

RAPPORTO ANNUALE SULLA NATALITA'

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

ANNO 2024



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO



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

Trento, settembre 2025

La presente pubblicazione è stata curata dalla Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento:

Direzione Sanitaria, Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa

Riccardo Pertile, Anna Rizzuto, Sara Caldonazzi, Deborah Garbari, Marianna Picarelli

Dipartimento Transmurale Ostetrico-Ginecologico

Claudia Paoli – Responsabile Percorso Nascita, Elena Benini, Coordinatrice ostetrica Consultorio di Tione e Vanda Chiodega – Posizione Organizzativa gestionale dei Consultori APSS per la stesura del capitolo *Il Percorso Nascita Ostetrica dedicata*.

Claudia Paoli Dirigente delle Professioni Sanitarie area Ostetrica – Direzione delle Professioni Sanitarie SOP e Vanda Chiodega - PO gestionale dei Consultori APSS - Direzione delle Professioni Sanitarie SOP, per la stesura del capitolo *Assistenza consultoriale dell'ostetrica in puerperio*.

Angelo Bonaventura, Luca Mezzone e Arne Luehwink del *Centro PMA dell'ospedale di Arco* per i dati di attività e per la stesura del capitolo *L'attività del centro provinciale per la procreazione medicalmente assistita - ospedale Alto Garda e Ledro (Arco)*.

Claudia Comina - referente Baby Friendly Iniziative APSS di Trento - Servizio Governance dei Processi delle Professioni Sanitarie, Silvia Graziani - Direttore f.f. U.O. Neonatologia (S. Chiara di Trento) e Barbara Burlon – PO professionale ostetrica area materno-infantile per la stesura del capitolo *La certificazione e gli standard baby friendly iniziative*.

Grafica a cura di Marianna Picarelli.

Immagine di copertina di Marianna Picarelli.

Hanno collaborato:

- per la raccolta, la registrazione ed il controllo dei dati, tutti gli operatori delle *Sale Parto, delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia* dei presidi ospedalieri e dei Consultori della provincia di Trento;
- per il supporto informatico, Patrizia Menestrina del Dipartimento Tecnologie dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;

Per informazioni: riccardo.pertile@apss.tn.it

Presentazione

In Provincia di Trento, l'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, è governata e coordinata attraverso un'unica Azienda Sanitaria Provinciale (APSS) con l'organizzazione dell'assistenza sanitaria alla donna in gravidanza e al neonato in una logica di rete assistenziale integrata ospedale territorio.

Il Dipartimento Transmurale Ostetrico Ginecologico, a valenza provinciale, comprende, oltre alle unità operative di ostetricia e ginecologia di Trento, Rovereto, Cles, Cavalese e il Centro PMA di Arco, anche i 10 consultori familiari dislocati su tutto il territorio. I punti nascita provinciali sono attualmente presenti in quattro presidi ospedalieri: Trento, Rovereto, Cles e Cavalese.

A partire dal 2015, e in seguito completato nella sua estensione a tutti i territori nel 2017, è stato attivato un servizio denominato "Percorso Nascita ostetrica dedicata" che rappresenta l'insieme coordinato di tutte le prestazioni offerte per promuovere la salute della donna e del feto/neonato e per fornire adeguata assistenza dal periodo preconcezionale, alla gravidanza, in travaglio e al parto e successivamente durante l'allattamento ed il puerperio. A tutte le donne, alla positività del test di gravidanza, viene garantita la presa in carico nei consultori APSS da parte di un'ostetrica dedicata, con l'ostetrica come principale professionista di riferimento che provvede a supportare la donna con continuità relazionale, organizzativa e assistenziale dalla gravidanza al puerperio. Le donne interessate al percorso nascita possono prenotare il primo colloquio tramite CUP o rivolgersi direttamente al servizio consultoriale nel territorio di residenza o domicilio.

