del travaglio, parto plurimo o singolo, tipo di presentazione (Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017). I criteri di classificazione si applicano sia al totale dei parti che al totale dei parti cesarei. Risulta quindi possibile, tra l'altro, verificare quanto pesano i cesarei nelle singole classi di parto e seguirne nel tempo la evoluzione.

Fig. 18 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson; per singolo anno. Anni 2006-2022 – Provincia Autonoma di Trento



Fino al 2014 si è osservata una sostanziale costanza nella proporzione di parti cesarei per classe del parto, nelle singole classi. A partire dal 2015, si riscontra un trend di diminuzione della proporzione di cesarei nelle classi 3, 4a, 5 e 10, che però nel 2021 e 2022 si è arrestato. Esistono in ogni caso delle differenze consistenti per i singoli punti nascita provinciali e per specificate classi di parto.

Tab. 22 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson. Periodo 2022-2018 – Provincia Autonoma di Trento

Classe – Descrizione	Tasso TC Anno 2022	Tasso TC Anno 2021	Tasso TC Anno 2020	Tasso TC Anno 2019	Tasso TC Anno 2018
<b>Classe 1</b> Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $\geq 37$ , travaglio spontaneo	6,5	6,7	6,0	4,8	5,4
<b>Classe 2a</b> Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $\geq 37$ , travaglio indotto	20,2	21,1	20,2	16,7	16,5
<b>Classe 2b</b> Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $\geq 37$ , taglio cesareo fuori travaglio	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Classe 3</b> Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $\geq 37$ , travaglio spontaneo N.B. ESCLUSI PRE TC	1,0	1,2	0,6	0,9	0,7
<b>Classe 4a</b> Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $\geq 37$ , travaglio indotto N.B. ESCLUSI PRE TC	4,8	4,7	2,7	3,2	4,1
<b>Classe 4b</b> Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica settimana $\geq 37$ , taglio cesareo fuori travaglio N.B. ESCLUSI PRE TC	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Classe 5</b> Pregresso taglio cesareo, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $\geq 37$	67,5	65,9	63,2	65,3	63,6
<b>Classe 6</b> Tutte le nullipare, presentazione podalica	98,8	100,0	97,3	98,9	98,3
<b>Classe 7</b> Tutte le pluripare, presentazione podalica N.B. INCLUSI PRE TC	97,8	95,6	94,4	100,0	95,2
<b>Classe 8</b> Tutte le gravidanze multiple N.B. INCLUSI PRE TC	88,5	85,5	80,0	80,0	62,3
<b>Classe 9</b> Tutte le situazioni fetali <u>non</u> longitudinali N.B. INCLUSI PRE TC	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>Classe 10</b> Gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana $< 37$ N.B. INCLUSI PRE TC	35,1	38,7	32,7	32,0	36,9

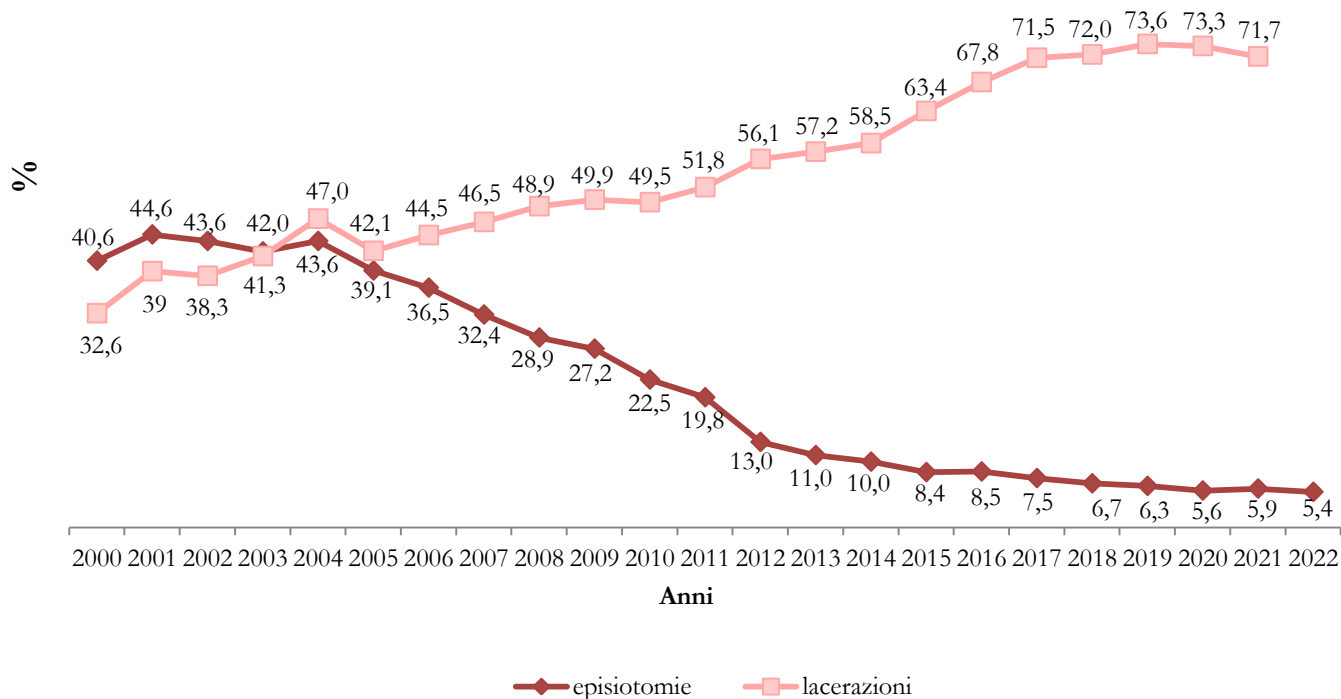
## L'EPISIOTOMIA E LE LACERAZIONI<sup>10</sup>

Si registrano *lacerazioni* nel 71,7% delle madri che partoriscono spontaneamente o con ventosa (71,7% nel 2021). L'*episiotomia* è praticata al 5,4% delle donne (sempre escludendo i cesarei ed i parti di Feltre) (5,9% nel 2021).

Le proporzioni non sono omogenee tra i punti nascita. I punti nascita in cui si registra una proporzione di episiotomie superiore alla media provinciale (5,4%), sono Cles (11,7%) e Trento (5,7%); i valori più bassi si osservano a Rovereto (4,1%) e a Cavalese (2,7%).

Presso l'ospedale di Rovereto si registra la più alta percentuale di perineo intatto: 33,2%, che, se confrontata con la media provinciale pari a 24,0%, è significativamente superiore.

**Fig. 19 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei parti vaginali. Trend 2000-2022 - Provincia Autonoma di Trento**



<sup>10</sup> Dalle elaborazioni sono esclusi i parti cesarei ed i parti presso il punto nascita di Feltre per il quale non viene registrata l'informazione su episiotomia e lacerazioni.

**Tab. 23 - Parti (esclusi i cesarei) per episiotomia e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

*(percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto).*

Luogo del parto	Episiotomia	
	Frequenza	%
Ospedale S. Chiara	102	5,7
Ospedale di Rovereto	37	4,1
Ospedale di Cles	24	11,7
Ospedale di Cavalese	3	2,7
<b>Provincia</b>	<b>166</b>	<b>5,4</b>

Lacerazioni ed episiotomia sono connesse con la parità; in entrambi i casi le nullipare riportano proporzioni significativamente superiori rispetto alle pluripare.

**Tab. 24 - Distribuzione percentuale dei parti spontanei per parità, episiotomia e lacerazioni. Anno 2022– Provincia Autonoma di Trento**

*(percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto)*

Ordine di genitura	Episiotomia			Lacerazioni		
	Perineo intatto	No	Sì	Perineo intatto	No	Sì
Nullipara	10,8	79,9	9,3	10,8	7,0	82,2
Pluripara	35,5	62,4	2,1	35,5	1,9	62,6
<b>Totale</b>	<b>24,0</b>	<b>70,5</b>	<b>5,4</b>	<b>24,0</b>	<b>4,3</b>	<b>71,7</b>

Si osserva inoltre che, nel tempo, al diminuire della proporzione di donne a cui è stata praticata l'episiotomia, aumenta la quota di gestanti che riportano lacerazioni.

