



Provincia Autonoma di Trento
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari



RAPPORTO ANNUALE SULLA NATALITA'

(Assistenza in gravidanza, al parto ed al neonato)

IN PROVINCIA DI TRENTO

Anno 2016

Dipartimento di Governance

Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa

Trento Agosto 2017

A cura di

Riccardo Pertile
Mariangela Pedron
Silvano Piffer

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

Un ringraziamento per la raccolta, la registrazione ed il controllo dei dati a tutti gli operatori *delle Sale Parto, delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia* dei presidi ospedalieri della provincia di Trento. Il loro costante impegno rende possibile – da 20 anni ad oggi – la diffusione di questo rapporto annuale.

Un ringraziamento per il supporto informatico a Patrizia Menestrina del *Servizio Sistemi Informativi* dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Un ringraziamento, per la messa a disposizione dei propri dati di attività ai colleghi del *Centro PMA dell’ospedale di Arco*.

L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO ED AL NEONATO

Il momento della nascita e gli aspetti connessi alla sfera riproduttiva sono fondamentali nel determinare e nel descrivere la salute di una popolazione. Gli aspetti cruciali riguardano l'assistenza prenatale, l'assistenza alla gravidanza e al parto, la salute perinatale e del bambino nel primo anno di vita. 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.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) del Ministero della Salute costituisce una buona struttura concettuale di riferimento al riguardo.

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 – Stime per l'anno 2016”.

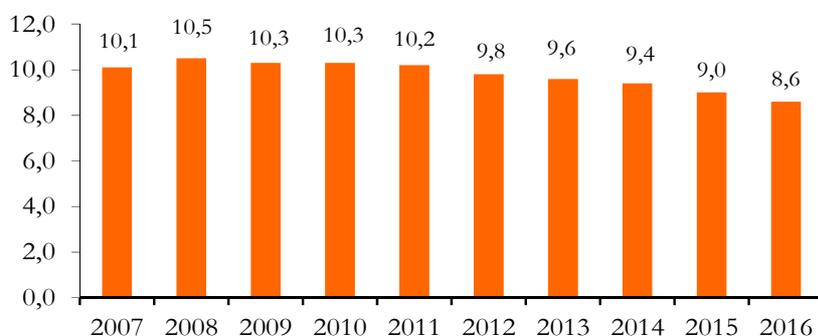
L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO ED AL NEONATO	3
La Natalità nell'anno 2016 ed il trend 2007-2016	5
Il luogo del parto	8
La residenza della madre e l'ospedale di nascita	10
Le caratteristiche dei genitori	11
<i>Età materna al parto</i>	11
<i>Cittadinanza materna</i>	12
<i>Stato civile materno</i>	13
<i>Livello d'istruzione e condizione professionale della madre</i>	14
<i>Caratteristiche socio-demografiche paterne</i>	14
Le caratteristiche della gravidanza	15
<i>Il decorso della gravidanza</i>	15
I controlli in gravidanza	16
<i>Le visite ostetriche</i>	16
<i>L'ecografia</i>	18
Le indagini prenatali: amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi	20
La procreazione assistita	21
L'attività del Centro Provinciale per la Procreazione Medicalmente Assistita - Ospedale Alto Garda e Ledro (Arco)	22
I corsi di preparazione alla nascita	25
Il fumo in gravidanza	28
Le caratteristiche del parto	29
<i>Il tipo di parto – il parto cesareo</i>	29
<i>Il parto cesareo primario</i>	32
<i>L'evoluzione dei parti cesarei secondo le classi di Robson</i>	33
L'episiotomia e le lacerazioni	35
Emorragia post-partum	37
I parti gemellari	38
Lo stato di salute del neonato	39
<i>L'età gestazionale</i>	39
<i>Il peso alla nascita</i>	40
<i>La natimortalità</i>	40
<i>L'Apgar e le procedure rianimatorie</i>	41
<i>I ricoveri alla nascita</i>	41
<i>La fototerapia</i>	42
<i>L'allattamento</i>	43
Sintesi e conclusioni	45

La Natalità nell'anno 2016 ed il trend 2007-2016

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2016, 4.289 bambini, a cui si aggiungono i 34 nati a domicilio, i 14 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 79 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in Provincia di Trento, per un totale complessivo di 4.416 neonati, con un decremento di 224 nati rispetto all'anno precedente (-4,8%). I nati da donne residenti sono 4.205, di cui 4.196 nati vivi.

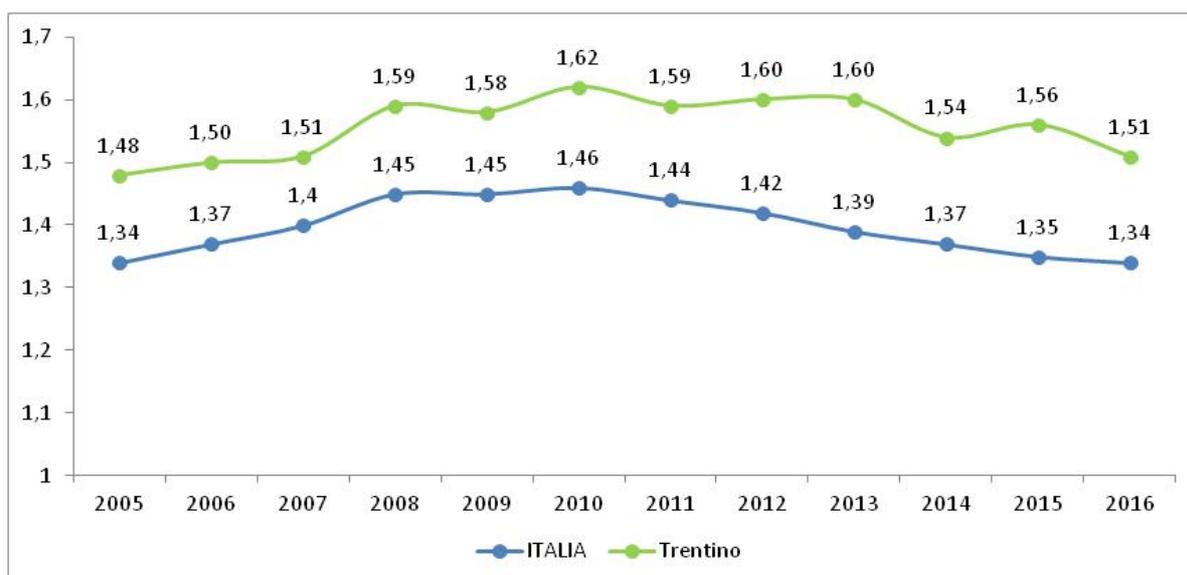
Il tasso di natalità¹ per il 2016, se consideriamo solo i dati del CedAP provinciale più Feltre, risulta pari a 7,8 nati vivi per 1.000 abitanti (8,2‰ nel 2015, 8,3‰ nel 2014, 8,7‰ nel 2013, 9,0‰ nel 2012 e 9,2‰ nel 2011), pari a 8,6‰ completando l'informazione con i nati da donne residenti che hanno partorito fuori Provincia. Si registra un trend di decremento della natalità trentina nell'ultimo quinquennio.

Fig.1 Provincia di Trento. Tasso di natalità. Trend 2007-2016



Fonte: ISTAT (<http://demo.istat.it>) - Indicatori Demografici e ISTAT "Indicatori demografici – Stime per l'anno 2015". ISTAT Indicatori Demografici e ISTAT "Indicatori demografici – Stime per l'anno 2016".

Fig.2 Numero medio di figli per donna in Trentino e Italia. Trend 2005-2016.



Fonti: ISTAT Report Natalità e fecondità per anno. ISTAT Indicatori demografici – Stime per l'anno 2016.

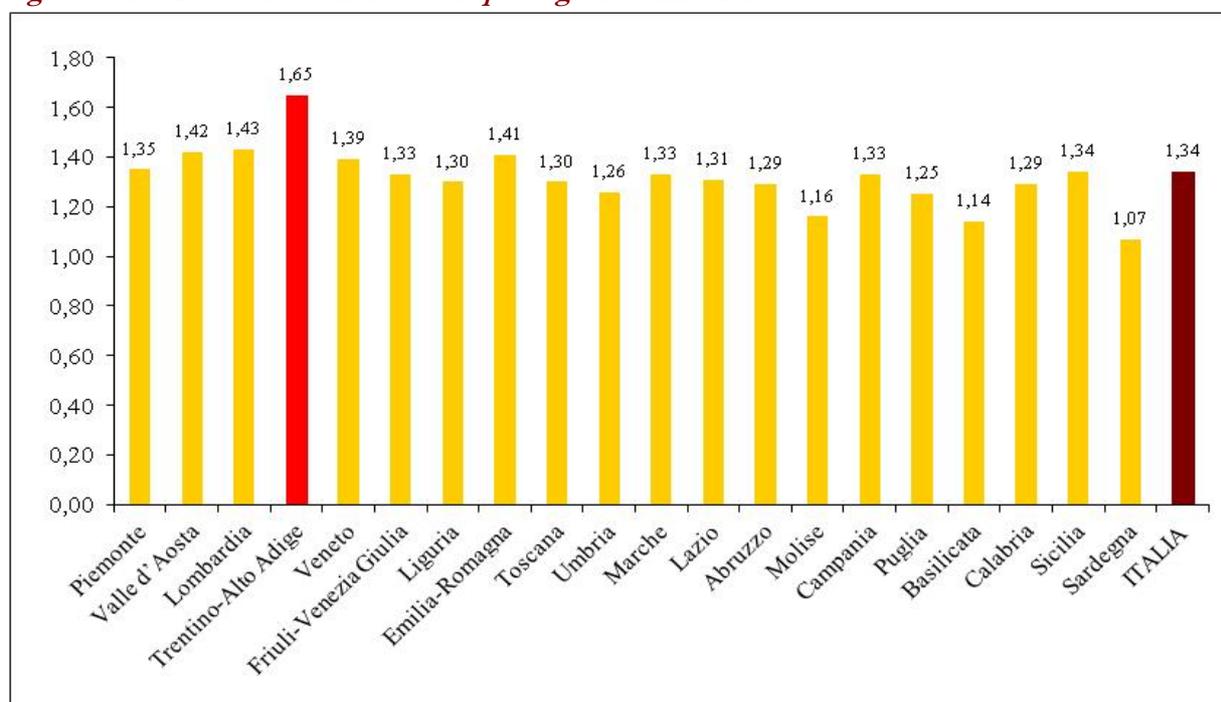
¹ Tasso di natalità: rapporto tra numero di nati vivi (dentro e fuori Provincia) dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

Nel 2016 la stima del tasso di fecondità totale² (TFT) nazionale è pari a 1,34. Per il sesto anno consecutivo, nel 2016, si registra una riduzione del numero medio di figli per donna. Dopo la fase di timida ripresa dello scorso decennio – con un massimo di 1,46 figli registrato nel 2010 – la fecondità nazionale è tornata sui livelli pre 2007 (1,34 figli) che la rende ancora distante dalla media dell’Unione europea (1,58 figli nel 2015, fonte Eurostat) e insufficiente a garantire il necessario ricambio generazionale.

Nel frattempo, la decisione di mettere al mondo dei figli viene sempre più posticipata, come documenta l’aumento dell’età media delle madri al parto, che si porta da 31 anni nel 2007 a 31,7 nel 2016.

Nel 2016, come ormai da diverso tempo, è nelle regioni del Nord che si riscontra la fecondità più elevata del Paese (1,4 figli per donna), davanti a quelle del Centro (1,31) e del Mezzogiorno (1,29). Con 1,65 figli per donna nel 2016 (1,64 nel 2015) il Trentino-Alto Adige si conferma la regione più prolifica del Paese, seguita piuttosto a distanza da Lombardia (1,43), Valle d’Aosta (1,42) ed Emilia-Romagna (1,41). La variabilità della fecondità su base regionale dipende da numerose ragioni sia di carattere strutturale (diversa composizione della popolazione residente per età e cittadinanza), sia socio-economiche. Citando ad esempio il diverso contributo alla fecondità delle donne straniere, al Nord è di gran lunga più rilevante, perché maturato sia da una maggiore presenza nel territorio sia da una più alta propensione riproduttiva. Le donne straniere in età feconda, che usualmente manifestano un comportamento riproduttivo più accentuato e sono favorite da una struttura per età nettamente più giovane, hanno avuto in media 1,95 figli nel 2016 (contro 1,94 del 2015). Le italiane, dal canto loro, sono rimaste sul valore di 1,27 figli, esattamente come l’anno precedente. (ISTAT, *Report Indicatori Demografici – Stime per l’anno 2016, pubblicato il 6 marzo 2017*).

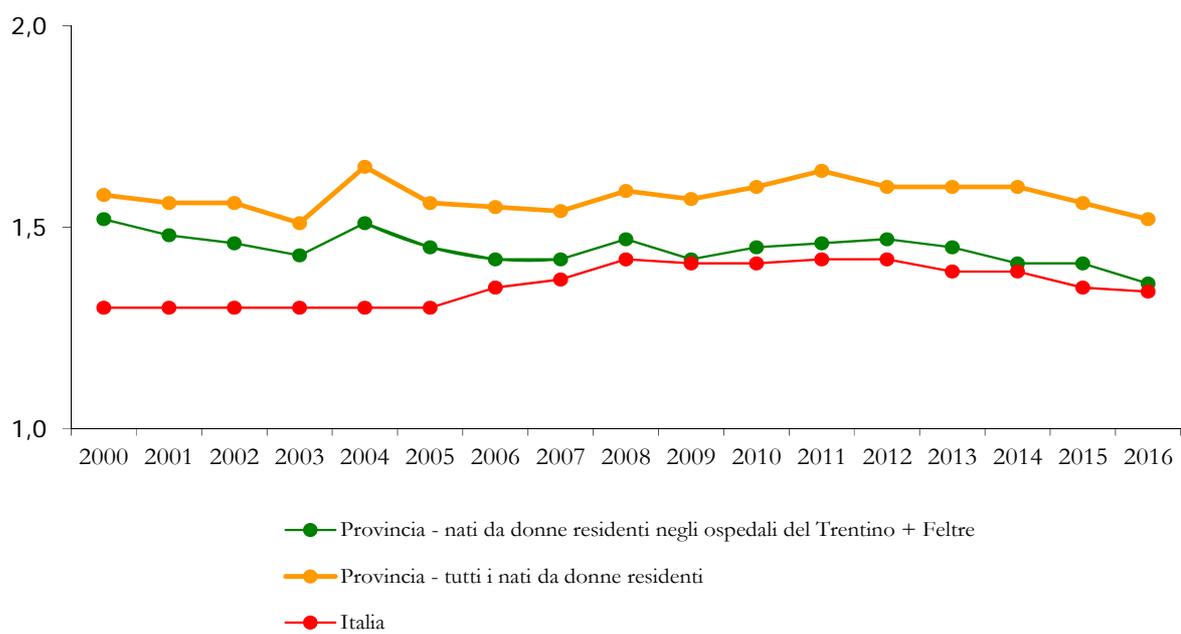
Fig.3 - Italia. Tasso di fecondità totale per regione. Anno 2016



Fonte: ISTAT Indicatori demografici – Stime per l’anno 2016.

² 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.