L'ostetrica lavora in una rete di consulenza e riferimento con altri professionisti, tra cui la/il ginecologa/o, cui è demandata l'assistenza alla gravidanza a rischio in un modello collaborativo con l'ostetrica. Il passaggio della donna dall'ostetrica al medico, e viceversa, avviene in modo appropriato in quanto basato sulla valutazione dinamica e costante del rischio in gravidanza e la donna viene assegnata nel setting appropriato consultoriale o ospedaliero per l'alto rischio ostetrico sulla base di criteri di selezione applicati in tutto il territorio uniformemente.

Il presente Rapporto sull'evento nascita nella Provincia Autonoma di Trento, a cura del Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa, illustra le analisi dei dati rilevati nell'anno 2024 dai database gestionali del Percorso Nascita, a cura delle ostetriche e delle coordinatrici ostetriche dei Consultori e dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001 n.349, costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale. Il flusso informativo CedAP raccoglie informazioni sulle caratteristiche e gli esiti correlati a concepimento, gravidanza, parto, neonato e post-partum. Ai dati provenienti dalle unità operative di ostetricia della Provincia di Trento, si aggiungono i dati dei parti a domicilio e dei parti precipitosi, quest'ultimi avvenuti fuori da un istituto di cura, ma poi presi in carico da un professionista sanitario.

La rilevazione dei dati al momento del parto è responsabilità dell'ostetrica, ed il Certificato è sottoscritto dal/dalla professionista che ha assistito al parto. Inoltre, può essere integrato da informazioni rilevate successivamente l'evento nascita (ad esempio anomalie congenite).

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

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

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

Dott. Fabrizio Taddei
Direttore del Dipartimento Transmurale Ostetrico Ginecologico
APSS – Trento

INDICE

SINTESI	6
L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO ED AL NEONATO	10
LA NATALITÀ NELL'ANNO 2024 ED IL TREND 2012-2024	11
ASSISTENZA IN GRAVIDANZA	14
IL PERCORSO NASCITA OSTETRICA DEDICATA	14
<i>I primi colloqui</i>	16
<i>Le conclusioni del PN nel 2024</i>	17
LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	20
L'ATTIVITÀ DEL CENTRO PROVINCIALE PER LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA - OSPEDALE ALTO GARDA E LEDRO (ARCO)	22
GLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA	28
LE CARATTERISTICHE DELLA GRAVIDANZA	32
<i>Il decorso della gravidanza</i>	32
I CONTROLLI IN GRAVIDANZA	34
<i>Le visite ostetriche</i>	34
<i>L'ecografia</i>	35
<i>Le indagini prenatali (non invasive ed invasive): test combinato, prelievo di DNA fetale, amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi</i>	37
IL FUMO PRIMA E DURANTE LA GRAVIDANZA	39
IL LUOGO DEL PARTO	41
NATI VIVI FUORI PROVINCIA DI TRENTO: TREND 2010-2024	44
LA RESIDENZA DELLA MADRE E L'OSPEDALE DI NASCITA	46
LE CARATTERISTICHE DEL PARTO	47
<i>Il tipo di parto – il parto cesareo</i>	47
<i>Il parto cesareo primario</i>	51
<i>L'evoluzione dei parti cesarei secondo le classi di Robson</i>	52
L'EPISIOTOMIA E LE LACERAZIONI	54
EMORRAGIA POST-PARTUM	57
I PARTI GEMELLARI	59
LE CARATTERISTICHE DEI GENITORI	60
<i>Età materna al parto</i>	60
<i>Cittadinanza materna</i>	61
<i>Stato civile materno</i>	63
<i>Livello d'istruzione e condizione professionale della madre</i>	63
<i>BMI pre-gravidico della madre e rischi in gravidanza, ostetrici e neonatali</i>	64
<i>Caratteristiche socio-demografiche paterne</i>	65
LO STATO DI SALUTE DEL NEONATO	66
<i>L'età gestazionale</i>	66
<i>Il peso alla nascita</i>	67
<i>La natimortalità</i>	68
<i>L'Apgar e le procedure rianimatorie</i>	70
<i>I ricoveri alla nascita</i>	71
<i>La fototerapia</i>	72
<i>L'allattamento</i>	72
LA CERTIFICAZIONE E GLI STANDARD BABY FRIENDLY INIZIATIVE	75
ASSISTENZA CONSULTORIALE DELL' OSTETRICA IN PUERPERIO	88
INDICE FIGURE	96
INDICE TABELLE	98
ABBREVIAZIONI	100