Fig. 20 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Trend 2000-2022 – Provincia Autonoma di Trento

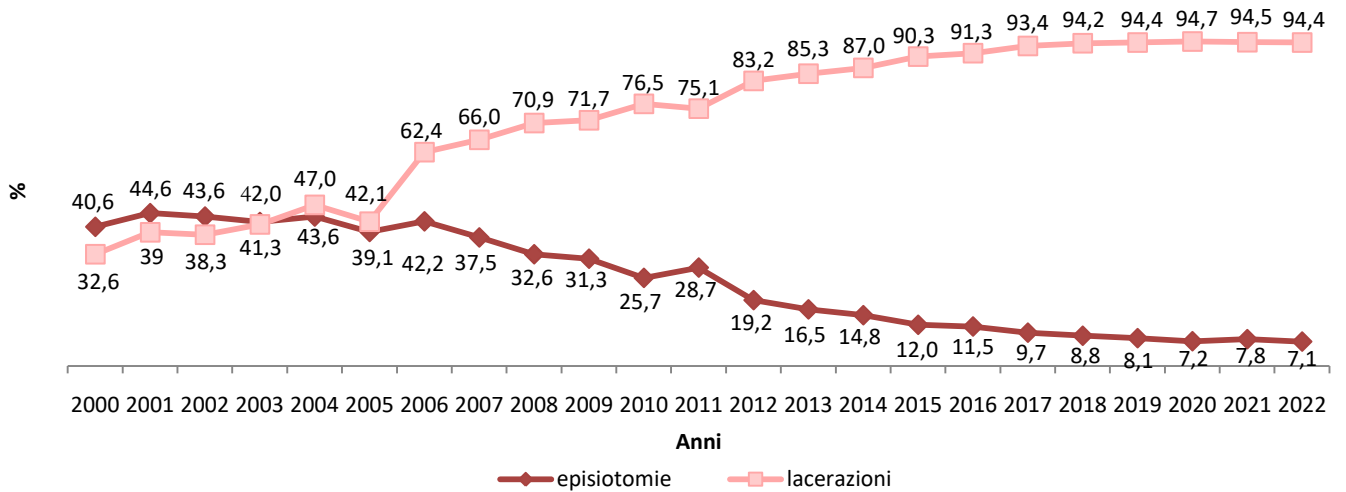
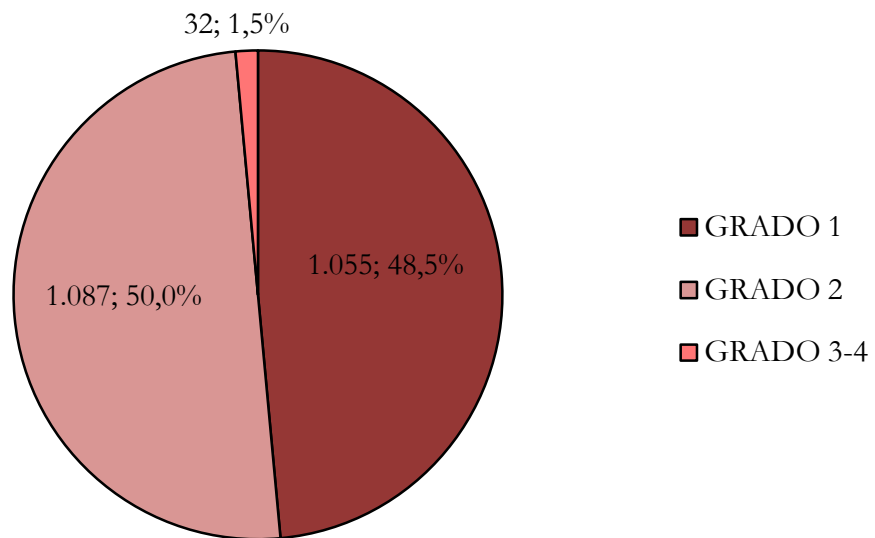


Fig. 21 - Grado delle lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Tutti i punti nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento





**Tab. 25 - Distribuzione di frequenza (assoluta e percentuale) dei parti con lacerazioni per grado di lacerazione e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

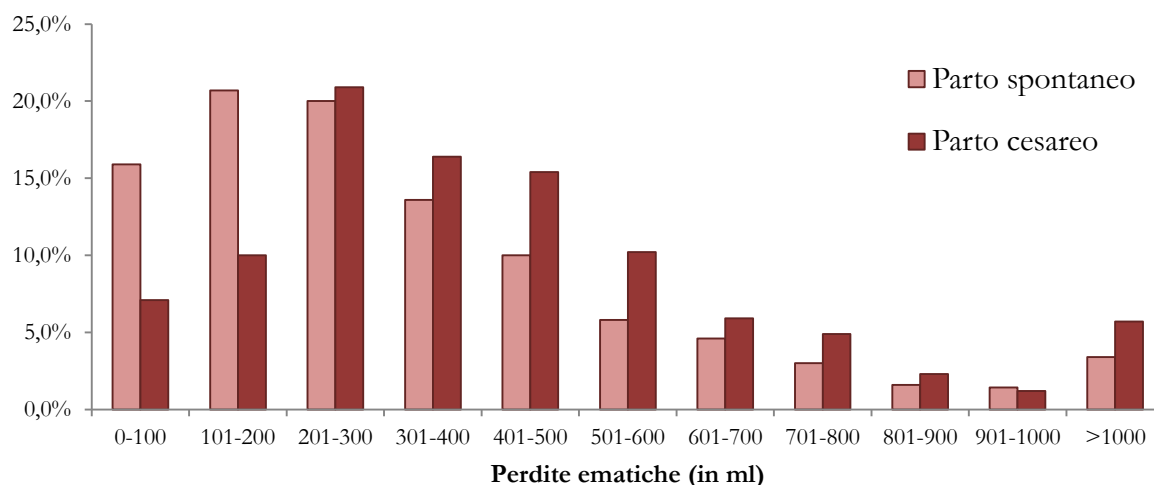
Luogo del parto	Grado 1		Grado 2		Grado 3-4	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
S. Chiara (Trento)	708	39,4	655	36,5	22	1,3
Rovereto	238	26,2	325	35,7	10	1,1
Cles	76	36,9	66	32,0	0	0,0
Cavalese	33	30,0	41	37,3	0	0,0
<b>Totale</b>	<b>1.055</b>	<b>34,9</b>	<b>1.087</b>	<b>36,0</b>	<b>32</b>	<b>1,1</b>

## EMORRAGIA POST-PARTUM

L'emorragia post-partum è associata con la morbosità e la mortalità materna, sia per effetto diretto dell'emorragia (anemia), sia per gli interventi che si rendono necessari a seguito dell'emorragia stessa (anestesia generale, rimozione di placenta, isterectomia ecc.). Il rischio può essere influenzato sia dalle procedure usate nel trattamento del terzo stadio del travaglio sia dalla modalità della rimozione della placenta in corso di taglio cesareo.

*L'emorragia primaria post-partum* consiste in perdite ematiche superiori a 500 ml entro 24 ore dalla nascita, per i parti vaginali, mentre per i parti cesarei si considerano le perdite ematiche superiori a 1.000 ml (Cochrane Database Syst Rev 2007). Nei parti spontanei l'emorragia post-partum può essere minore (500–1.000 ml) o maggiore (più di 1.000 ml). A sua volta l'emorragia maggiore può classificarsi come moderata (1.000–2.000 ml) o severa (più di 2.000 ml).

**Fig. 22 - Perdite ematiche (in ml) per tipo di parto. Tutti i punti nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**



Tra i 3.022 parti spontanei registrati nei punti nascita provinciali, si sono registrate perdite ematiche superiori a 500 ml nel 19,8% dei casi (22,3% nel 2021, 19,6% nel 2020, 20,3% nel 2019 e 20,0% nel 2018), mentre tra i parti cesarei (n=774) la proporzione con perdite ematiche superiori ai 500 ml è pari al 30,2% (31,9% nel 2021, 24,4% nel 2020, 29,1% nel 2019 e 28,4% nel 2018). Perdite ematiche superiori a 1.000 ml si sono osservate nel 3,4% dei parti spontanei (4,2% nel 2021, 3,5% nel 2020, 4,3% nel 2019 e 4,4% nel 2018) e nel 5,7% dei cesarei (4,5% nel 2021, 4,1% nel 2020, 4,8% nel 2019 e 4,9% nel 2018).

## I PARTI GEMELLARI

Nel 2022 i parti gemellari sono stati 52, pari all'1,3% del totale dei parti, evidenziando un trend in diminuzione rispetto all'ultimo decennio (1,4% nel 2021, 1,1% nel 2020, 1,6% nel 2019, 1,5% nel 2018, 1,7% nel 2017 e 1,9% nel 2016). Probabilmente l'emergenza causata dalla pandemia da Covid-19 ha portato ad un trasferimento di alcuni parti gemellari in punti nascita fuori Provincia, soprattutto nel 2020.

In Italia, nel 2021, la proporzione di parti plurimi era l'1,5% del totale dei parti. Nei punti nascita provinciali la proporzione di nati da parti plurimi va dallo 0,0% di Cles e Cavalese all'1,7% dell'ospedale S. Chiara di Trento.