Fig.4 Tasso di fecondità totale. Provincia di Trento vs. Italia. Anni 2000-2016



Il luogo del parto

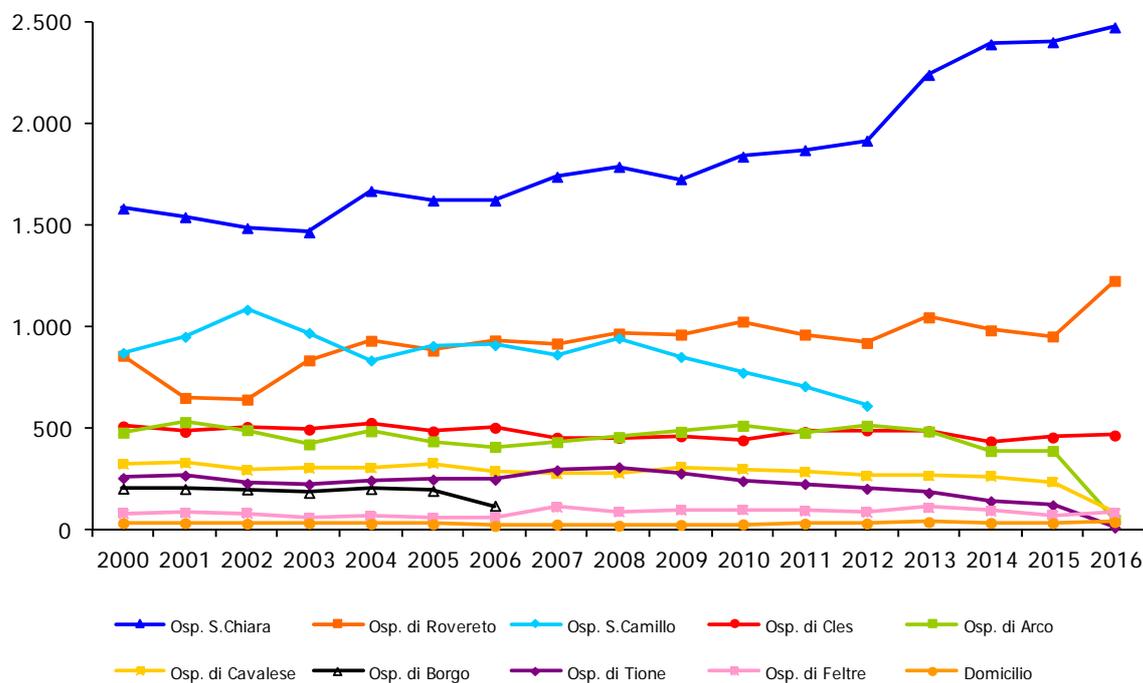
Tab. 1 Provincia di Trento. *Nati per punto nascita. Anni 2007-2016*

Luogo di nascita	Anno									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Osp. S. Chiara	1.736	1.785	1.724	1.835	1.867	1.914	2.238	2.389	2.399	2.472
Osp. di Rovereto	914	963	958	1.022	958	917	1.043	979	949	1.223
Osp. S. Camillo	860	941	848	770	704	607	-	-	-	-
Osp. di Cles	450	449	457	437	478	486	482	432	451	461
Osp. di Arco†	428	453	479	509	474	509	481	384	385	46
Osp. di Cavalese	272	274	304	294	280	262	263	259	232	80
Osp. di Tione†	289	304	274	236	222	198	178	137	117	7
Osp. di Feltre	73	85	93	95	88	82	105	88	68	79
Domicilio(*)	29	24	28	34	34	43	42	37	39	48
Totale	5.051	5.278	5.165	5.232	5.105	5.018	4.832	4.705	4.640	4.416

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

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

Fig.5 Provincia di Trento. *Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2016*



Le tendenze del 2016 indicano che:

- nonostante il costante trend in diminuzione del numero di nascite in Trentino, l'ospedale **S. Chiara di Trento** è l'unico punto nascita dove si registra un costante aumento dei livelli di natalità (+3,0% rispetto al 2015); se nel 2013-2015 il picco era dovuto soprattutto alla chiusura

del punto nascita del S. Camillo, nel corso del 2016 la chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco ha implicato un'ulteriore crescita del numero di nati presso questo presidio ospedaliero. Da rilevare, inoltre, che nel 2016 al S. Chiara si è registrato il 57,6% delle nascite complessive della provincia (51,7% nel 2015 e 50,8% nel 2014);

- anche per l'ospedale di **Rovereto** la chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco ha portato ad un aumento significativo delle nascite nel 2016, facendo registrare il massimo numero di nati degli ultimi vent'anni con 1.223 nati, pari a + 28,9% rispetto al 2015. Si conferma quale secondo punto nascita provinciale per numero di nati;
- il punto nascita di **Cles**, dopo il calo di nascite del 2014 (-10,4% rispetto al 2013), si riporta su livelli di natalità più elevati (451 nati nel 2015 e 461 nel 2016) consolidando la sua posizione di terzo punto nascita provinciale, soprattutto dopo la chiusura di Arco;
- l'ospedale di **Cavalese**, presenta un trend in diminuzione negli ultimi otto anni, raggiungendo il suo minimo nel 2016 con soli 80 nati (-65,5% rispetto al 2015);
- il punto nascita di **Arco** è stato chiuso il 1° agosto 2016. Nei primi sette mesi del 2016 erano nati 46 bambini;
- l'ospedale di **Tione** ha chiuso il punto nascita il 23 maggio 2016 con 7 nati all'attivo.

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2016, l'83,7% della natalità trentina (72,2% nel 2015, 71,6% nel 2014, 67,9% nel 2013 e 56,4% nel 2012), come può anche essere apprezzato dalla tabella seguente che considera il numero dei parti.

Tab.2 Provincia di Trento. Parti per punto nascita. Anno 2016

Luogo di nascita	Freq	Freq %
Osp. S. Chiara	2.403	55,5
Osp. di Rovereto	1.211	28,0
Osp. di Cles	460	10,6
Osp. di Arco†	46	1,1
Osp. di Cavalese	79	1,8
Osp. di Tione†	7	0,2
Ospedale di Feltre	77	1,8
Domicilio	34	0,8
Altro luogo	14	0,3
Provincia	4.331	100,0

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

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 l'85,9% dei parti nei punti nascita provinciali, hanno luogo in una struttura dove avvengono almeno 1.000 parti annui (51,9% nel 2015 e 50,2% nel 2014, anni in cui Rovereto non aveva raggiunto i 1.000 parti annui). In Italia il 62,5% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui (dato dal Rapporto *CedAP Nazionale 2014*). Il rimanente 14,4% dei parti provinciali del 2016 avviene in punti nascita dove annualmente si svolgono meno di 500 parti.

La residenza della madre e l'ospedale di nascita

La chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco a metà del 2016 e la ridotta funzionalità del punto nascita di Cavalese comporta un cambiamento nella corrispondenza tra residenza della madre ed ospedale/i di riferimento. In particolare le gestanti residenti in Alto-Garda e Ledro e nelle Giudicarie hanno spostato il proprio punto nascita di afferenza nella seconda parte dell'anno rispettivamente da Arco a Rovereto e da Tione a Trento/Rovereto in base alla residenza specifica della donna. Nel 2016 la corrispondenza media tra residenza della madre ed ospedale di riferimento risulta pari all'87,4%. Si era osservato un trend in diminuzione nei 5 anni precedenti (78,9% nel 2015, 83,9% nel 2014, 85,2% nel 2013 e 85,3% nel 2012), il rialzo del 2016 è dovuto principalmente alla riduzione dei punti nascita sopra citata. Per le residenti nella comunità Valsugana-Tesino si considera come punto nascita di riferimento l'ospedale S. Chiara di Trento, anche se si registrano 25 nati presso l'ospedale di Feltre; presumibilmente si tratta di madri del Tesino che per prossimità geografica si rivolgono al punto nascita veneto di Feltre.

Le residenti nel Primiero hanno come riferimento, per prossimità geografica, l'ospedale di Feltre a cui afferiscono per il 94,1% dei casi.

Un discorso a parte va fatto per i 34 nati a domicilio, di cui 8 si sono osservati in donne residenti in Valle dell'Adige, 6 in Vallagarina, 4 in Valsugana e Bersntol, 3 in val di Fiemme, 3 nelle Giudicarie, 3 in valle dei Laghi, 2 in Alto Garda e Ledro e 2 in val di Non.

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.

Una novità del presente rapporto riguarda l'accordo, attivato tra l'Osservatorio Epidemiologico di Bolzano ed il Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS di Trento, che prevede un reciproco scambio di dati: grazie a questa collaborazione è possibile il monitoraggio della cosiddetta fuga extra-provinciale per parto verso le strutture della provincia di Bolzano che tra l'altro riguarda il 60% dei parti extra-provinciali³. Si presenta quindi l'elaborazione dei dati relativi ai Certificati di Assistenza al Parto di donne residenti in provincia di Trento e che hanno partorito in una struttura dell'Alto-Adige nel corso del 2016. La comunità di valle con la più alta proporzione di fuga per parto verso l'Alto-Adige è la val di Fassa in cui il 33,7% delle donne ha scelto di partorire in una struttura alto-atesina. A seguire si trova la comunità della val di Fiemme con un 15,9%, la comunità Rotaliana-Königsberg (11,0%) e la comunità della Paganella (10,0%).

³ Pertile R., Pedron M., Piffer S., La mobilità passiva per parto nelle donne trentine. Anni 2010-2014

Tab.3 Provincia di Trento. Comunità di residenza della madre e punto nascita ospedaliero. Anno 2016

Comunità di residenza madre	Punto nascita							Alto-Adige
	S. Chiara	Cles	Rovereto	Tione	Arco	Cavalese	Feltre	
Comunità di Fiemme	62	-	-	-	-	53	1	22
Comunità di Primiero	3	-	-	-	-	-	49	5
Comunità Valsugana-Tesino	161	1	2	-	-	1	25	6
Comunità Alta Valsugana-Bersentol	415	2	9	-	-	-	-	23
Comunità Valle di Cembra	85	5	3	-	-	1	-	3
Comunità Valle di Non	61	245	3	-	1	-	-	16
Comunità Valle di Sole	15	104	2	-	-	-	-	-
Comunità delle Giudicarie	181	14	79	7	4	-	-	2
Comunità Alto Garda e Ledro	73	-	288	-	32	-	-	10
Comunità della Vallagarina	60	1	681	-	2	-	-	22
Comun General de Fascia	37	-	1	-	-	21	-	30
Magnifica Comunità Altipiani Cimbri	6	2	12	-	-	-	-	-
Comunità Rotaliana-Königsberg	177	49	9	-	-	-	-	29
Comunità della Paganella	22	13	1	-	-	-	-	4
Valle dell'Adige	882	6	37	-	-	1	2	45
Comunità della Valle dei Laghi	63	1	3	-	1	-	-	-
Fuori provincia	49	11	56	-	6	2	-	-
Estero	50	5	24	-	-	-	-	-
Totale*	2.403	460	1.211	7	46	79	77	217

*Per tre madri non è presente l'informazione sulla residenza in quanto madri che non vogliono essere nominate.

Le caratteristiche dei genitori

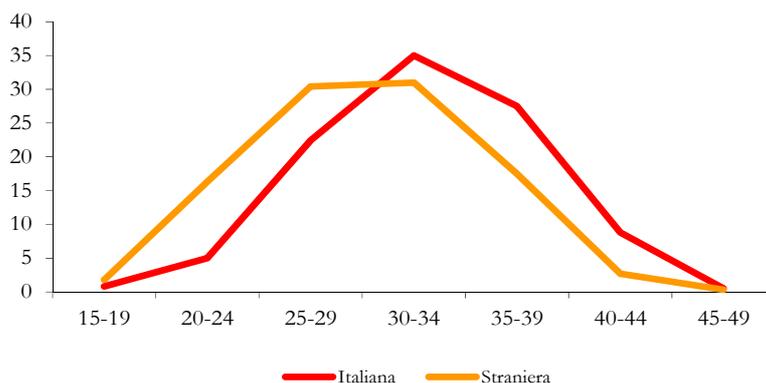
Età materna al parto

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 2016 l'età media delle mamme al parto è di 31,9 anni (31,7 anni nel 2015, 31,8 nel 2014 e 31,6 nel 2013); in Italia nel 2016 si registra un'età media al parto di 31,7 anni.

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 6. 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=5,2) e un'età mediana di 33 anni, per le donne con cittadinanza straniera si rileva un'età media al parto di 29,8 anni (DS=5,4) e un'età mediana di 30 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 29,8 anni.

In Trentino nel 2016 l'età media al primo figlio per le donne italiane è pari a 31,1 anni, per le straniere pari a 27,6 anni. Le *madri che hanno meno di 20 anni* sono 45 (l'1,0% del totale), 21 con cittadinanza italiana e 24 straniera. Le *minorenni* sono 10 (lo 0,2% sul totale dei parti), mentre le donne con più di 44 anni sono 20 (lo 0,5% del totale), proporzione quest'ultima che sembra essere in aumento negli ultimi anni.

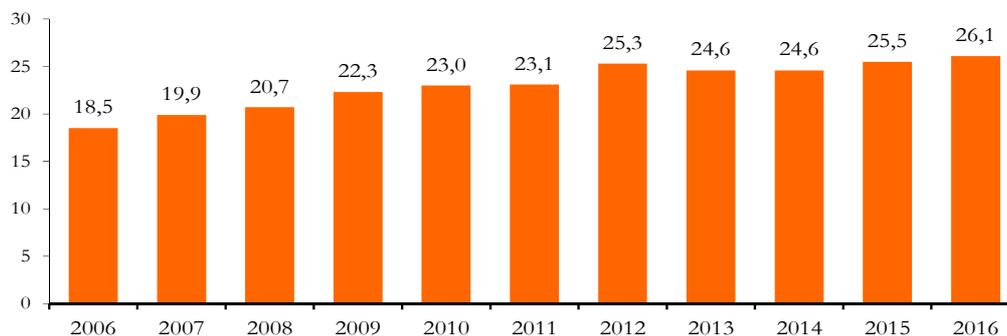
Fig. 6 Provincia di Trento. Madri per classe d'età al parto e cittadinanza. Anno 2016



Cittadinanza materna

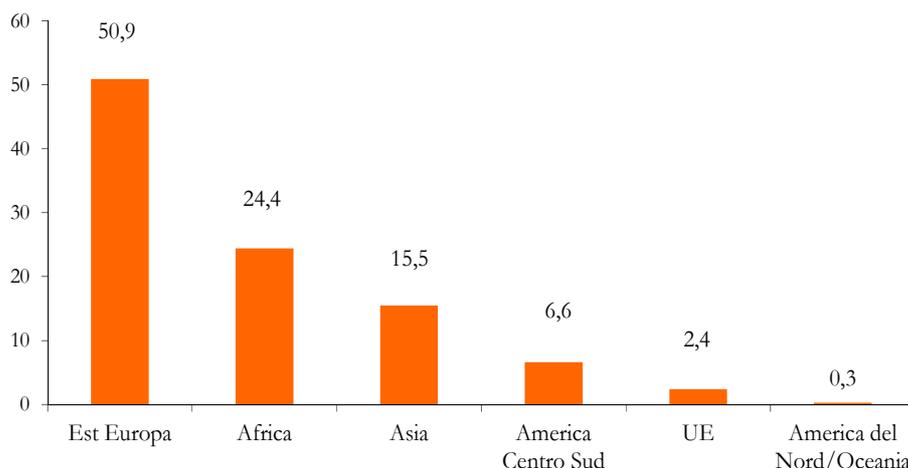
Negli anni 2012-2015, la proporzione delle madri con cittadinanza extra UE⁴ si era attestata attorno al 25%. Nel 2016 questa percentuale torna a crescere rappresentando il 26,1% delle madri partorienti. Lo 0,6% riguarda donne con cittadinanza di altri Paesi dell'UE (intesa come l'originaria UE a 15 Stati). In Italia nel 2016 il 19,4% dei parti è relativo a madri di cittadinanza straniera.

Fig. 7 Provincia di Trento. Proporzioe di madri straniere (extra UE – extra Europa). Anni 2006-2016



⁴ UE a 15 stati: Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

Fig. 8 Provincia di Trento. Parti per area geografica di provenienza della madre straniera. Anno 2016

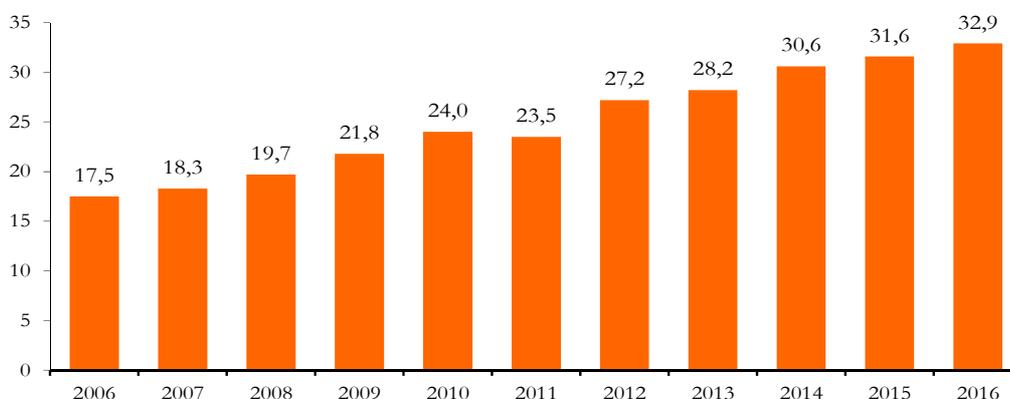


Tra le madri con cittadinanza straniera, l'area geografica di provenienza più rappresentativa, seppur in netta diminuzione rispetto agli anni precedenti, resta quella dell'Europa dell'Est (50,9% nel 2016 vs. 58,4% nel 2015), seguita dall'Africa (24,4% nel 2016 vs. 19,9% nel 2015) e dall'Asia (15,5% nel 2016 vs. 14,1% nel 2015). Le madri di origine sud americana sono il 6,6% delle madri straniere (5,7% nel 2015).