SINTESI

Nel 2024 il *tasso di natalità provinciale* (complessivo di nati da donne residenti, ma partorienti fuori Provincia) è pari a 6,9‰ abitanti, mentre il *tasso di fecondità totale* è di 1,26 figli per donna, tra i valori più bassi degli ultimi vent'anni.

Nel 2024 il 55,3% delle donne dichiara di essere stata seguita da un'ostetrica del Percorso Nascita, proporzione in costante aumento rispetto agli anni precedenti. Nell'arco del 2024, nelle dieci sedi consultoriali provinciali in cui è attivo il Percorso Nascita (PN), sono stati registrati 3.468 primi colloqui con l'ostetrica per la presa in carico del PN, corrispondenti al tasso di reclutamento del Percorso Nascita pari al 93,6%. Nel 35,1% dei casi è stato attribuito un assessment del rischio basso, nel 38,5% rischio medio e nel rimanente 26,4% rischio alto.

Indipendentemente dall'anno in cui la donna è stata presa in carico dal PN e dall'esito della gravidanza, nel corso del 2024 sono stati conclusi 2.912 percorsi. Di questi (il 78,0%) hanno fatto registrare un parto, dopo un percorso seguito dall'ostetrica dedicata del PN, le altre donne o sono state inviate presso gli ambulatori ospedalieri per le gravidanze ad alto rischio, o hanno abbandonato il percorso per proseguire i controlli della gravidanza presso un ginecologo in libera professione, oppure hanno avuto un esito di aborto spontaneo o hanno deciso di interrompere la gravidanza.

La corrispondenza media tra *residenza della madre e ospedale di riferimento geografico* è pari al 90,9%, in linea con gli anni 2017-2023.

La *proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali* nel 2024 è stata pari al 6,8% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti (256 su 3.745); il 2024 mostra un aumento rispetto al quinquennio precedente (negli anni 2019-2023 si sono registrati valori di poco superiori al 5%). Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali della Val di Fassa (19,5%), della Val di Fiemme (10,6%), della Val di Sole (8,4%) e delle Giudicarie (8,3%).

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

La percentuale di *madri con cittadinanza extra UE*¹ nel 2024 è pari al 22,3%. La proporzione di *madri nabili* continua a crescere: si è passati dal 7,6% della fine degli anni novanta al 46,6% nel 2024.

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

Tra le donne partorienti nei punti nascita provinciali *l'età media al parto* è di 32,3 anni (32,2 nel 2023 e nel 2022, 32,1 nel 2021, 31,9 nel 2020 e 32,1 anni nel 2019): per le italiane 32,8 anni, per le straniere 30,6 anni. Anche l'età media al primo figlio (complessivamente pari a 31,1 anni) differisce significativamente in base alla cittadinanza materna: 31,7 anni per le italiane rispetto ai 28,2 anni per le straniere. Nell'ultimo decennio l'età media al parto delle donne con cittadinanza italiana è passata dai 32,0 ai 32,8 anni, mentre lo scarto per le donne con cittadinanza straniera è molto più marcato: dai 28,2 ai 30,6 anni. Il differenziale circa l'età al parto tra italiane e straniere tende quindi a ridursi.

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

Tra le partorienti del 2024, il 5,5% ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita. Il 7,0% di queste gravidanze ha dato esito ad un parto gemellare (contro l'1,0% delle gravidanze "naturali"). Da evidenziare come il 56,7% dei parti da donne d'età maggiore ai 44 anni provenga da una tecnica di PMA.