Come riportato in precedenza, i parti gemellari rispetto a quelli singoli, presentano una più alta probabilità di provenire da concepimento tramite tecnica medico-assistita: tra i 52 parti plurimi il 21,2% proviene da PMA, mentre tra i 3.852 parti singoli solo il 4,5% proviene da PMA ( $p < 0,0001$ ).

Fig. 23 - Trend parti gemellari. Anni 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento

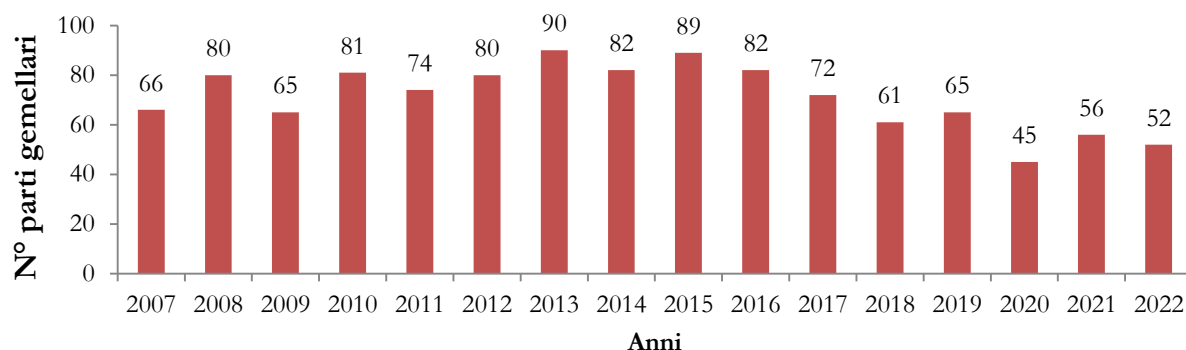
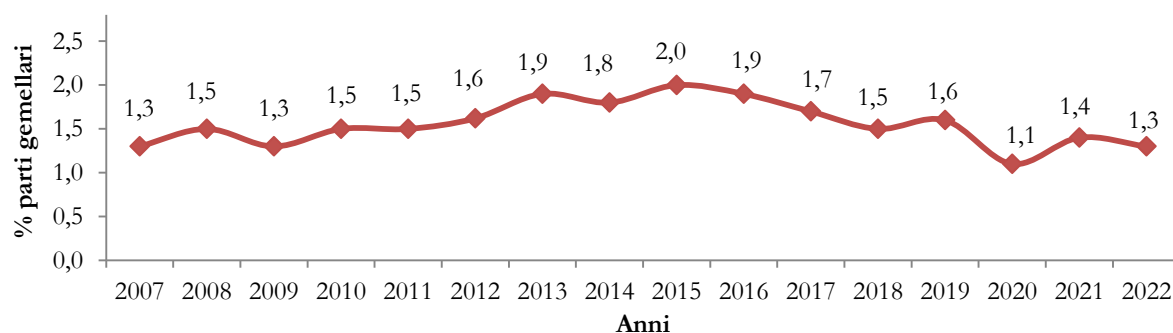


Fig. 24 - Proporzione parti gemellari sul totale parti. Anni 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento



Rispetto al totale dei parti, la proporzione dei parti gemellari presenta un trend in aumento fino al 2015, seguito dal decremento fino al 2022.

## **LE CARATTERISTICHE DEI GENITORI**

---

### *Età materna al parto*

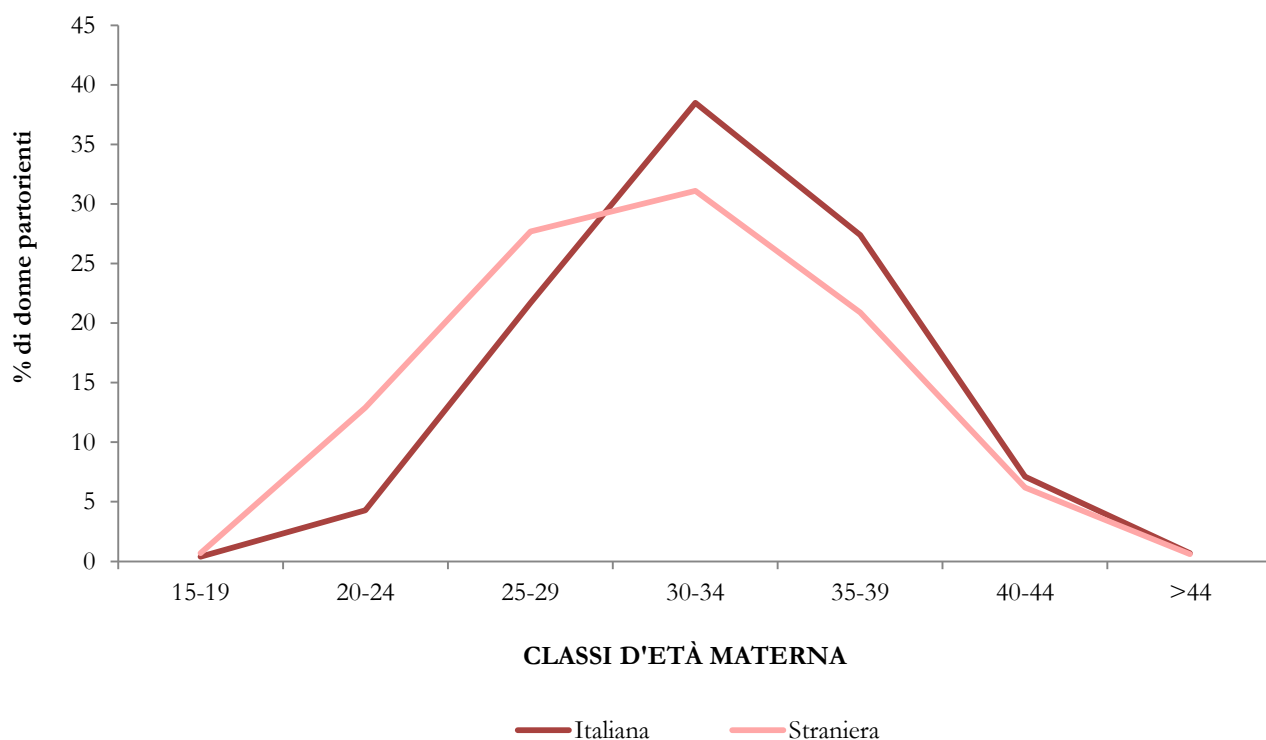
Una delle conseguenze dei nuovi stili di vita (innalzamento del livello d'istruzione, maggior coinvolgimento lavorativo delle donne, nuove strutture familiari) è, a fronte della caduta dei livelli di fecondità, l'innalzamento dell'età media della madre per posticipazione delle scelte procreative. In provincia di Trento, nel 2022 l'età media delle mamme al parto torna ad essere pari a 32,2 anni, (32,1 anni nel 2021 e 2019, 31,9 anni nel 2020 e nel triennio 2016-2018, 31,7 anni nel 2015 e 31,8 nel 2014).

In Italia nel 2022 l'età media al parto ha toccato i 32,4 anni, con un regolare incremento da molto tempo (30,8 nel 2003 e 31,1 nel 2008).

Anche se col passare degli anni le madri con cittadinanza straniera stanno acquisendo abitudini di concepimento più simili a quelle italiane, permangono differenze nella distribuzione percentuale dell'età al parto tra italiane e straniere, come si apprezza dalla figura 8. La distribuzione dei parti per età, nelle madri italiane, è spostata verso destra rispetto a quella delle donne straniere. In Trentino per le madri italiane si registra un'età media al parto di 32,6 anni (DS=4,9) e un'età mediana di 33 anni, per le donne con cittadinanza straniera si rileva un'età media al parto di 31 anni (DS=5,5) ed anche un'età mediana di 31 anni. Nell'ultimo decennio l'età media al parto delle donne con cittadinanza italiana è passata dai 32,0 ai 32,6 anni, mentre lo scarto per le donne con cittadinanza straniera è molto più marcato: dai 28,2 ai 31 anni.

In Trentino nel 2022 l'età media al primo figlio è pari a 31,1 anni (30,7 nel 2021, 30,5 nel 2020, 30,7 nel 2019 e 30,3 del 2018); per le donne italiane è pari a 31,4 anni e per le straniere pari a 28,9 anni. Le *madri che hanno meno di 20 anni* sono 18 (lo 0,11% del totale), 12 con cittadinanza italiana e 6 straniera. Solo una madre è *minorenne* (0,03% sul totale dei parti), mentre le donne con più di 44 anni sono 26 (lo 0,6% del totale), proporzione quest'ultima che pare in aumento negli ultimi anni.

Fig. 25 – Distribuzione percentuale delle madri per classe d'età al parto e cittadinanza. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.