Stato civile materno

La proporzione di madri nubili continua a crescere: si è passati dal 7,6% della fine degli anni '90 al 32,9% nel 2016. Tra le straniere la proporzione di madri nubili è pari al 18,8% (15,8% nel 2015, 16,5% nel 2014 e 15,6% nel 2013), mentre tra le italiane pari al 38,1% (37,2% nel 2015, 35,4% nel 2014 e 32,5% nel 2013). In Italia, nel 2015, la proporzione di madri nubili era del 27,4% (fonte del dato: <http://dati.istat.it>).

Fig. 9 Proporzioni di madri nubili. Anni 2006-2016



La proporzione delle madri già coniugate (separate, divorziate o vedove) nel 2016 è pari al 2,7%.

Livello d'istruzione e condizione professionale della madre

Il livello culturale della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi, sia gli outcomes assistenziali del feto e del neonato. Delle *donne italiane* che hanno partorito in Trentino nel 2016, il 50,6% ha la licenza media superiore, il 7,5% ha una scolarità medio bassa (licenza media inferiore o licenza elementare) e il 42,0% ha conseguito una laurea (triennale o magistrale/specialistica).

Fra le *straniere* il 31,2% ha una scolarità medio bassa, il 46,7% ha la licenza media superiore e il 22,1% è laureata. Confrontando questi dati con quelli degli anni passati, si osserva un trend in costante aumento del livello d'istruzione, sia tra le madri italiane, sia tra quelle con cittadinanza straniera. 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.

Il 75,6% delle madri italiane risulta "occupata" (75,7% nel 2015, 78,0% nel 2014 e 79,2% nel 2013) a fronte del 27,7% delle donne straniere (29,8% nel 2015, 26,7% nel 2014 e 29,4% nel 2013). Quest'ultime risultano essere prevalentemente casalinghe (51,1%) o disoccupate (17,5%); invece tra le madri italiane solo il 10,0% dichiara di essere casalinga e l'11,2% disoccupata.

Caratteristiche socio-demografiche paterne

I dati del 2016 evidenziano che i padri sono principalmente italiani (78,2% vs. 77,1% del 2015), con un 10,2% di cittadini extra-europei ed un 11,2% extra UE (sempre l'UE originaria a 15 Stati membri). Il 57,3% dei papà appartiene alla classe d'età 30-39 anni (57,5% nel 2015, 58,4% nel 2014, 59,5% nel 2013 e 58,7% nel 2012) con un'età media al parto di 35,8 anni (DS=6,3). Per i padri italiani si registra un'età media significativamente più alta rispetto a quella dei papà stranieri: 36,3 vs. 33,8 anni.

Il titolo di studio dei padri italiani risulta essere il diploma di scuola media superiore nel 57,7% dei casi (56,5% nel 2015 e 54,3% nel 2014), rispetto al 52,7% dei padri stranieri (51,5% nel 2015 e 48,5% nel 2014). Tra gli italiani i padri laureati rappresentano il 23,9% del totale (23,1% nel 2015 e 23,6% nel 2014), mentre tra i padri stranieri il 13,2% (13,2% anche nel 2015 e 14,0% nel 2014). Il 18,4% dei padri italiani ha un livello d'istruzione medio-basso (20,4% nel 2015 e 22,1% nel 2014), mentre tra gli stranieri questa caratteristica riguarda il 34,2% dei casi (35,3% nel 2015 e 37,5% nel 2014).

Il 96,7% dei papà italiani e l'83,3% dei papà stranieri, risultano essere "occupati". Nel 2015 si registravano percentuali pari al 96,2% e all'82,7%, nel 2014 invece 95,9% e 81,5%.

Le caratteristiche della gravidanza

Il decorso della gravidanza

I dati raccolti nel flusso CedAP consentono – peraltro 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.

Probabilmente un sistematico incrocio con le SDO potrebbe essere utile a definire meglio l'entità e le caratteristiche della gravidanza fisiologica/patologica.

Riferendoci in modo esclusivo ai dati CedAP, emerge che per 1.442 madri (33,3% delle gestanti) sono stati registrati 1 o più eventi patologici nel corso della gravidanza. Per differenza quindi, nel 66,7% delle gestanti non si registrano eventi patologici e quindi risultano “presuntivamente” (e verosimilmente con una certa sovrastima) avere avuto una gravidanza fisiologica.

Tab.4 Provincia di Trento. Gestanti con gravidanza problematica. Per punto nascita. Anno 2016

Luogo del parto	Num. Gestanti con decorso problematico	% sul totale gestanti con decorso problematico	% su gestanti assistite presso i punti nascita
Ospedale S. Chiara	1.067	74,0	44,4
Ospedale di Rovereto	309	21,4	25,5
Ospedale di Cles	40	2,8	8,7
Ospedale di Arco	7	0,5	15,2
Ospedale di Cavalese	5	0,3	6,3
Ospedale di Tione	1	0,1	14,3
Ospedale di Feltre	12	0,8	15,6
Domicilio e precipitoso	1	0,1	2,1
Totale	1.442	100,0	33,3

Come atteso, la proporzione più elevata di casi di madri con gravidanza patologica sul totale dei parti per punto nascita, si registra al S. Chiara di Trento (44,4%), seguito da Rovereto (25,5%). Analizzando invece la sola casistica di gestanti con gravidanza problematica, si evidenzia che il punto nascita del S. Chiara di Trento concentra il 74,0% dei casi.

I problemi più frequentemente registrati nel corso della gravidanza delle 1.442 gestanti sono rappresentati nella tabella seguente.

Tab.5 Provincia di Trento. Problemi/condizioni ricorrenti con maggior frequenza nelle gestanti con gravidanza patologica. Anno 2016

Patologia	Numero condizioni
Diabete	283
	<i>Pregravidico</i>
	<i>Gestazionale</i>
Ipertensione	85
	<i>Pregravidica</i>
	<i>Gestazionale</i>
Patologia Tiroidea	603
	<i>Ipertiroidismo</i>
	<i>Ipotiroidismo</i>
Patologia Ematologica	113
	<i>Anemia</i>
	<i>Piastrinopenia</i>
	<i>Trombofilia</i>
Patologia uterina	14
Patologia Epatica (Colostasi intraepatica)	55
Pre-Eclampsia lieve-grave	47
Patologia Placentare (praevia – abruptio)	11
Altro	629
Totale	1.840 *

* Questo totale è maggiore di 1.442 in quanto per ogni gestante possono essere possibili più condizioni patologiche

I controlli in gravidanza

Le visite ostetriche

Tab. 6 Provincia di Trento. Madri per numero di visite ostetriche e luogo del parto. Anno 2016

Luogo del parto	Numero visite ostetriche				% visite ostetriche			
	0-3	4-7	>7	Totale	0-3	4-7	>7	Totale
Ospedale S. Chiara	135	1.835	433	2.403	5,6	76,4	18,0	100,0
Ospedale di Rovereto	107	949	155	1.211	8,8	78,6	12,8	100,0
Ospedale di Cles	59	345	56	460	12,8	75,0	12,2	100,0
Ospedale di Arco	1	34	11	46	2,2	73,9	23,9	100,0
Ospedale di Cavalese	0	67	12	79	0,0	84,8	15,2	100,0
Ospedale di Tione	0	6	1	7	0,0	85,7	14,3	100,0
Ospedale di Feltre	1	60	16	77	1,3	77,9	20,8	100,0
Domicilio e precipitoso	3	24	21	48	6,3	50,0	43,7	100,0
Totale	306	3.320	705	4.331	7,1	76,7	16,3	100,0

La distribuzione del numero di visite ostetriche per punto nascita è disomogenea. La proporzione di madri che effettua meno di 4 visite ostetriche è del 7,1% (12,2% nel 2007, 10,4% nel 2008, 9,5% nel 2009-2012, 9,2% nel 2013, 7,6% nel 2014 e 8,1% nel 2015). Questa proporzione, nel 2106, presenta un range ampio, compreso tra lo 0,0% (Cavalese e Tione) ed il 12,8% (Cles). La proporzione più elevata di donne che effettua almeno 8 visite durante la gravidanza si riscontra tra le partorienti a domicilio (58,8%), seguite da quelle di Arco (23,9% con una bassa casistica nel 2016), Feltre e S. Chiara di Trento.

Tab.7 Provincia di Trento. Madri per numero di visite ostetriche e residenza. Anno 2016

Comunità di valle di residenza madre	% visite ostetriche			
	0-3 ^(*)	4-7	>= 8	Totale
Comun General de Fascia	0,0	80,3	19,7	100,0
Comunità Alta Valsugana e Bersentol	4,2	66,9	28,9	100,0
Comunità Alto Garda e Ledro	7,8	78,3	13,9	100,0
Comunità Rotaliana-Königsberg	6,8	77,0	16,2	100,0
Comunità Valsugana e Tesino	4,7	77,7	17,6	100,0
Comunità della Paganella	5,6	77,8	16,6	100,0
Comunità della Valle di Non	11,5	74,0	14,6	100,0
Comunità della Vallagarina	8,4	77,7	13,9	100,0
Comunità della Valle dei Laghi	5,6	77,5	16,9	100,0
Comunità della Valle di Cembra	6,3	82,2	11,5	100,0
Comunità della Valle di Sole	14,9	74,4	10,7	100,0
Comunità delle Giudicarie	4,2	75,1	20,7	100,0
Comunità di Primiero	1,9	75,0	23,1	100,0
Comunità territoriale della Valle di Fiemme	1,7	84,0	14,3	100,0
Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri	0,0	85,0	15,0	100,0
Valle dell'Adige	5,3	81,6	13,1	100,0
Fuori Provincia	6,5	75,8	17,7	100,0
Estero	35,8	49,4	14,8	100,0
Totale	7,1	76,7	16,3	100,0

(*) Lo zero compare in 3 casi, pari allo 0,07% del totale

La distribuzione del numero di visite ostetriche appare disomogenea in relazione alla comunità di valle di residenza della madre. In particolare, la proporzione maggiore di *madri con meno di 4 visite ostetriche* si riscontra tra le residenti della Val di Non e Val di Sole, senza contare le residenti all'estero che presentano una percentuale ancora maggiore. La proporzione più alta di *madri con 8 o più visite ostetriche* si riscontra tra le residenti delle comunità dell'Alta Valsugana, Primiero, Giudicarie, e Val di Fassa.

A livello provinciale nell'80,3% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite di controllo (87% in Italia – dato CedAP 2014).

Tab. 8 Provincia di Trento. Madri per numero di visite ostetriche e decorso della gravidanza. Valori percentuali. Anno 2016

Decorso della gravidanza	% visite ostetriche		
	0-4	5-7	≥8
Fisiologica	20,9	64,3	14,8
Patologica	17,2	63,5	19,3
Totale	19,7	64,0	16,3

Il numero medio di visite ostetriche effettuate in caso di decorso patologico della gravidanza è significativamente maggiore rispetto a quello registrato in caso di decorso fisiologico. Nelle *gravidanze patologiche* si sono effettuate infatti più di 7 visite nel 19,3% dei casi, rispetto al 14,8% in quelle fisiologiche, con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$). Si osserva che all'aumentare della *classe di età materna*, aumenta la proporzione di donne che effettuano più di 4 visite ostetriche, passando dal 66,7% delle più giovani (under 20) all'85,0% nelle over 44. Un analogo andamento si

osserva all'aumentare del *grado d'istruzione*: esegue più di 4 visite ostetriche il 72,6% delle madri con licenza elementare, il 76,6% delle madri con diploma di scuola media inferiore, l'80,8% di quelle con diploma di scuola superiore e l'81,5% delle laureate. Si evidenziano differenze significative ($p < 0,0001$) anche in relazione alla *cittadinanza*, con numero medio di visite più elevato nelle cittadine italiane (o dell'UE) rispetto alle cittadine straniere (5,9 vs. 5,7).

L'ecografia

Tab. 9 Provincia di Trento. Madri per numero di ecografie e luogo del parto. Anno 2016

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	72	2.135	168	25	2.403	3,1	88,8	7,0	1,1	100,0
Ospedale di Rovereto	20	866	273	52	1.211	1,7	71,5	22,5	4,3	100,0
Ospedale di Cles	10	316	116	18	460	2,2	68,7	25,2	3,9	100,0
Ospedale di Arco	1	41	3	1	46	2,2	89,1	6,5	2,2	100,0
Ospedale di Cavalese	0	66	10	3	79	0,0	83,5	12,7	3,8	100,0
Ospedale di Tione	0	7	0	0	7	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Ospedale di Feltre	2	70	5	0	77	2,6	90,9	6,5	0,0	100,0
Domicilio e precipitoso	6	35	6	1	48	12,5	72,9	12,5	2,1	100,0
Totale	114	3.536	581	100	4.331	2,6	81,6	13,4	2,3	100,0

Lo standard assistenziale italiano per le donne in gravidanza, prevede secondo decreto ministeriale, l'esecuzione di 3 ecografie ad epoche gestazionali prestabilite, che in quanto tali sono esenti ticket. Negli ultimi anni la situazione dell'intera Provincia resta cristallizzata, con poco più dell'80% di donne che effettuano da 3 a 5 ecografie. Il 59,3% delle donne partorienti in Trentino esegue più di 3 ecografie (52,3% nel 2015); in Italia (anno 2014) questa proporzione raggiunge il 73,3%. La distribuzione del numero di ecografie è disomogenea sul territorio provinciale; la prevalenza delle "alte utilizzatrici" (>8 ecografie) rimane anche nel 2016 maggiore per le partorienti presso l'ospedale di Rovereto: 4,3% rispetto al 2,3% della media provinciale. Anche le partorienti a Cles e Cavalese riportano una percentuale maggiore della media provinciale nel numero di ecografie superiore a 8.

Tab. 10 Provincia di Trento. Madri per numero di ecografie e residenza. Anno 2016

Comunità di valle di residenza della madre	Numero ecografie (% di classe)				Totale
	0-2 ^(*)	3-5	6-8	>=9	
Comun General de Fascia	1,6	85,2	11,5	1,6	100,0
Comunità Alta Valsugana e Bersentol	2,5	88,0	8,3	1,2	100,0
Comunità Alto Garda e Ledro	1,0	74,2	20,7	4,0	100,0
Comunità Rotaliana-Königsberg	2,1	88,1	8,9	0,9	100,0
Comunità Valsugana e Tesino	1,6	89,1	8,8	0,5	100,0
Comunità della Paganella	2,8	83,3	11,1	2,8	100,0
Comunità della Valle di Non	2,2	67,6	25,6	4,5	100,0
Comunità della Vallagarina	1,7	73,8	21,0	3,5	100,0
Comunità della Valle dei Laghi	2,8	84,5	12,7	0,0	100,0
Comunità della Valle di Cembra	1,0	92,7	5,2	1,0	100,0
Comunità della Valle di Sole	2,5	67,8	26,4	3,3	100,0
Comunità delle Giudicarie	1,4	85,5	11,1	2,1	100,0
Comunità di Primiero	1,9	92,3	5,8	0,0	100,0
Comunità della Valle di Fiemme	2,5	87,4	7,6	2,5	100,0
Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri	0,0	85,0	15,0	0,0	100,0
Valle dell'Adige	3,0	89,5	6,0	1,5	100,0
Fuori Provincia/Estero	12,2	71,7	13,2	2,9	100,0
Totale	2,6	81,6	13,4	2,3	100,0

(*) Lo zero compare in 3 casi, pari allo 0,07% del totale.

Anche la distribuzione del numero di ecografie secondo la comunità di valle di residenza della madre risulta disomogenea: in particolare le donne residenti nelle comunità della val di Non, della val di Sole, dell'Alto-Garda e Ledro e della Vallagarina eseguono un numero di ecografie significativamente più elevato (superiore a 5) rispetto alla media provinciale.