I *controlli in gravidanza* (visite ostetriche ed ecografie) sono ampiamente diffusi e praticati nel territorio trentino, 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 1,8%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La proporzione di donne che ha eseguito 2 ecografie (secondo quanto raccomandato nelle linee guida nazionali e internazionali) è pari al 4,2% nel 2024 (4,8% nel 2023). La cittadinanza risulta discriminante per il numero di controlli effettuati in gravidanza (le straniere eseguono mediamente 3,9 ecografie, mentre le italiane ne effettuano in media 4,2). Questo differenziale italiane/straniere si è ridotto nell'ultimo quinquennio. Anche una maggiore età materna e l'eventuale gravidanza patologica incidono sull'aumento del numero di controlli in gravidanza.

Il 6,5% delle donne effettua almeno *un'indagine prenatale invasiva* (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi) per diagnosticare un'eventuale anomalia congenita. Il dato è in decremento negli anni e questo aspetto è da mettere in relazione con una crescente offerta di *test di screening non invasivi*: il test combinato è stato effettuato dall'88,3% delle madri (82,8% nel 2023, 80,7% nel 2022, 84,6% nel 2021, 78,6% nel 2020 e 74,6% nel 2019), il prelievo del DNA fetale dal 12,1% (9,3% nel 2023, 6,1% nel 2022, 6,5% nel 2021, 4,2% nel 2020 e 4,0% nel 2019). Tra le donne con 35 anni o più, l'8,2% esegue almeno un'indagine prenatale invasiva, rispetto al 5,6% delle madri con meno di 35 anni. La differenza per età si riscontra anche nell'esecuzione del prelievo del DNA fetale: il 20,7% delle donne di 35 anni e oltre esegue il prelievo di DNA fetale, a fronte di un 7,7% tra le più giovani. Il differenziale tra italiane e straniere rispetto all'accesso alle indagini prenatali (sia invasive che non invasive), tende a mantenersi nel tempo.

La quota complessiva di gestanti che frequenta gli *incontri di accompagnamento alla nascita* (IAN) è pari al 59,5% sul totale delle madri, valore in aumento nell'ultimo decennio. L'88,2% delle nullipare residenti frequenta gli incontri di accompagnamento alla nascita, proporzione in crescita negli ultimi 15 anni; i valori del 2019-2024 hanno ormai superato l'80% indicato come desiderabile dalle linee guida. La partecipazione è influenzata principalmente dalla parità, dalla cittadinanza, dalla scolarità, dall'età materna e dallo stato civile.

La prevalenza di *fumatrici in gravidanza* sembra non diminuire significativamente negli anni: nel 2024 è pari al 6,3% (6,8% nel 2023, 6,4% nel 2022, 6,0% nel 2021, 6,7% nel 2020 e 5,9% nel 2019). La proporzione di donne fumatrici che ha smesso appositamente durante la gravidanza è pari al 9,3%, mentre il rimanente 84,4% risulta essere non fumatrice.

I parti plurimi rappresentano l'1,3% del totale dei parti.

Dopo gli ottimi risultati già raggiunti negli anni 2015-2023, la proporzione di parti cesarei nel 2024 mantiene gli standard auspicati dall'OMS restando nel novero delle regioni italiane più virtuose (18,8%). Nei due principali istituti della Provincia, S. Chiara di Trento e Rovereto, la proporzione di parti cesarei è contenuta, rispettivamente 19,6% e 17,2%.

Le lacerazioni si verificano nel 75,2% delle donne che partoriscono spontaneamente o con ventosa, con una prevalenza maggiore nelle nullipare. Nel 45,4% dei casi si tratta di lacerazioni di 1° grado, nel 52,9% di 2° grado, mentre nel rimanente 1,8% si tratta di lacerazioni di 3° o 4° grado.