### Cittadinanza materna

Negli anni 2012-2019, la proporzione delle madri con cittadinanza extra UE<sup>11</sup> si attestava attorno al 24-26%, mentre dal 2020, con l'avvento dell'epidemia da COVID-19, questa proporzione si è contratta, con un trend in decremento negli ultimi anni, raggiungendo i valori più bassi nel 2021-2022 (sotto il 22%). Lo 0,6% riguarda donne con cittadinanza di altri paesi dell'UE (intesa come l'originaria UE a 15 Stati). In Italia nel 2020-2021 i nati da cittadine straniere sono diminuiti drasticamente, passando da 85mila nell'arco del 2019 a circa 60mila: in termini di proporzioni si è passati dal 20% al 15% del totale delle nascite.

<sup>11</sup> UE a 15 stati: Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

Fig. 26 - Percentuale di madri straniere (extra UE – extra Europa). Anni 2006-2022 – Provincia Autonoma di Trento.

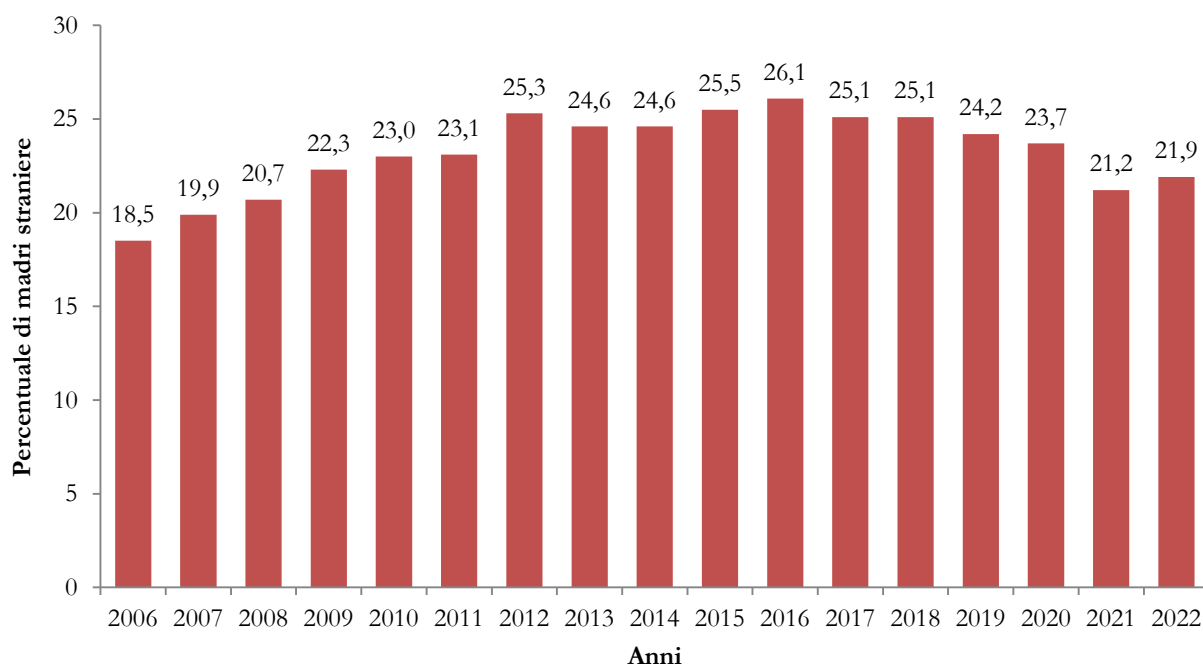
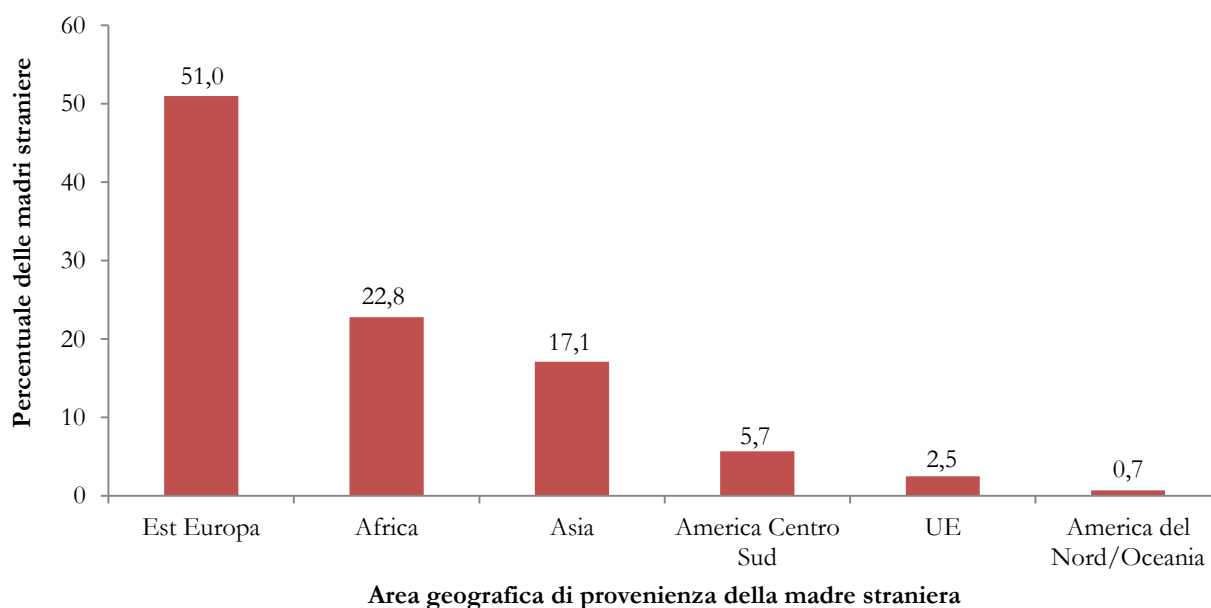


Fig. 27 – Distribuzione percentuale dei parti per area geografica di provenienza delle madri straniere. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.

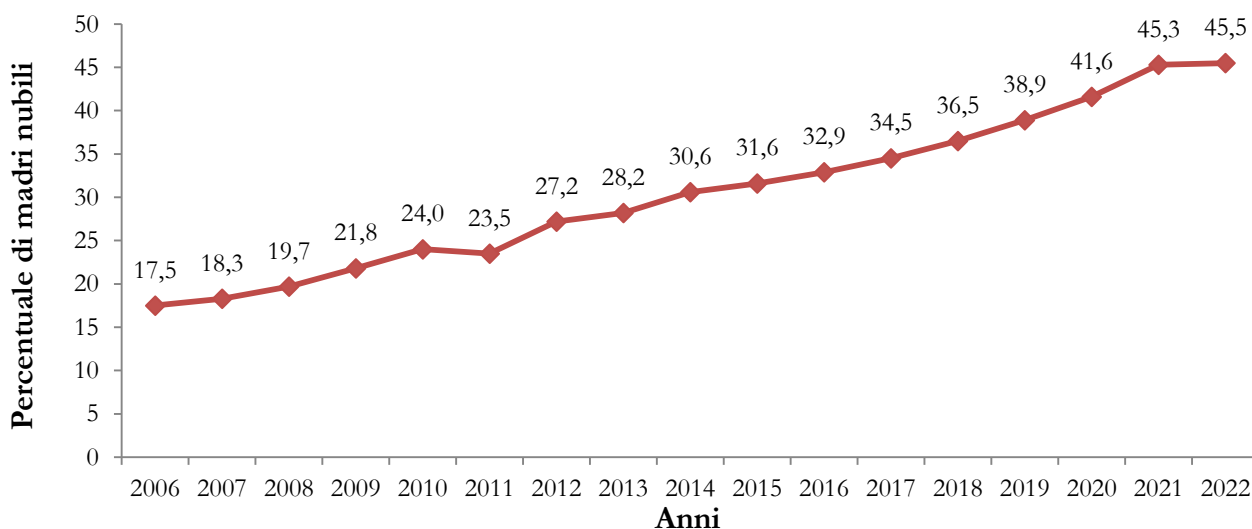


Tra le madri con cittadinanza straniera, l'area geografica di provenienza più rappresentativa resta quella dell'Europa dell'Est ( 51,0% nel 2022, vs.49,7% nel 2021, il 52,4% nel 2020, il 48,7% nel 2019, il 51% negli anni 2016-2018 e 57-58% nel periodo 2013-2016), seguita dall'Africa (22,8%), dall'Asia (17,1%) e dal Sud-America (5,7%).

### **Stato civile materno**

La proporzione di madri nubili continua a crescere: si è passati dal 7,6% della fine degli anni '90 al 45,5% del 2022. Tra le straniere la proporzione di madri nubili è pari al 19,7% (20,6% nel 2021), mentre tra le italiane ha superato il 50%, con un valore pari al 53,0% (52,3% nel 2021). In Italia, nel 2021, la proporzione di madri nubili era del 40,7% [fonte del dato: *Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2021*].