Tab.11 Provincia di Trento. Madri per numero di ecografie e tipo di gravidanza. Valori percentuali. Anno 2016

Tipo di gravidanza	% ecografie	
	0-3	≥4
Fisiologica	42,1	57,9
Patologica	37,9	62,1
Totale	40,7	59,3

I dati provinciali mostrano un'associazione tra numero di ecografie effettuate e *decorso della gravidanza*: il 62,1% delle donne con gravidanza patologica fa almeno 4 ecografie a fronte del 57,9% delle donne con gravidanza fisiologica. Resta in ogni caso da sottolineare la distanza da quanto raccomandato dai protocolli nazionali che prevedono mediamente 3 ecografie in gravidanza. Questo sovra utilizzo dell'accertamento ecografico non può essere spiegato dalla sola quota di gravidanze patologiche in quanto risulta documentabile anche nelle gestanti con gravidanza fisiologica.

Si registra anche una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$) riguardo al numero di ecografie effettuate in relazione all'*età materna*: in media si registrano 4,3 ecografie per le donne con più di 34 anni, rispetto alle 4,1 per quelle di età compresa tra 15-34 anni. Per quanto concerne la *cittadinanza materna*, le straniere effettuano mediamente meno ecografie delle madri italiane o provenienti dai Paesi dell'UE⁵: le prime eseguono mediamente 3,7 ecografie, mentre le seconde ne effettuano in media 4,3.

Le indagini prenatali: amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi

Nella popolazione generale la probabilità di avere un bambino con un handicap grave è del 3-4%. Le cause più frequenti sono le anomalie cromosomiche e le malformazioni 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. La funicolocentesi/fetoscopia è invece una metodica diagnostica/terapeutica che viene utilizzata in casi clinici particolari.

Tab. 12 Provincia di Trento. Indagini prenatali invasive. Anno 2016

Indagine prenatale	Provincia di Trento	
	Freq.	%
Amniocentesi	80	1,8
Villocentesi	235	5,4
Fetoscopia/funicolocentesi	14	0,3
Totale (almeno un'indagine prenatale)	318	7,3

Considerando l'insieme degli esami, 400 donne, pari al 7,3% (8,8% nel 2015, 8,9% nel 2014, 9,3% nel 2013, 10,9% nel 2012, 12,6% nel 2011 e 13,7% nel 2010), hanno effettuato almeno un'indagine prenatale. Sono soprattutto le donne di 35 anni e oltre a sottoporsi a tali esami: il 17,5% contro il 2,5% delle donne con meno di 35 anni ($p < 0,0001$). Inoltre si rileva una differenza dovuta alla cittadinanza della donna: l'8,8% delle italiane esegue almeno un'indagine prenatale a fronte di un 3,4% delle donne straniere. La differenza tra italiane e straniere, nell'accesso alle indagini prenatali, persiste anche considerando solo le donne over 34 anni: dove le italiane accedono nel 18,9% e le straniere nel 10,6% dei casi.

⁵ UE a 15 stati

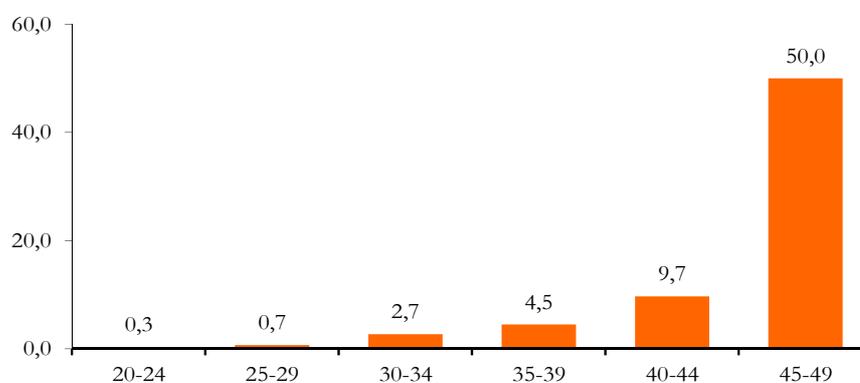
La procreazione assistita

Tra le donne che hanno partorito nel 2016, 136 hanno fatto ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) che incidono nel 3,1% delle partorienti: 48 donne di età inferiore ai 35 anni (pari all'1,6% delle donne di questa fascia d'età) e 88 donne con età superiore o uguale ai 35 anni (pari al 6,3% di questa fascia di età). Da evidenziare come il 50,0% (10 su 20) dei parti da donne d'età maggiore ai 44 anni provenga da una tecnica di PMA. Il 22,8% delle gravidanze con PMA ha dato esito ad un parto gemellare rispetto all'1,2% delle gravidanze "naturali". In Italia il ricorso ad una tecnica di PMA riguarda in media l'1,71% delle gravidanze, mentre la percentuale di parti plurimi nelle gravidanze con PMA è pari al 21,4% (dato nazionale riferito all'anno 2014).

Come negli anni 2012, 2013 e 2015 la principale tecnica di procreazione medicalmente assistita risulta essere la fecondazione in vitro con trasferimento in utero (FIVET), praticata nel 50,0% dei casi. L'iniezione intracitoplasmica dello spermatozoo (ICSI), tecnica prevalente nel 2014 con il 53,8% della casistica, nel 2016 riguarda il 34,6% dei casi di PMA. L'inseminazione intrauterina (IUI) è utilizzata nell'8,1% dei casi, seguita dall'induzione farmacologica (4,4%) e da altre tecniche (2,2%).

In Italia nel 2014, le donne che hanno fatto ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita hanno utilizzato nel 39,2% dei casi la FIVET, nel 35,5% l'ICSI, nel 9,8% l'IUI, nel 6,4% il trattamento farmacologico, mentre il restante 9,1% ha fatto ricorso ad altre tecniche varie (*Rapporto Certificato di assistenza al parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2014*). La PMA ha portato a 12.836 bambini nati vivi che rappresentano il 2,6% del totale dei nati in Italia nel 2015 [*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 2015 centri procreazione medicalmente assistita*]. Nel 2014 i nati vivi da PMA erano stati 12.658. La discrepanza tra quest'ultimo dato e quello delineato nel sopracitato *Rapporto nazionale sul Certificato di assistenza al parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2014*, può essere dovuto al fatto che alcune donne non dichiarino nel CedAP l'effettivo ricorso alla fecondazione assistita.

Fig. 10 Provincia di Trento. Proporzioni di donne con ricorso alla procreazione assistita per classi d'età. Anno 2016



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 (l'unico presente in Trentino) si occupa della diagnostica e della terapia dell'infertilità di coppia e si fonda sul lavoro di un'equipe multidisciplinare di specialisti: ginecologici, andrologi, biologi, psicologi, genetisti, infermieri ed ostetriche.

Il centro PMA di Arco offre le seguenti presezioni:

- I livello: inseminazioni intrauterine con induzione farmacologia dell'ovulazione.
- II livello: fecondazione in vitro (inclusa la tecnica ICSI) – cioè stimolazione ovarica controllata, prelievo degli ovociti, fecondazione extracorporea e trasferimento di embrioni nell'utero.
- III livello: prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione. Segue un ciclo di II livello.

Tab. 13 Centro PMA di Arco. Soggetti trattati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2016

Forma di terapia	Numero pazienti trattati (di cui residenti in Trentino)	%
I livello (inseminazione semplice)	112 (102)	22,6
II e III livello (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione)	384 (337)	77,4
Totale	496 (439)	100,0

Tab. 14 Centro PMA di Arco. Cicli iniziati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2016

Forma di terapia	Numero cicli iniziati (di cui in pazienti residenti in Trentino)	%
I (inseminazione semplice)	214 (201)	27,8
II e III (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione)	555 (492)	72,2
<i>Da FIVET</i>	22	
<i>Da ICSI</i>	533	
Totale	769 (693)	100,0

22 cicli di I livello e 68 di II e III livello sono stati sospesi.

Fig. 11 Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati, per forma di terapia e classi d'età (uomini). Anno 2016

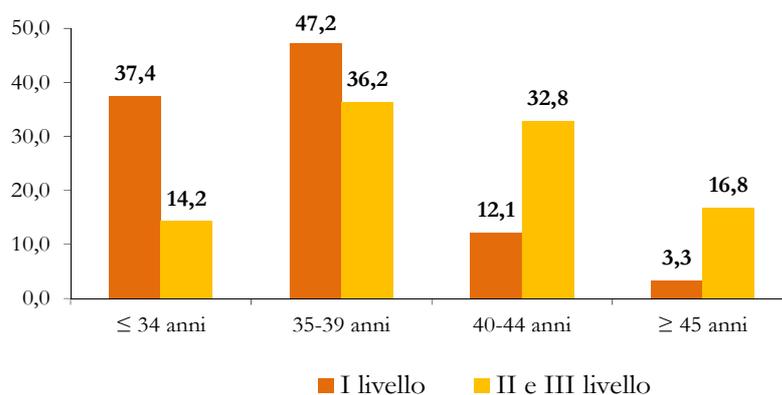
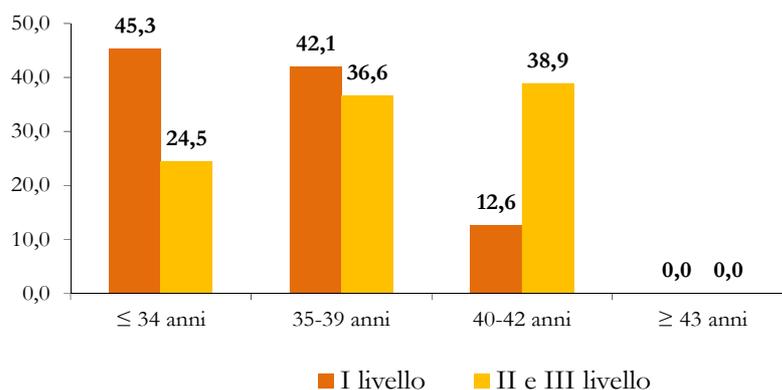


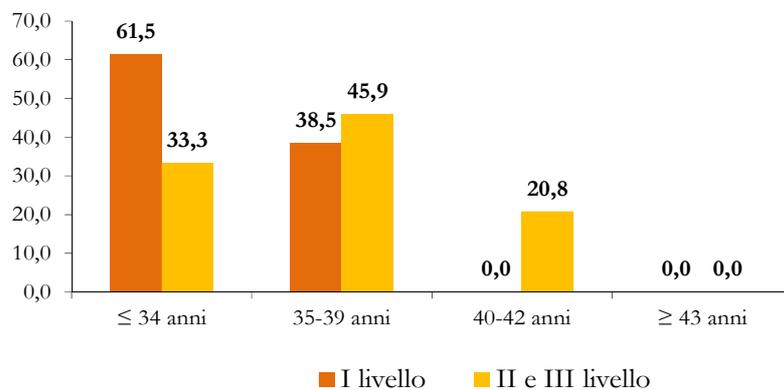
Fig. 12 Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati, per forma di terapia e classi d'età (donne). Anno 2016



Per quanto concerne le gravidanze ottenute, su 112 coppie e 214 cicli di I livello si sono registrate 13 gravidanze singole (l'11,6% delle coppie ed il 6,1% dei cicli), mentre su 384 coppie e 555 cicli di II e III livello si sono ottenute 135 gravidanze (il 35,2% delle coppie ed il 24,3% dei cicli); 101 delle 135 gravidanze sono singole, 32 gemellari e 2 trigemine.

Le gravidanze ottenute con le forme di terapia di II e III livello si suddividono per tipologia di tecnica come segue: 8 da FIVET, 120 da ICSI, 6 da scongelamento embrionario ed 1 da scongelamento ovocitario.

Fig. 13 Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale delle gravidanze ottenute per forma di terapia e classi d'età (donne). Anno 2016



Tab. 15 Centro PMA di Arco. Numero di gravidanze per tecnica utilizzata e genere (singola o plurima). Anno 2016

Forma di terapia	Numero gravidanze			
	Singola	Gemellare	Trigemine	Totale
I (inseminazione semplice)	13	0	0	13
II e III (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione)	101	32	2	135
<i>Da FIVET</i>	5	3	0	8
<i>Da ICSI</i>	92	26	2	120
<i>Da scongelamento embrionale</i>	3	3	0	6
<i>Da scongelamento oocitario</i>	1	0	0	1
Totale	114	32	2	148

L'esito delle gravidanze sarà oggetto di un Report ad hoc a cura del Servizio di Epidemiologia clinica e valutativa dell'APSS in compartecipazione col Centro PMA di Arco.

I corsi di preparazione alla nascita

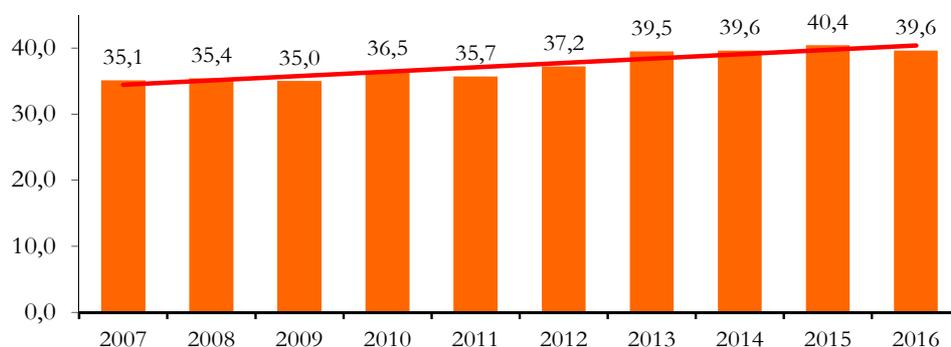
L'importanza della preparazione al parto è ampiamente sottolineata da diversi studi che hanno dimostrato un'associazione positiva con il decorso finale della gravidanza, la gestione del parto e gli esiti positivi per la salute della madre e del bambino. La partecipazione al corso di preparazione alla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

Tab. 16 Provincia di Trento. Madri per frequenza del corso di preparazione alla nascita. Anno 2016

Corso preparato	Frequenza	%
No	2.530	58,4
Parziale	478	11,0
Completo	1.239	28,6
N.I.*	84	1,9
Totale	4.331	100,0

*Per i nati a Feltre (Veneto) non è disponibile l'informazione sulla partecipazione al corso pre-parto.

Fig. 14 Copertura del corso di preparazione alla nascita sul totale delle gestanti. Trend 2006-2016



Il 39,6% di tutte le gestanti frequenta un corso di preparazione alla nascita. Nell'ultimo decennio la partecipazione ai corsi evidenzia un trend in aumento. A livello nazionale la quota di donne che partecipa ad un corso di preparazione al parto per l'ultima gravidanza si stimava essere nel 2008 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. Presentato al Convegno "Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile-POMI"; Istituto Superiore di Sanità, Roma*).

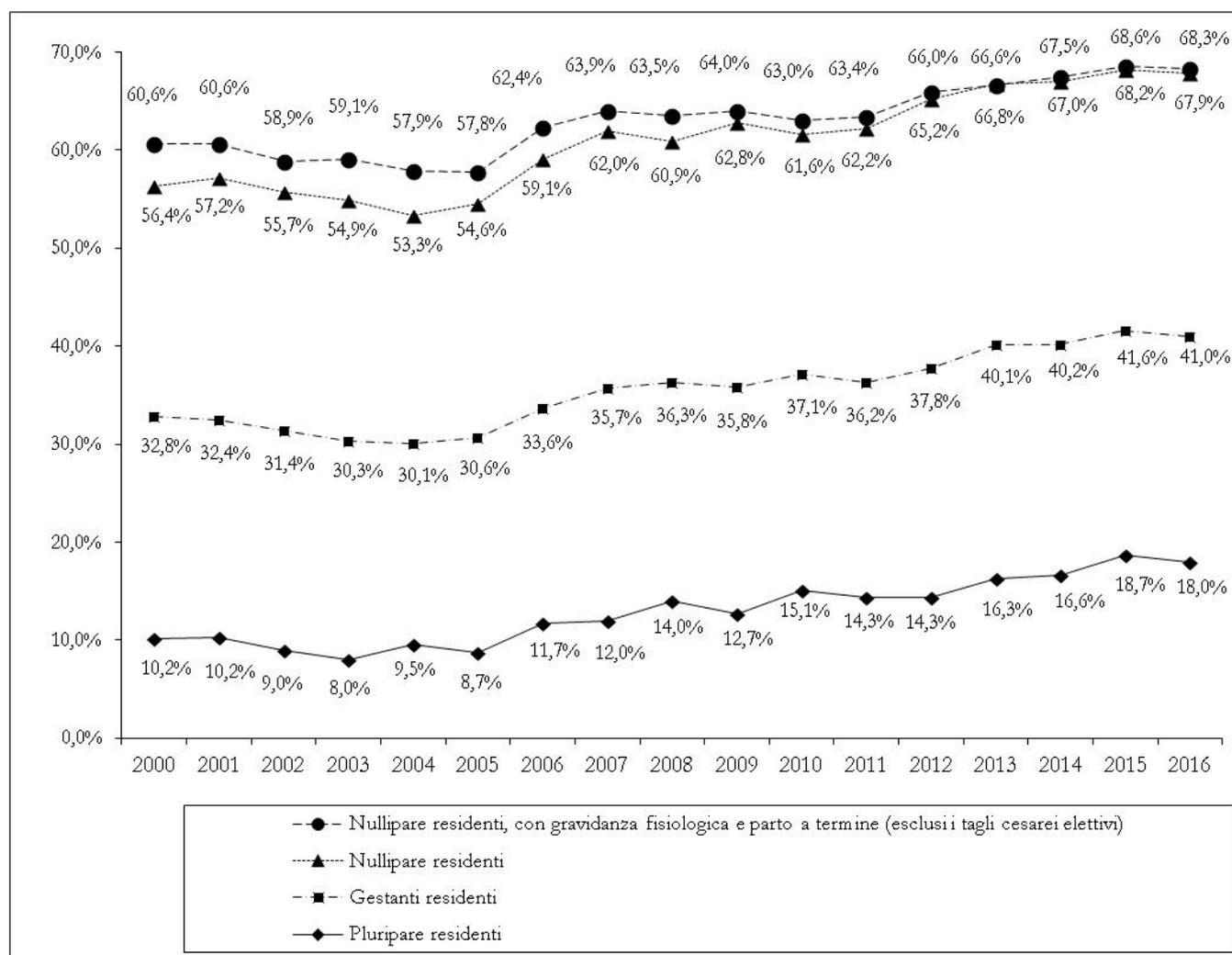
Solo per poche regioni o province autonome italiane il dato sulla partecipazione a corsi d'accompagnamento alla nascita è raccolto in via routinaria tramite il CedAP: il 13° Rapporto sui dati del CedAP – Anno 2015 dell'Emilia Romagna riporta che il 32,1% delle donne ha frequentato un corso durante la gravidanza.