L'*episiotomia* viene praticata al 5,1% delle donne (escludendo i cesarei) con una maggior proporzione sempre tra le nullipare; si registra un netto decremento nell'ultimo ventennio. 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 18,7% dei casi (3,6% sopra i 1.000 ml), mentre tra i parti cesarei la proporzione con perdite ematiche superiori ai 1.000 ml è pari al 4,6%.

I *nati morti* sono stati 10 (9 da donne residenti in provincia di Trento) per un tasso di natimortalità pari all'2,7‰. Dieci nati vivi sono deceduti dopo il parto, prima della dimissione dal punto nascita.

I nati vivi si presentano nel complesso in buone condizioni di salute, nonostante la percentuale di neonati ricoverati alla nascita rimanga elevata: 12,2% nel 2024, 14,8% nel 2023, 15,3% sia nel 2022 che nel 2021 (rispetto all'11,1% del 2015 e all'8,4% del 2014); un *Apgar inferiore a 4* è rilevato nello 0,25% dei casi, mentre il 3,9% dei nati vivi viene sottoposto a *procedure di rianimazione* (di cui lo 0,4% con intubazione).

Per i neonati non patologici la *degenza media* risulta funzione del tipo di parto. Nel 2024 la degenza media per i parti spontanei è risultata pari a 2,5 giorni, per i cesarei 3,0 giorni: la degenza media per tutti i parti è di 2,6 giorni (2,6 nel 2023, 2,5 nel 2022 e nel 2021, 2,6 nel 2020, 3,0 nel 2019-2018 e 3,1 nel 2017).

L'allattamento materno alla dimissione (esclusivo, predominante o misto) riguarda il 96,4% dei neonati, mantenendosi sui valori alti registrati negli anni precedenti (96,6% nel 2023, 96,2% nel 2022, 97,0% nel 2021, 97,7% nel 2020, 97,1% nel 2019, 97,8% nel 2018 e 98,1% nel 2017). I dati del 2024 mettono in evidenza come la propensione all'allattamento al seno in modo esclusivo alla dimissione sia influenzata dall'età gestazionale (maggiore nei parti a termine), dalla parità (più elevata nelle pluripare), dal titolo di studio della donna (maggiore nelle più istruite), dall'età materna (maggiore fra le madri con età inferiore ai 35 anni), dal tipo di parto (maggiore nei parti naturali) e dalla partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita, al netto di tutte le variabili sopra citate.