**Fig. 28 - Percentuale di madri nubili. Anni 2006-2022 – Provincia Autonoma di Trento.**



La proporzione delle madri già coniugate (separate, divorziate o vedove) nel 2022 è pari al 2,3%.

### **Livello d'istruzione e condizione professionale della madre**

Il livello culturale della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi, sia gli outcome assistenziali. Delle *donne italiane* che hanno partorito in Trentino nel 2022, il 49,0% ha conseguito una laurea

(triennale o magistrale/specialistica), il 45,0% ha la licenza media superiore ed il 6,0% ha una scolarità medio bassa (licenza media inferiore o licenza elementare).

Fra le *straniere* il 26,8% è laureata, il 46,8% ha la licenza media superiore ed il rimanente 26,4% ha una scolarità medio bassa. Confrontando questi dati con quelli degli anni passati, si osserva un trend in aumento del livello d'istruzione, sia nelle madri italiane, che nelle straniere. Considerando le sole laureate, nel 2006 le madri italiane con questo titolo erano il 20,5%, le straniere il 13,4%. Questo è l'effetto, in parte della decisione della donna di posticipare la gravidanza per motivi di studio/lavoro con la sempre più alta età media al parto, in parte dell'aumento reale del livello culturale.

L'81,6% delle madri italiane risulta "occupata" (79,1% nel 2021, 79,0% nel 2020, 78,1% nel 2019, 76,5% nel 2018 e 75,3% nel 2017) a fronte del 29,3% delle donne straniere (25,4 nel 2021, 28,6% nel 2020, 24,3% nel 2019, 27,3% nel 2018 e 23,9% nel 2017). Quest'ultime risultano essere prevalentemente casalinghe (47,9%) o disoccupate (20,2%); invece tra le madri italiane solo il 6,8% dichiara di essere casalinga e il 9,5% disoccupata.

### ***BMI pre-gravidico della madre e rischi in gravidanza, ostetrici e neonatali***

L'obesità è identificata da un indice di massa corporea (BMI) di 30,0 kg/m<sup>2</sup> o superiore, mentre il sovrappeso da BMI compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>. L'obesità è stata associata a molte complicazioni durante la gravidanza, tra cui pre-eclampsia, diabete mellito gestazionale, macrosomia fetale, natimortalità, gravidanza post-termine e parto cesareo [Mission JF, Marshall NE, Caughey AB. Pregnancy risks associated with obesity. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(2):335-53].

I dati del 2022 indicano come la proporzione di donne in sovrappeso sia pari al 17,9% (18,2% nel 2021, 17,6% nel 2020 e 16,5% nel 2019), mentre le madri obese risultano essere l'8,01% della casistica (7,7% nel 2021, 7,0% nel 2020 e 6,9% nel 2019). La probabilità di risultare obese prima della gravidanza tra le madri straniere è quasi il doppio rispetto alle italiane (12,5% vs. 6,7%), così come la probabilità di essere in sovrappeso risulta sempre significativamente più elevata tra le straniere (27,0% vs. 15,2%). Tra le donne straniere si evidenzia un più alto rischio di obesità nelle centro-sud-americane (18,8%), seguite dalle africane (18,3%), madri asiatiche (15,3%) e est europee (9,2%). Un altro fattore di rischio associato con l'obesità pre-gravidica è il livello di istruzione: la percentuale di madri in condizione di obesità aumenta con il diminuire del titolo di studio, passando da un 4,2% tra coloro con una laurea magistrale/specialistica ad un 34,0% tra le donne con licenza elementare o nessun titolo di studio.



Stessa distribuzione percentuale, statisticamente significativa, si registra per la condizione pre-gravidica di sovrappeso.

Per quanto riguarda gli esiti in gravidanza, ostetrici e neonatali, l'obesità risulta essere un fattore di rischio per un decorso patologico della gravidanza, in particolar modo per pre-eclampsia e diabete gestazionale. Anche la modalità del parto è significativamente associata col rischio di obesità, infatti si registra un 23,8% di parti cesarei tra le madri obese, rispetto ad un 19,7% tra le normopeso.

Non si riscontrano differenze relative all'epoca gestazionale, né allo stato vitale, mentre si riscontra una significativa relazione tra obesità materna e peso alla nascita: l'8,2% dei neonati da donne obese ha un peso maggiore o uguale ai 4.000 grammi, rispetto al 5,8% delle madri normopeso. Un'analisi dettagliata sugli esiti avversi perinatali correlati all'indice di massa corporea pre-gravidica è disponibile nell'articolo di Pertile et al. [Epidemiol. Prev. 2021; 45(3): 164-172].

### *Caratteristiche socio-demografiche paterne*

I dati del 2022 indicano che i padri sono principalmente italiani (79,4%), con un 10,1% di cittadini extra-europei ed un 10,0% extra UE (sempre l'UE originaria a 15 Stati membri). Il 60,5% dei papà appartiene alla classe d'età 30-39 anni (60,9% nel 2021) con un'età media al parto, pari a 35,9 anni (DS=6,4). Per i padri italiani si registra un'età media significativamente più alta rispetto a quella dei papà stranieri: 36,3 vs. 34,3 anni.

Il titolo di studio dei padri italiani risulta essere il diploma di scuola media superiore nel 56,1% dei casi (57,0% nel 2021), rispetto al 49,4% dei padri stranieri (51,3% nel 2020). Tra gli italiani i padri laureati rappresentano il 29,7% del totale (28,2% nel 2021), mentre tra i padri stranieri il 17,1% (16,6% nel 2021). Il 14,3% dei padri italiani ha un livello d'istruzione medio-basso (14,8% nel 2021), mentre tra gli stranieri questa caratteristica riguarda il 33,6% dei casi (32,1% nel 2021).

Il 97,6% dei papà italiani ed il 92,5% dei papà stranieri, risultano essere "occupati". Nel 2021 queste stesse percentuali erano pari rispettivamente al 97,6% e all'91,0%.

## LO STATO DI SALUTE DEL NEONATO

*L'età gestazionale*

Tab. 26 - Nati per settimane di età gestazionale. Anno 2022 vs. 2021 – Provincia Autonoma di Trento

Età gestazionale (settimane)	Nati	% anno 2022	% anno 2021
Meno di 26	3	0,1	0,1
26-27	7	0,2	0,1
28-29	11	0,3	0,1
30-31	12	0,3	0,6
32-33	35	0,9	0,8
34-35	85	2,2	2,3
36	102	2,6	2,4
37	273	6,9	7,4
38	603	15,2	14,8
39	1.152	29,1	28,8
40	1.042	26,3	26,5
41	606	15,3	15,5
42	25	0,6	0,6
<b>Totale</b>	<b>3.956</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

La proporzione di neonati di *età gestazionale estremamente bassa* (fino a 27 settimane) e ad altissimo rischio è pari allo 0,25%; quella con *età gestazionale a medio-alto rischio* (da 28 a 31 settimane) è pari allo 0,58%, mentre quella con *età gestazionale a basso rischio* (da 32 a 36 settimane) è pari al 5,61% dei nati. La distribuzione per età gestazionale è pressoché sovrapponibile a quella degli anni recenti, con lievi oscillazioni nelle classi con bassa casistica; dopo la diminuzione dello scorso anno nella proporzione dei nati tra le 34 e le 35 settimane gestazionali, la percentuale di questa fascia torna attorno al 2,2%. *I nati pretermine complessivi* (meno di 37 settimane complete di gestazione) corrispondono al 6,4% dei neonati: 6,3% nel 2021, nel 2020 erano il 5,6%, nel 2019 il 6,3% nel 2018 erano il 6,2%, nel 2017 il 6,9%, nel 2016 il 7,6%, nel 2015 il 7,4% e nel 2014 il 7,9%.

Il calcolo dell'età gestazionale al parto per punto nascita permette di valutare l'efficienza della concentrazione dei casi a rischio presso i presidi ospedalieri di secondo livello, maggiormente organizzati ed attrezzati per questi casi. Un indicatore di efficienza del cosiddetto “*trasporto in utero*” è espresso dalla percentuale di parti entro la 31<sup>a</sup> settimana che si verifica nel centro di riferimento provinciale (ospedale S. Chiara di Trento) rispetto al totale. Nei punti nascita trentini e presso il punto nascita di Feltre, riferimento per i residenti nel comprensorio del Primiero e Tesino, sono state registrate complessivamente 33 nascite entro le 31 settimane compiute: nel 91,0% dei casi si sono

verificate presso l'ospedale S. Chiara di Trento (94,4% nel 2021, 96,4% nel 2020, 84,0% nel 2019, 93,5% nel 2018, 100,0% nel 2017 e 96,3% nel 2016). La proporzione di nati di 32-33 settimane di gestazione al S. Chiara è pari al 94,2% (33 nascite su 35; 96,8% nel 2022, 90,3% nel 2020, 95,5% nel 2019, 94,6% nel 2018, 95,5% nel 2017 e 95,1% nel 2016), mentre la proporzione di nati al S. Chiara tra le 34 e le 35 settimane si attesta su un 76,5% (65 nascite su 85; 86,0% nel 2021, 77,8% nel 2020, 82,9% nel 2019, 82,6% nel 2018, 75,3% nel 2017 e 72,6% nel 2016). A Rovereto si registrano 2 nati entro le 31 settimane e 20 nati tra le 34 e le 35 settimane (rispettivamente il 6,0% e il 23,5% del totale di neonati in queste classi gestazionali).