Si osserva una sostanziale differenza nella frequenza dei corsi parto rispetto alla parità delle donne: il 65,2% delle nullipare decide di seguire un corso preparatorio al parto (65,5% nel 2015, 65,6%

nel 2014, 65,5% nel 2013, 63,9% nel 2012, 62,2% nel 2011 e 60,5% nel 2010), contro il 17,4% delle pluripare ($p < 0,0001$). La copertura delle nullipare, tuttavia, continua ad essere inferiore al valore desiderabile dell'80%.

Considerando le sole gestanti residenti in Trentino, si ottiene una copertura del corso preparto pari al 41,0% (67,9% tra le nullipare e 18,0% tra le pluripare). Individuando le maggiori candidate alla partecipazione al corso, vale a dire le nullipare residenti con gravidanza fisiologica e parto a termine (esclusi i tagli cesarei elettivi) la proporzione di partecipazione nel 2016 è pari al 68,3%.

Fig. 15 Provincia di Trento. Proporzioni di madri residenti che seguono il corso preparto (parziale/completo): nullipare con gravidanza fisiologica e parto a termine (≥ 37 sett.), totalità nullipare, totalità pluripare e tutte le residenti. Anni 2000-2016.



Tab. 17 Provincia di Trento. Frequenza del corso preparto per residenza e parità. Anno 2016

Comunità di valle di residenza della madre	Nullipare %	Pluripare %
Comun General de Fascia	75,0	13,8
Comunità Alta Valsugana e Bersentol	72,6	23,6
Comunità Alto Garda e Ledro	67,6	10,4
Comunità Rotaliana	61,0	25,2
Comunità Valsugana e Tesino	69,6	23,8
Comunità della Paganella	61,1	16,7
Comunità della Val di Non	63,6	10,0
Comunità della Vallagarina	69,1	16,8
Comunità della Valle dei Laghi	82,1	18,6
Comunità della Valle di Cembra	69,4	11,7
Comunità della Valle di Sole	48,0	6,5
Comunità delle Giudicarie	68,5	18,9
Comunità di Primiero*	0,0	3,4
Comunità territoriale della Valle di Fiemme	66,1	12,7
Magnifica Comunità degli Altipiani Cimbri	61,5	0,0
Valle dell'Adige	70,4	21,7
Provincia	67,9	18,0

*I casi nati all'ospedale di Feltre non hanno l'informazione sulla partecipazione al corso pre-parto.

La distribuzione della partecipazione al corso preparto per comunità di valle di residenza delle *donne nullipare* presenta alcune differenze: le comunità con copertura più bassa sono la val di Sole (48,0%), la Rotaliana (61,0%), la Paganella (61,1%), gli Altipiani Cimbri (61,5%) e la val di Non (63,6%)⁶.

La copertura del corso preparto nelle *nullipare residenti secondo i punti nascita trentini* evidenzia una più bassa proporzione di frequentanti tra le future mamme presso gli ospedali di Cles e Arco con il 61,5% rispetto al 66,1% dell'insieme dei punti nascita (Feltre escluso).

Nel complesso, la partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita risulta influenzata prevalentemente dalla parità della donna, quindi dalla sua cittadinanza e infine dal livello di istruzione⁷. La partecipazione al corso preparto cresce in maniera proporzionale al grado d'istruzione: l'accesso è maggiore nelle donne laureate (52,6% sul totale delle donne e 79,9% tra le nullipare) rispetto a chi ha una laurea breve (49,7% e 76,4%), a quelle con un diploma di scuola media superiore (37,8% e 61,5%) o di scuola media inferiore (16,1% e 33,5%); la partecipazione ai corsi delle donne con la sola licenza elementare è molto bassa (5,7% e 11,4% tra le nullipare).

Le donne straniere frequentano i corsi in una proporzione minima, 17,5% (32,1% tra le nullipare) rispetto al 47,7% tra le italiane (il 75,4% delle sole nullipare).

⁶ Dall'analisi è escluso il Primiero in quanto il 92,3% dei casi presenta dati mancanti

⁷ Analisi multivariata con predittori parità, cittadinanza, età, titolo di studio, e stato civile della donna.

Il fumo in 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.

Tab. 18 Provincia di Trento. Madri per fumo in gravidanza. Anno 2016

Fumo in gravidanza	Freq.	%
No	4.067	93,9
Da 1 a 9 sigarette al giorno	224	5,2
10 sigarette ed oltre	40	0,9
Totale	4.331	100,0

La prevalenza di fumatrici in gravidanza sembra non diminuire negli anni: nel 2016 è pari al 6,1% (6,5% nel 2015, 6,1% nel 2014, 5,7% nel 2013, 6,5% nel 2012, 6,4% nel 2011, 6,2% nel 2010 e 6,8% nel 2009), in linea con il valore medio nazionale, ultimo disponibile (6,5%; Rapporti ISTISAN 12/39⁸).

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 (14,6%), alla media superiore (7,5%), alla laurea (1,6%). Seppure la differenza non risulti statisticamente significativa, la propensione al fumo in gravidanza rimane inoltre più frequente tra le donne italiane (6,3%) rispetto a quelle con cittadinanza straniera (5,5%): i dati del 2016, confrontati con gli anni precedenti, evidenziano un aumento di madri fumatrici tra le straniere ed una riduzione tra quelle italiane.

Inoltre, si conferma la minor propensione al fumo tra le coniugate (2,9%) rispetto alle nubili (11,2%) e soprattutto rispetto alle già coniugate (18,8%).

⁸ 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

Le caratteristiche del parto

Il tipo di parto – il parto cesareo

Analizzando il numero complessivo di nati (4.416), registrati nell'archivio annuale della natalità del 2016, il 73,3% dei bambini nasce da parto spontaneo (di cui 19, lo 0,6% con manovra di Kristeller), mentre il 21,6% nasce con *parto cesareo*. Analizzando il numero complessivo di parti (4.331), il ricorso al taglio cesareo avviene nel 20,3% dei parti (23,2% nel 2015, 25,6% nel 2014, 24,7% nel 2013, 25,2% negli anni 2011-2012, 25,9% nel 2010 e 26,3% nel 2009).

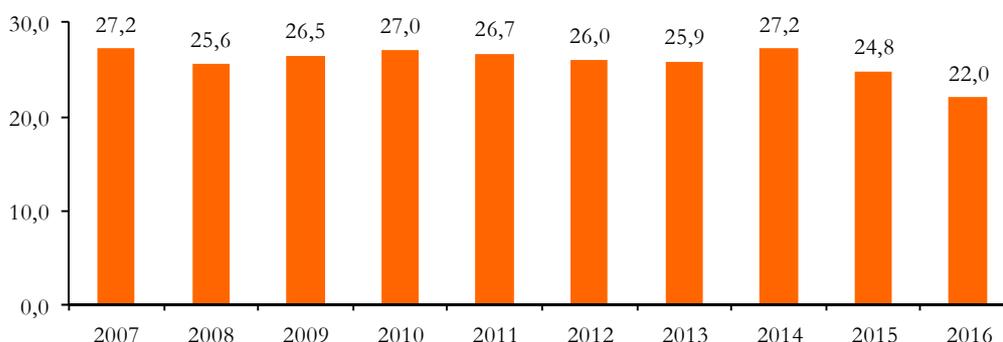
La proporzione di parti cesarei è uno degli indicatori di qualità dell'assistenza ostetrica più frequentemente utilizzati nei confronti internazionali; l'OMS raccomanda un valore di benchmark, compreso tra il 15-20%.

La provincia di Trento fa registrare nell'anno 2016, la proporzione di nati da parto cesareo più bassa dell'ultimo decennio, con un allineamento tendenziale verso gli standard auspicati dall'OMS, restando nel novero delle regioni italiane più virtuose..

Tab. 19 Provincia di Trento. *Nati per tipo di parto. Anno 2016*

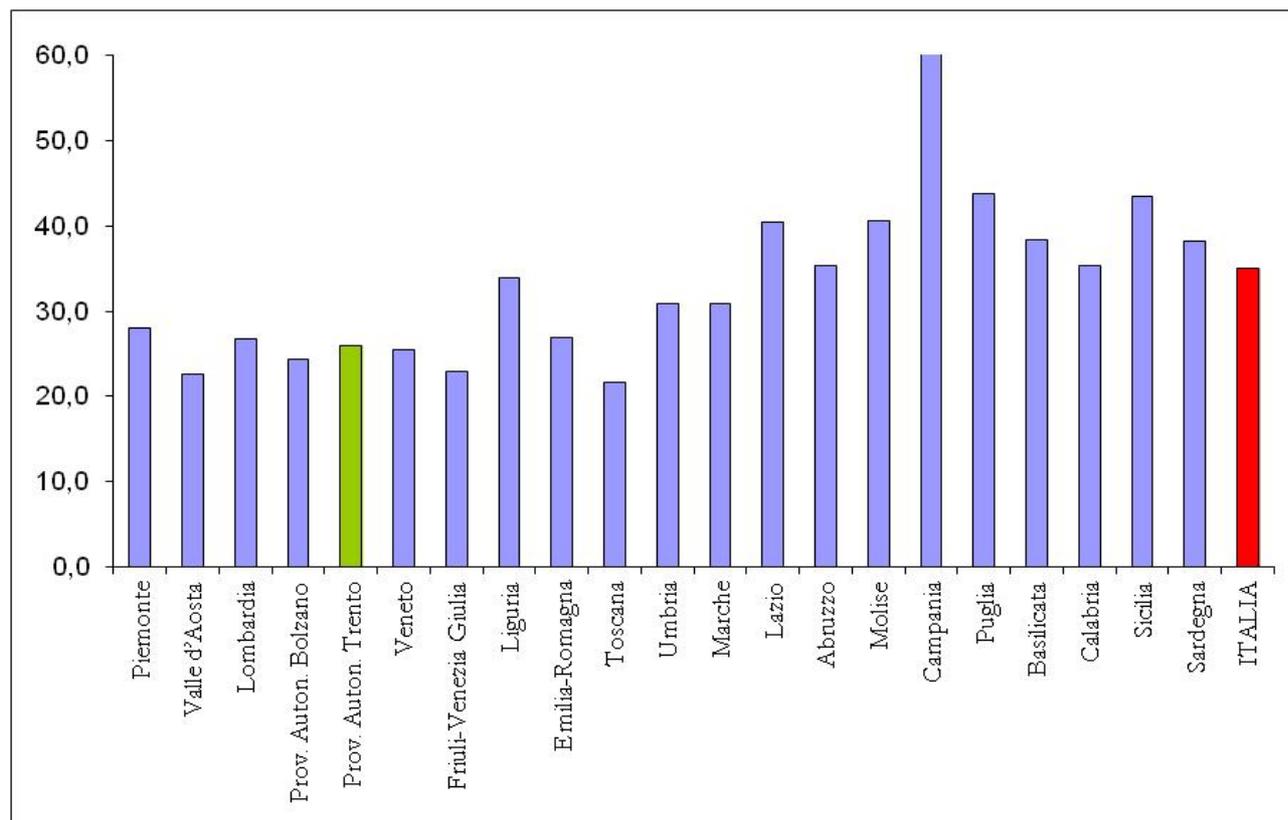
Tipo di parto	Frequenza	%
Spontaneo	3.216	72,8
Parto cesareo elettivo	752	17,0
Parto cesareo urgente	202	4,6
Ventosa	227	5,1
Manovra di Kristeller	19	0,4
Totale	4.416	100,0

Fig. 16 Proporzioni di nati con parto cesareo nei punti nascita provinciali⁹. Anni 2007- 2016



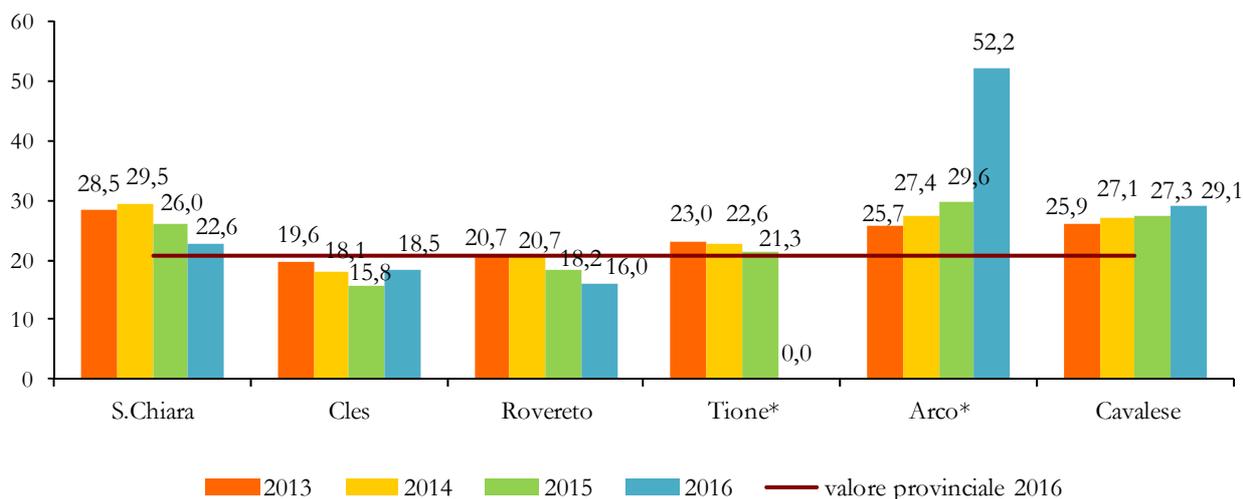
⁹ Sono esclusi i nati a Feltre, a domicilio ed i parti precipitosi

Fig.17 Proporzione di parti cesarei per regione. Italia 2014



Fonte: Cedap Nazionale 2014

Fig. 18 Proporzione di parti cesarei per punto nascita provinciale. Anno 2016 vs. 2015, 2014 e 2013



*Il punto nascita di Tione è stato chiuso il 23 maggio 2016 e quello di Arco il 1° agosto 2016.

L'anno 2016 mette in luce una notevole riduzione della proporzione di cesarei, rispetto al 2015, nei due principali istituti della Provincia, S. Chiara di Trento e Rovereto. A Cles, il tasso di parti cesarei era già inferiore al 20% a partire dal 2013 e si è mantenuto sotto questa soglia anche nel 2016. A Cavalese il tasso è aumentato di quasi due punti percentuali. Un discorso a parte va fatto per Arco e Tione, per i quali la chiusura del punto nascita a metà dell'anno 2016 ha portato ad una casistica di parti molto esigua sulla quale è difficile una valutazione statistica adeguata.