L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA, AL PARTO ED AL NEONATO

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

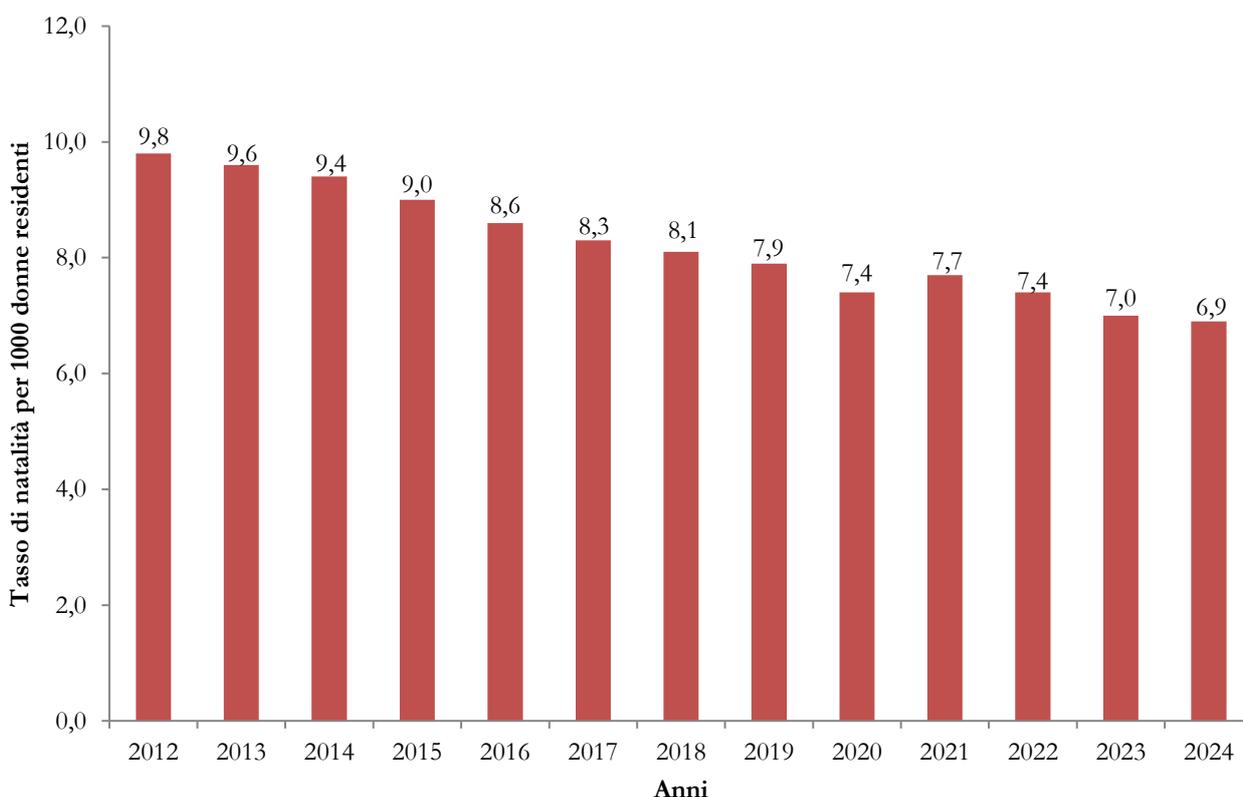
Nel presente rapporto i dati nazionali provengono, se non altrimenti specificato, dal sito ISTAT dedicato <http://dati.istat.it/> sezione “Popolazione e famiglie – Natalità” o dal report ISTAT “Indicatori demografici – Anno 2024” del 31 marzo 2025.

LA NATALITÀ NELL'ANNO 2024 ED IL TREND 2012-2024

Nei presidi ospedalieri della provincia di Trento sono nati nell'anno 2024 3.576 bambini, ai quali si aggiungono i 20 nati a domicilio, i 13 parti precipitosi avvenuti al di fuori di una struttura ospedaliera e i 64 nati presso l'ospedale di Feltre da madri residenti in provincia di Trento, per un totale complessivo di 3.673 neonati. I nati da donne residenti sono 3.498, di cui 3.489 nati vivi.

Il tasso di natalità² per il 2024 risulta pari a 6,9 nati vivi per mille residenti. Si conferma anche nel 2024 il trend in diminuzione dell'ultimo decennio.

Fig. 1 - Tasso di natalità (rapporto tra numero di nati vivi, dentro e fuori Provincia, dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000). Trend 2012-2024 – Provincia Autonoma di Trento³.