Nel 2022 non si osserva una differenza statisticamente significativa nella proporzione di nati pretermine (<37 settimane gestaz.) tra madri italiane e madri straniere: rispettivamente 6,5% e 6,5%.

### **Il peso alla nascita**

**Tab. 27 - Nati per peso alla nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento**

	Peso alla nascita (in grammi)									
	< 1.000	1.000- 1.499	1.500- 1.999	2.000- 2.499	2.500- 2.999	3.000- 3.499	3.500- 3.999	4.000- 4.499	≥ 4.500	Totale
<b>Frequenza</b>	13	15	52	172	794	1.667	1.017	213	13	3.956
<b>%</b>	0,3	0,4	1,3	4,3	20,1	42,1	25,7	5,4	0,3	100,0

I neonati di peso inferiore ai 2.500 grammi costituiscono il 6,3% dei nati (6,8% nel 2021, 5,9% nel 2020, 7,1% nel 2019, 6,3% nel 2018, 7,2% nel 2017 e 7,3% nel 2016). L'87,9% dei neonati pesa tra i 2.500 ed i 3.999 grammi.

A livello nazionale, la proporzione di neonati di peso inferiore ai 2.500 grammi è pari al 6,8%, di cui lo 0,8% ha un peso inferiore a 1.500 grammi (*CedAP Nazionale 2021*).

Il 100,0% dei neonati di peso < 1.500 grammi nasce all'ospedale S. Chiara di Trento.

### **La natimortalità**

Nella legislazione italiana la differenza tra «aborto» e «nato morto» è posta a 25<sup>+5</sup> settimane di età gestazionale; un prodotto del concepimento senza vitalità espulso fino a 180 giorni di età gestazionale è considerato aborto, dal 181° giorno è considerato nato morto (Legge 31 del 2 febbraio 2006 e

Baronciani D, 2008)<sup>12</sup>. Nel 2022 i nati morti sono stati 6, tutti pre-travaglio e provenienti da madri residenti in provincia di Trento. Il *tasso di natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pertanto pari a 1,52 per mille nati.

In Italia nel 2021 il tasso di natimortalità è stato 2,68‰ (CedAP Nazionale 2021).

Per quanto riguarda le caratteristiche materne connesse alla natimortalità, nel 2022 non emergono differenze significative tra casistica dei nati morti e quella dei nati vivi rispetto all'età materna (età media 32,8 vs 32,2 anni,  $p$ -value=0,774), mentre, per quanto concerne la cittadinanza materna, si registra un tasso dell'1,1‰ tra le madri straniere, rispetto all'1,7‰ tra le italiane ( $p$ -value=0,733). Il numero medio di visite ostetriche eseguite dalle madri che hanno partorito un nato morto risulta significativamente minore rispetto al numero di visite tra le madri dei nati vivi (6,0 vs. 6,7), ma bisogna tenere presente che il 50,0% dei nati morti risulta pretermine, contro il 6,2% dei nati vivi, quindi la donna potrebbe non aver avuto il tempo necessario per espletare un numero congruo di visite. Stesso discorso vale per il numero medio di ecografie effettuate, che risulta anch'esso significativamente differente tra madri di nati morti e madri di nati vivi: 3,67 ecografie in media per le prime vs. 3,95 per le seconde.

**Tab. 28 - Nati morti e tasso di natimortalità ‰. Anni 2008-2022 – Provincia Autonoma di Trento**

Anni	Nati morti	Tasso di natimortalità
2008	16	3,0‰
2009	11	2,1‰
2010	20	3,8‰
2011	9	1,8‰
2012	13	2,6‰
2013	15	3,1‰
2014	13	2,8‰
2015	20	4,3‰
2016	9	2,0‰
2017	16	3,7‰
2018	9	2,2‰
2019	13	3,1‰
2020	16	4,0‰
2021	10	2,4‰
2022	6	1,5‰

<sup>12</sup> Legge 2 febbraio 2006, n. 31 "Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto". GU n.34 del 10.02.2006.

Baronciani D et al (a cura di). (2008). La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. Testo integrale: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/D.145a2e31d9f50f850366/P/BLOB%3AID%3D443/E/pdf>

Il 66,7% dei nati morti (4/6) si sono registrati presso l'ospedale S. Chiara di Trento, altri 2 casi si sono verificati nel punto nascita di Cles.

Sette nati vivi sono deceduti dopo il parto, prima della dimissione dal punto nascita.

Fig. 29 - Tasso di natimortalità/1.000. Anni 2008-2022 – Provincia Autonoma di Trento



### L'Apgar e le procedure rianimatorie<sup>13</sup>

Un indice di Apgar a 5 minuti inferiore a 4/10 documenta una situazione “grave” (scarsa attività cardio-respiratoria, cianosi, tono e reattività quasi assenti). Questo valore è documentabile, nei nati vivi, in 11 neonati, pari allo 0,27% dei casi (0,39% nel 2021, 37% nel 2020, 0,31% nel 2019, 0,44% nel 2018, 0,26% nel 2017 e 0,29% nel 2016). Un neonato presenta punteggio Apgar pari a 1, un neonato pari a 2, otto neonati pari a 3 (tutti nati al S. Chiara di Trento e Rovereto). Altri 38 casi (0,9%) presentano un Apgar compreso tra 4 e 6. A livello italiano si registra un punteggio Apgar inferiore a 4 nello 0,13% dei nati vivi e tra 4 e 6 nello 0,61% della casistica nazionale (CedAP nazionale 2021).

Sono state effettuate procedure di rianimazione nel 4,6% dei nati vivi (di cui 0,6% con intubazione).

<sup>13</sup> Sono stati esclusi i nati morti dalle analisi.

### *I ricoveri alla nascita*

I ricoverati alla nascita nel 2022 sono 605 ossia il 15,7% dei nati vivi (15,3% nel 2021, 13,3% nel 2020, 15,1% nel 2019, 13,7% nel 2018, 14,4% nel 2017 e 15,0% nel 2016). La proporzione di nati vivi ricoverati si distribuisce in modo disomogeneo tra i vari punti nascita: nel 2022 la percentuale di ricoverati al S. Chiara di Trento è pari al 17,8% (18,3% nel 2021, 14,1% nel 2020, 17,2% nel 2019, 15,6% nel 2018, 16,6% nel 2017 e 18,4% nel 2016). A Rovereto viene ricoverato il 14,0% dei nati vivi (10,4% nel 2021, 14,5% nel 2020, 14,7% nel 2019, 12,1% nel 2018, 12,7% nel 2017 e 11,9% nel 2016).

La probabilità di ricovero alla nascita si associa allo stato di pretermine e al basso peso alla nascita. Escludendo il punto nascita di Feltre per cui l'informazione sul tipo di degenza non è disponibile, si ricovera l'88,4% dei neonati con meno di 37 settimane di gestazione (il 10,7% di quelli di 37 settimane e oltre) e l'84,5% dei neonati con peso inferiore ai 2.500 grammi (il 11,0% di quelli con peso alla nascita oltre i 2.500 g). Rispetto al 2020 (anno particolare per la riorganizzazione ospedaliera e per le restrizioni dovute alla pandemia da Covid-19), il 2021 presenta una maggior proporzione di ricoveri, sia tra i nati pretermine che tra quelli a termine, portandosi sui valori del 2019. Nel 2022 le proporzioni di ricoveri, sia tra i nati pre termine (88,4%) che tra quelli a termine (10,7%), continuano ad aumentare. Le proporzioni di ricoverati più basse si sono registrate nel 2015 (era stato ricoverato infatti il 71,8% dei pretermine ed il 6,5% dei nati a termine) e nel 2014 (il 54,1% tra i pretermine ed il 4,7% tra i nati a termine).