La distribuzione dei *parti cesarei per punto nascita* si presenta con un range compreso tra il 16,0% di Rovereto ed il 29,1% di Cavalese (escludendo i punti nascita di Tione ed Arco). Tenendo presente la più alta concentrazione di parti a rischio presso il punto nascita S. Chiara di Trento, la riduzione marcata della percentuale di parti cesarei negli ultimi due anni andrebbe interpretata come un'ottima performance.

La proporzione di cesarei presso i punti nascita di Cles e Rovereto ha raggiunto il goal standard individuato dall'OMS (15-20% del totale dei parti); il S. Chiara di Trento è di poco superiore.

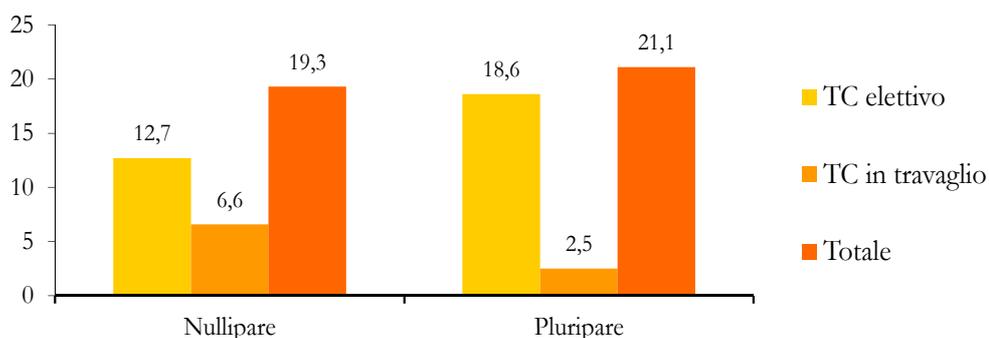
Tab. 20 Provincia di Trento. Tipo di parto negli ospedali provinciali (più Feltre) per presentazione del feto. Valori percentuali. Anno 2016

Presentazione feto	Tipo di parto			Totale parti in ospedale
	Spontaneo	Cesareo	Altro	
Vertice	76,8	17,8	5,5	4.131
Podice	0,0	100,0	0,0	138
Fronte	0,0	0,0	100,0	1
Bregma	66,7	33,3	0,0	3
Faccia	100,0	0,0	0,0	4
Spalla	0,0	100,0	0,0	6
Totale	74,2	20,5	5,3	4.283

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 17,8% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

La riduzione della proporzione di cesarei nel 2016, sia rispetto al 2015 che al 2014, è molto più marcata tra le nullipare che tra le pluripare: nel 2014 il 27,9% delle nullipare ed il 23,6% delle pluripare aveva partorito con taglio cesareo (elettivo o in travaglio); nel 2015 queste percentuali erano scese rispettivamente al 24,2% e 22,3%, e nel 2016 si sono ulteriormente ridotte al 19,3% e 21,1%. Questo trend di decremento più marcato tra le nullipare ha portato nel 2016 ad una proporzione di parti cesarei più bassa tra le nullipare rispetto alle pluripare. Rimangono però, come visto nei precedenti anni, delle disuguaglianze per parità nella tipologia del parto cesareo (elettivo vs. in travaglio): nelle pluripare la proporzione dei cesarei elettivi è dell'88,1% (su tutti i cesarei), nelle nullipare è pari al 65,9%.

Fig. 19 Provincia di Trento. Parto cesareo per parità. Anno 2016



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 46 volte di più rispetto alle non precesarizzate. Il rischio di parto cesareo risulta, inoltre, 6 volte maggiore tra i parti pretermine che tra i parti a termine. Anche un'età materna superiore ai 35 anni è significativamente associata ad una più alta probabilità di parto cesareo tra le pluripare.

Tra le nullipare, le donne a maggior rischio di effettuare un parto cesareo sono coloro che non hanno frequentato un corso preparto (queste hanno il 42% di probabilità in più di eseguire un cesareo), le *over 30* rispetto a chi a meno di 30 anni (un rischio di oltre 2 volte maggiore) e quelle con gravidanza pretermine, rispetto a quelle con gravidanza a termine (un rischio di quasi 5 volte maggiore).

I dati del 2016 evidenziano come il titolo di studio non sia associato alla probabilità di eseguire un cesareo, né tra le pluripare, né tra le nullipare.

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.

Sia per il punto nascita del S. Chiara di Trento che per quello di Rovereto, si riscontra una diminuzione significativa della percentuale di parti cesarei primari rispetto al 2015: al S. Chiara la proporzione è variata dal 19,2% al 14,8%, a Rovereto dal 12,2% al 10,2%. Nel complesso, tenendo fuori dall'analisi i punti nascita di Tione ed Arco (per i motivi detti in precedenza), si osserva una proporzione di cesarei primari che varia da un minimo di 10,2% a Rovereto ad un massimo di 14,8% a Trento. I valori di Cles e Cavalese si posizionano sotto la media provinciale.

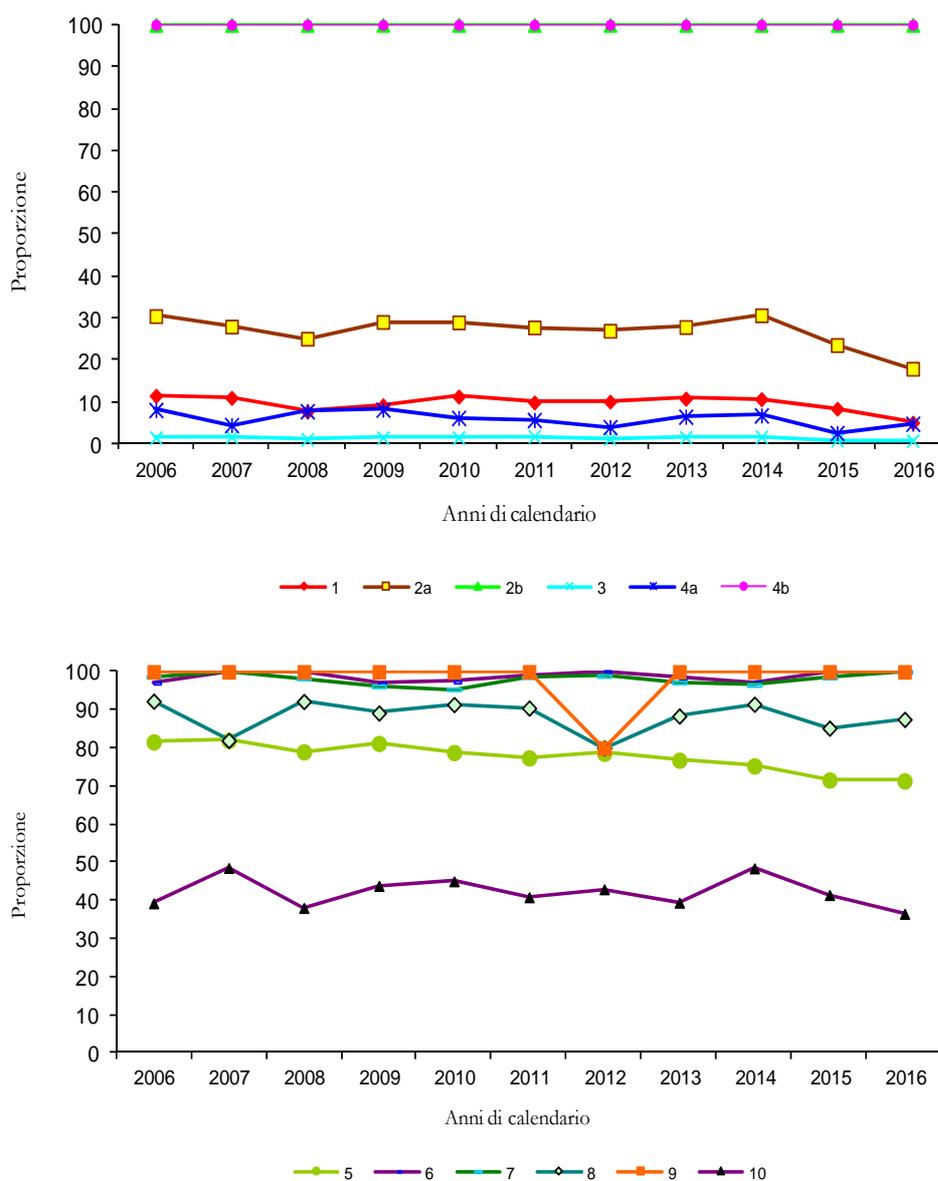
Tab. 21 Provincia di Trento. Percentuale di parti cesarei primari. Per punto nascita. Anno 2016

Luogo del parto	% parti cesarei primari
S. Chiara	14,8%
Cles	11,8%
Rovereto	10,2%
Tione	0,0%
Arco	31,3%
Cavalese	12,5%
Tutti i punti nascita provinciali	13,2%

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. 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. 20 Provincia di Trento. Proporzioni dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson. Per singolo anno. Anni 2006-2016



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, con un continuum nel 2016, si riscontra un trend in diminuzione della proporzione di cesarei nelle classi 1, 2a, 3, 5, e 10. Esistono in ogni caso delle differenze non irrilevanti per i singoli punti nascita provinciali e per specificate classi di parto. A tal riguardo si rimanda al report ad hoc *“Evoluzione del parto cesareo e delle classi di Robson per parto cesareo –*

Provincia di Trento 2010-2015” a cura del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell’APSS di Trento (Trento, 20 gennaio 2016), disponibile on-line sul sito dell’APSS di Trento con la dicitura “Trend parti cesarei per classe di Robson 2010-2015”.

Tab. 22 Provincia di Trento. Proporzioni dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson. Anno 2016 vs. anni 2012-2013-2014-2015

Classe – Descrizione	Tasso TC Anno 2016	Tasso TC Anno 2015	Tasso TC Anno 2014	Tasso TC Anno 2013	Tasso TC Anno 2012
Classe 1 Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio spontaneo	5,1	8,4	10,7	10,8	10,1
Classe 2a Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio indotto	17,9	23,6	30,7	27,9	27,0
Classe 2b Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , taglio cesareo fuori travaglio	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Classe 3 Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio spontaneo N.B. ESCLUSI PRE TC	0,8	0,9	1,7	1,6	1,3
Classe 4a Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio indotto N.B. ESCLUSI PRE TC	4,8	2,6	6,8	6,5	4,0
Classe 4b Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica settimana ≥ 37 , taglio cesareo fuori travaglio N.B. ESCLUSI PRE TC	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Classe 5 Pregresso taglio cesareo, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37	71,4	71,6	75,3	76,8	78,6
Classe 6 Tutte le nullipare, presentazione podalica	100,0	100,0	97,3	98,4	100,0
Classe 7 Tutte le pluripare, presentazione podalica N.B. INCLUSI PRE TC	100,0	98,5	96,5	97,2	98,9
Classe 8 Tutte le gravidanze multiple N.B. INCLUSI PRE TC	87,5	85,2	91,5	88,4	80,0
Classe 9 Tutte le situazioni fetali <u>non</u> longitudinali N.B. INCLUSI PRE TC	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0
Classe 10 Gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana < 37 N.B. INCLUSI PRE TC	36,4	41,4	48,4	39,4	42,9

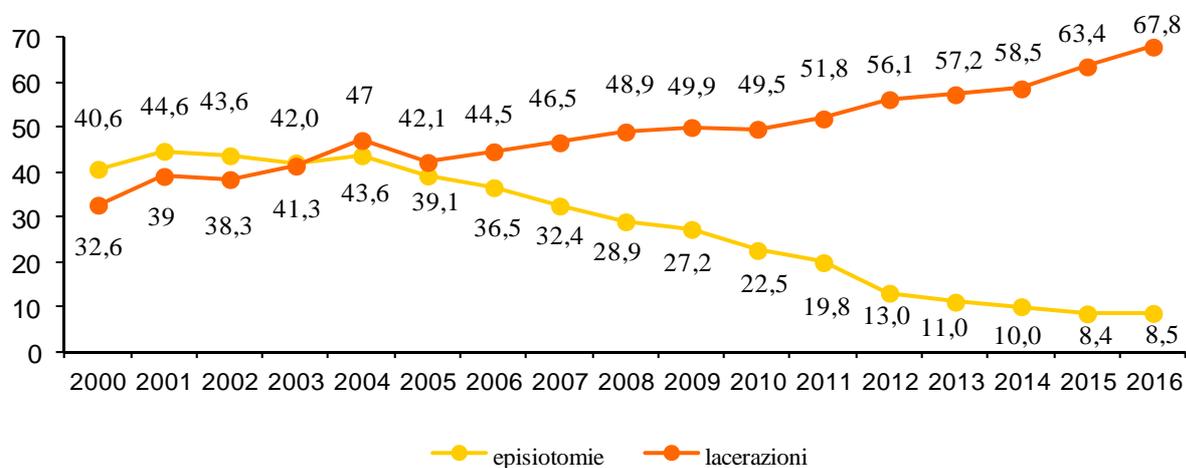
L'episiotomia e le lacerazioni¹⁰

Si registrano *lacerazioni* nel 67,8% delle madri che partoriscono spontaneamente o con ventosa (63,4% nel 2015, 58,5% nel 2014, 57,2% nel 2013 e 56,1% nel 2012). L'*episiotomia* è praticata all'8,5% delle donne (sempre escludendo i cesarei ed i parti di Feltre), interrompendo così il trend di decremento registrato nell'ultimo periodo (8,4% nel 2015, 10,0% nel 2014, 11,0% nel 2013 e 13,0% nel 2012).

Le proporzioni non sono omogenee tra i punti nascita. Senza contare Tione, i punti nascita in cui si registra una proporzione di episiotomie superiore alla media provinciale (8,5%), sono Cles (12,8%), Trento (9,1%) e Cavalese (8,9%); i valori più bassi si osservano ad Arco (4,5% dei 22 parti considerati) e a Rovereto (6,4%).

Presso l'ospedale di Rovereto si registra la più alta percentuale di perinei intatti: 38,2%, che, se confrontata con la media provinciale paria a 25,8%, è significativamente superiore.

Fig. 21 Provincia di Trento. Proporzioni di episiotomie e lacerazioni nei parti vaginali. Trend 2000-2016



Tab. 23 Provincia di Trento. Parti (esclusi i cesarei) per episiotomia e luogo del parto. Anno 2016 (percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto).

Luogo del parto	Episiotomia	
	Frequenza	%
Ospedale S. Chiara	169	9,1
Ospedale di Rovereto	65	6,4
Ospedale di Cles	48	12,8
Ospedale di Arco	1	4,5
Ospedale di Cavalese	5	8,9
Ospedale di Tione	1	14,3
Provincia	289	8,5

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

¹⁰ 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. 24 Provincia di Trento. Distribuzione percentuale dei parti spontanei per ordine di genitura, episiotomia e lacerazioni. Anno 2016 (percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto).

Ordine di genitura	Episiotomia			Lacerazioni		
	Perineo intatto	No	Sì	Perineo intatto	No	Sì
Nullipara	13,1	71,8	15,1	13,1	11,2	75,7
Pluripara	37,2	60,2	2,6	37,2	2,1	60,7
Totale	25,8	65,7	8,5	25,8	6,4	67,8

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. 22 Provincia di Trento. Proporzioni di episiotomie e lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Trend 2000-2016

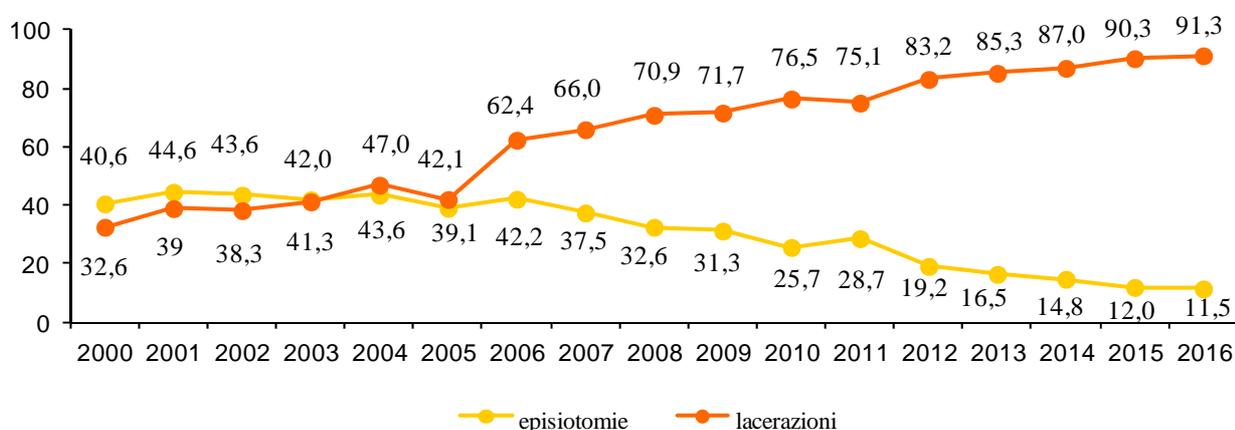
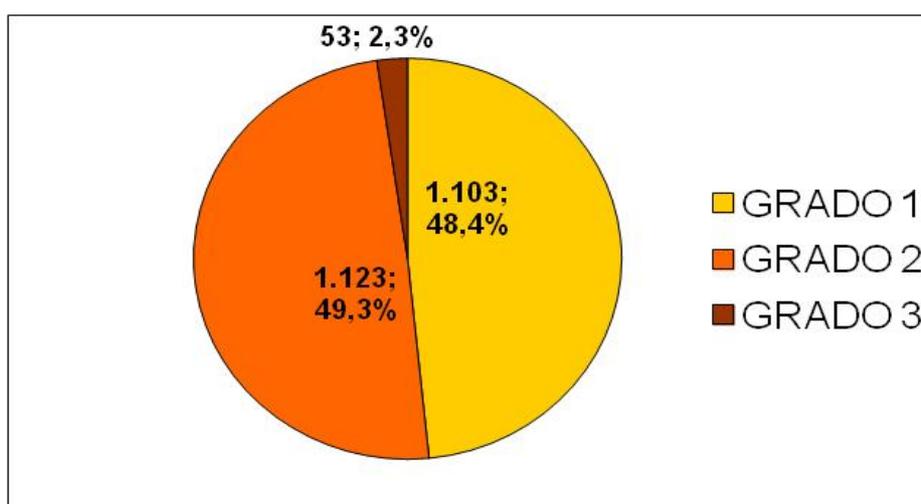


Fig. 23 Provincia di Trento. Grado delle lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Tutti i punti nascita. Anno 2016



Tab. 25 Provincia di Trento. Distribuzione di frequenza (assoluta e percentuale) dei parti con lacerazioni per grado di lacerazione e luogo del parto. Anno 2016

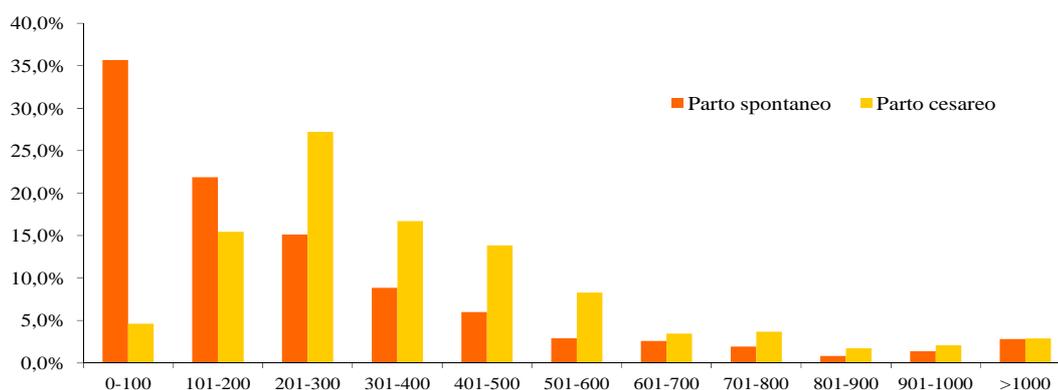
Luogo del parto	Grado 1		Grado 2		Grado 3	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
S. Chiara (Trento)	634	46,2	694	50,6	44	3,2
Rovereto	270	46,9	302	52,4	4	0,7
Cles	173	62,7	100	36,2	3	1,1
Arco	7	63,6	4	36,4	0	0,0
Cavalese	15	38,5	22	56,4	2	5,1
Tione	4	80,0	1	20,0	0	0,0
Totale	1.103	48,4	1.123	49,3	53	2,3

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. 24 Provincia di Trento. Perdite ematiche (in ml) per tipo di parto. Tutti i punti nascita. Anno 2016



Tra i 3.339 parti spontanei registrati nei punti nascita provinciali, si sono registrate perdite ematiche superiori a 500 ml nel 12,5% dei casi (10,7% nel 2015, 13,1% nel 2014, 2013 e 2012, 13,5% nel 2011), mentre tra i parti cesarei (n=867) la proporzione con perdite ematiche superiori ai 500 ml è pari al 22,1% (18,6% nel 2015, 19,7% nel 2014, 17,0% nel 2013, 14,6% nel 2012 e 12,7% nel 2011). Perdite

ematiche superiori a 1000 ml si sono osservate nel 2,8% dei parti spontanei (2,5% nel 2015, 2,7% nel 2014, 2,1% nel 2013, 2,5% nel 2012 e 2,6% nel 2011) e nel 2,9% dei cesarei (1,9% nel 2015, 2,1% nel 2014, 2,7% nel 2013, 2,4% nel 2012 e 1,7% nel 2011).

Si registrano percentuali di emorragie post-partum nei parti spontanei (>500 ml) superiori alla media provinciale ad Arco e a Tione (dato distorto per la ridotta casistica); tra i cesarei le proporzioni di emorragie post-partum (>1000 ml) più elevate, seppur contenute, si registrano a Cles (4,7%: 4 casi su 85 cesarei), Arco (4,2%: 1 caso su 24 cesarei) e al S. Chiara (3,1%: 17 casi su 541 cesarei).

I parti gemellari

I parti gemellari sono 82, pari all'1,9% del totale dei parti (2,0% nel 2015 e 1,8% nel 2014). In Italia, nel 2014, la proporzione di parti plurimi era l'1,7% del totale dei parti. Nei punti nascita provinciali la proporzione di nati da parti plurimi va dallo 0,0% di Tione ed Arco al 2,7% 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 gli 82 parti plurimi il 37,8% proviene da PMA, mentre tra i 4.249 parti singoli solo il 2,5% ($p < 0,001$).

Fig. 25 Provincia di Trento. Trend parti gemellari. Anni 2007-2016

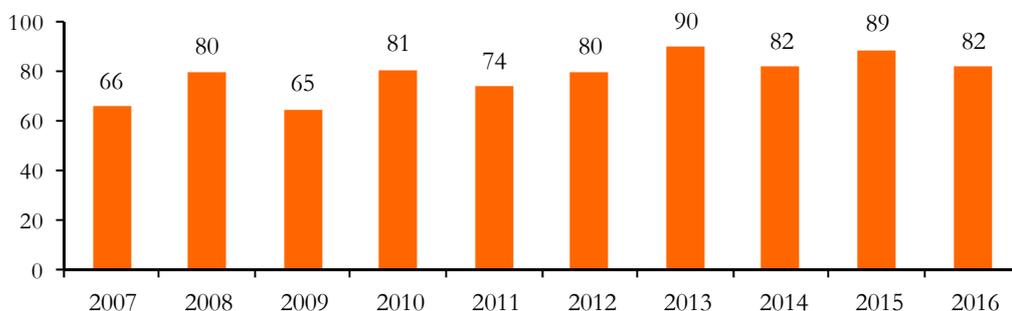
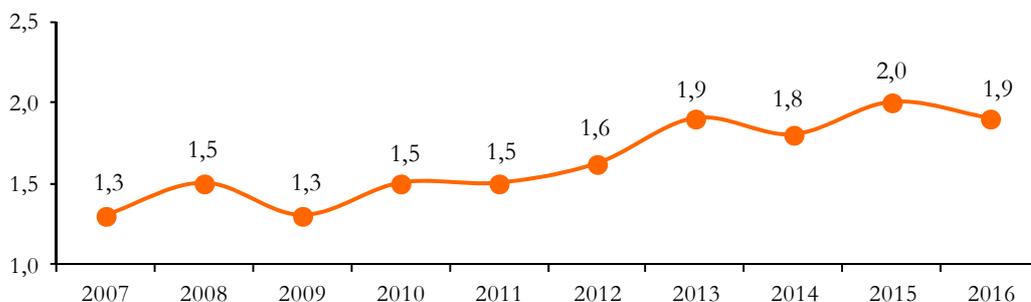


Fig. 26 Provincia di Trento. Proporzioni parti gemellari sul totale parti. Anni 2007-2016



Rispetto al totale dei parti, la proporzione dei parti gemellari mostra un trend in aumento nell'ultimo decennio.

Lo stato di salute del neonato

L'età gestazionale

Tab. 26 Provincia di Trento. Nati per settimane di età gestazionale. Anno 2016

Età gestazionale (settimane)	Nati	%	% anno 2015
Meno di 26	8	0,2%	0,2%
26-27	5	0,1%	0,2%
28-29	7	0,2%	0,3%
30-31	34	0,8%	0,5%
32-33	41	0,9%	1,1%
34-35	124	2,8%	2,4%
36	116	2,6%	2,8%
37	284	6,4%	6,3%
38	685	15,5%	15,3%
39	1.214	27,5%	26,9%
40	1.183	26,8%	26,3%
41	691	15,7%	17,4%
42	24	0,5%	0,5%
Totale	4.416	100,0%	100,0%

La proporzione di neonati di *età gestazionale estremamente bassa* (fino a 27 settimane) e ad altissimo rischio è pari allo 0,3%; quella con *età gestazionale a medio-alto rischio* (da 28 a 31 settimane) è pari allo 0,9%, mentre quella con *età gestazionale a basso rischio* (da 32 a 36 settimane) è pari al 6,4% dei nati. La distribuzione per età gestazionale è pressoché sovrapponibile a quella degli anni recenti.

I *nati pretermine complessivi* (meno di 37 settimane complete di gestazione) corrispondono al 7,6% dei neonati, assestando il trend in lieve aumento degli ultimi anni su valori attorno al 7,5%: nel 2015 erano il 7,4%, nel 2014 il 7,9%, nel 2013 il 7,6%, nel 2012 il 7,0% e nel 2011 il 6,9%.

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^a 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 54 nascite entro le 31 settimane compiute; di queste, 52, pari al 96,3% di tutti i casi, si sono verificate all'ospedale S. Chiara (92,7% nel 2015, 88,9% nel 2014 e 84,6% nel 2013). Solo Cles ha registrato nati con età gestazionale inferiore alle 32 settimane (2 casi). La proporzione di nati di 32-33 settimane di gestazione al S. Chiara sale al 95,1% (39 nascite su 41; 79,6% nel 2015, 82,6% nel 2014 e 93,5% nel 2013), mentre la proporzione di nati al S. Chiara tra le 34 e le 35 settimane si attesta su un 72,6% (90 nascite su 124; 77,5% nel 2015, 75,6% nel 2014 e 70,0% nel 2013). A Rovereto si registra 1 nato con età gestazionale tra le 32 e le 33 settimane e 26 nati con età gestazionale tra le 34 e le 35 settimane (rispettivamente il 2,4% e il 21,0% del totale di neonati in queste classi gestazionali).

Nel 2016 non si osserva alcuna differenza statisticamente significativa nella proporzione di nati pretermine (<37 settimane gestaz.) tra madri italiane e madri straniere: rispettivamente 7,7% e 7,2%.

Il peso alla nascita

Tab. 27 Provincia di Trento. Nati per peso alla nascita. Anno 2016

	Peso alla nascita (in grammi)									Totale
	< 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	
Freq	15	26	71	212	861	1.803	1.183	226	19	4.416
%	0,3	0,6	1,6	4,8	19,5	40,8	26,8	5,1	0,4	100,0

I neonati di peso inferiore ai 2.500 grammi costituiscono il 7,3% dei nati (7,7% nel 2015, 7,2% nel 2014, 6,9% nel 2013 e 7,0% nel 2012). L'87,1% dei neonati pesa tra i 2.500 ed i 3.999 grammi. Non si rilevano variazioni rilevanti della distribuzione del peso rispetto agli anni recenti.

A livello nazionale, la proporzione di neonati di peso inferiore ai 2.500 g. è simile a quella trentina, pari al 7,4%, di cui l'1,1% ha un peso inferiore a 1.500 grammi (CedAP Nazionale 2014).

Il 95,1% (39/41) dei neonati di peso < 1.500 g. nasce all'ospedale S. Chiara (93,4% nel 2015, 91,1% nel 2014, 89,8% nel 2013 e 2012).

La natimortalità

Per *nato morto* s'intende, secondo la definizione dell'OMS, qualsiasi feto espulso morto dall'utero dopo almeno 180 giorni di gestazione e di peso uguale o superiore a 500 grammi. Nella legislazione italiana la differenza tra «aborto» e «nato morto» è posta a 25⁺⁵ 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 (Boroncini 2008). Nel 2016 i nati morti sono 9, tutti da donne residenti in provincia di Trento. Il *tasso di natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pertanto pari a 2,0 per mille nati. In Italia nel 2014 il tasso di natimortalità è stato 2,7‰ (Cedap Nazionale 2014).

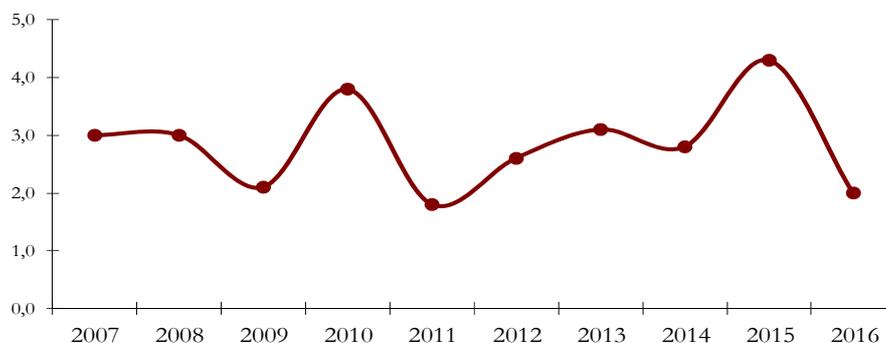
Per quanto riguarda le caratteristiche materne, nel 2016 non emergono differenze significative tra la casistica dei nati morti e quella dei nati vivi, sia rispetto all'età media (32,7 vs 31,9) sia rispetto alla cittadinanza. Benché il numero medio risulti inferiore per le madri che hanno partorito un nato morto, non si riscontrano differenze significative né nel numero di visite ostetriche né di ecografie effettuate.

Tab. 28 Provincia di Trento. Nati morti e tasso di natimortalità ‰. Anni 2007-2016

Anni	Nati morti	Tasso di natimortalità
2007	15	3,0‰
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‰

I due terzi dei nati morti (6/9) si sono registrati presso l'ospedale S. Chiara di Trento, altri 2 casi si sono verificati nel punto nascita di Cles ed un caso a Rovereto. Sei casi su nove nati morti (66,7%) risultano pretermine (< 37 settimane di gestazione).

Fig. 27 Provincia di Trento. Tasso di natimortalità/1.000. Anni 2007-2016



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

L'Apgar e le procedure rianimatorie¹¹

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 13 neonati, pari allo 0,29% dei casi (0,11% nel 2015 e 2014, 0,25% nel 2013 e 0,24% nel 2012). Un neonato presenta punteggio Apgar pari a 0, tre neonati pari a 1, altri tre pari a 2 e sei neonati pari a 3 (tutti nati al S. Chiara di Trento). Altri 66 casi (1,50%) presentano un Apgar compreso tra 4 e 6. A livello italiano si registra un punteggio Apgar inferiore a 4 nello 0,14% dei nati e tra 4 e 6 nello 0,49% della casistica nazionale (*CedAP nazionale 2014*).

Sono state effettuate procedure di rianimazione nel 4,9% dei nati vivi (di cui 0,7% con intubazione).

I ricoveri alla nascita

I ricoverati alla nascita nel 2016 sono 659 ossia il 15,0% dei nati vivi (11,1% nel 2015, 8,4% nel 2014, 9,6% nel 2013, 10,7% nel 2012 e 12,9% nel 2011). La proporzione di neonati ricoverati si distribuisce in modo disomogeneo tra i vari punti nascita: il calo della percentuale di ricoverati al S. Chiara di Trento osservato dal 2010 (20,2%) al 2014 (8,8%), ha visto una battuta d'arresto nel 2015 nel corso del quale al S. Chiara è stato ricoverato il 15,6% dei nati vivi; nel 2016 in questo punto nascita si registra un 18,4% di nati vivi ricoverati. A Rovereto viene ricoverato l'11,9% dei nati vivi arrestando il trend in decremento degli ultimi anni: nel 2015 il 7,0% nel 2014 il 9,1%, nel 2013 il 13,8%, nel 2012 il 16,5%.