**Tab. 29 - Giornate medie di degenza nei nati per tipo di parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.**

*Nati vivi, tipo di degenza = nido, non trasferiti, esclusi i parti a domicilio*

Tipo di parto	Nati	Giornate di degenza	
		media	ds
Spontaneo	2.472	2,4	1,2
Parto cesareo elettivo	429	2,8	1,0
Parto cesareo urgente	157	3,0	1,1
Ventosa	170	2,6	0,9
Manovra di Kristeller	3	2,7	0,6

Nel calcolo della degenza media si sono considerati solo i neonati che si ritiene non abbiano avuto problemi, cioè i nati vivi con degenza al nido (esclusi i nati a Feltre), non trasferiti ad altro ospedale e con esclusione dei parti a domicilio. Se nel 2020 si era registrata una riduzione delle giornate di degenza per tutte le tipologie di parto, soprattutto dovuta all'emergenza pandemica da Covid-19 (2,5 giorni per i

parti spontanei e 3,0 giorni per i parti cesarei, rispetto ai 2,9 e 3,6 giorni del 2019), nel 2021 si è osservata un'ulteriore contrazione delle degenze medie: 2,4 e 2,8 giorni rispettivamente per parti spontanei e cesarei. Nel 2022 le degenze medie per parti spontanei (2,4) e cesari (2,8) sono uguali al 2021.

La degenza media per tutti i parti è di 2,5 giorni, come nel 2021, valore in riduzione rispetto agli anni precedenti (era 2,6 nel 2020, 3,0 nel 2018-2019, 3,1 nel 2017 e 3,2 nel 2016).

Per i parti spontanei, la degenza media è abbastanza omogenea tra i punti nascita, con un valore minimo di 2,4 giorni registrato presso i punti nascita di Trento e Rovereto ed un valore massimo di 2,5 giorni negli altri punti nascita. Per i parti cesarei in urgenza o elettivi, il range della degenza media varia dal valore minimo di 2,6 giorni a Trento, fino al valore massimo di 3,5 giorni a Cles.

### ***La fototerapia***

Nel 2022 in provincia di Trento si ricorre alla fototerapia complessivamente nel 3,4% dei nati vivi, valore in aumento rispetto al calo registrato negli ultimi due anni, nel 2021 3,2% e 3,1% nel 2020, ed in linea rispetto al 3,5% del 2018 e 2019. La fototerapia è utilizzata nello 0,5% dei neonati fisiologici e nel 19,2% dei neonati patologici (17,2% nel 2021, 19,3% nel 2020, 18,1% nel 2019, 19,5% nel 2018, 24,2% nel 2017 e 23,2% nel 2016).

Il ricorso alla fototerapia non è omogeneo tra i punti nascita: il punto nascita di Cles presenta un utilizzo di fototerapia nel 4,2% dei propri nati vivi, l'ospedale di Rovereto nel 4,1%, Trento nel 3,0 % e Cavalese nel 2,3%.

*L'allattamento*

*Tab. 30 - Nati vivi per tipo di allattamento. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento*

Latte materno	Frequenza	%
Artificiale	147	3,8
Misto	813	21,0
Predominante	40	1,0
Esclusivo al seno	2.872	74,2
<b>Totale</b>	<b>3.872</b>	<b>100,0</b>

Escludendo i nati morti, i deceduti dopo il parto e i casi con informazione mancante (nati a Feltre), l'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda il 96,2% dei neonati, mantenendosi sui valori alti registrati negli anni precedenti (97,0% nel 2021, 97,7% nel 2020, 97,1% nel 2019, 97,8% nel 2018 e 98,1% nel 2017). Sostanzialmente quasi 8 neonati su 10 sono allattati in modo esclusivo al seno alla dimissione dal punto nascita.

Il trend temporale della proporzione di nati con allattamento esclusivo o predominante al seno presenta valori attorno all'86-88% negli anni 2012-2014. Nel 2015 si registra un calo che porta la percentuale di nati vivi allattati al seno in modo esclusivo o predominante su valori simili a quelli del 2010-2011 (85%), mentre gli anni 2016-2017 presentano un nuovo rialzo con valori rispettivamente dell'86,7% e dell'87,1%. Il 2018 ha mostrato una prima flessione (84,7%) e nel 2019-2022 si è registrato un ulteriore calo (rispettivamente 81,8%, 79,8%, 82,3% e 75,2%). Nel 2022 è aumentata la proporzione di neonati allattati con latte artificiale (3,8% dei nati vivi vs. il 3,0% nel 2021) ed è soprattutto aumentata quella di allattamento misto (21,0% vs. il 14,7% nel 2021). Su questi trend può pesare in modo rilevante una più precisa rilevazione/registrazione della tipologia di allattamento materno che si è andata nel tempo consolidando presso i punti nascita.

La prevalenza dell'allattamento al seno non è omogenea tra i punti nascita: si passa dalla proporzione più bassa di allattamento (esclusivo o predominante) pari al 73,3% nel punto nascita di Rovereto, per arrivare ad un valore massimo, pari all'93,9% a Cavalese.



Tab. 31 - Nati vivi per tipo di allattamento. Percentuale per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento

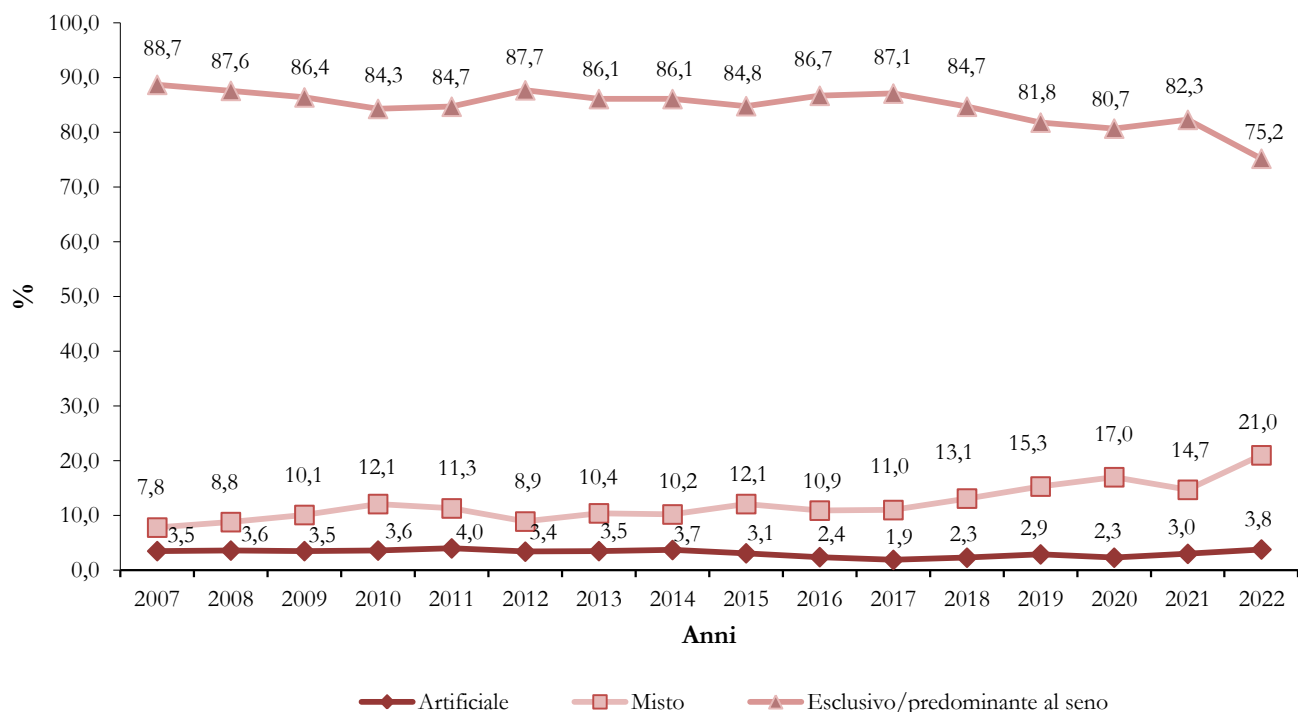
Punto nascita	Nati	Tipo di allattamento				Totale
		Esclusivo	Predominante	Misto	Artificiale	
S. Chiara	2.312	73,5	0,6	22,0	3,9	100,0
Cles	239	78,7	3,3	15,1	2,9	100,0
Rovereto	1.150	72,3	1,0	22,5	4,2	100,0
Cavalese	132	88,6	5,3	5,3	0,8	100,0
Domicilio/Precipitoso	39	92,3	0,0	5,1	2,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>3.872</b>	<b>74,2</b>	<b>1,0</b>	<b>21,0</b>	<b>3,8</b>	<b>100,0</b>

Possibili variabili che hanno un'influenza sulla pratica dell'allattamento esclusivo al seno sono il livello d'istruzione, l'età, la cittadinanza e la residenza della madre, l'aver o meno frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita, la parità e il tipo di parto<sup>14</sup>.