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 non c'è l'informazione sul tipo di degenza, si ricovera l'84,3% dei neonati con meno di 37 settimane di gestazione (il 9,7% di quelli di 37 settimane e oltre) e

¹¹ Selezione per nati vivi

l'87,5% dei neonati con peso inferiore ai 2.500 grammi (il 9,6% di quelli con peso alla nascita oltre i 2.500 grammi). Si evidenzia un aumento della proporzione di ricoveri, sia tra i nati pretermine che tra quelli a termine: nel 2015, infatti, era stato ricoverato il 71,8% dei pretermine ed il 6,5% dei nati a termine; nel 2014 il 54,1% tra i pretermine ed il 4,7% tra i nati a termine.

Tab. 29 Provincia di Trento. Giornate medie di degenza nei nati per tipo di parto. Anno 2016.

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

Tipo di parto	Nati	Giornate di degenza	
		media	ds
Spontaneo	2.754	3,0	2,6
Parto cesareo elettivo	514	3,8	1,8
Parto cesareo urgente	144	3,5	1,2
Ventosa	182	3,4	1,2
Manovra di Kristeller	16	3,0	0,5

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.

La degenza media è funzione del tipo di parto ed aumenta dal parto spontaneo (3,0 giorni) al parto cesareo (3,7 giorni). La degenza media per tutti i parti è di 3,2 giorni, valore in lieve riduzione rispetto ai cinque anni precedenti.

Per i parti spontanei, la degenza media è abbastanza omogenea tra i punti nascita, con un valore minimo di 2,9 giorni registrato presso il punto nascita di Trento ed un valore massimo pari a 3,4 giorni a Cles e Cavalese (Tione escluso). Per i parti cesarei in urgenza o elettivi, il range della degenza media varia dal valore minimo pari a 3,4 giorni a Trento, fino al valore massimo di 4,8 giorni ad Arco.

La fototerapia

Nel 2016 in provincia di Trento si ricorre alla fototerapia complessivamente, nel 4,1% dei nati vivi, dato inferiore al valore del 2015 (4,3%) e del 2014 (6,4%). La fototerapia è utilizzata nello 0,6% dei neonati fisiologici (1,5% nel 2015, 2,2% nel 2014, 1,9% nel 2013 e 2012, 1,6% nel 2011 e 1,5% nel 2010) e nel 23,2% dei neonati patologici (26,6% nel 2015, 36,0% nel 2014, 28,3% nel 2013, 26,1% nel 2012, 23,2% nel 2011 e 28,0% nel 2010).

Il ricorso alla fototerapia non è omogeneo tra i punti nascita: l'ospedale di Trento presenta un utilizzo di fototerapia nel 4,7% dei propri nati vivi, mentre l'ospedale di Rovereto nel 3,4% e Cles nel 3,3%. Il differente utilizzo può essere spiegato dalla diversa tipologia e complessità della casistica.

L'allattamento

Tab. 30 Provincia di Trento. Nati vivi per tipo di allattamento. Anno 2016

Latte materno	Frequenza	%
Artificiale	102	2,4
Misto	471	10,9
Predominante	123	2,8
Esclusivo al seno	3.621	83,9
Totale	4.317	100,0

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 97,6% dei neonati, e si mantiene su un livello alto, in linea con gli anni precedenti (96,9% nel 2015, 96,3% nel 2014, 96,5% nel 2013 e 2012, 96,0% nel 2011 e 96,4% nel 2010).

Sostanzialmente 8 neonati su 10 sono allattati in modo esclusivo al seno.

Il trend temporale della proporzione di nati con allattamento esclusivo o predominante al seno presenta una, seppur minima, diminuzione negli anni 2010-2011 ed una ripresa nel 2012-2014 con valori attorno all'86-88%. Nel 2015 si registra un nuovo calo che porta la percentuale di nati vivi allattati al seno in modo esclusivo o predominante su valori simili a quelli del 2011, mentre il 2016 presenta un nuovo rialzo (86,7%). Su questo 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 da proporzioni minime di allattamento (esclusivo o predominante) attorno all'82% nei punti nascita di Rovereto, Cles ed Arco, per arrivare ad un massimo di 90,1% a Cavalese (escludendo Tione che annovera solo 7 nati vivi tutti allattati al seno in modo esclusivo).

Tab. 31 Provincia di Trento. Nati vivi per tipo di allattamento. Percentuale per punto nascita. Anno 2016

Punto nascita	Nati vivi	Tipo di allattamento				Totale
		Esclusivo	Predominante	Misto	Artificiale	
S. Chiara	2.457	89,0	0,6	8,7	1,7	100,0
Cles	459	68,0	14,4	14,2	3,5	100,0
Rovereto	1.222	79,1	2,9	14,8	3,3	100,0
Tione	7	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Arco	46	69,6	13,0	10,9	6,5	100,0
Cavalese	80	88,8	1,3	8,8	1,3	100,0
Domicilio/Precipitoso	36	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Totale	4.317	83,9	2,8	10,9	2,4	100,0

Dal Report ministeriale sulla Survey nazionale 2014 “Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia”¹² emerge che l’allattamento esclusivo alla dimissione dalle Maternità oscilla dal 65,4% del Lazio all’82,6% della Valle d’Aosta.

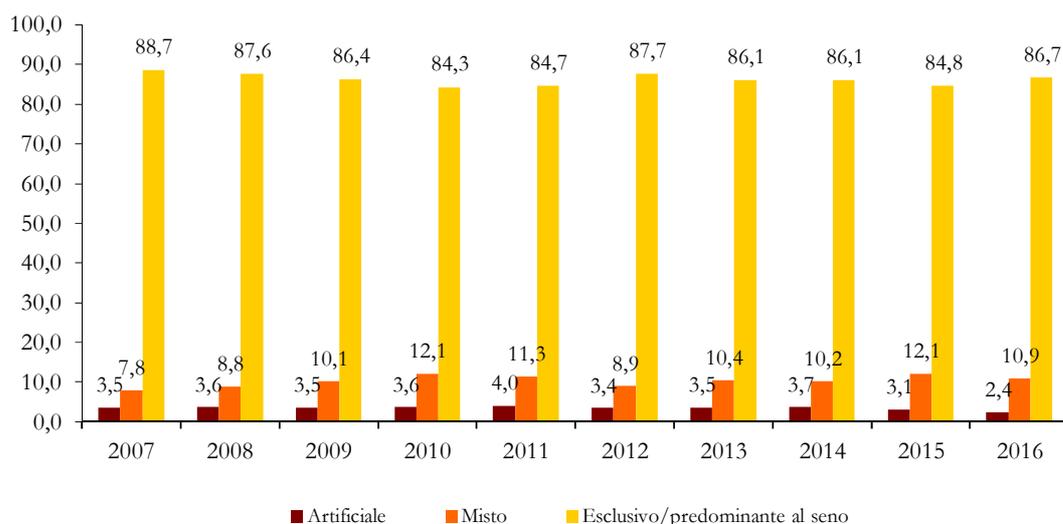
Possibili variabili che hanno un’influenza sulla pratica dell’allattamento al seno sono il livello d’istruzione, l’età e la cittadinanza della madre, l’aver o meno frequentato un corso di accompagnamento alla nascita, la parità e il tipo di parto¹³.

I dati trentini del 2016 indicano come siano più propense ad allattare al seno (in modo esclusivo) le *pluripare* rispetto alle nullipare (86,2% vs. 81,1%; p -value<0,0001), le *straniere* rispetto alle italiane (87,0% vs. 82,7%; p -value<0,001), le donne *più giovani* (<35 anni) rispetto alle donne di 35 o più anni (84,7% vs. 82,1%; p -value<0,05) e coloro che hanno avuto *un parto naturale* rispetto ad un parto cesareo (86,8% vs. 74,5%; 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 multivariata che valuta l’effetto sull’allattamento esclusivo dei singoli predittori (età della donna, scolarità, cittadinanza, parità, partecipazione al corso preparto e tipo di parto) al netto dell’effetto di tutti gli altri. L’analisi multivariata mette in luce un’associazione significativa tra titolo di studio materno ed allattamento: donne con una *maggior istruzione* presentano una probabilità del 31% maggiore, rispetto alle madri con bassa istruzione, di allattare al seno in modo esclusivo alla dimissione dal punto nascita.

La distribuzione dell’allattamento esclusivo al seno per residenza materna evidenzia una realtà territoriale disomogenea: il tasso d’allattamento esclusivo più basso si registra tra le madri residenti nelle comunità di valle della val di Non (69,8%) e val di Sole (74,4%), mentre i più favorevoli si osservano tra le donne residenti nella comunità della val di Fassa (96,7%), della val di Cembra (91,9%), Alta Valsugana e Bersntol (91,0%) e valle dell’Adige (90,5%).

Fig. 28 Provincia di Trento. Andamento temporale dell’allattamento materno alla nascita. Per tipologia. Anni 2007-2016



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

¹² Ministero della Salute, Report sulla Survey nazionale 2014 - Allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia, a cura del Tavolo Tecnico Operativo Interdisciplinare sulla Promozione dell’Allattamento al Seno. Revisione dell’11 maggio 2015.

¹³ Lauria L. et al., Allattamento al seno: prevalenze, durata e fattori associati, Programma Nazionale di Guadagnare Salute (Venezia, 21-22 giugno 2012)

Sintesi e conclusioni

Nel 2016 il *tasso di natalità provinciale* (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 8,6‰ abitanti, mentre il *tasso di fecondità totale* è 1,5 figli per donna, valore più elevato d'Italia assieme all'Alto Adige.

La corrispondenza media tra *residenza della madre e l'ospedale di riferimento geografico* è pari all'87,4%, in aumento rispetto agli anni precedenti, ma influenzato dalla chiusura progressiva di alcuni punti nascita provinciali.

Si ripetono 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.

Dopo 4 anni in cui la percentuale di madri con cittadinanza extra UE¹⁴ sembrava essersi assestata sul 25%, nel 2016 torna a crescere leggermente rappresentando il 26,1% delle madri partorienti. La proporzione di *madri nubili* continua a crescere: si è passati dal 7,6% della fine degli anni '90 al 32,9% nel 2016.

Tra le donne partorienti nei punti nascita provinciali *l'età media al parto* è di 31,9 anni, per le italiane 32,6 anni, per le straniere 29,8 anni. Anche l'età media al primo figlio differisce significativamente: 31,1 anni per le italiane vs. 27,6 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 29,8 anni. Il differenziale circa l'età al parto tra italiane e straniere tende quindi a ridursi.

Permangono differenze tra madri italiane e straniere (condizioni sfavorevoli verso quest'ultime) relativamente al *titolo di studio* e, soprattutto, alla *condizione professionale*.

Tra le partorienti del 2016, il 3,1% ha fatto ricorso alla *procreazione medicalmente assistita*. Il 22,8% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,2% delle gravidanze "naturali"). Da evidenziare come il 50,0% 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 7,1%, valore più basso rispetto agli anni precedenti (era pari al 12,2% nel 2007). La proporzione di madri con meno di tre ecografie è del 2,6%. La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le puerpere straniere eseguono mediamente 3,7 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,3). Questo differenziale italiane/straniere tende a mantenersi inalterato nel tempo.

Anche un più alto livello d'istruzione, una maggiore età materna e l'eventuale gravidanza patologica incidono sull'aumento del numero di controlli in gravidanza.

Il 7,3% delle donne effettua almeno *un'indagine prenatale* (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi) per diagnosticare un'eventuale anomalia congenita: questo valore è in diminuzione negli anni, ma bisogna tener presente che il flusso CedAP non raccoglie ancora il dato su eventuali esami prenatali non

¹⁴ UE a 15 stati: Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

invasivi, quali il duo-test (chiamato anche bi-test) e/o il tri-test: la raccolta informatizzata di tali informazioni partirà il 1° gennaio 2017. Tra le donne con 35 anni o più, il 17,5% esegue almeno un'indagine prenatale invasiva, rispetto al 2,5% delle madri con meno di 35 anni. Il differenziale tra italiane e straniere rispetto all'accesso alle indagini prenatali, tende a mantenersi nel tempo.

La quota complessiva di gestanti che frequenta un *corso di accompagnamento alla nascita* (CAN) è pari al 39,6% sul totale delle madri, valore in aumento nell'ultimo decennio. Il 67,9% delle nullipare residenti frequenta un corso preparato, proporzione in costante crescita, ma ancora distante dall'80% indicato come desiderabile dalle linee guida. Individuando le maggiori candidate alla partecipazione al corso, vale a dire le nullipare residenti con gravidanza fisiologica e parto a termine (esclusi i parti cesarei elettivi) la proporzione di partecipazione nel 2016 sale al 68,3%. La partecipazione è influenzata principalmente dalla parità, dalla cittadinanza e dalla scolarità materna. I servizi dovrebbero quindi sviluppare delle modalità operative in grado di intercettare con maggiore efficacia le utenti con caratteristiche socio-culturali tali da impedire loro l'accesso ad un CAN.

La prevalenza di *fumatrici in gravidanza* sembra non diminuire negli anni: nel 2016 è pari al 6,1% (6,5% nel 2015 e 6,1% nel 2014).

I parti plurimi rappresentano l'1,9% del totale dei parti, con un eccesso al S. Chiara (2,7%) ad esprimere la programmazione delle nascite. La proporzione dei parti gemellari mostra un trend in aumento nell'ultimo decennio, dovuta soprattutto all'aumento delle nascite da procreazione medicalmente assistita.

La proporzione di *parti cesarei* raggiunge nel 2016 il valore più basso mai registrato (20,3%), dopo i già ottimi risultati del 2015 (23,2%), avvicinandosi ulteriormente agli standard suggeriti dall'OMS (15-20%). Nell'ultimo periodo si era potuto notare un leggero trend in diminuzione che andava dal 27% del 2010 al 25,9% del 2013, ma nel 2014 la proporzione di nati con parto cesareo era tornata a salire (26,8%). L'anno 2016 mette in luce una notevole riduzione della proporzione di cesarei, rispetto al 2015, nei due principali istituti della Provincia, S. Chiara di Trento e Rovereto. A Cles, il tasso di parti cesarei era già inferiore al 20% a partire dal 2013 e si è mantenuto sotto questa soglia anche nel 2016.

Le lacerazioni si verificano nel 67,8% delle donne che partoriscono spontaneamente o con forcipe/ventosa, con una prevalenza maggiore nelle nullipare. Nel 48,4% dei casi si tratta di lacerazioni di 1° grado, nel 49,3% di 2° grado.

L'*episiotomia* viene praticata all'8,5% delle donne (sempre escludendo i cesarei) con una maggior proporzione sempre tra le nullipare, consolidando il netto decremento registrato 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 12,5% dei casi, mentre tra i parti cesarei la proporzione con perdite ematiche superiori ai 1000 ml è pari al 2,9%.

I *nati morti* sono stati 9 per un tasso di natimortalità pari a 2,0 per 1.000 nati. Per un approfondimento a riguardo si rimanda al Report ad hoc sulla Natimortalità, redatto dal Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS di Trento.

I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute anche se i ricoveri alla nascita presentano un incremento rispetto all'anno precedente; un *Apgar inferiore a 4* è rilevato solamente nello

0,29% dei casi e solo il 4,9% dei nati vivi viene sottoposto a *procedure di rianimazione* (di cui lo 0,7% con intubazione).

Per i neonati non patologici la *degenza media* risulta funzione del tipo di parto ed aumenta dal parto naturale (3,0 giorni) al cesareo elettivo (3,8 giorni). La degenza media per tutti i parti è di 3,2 giorni, valore in lieve riduzione rispetto ai cinque anni precedenti

L'allattamento materno alla dimissione riguarda la quasi totalità dei neonati (97,6%). I valori complessivi restano positivi e nel 2016 viene allattato in modo esclusivo o predominante l'86,7% dei nati vivi. I dati del 2016 mostrano come la propensione all'allattamento al seno in modo esclusivo sia influenzata dall'età della donna al parto (maggiore nelle più giovani), dal tipo di parto (maggiore nei parti naturali), dalla parità (più elevato nelle pluripare) e dalla cittadinanza (maggiore tra le straniere).