I dati trentini del 2022 indicano come siano più propense ad allattare al seno (in modo esclusivo) le *pluripare* rispetto alle *nullipare* (77,7% vs. 70,7%;  $p$ -value<0,0001), le donne con un più *alto titolo di studio* rispetto alle donne con basso titolo (76,4% vs. 72,5%;  $p$ -value=0,0056), e coloro che hanno avuto *un parto naturale* rispetto ad un parto cesareo (79,5% vs. 55,9%;  $p$ -value<0,0001); questo perché per le donne che hanno partorito con taglio cesareo più facilmente si possono verificare condizioni contrastanti l'inizio dell'allattamento. Questi risultati sono confermati dall'analisi di regressione logistica multipla che valuta l'effetto sull'allattamento esclusivo dei singoli predittori (età della donna, scolarità, cittadinanza, parità, partecipazione agli incontri d'accompagnamento alla nascita e tipo di parto) al netto dell'effetto di tutti gli altri.

<sup>14</sup> Pertile R., Bombarda L., Pedron M., Clivati E., Piffer S., Breastfeeding during the first year of life: estimates using records generated in general paediatrics. *Minerva Pediatr* 2019; 71(2): 116-124.

Fig. 30 – Distribuzione percentuale dell'allattamento materno alla nascita per tipologia. Anni 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento



Le proporzioni nel trend sono state calcolate al netto dei dati mancanti, peraltro molto ridotti.

## INDICE FIGURE

Fig. 1 - Tasso di natalità (rapporto tra numero di nati vivi (dentro e fuori Provincia) dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000). Trend 2012-2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	10
Fig. 2 - Numero medio di figli per donna in Trentino e Italia. Trend 2005-2022 .....	11
Fig. 3 - Numero medio di figli per donna per regione/provincia autonoma. Anno 2022 (Dati ISTAT).....	12
Fig. 4 - Distribuzione percentuale dell'assessment del rischio della gestante al primo colloquio con l'ostetrica, per singola sede del PN. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	15
Fig. 5 Distribuzione percentuale dei parti per modalità, per singolo assessment del rischio al primo colloquio con l'ostetrica. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	18
Fig. 6 – Distribuzione percentuale delle donne che hanno ricorso alla procreazione medicalmente assistita per classi d'età. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	20
Fig. 7 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati per tipologia di tecnica e per classi d'età (uomini). Anno 2022 . ....	23
Fig. 8 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati (I livello) e dei trasferimenti effettuati (II e III livello), per classi d'età (donne). Anno 2022.....	24
Fig. 9 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale delle gravidanze ottenute per forma di terapia e classi d'età (donne). Anno 2022 .....	26
Fig. 10 - Copertura degli incontri di preparazione alla nascita sul totale delle gestanti. Trend 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	27
Fig. 11 - Proporzioni di madri residenti che seguono gli incontri di accompagnamento alla nascita (parziale/completo): nullipare con gravidanza fisiologica e parto a termine (>=37 sett.), totalità nullipare, totalità pluripare e residenti. Anni 2000-2022. – Provincia Autonoma di Trento .....	29
Fig. 12 - Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	41
Fig. 13 - Proporzioni di nati vivi da donne residenti, partoriti fuori Provincia. Anni 2010-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	43
Fig. 14 - Proporzioni di nati con parto cesareo nei punti nascita provinciali . Anni 2007- 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	47
Fig. 15 - Proporzioni di parti cesarei per regione. Italia 2021.....	48
Fig. 16 - Proporzioni di parti cesarei per punto nascita provinciale. Periodo 2018-2022 – Provincia Autonoma di Trento ..	48
Fig. 17 - Parto cesareo per parità. Anno 2022 Provincia Autonoma di Trento .....	50
Fig. 18 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson; per singolo anno. Anni 2006-2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	52
Fig. 19 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei parti vaginali. Trend 2000-2022 Provincia Autonoma di Trento .....	54

Fig. 20 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Trend 2000-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	56
Fig. 21 - Grado delle lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Tutti i punti nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	56
Fig. 22 - Perdite ematiche (in ml) per tipo di parto. Tutti i punti nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	58
Fig. 23 - Trend parti gemellari. Anni 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	59
Fig. 24 - Proporzioni parti gemellari sul totale parti. Anni 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	59
Fig. 25 – Distribuzione percentuale delle madri per classe d'età al parto e cittadinanza. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	61
Fig. 26 - Percentuale di madri straniere (extra UE – extra Europa). Anni 2006-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	62
Fig. 27 – Distribuzione percentuale dei parti per area geografica di provenienza delle madri straniere. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	62
Fig. 28 - Percentuale di madri nubili. Anni 2006-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	63
Fig. 29 - Tasso di natimortalità/1.000. Anni 2008-2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	69
Fig. 30 – Distribuzione percentuale dell'allattamento materno alla nascita per tipologia. Anni 2007-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	74

## **INDICE TABELLE**

Tab. 1 - Percorsi nascita conclusi nel 2022 per sede e per assessment del rischio al primo colloquio con l'ostetrica – Provincia Autonoma di Trento.....	17
Tab. 2 - Centro PMA di Arco. Soggetti trattati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2022 .....	22
Tab. 3 - Centro PMA di Arco. Cicli iniziati* per forma di terapia. Anno 2022 .....	22
Tab. 4 - Centro PMA di Arco. Numero di gravidanze per tecnica utilizzata e genere (singola o plurima). Anno 2022 .....	26
Tab. 5 - Madri per frequenza agli incontri di preparazione alla nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	27
Tab. 6 - Frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita, secondo la parità e la residenza della madre. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	29
Tab. 7 - Gestanti con gravidanza problematica per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	31
Tab. 8 - Problemi/condizioni ricorrenti con maggior frequenza nelle gestanti con gravidanza patologica. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	32
Tab. 9 - Madri per numero di visite ostetriche e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	33
Tab. 10 - Madri per numero di visite ostetriche e decorso della gravidanza. Valori percentuali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	33
Tab. 11 - Madri per numero di ecografie e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	34
Tab. 12 - Madri per numero di ecografie e tipo di gravidanza, valori percentuali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	35
Tab. 13 - Indagini prenatali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. ....	36
Tab. 14 - Madri per fumo in gravidanza. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	38
Tab. 15 - Parti per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	40
Tab. 16 - Nati per punto nascita. Anni 2012-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	41
Tab. 17 - Percentuale di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali per rete professionale territoriale di residenza della madre. Anni 2010-2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	44
Tab. 18 - Numero dei parti di donne residenti per rete territoriale di residenza della madre e per punto nascita ospedaliero (sono incluse anche le donne residenti fuori Trentino sotto la dicitura Fuori Provincia- Estero). Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	46
Tab. 19 - Nati per tipo di parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	47
Tab. 20 - Tipo di parto negli ospedali provinciali (più Feltre) per presentazione del feto. Valori percentuali. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento.....	49
Tab. 21 - Percentuale di parti cesarei primari. Per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	51
Tab. 22 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson. Periodo 2022-2018 – Provincia Autonoma di Trento.....	53
Tab. 23 - Parti (esclusi i cesarei) per episiotomia e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	55

Tab. 24 - Distribuzione percentuale dei parti spontanei per parità, episiotomia e lacerazioni. Anno 2022.....	55
Tab. 25 - Distribuzione di frequenza (assoluta e percentuale) dei parti con lacerazioni per grado di lacerazione e luogo del parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	57
Tab. 26 - Nati per settimane di età gestazionale. Anno 2022 vs. 2021 – Provincia Autonoma di Trento .....	66
Tab. 27 - Nati per peso alla nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	67
Tab. 28 - Nati morti e tasso di natimortalità ‰. Anni 2008-2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	68
Tab. 29 - Giornate medie di degenza nei nati per tipo di parto. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento. Nati vivi, tipo di degenza = nido, non trasferiti, esclusi i parti a domicilio .....	70
Tab. 30 - Nati vivi per tipo di allattamento. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento .....	72
Tab. 31 - Nati vivi per tipo di allattamento. Percentuale per punto nascita. Anno 2022 – Provincia Autonoma di Trento ....	73

## ABBREVIAZIONI

---

APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
BMI	Body Mass Index o Indice di Massa Corporea (IMC)
IAN	Incontro di Accompagnamento alla Nascita
CedAP	Certificato di Assistenza al Parto
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DS	Deviazione Standard
EUROSTAT	Ufficio Statistico dell'unione Europea
FER	Frozen Embryo Replacement
FIVET	Fertilizzazione In Vitro con Embryo Transfer fertilizzazione in vitro con trasferimento dell'embrione
ICSI	Intra Cytoplasmatic Sperm Injection iniezione intracitoplasmica dello spermatozoo
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
IUI	Intra Uterine Insemination inseminazione intrauterina
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OR	Odds ratio
$p$	$p$ -value o valore di probabilità
PAT	Provincia Autonoma di Trento
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PN	Percorso Nascita
TFT	Tasso di Fecondità Totale
U.O.	Unità Operativa
UE	Unione Europea