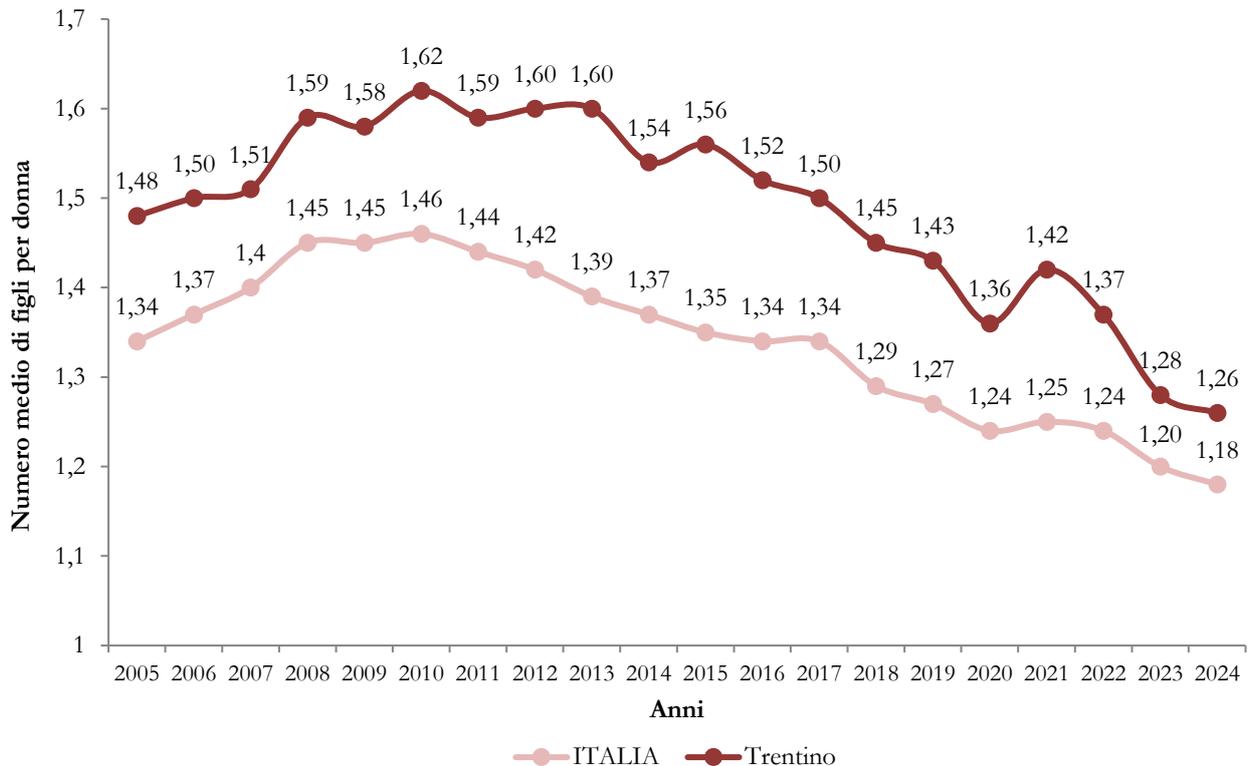


² Tasso di natalità: rapporto tra numero di nati vivi (dentro e fuori Provincia) dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

³ Fonte: ISTAT (<http://demo.istat.it>) - Indicatori Demografici e ISTAT "Indicatori demografici – Anno 2023".

ISTAT Indicatori Demografici e ISTAT "Indicatori demografici – Anno 2024, Tabella 4 - Indicatori del bilancio demografico - Anno 2024 - Dati provvisori - valori per mille residenti".

Fig. 2 - Numero medio di figli per donna in Trentino e Italia. Trend 2005-2024⁴



In Italia, nel 2024, secondo i dati provvisori, i nati residenti in Italia sono 370mila, in diminuzione di circa 10mila unità (-2,6%) rispetto all'anno precedente. Un processo, quello della denatalità, che dal 2008 (577mila nascite) non ha conosciuto soste. Il tasso di natalità nazionale del 2024 si attesta al 6,3 per mille, contro il 6,4 per mille del 2023. I nati di cittadinanza straniera, il 13,5% del totale, sono quasi 50mila, circa 1.500 in meno rispetto all'anno precedente. La fecondità, nel 2024, è stimata in 1,18 figli per donna, sotto quindi il valore osservato nel 2023 (1,20) e inferiore al precedente minimo storico di 1,19 figli per donna registrato nel 1995. La contrazione della fecondità riguarda in particolar modo il Nord e il Mezzogiorno. Infatti, mentre nel Centro il numero medio di figli per donna si mantiene stabile (pari a 1,12), nel Nord scende a 1,19 (da 1,21 del 2023) e nel Mezzogiorno a 1,20 (da 1,24). Quest'ultima ripartizione geografica detiene una fecondità relativamente più elevata, ma sperimenta la flessione maggiore.

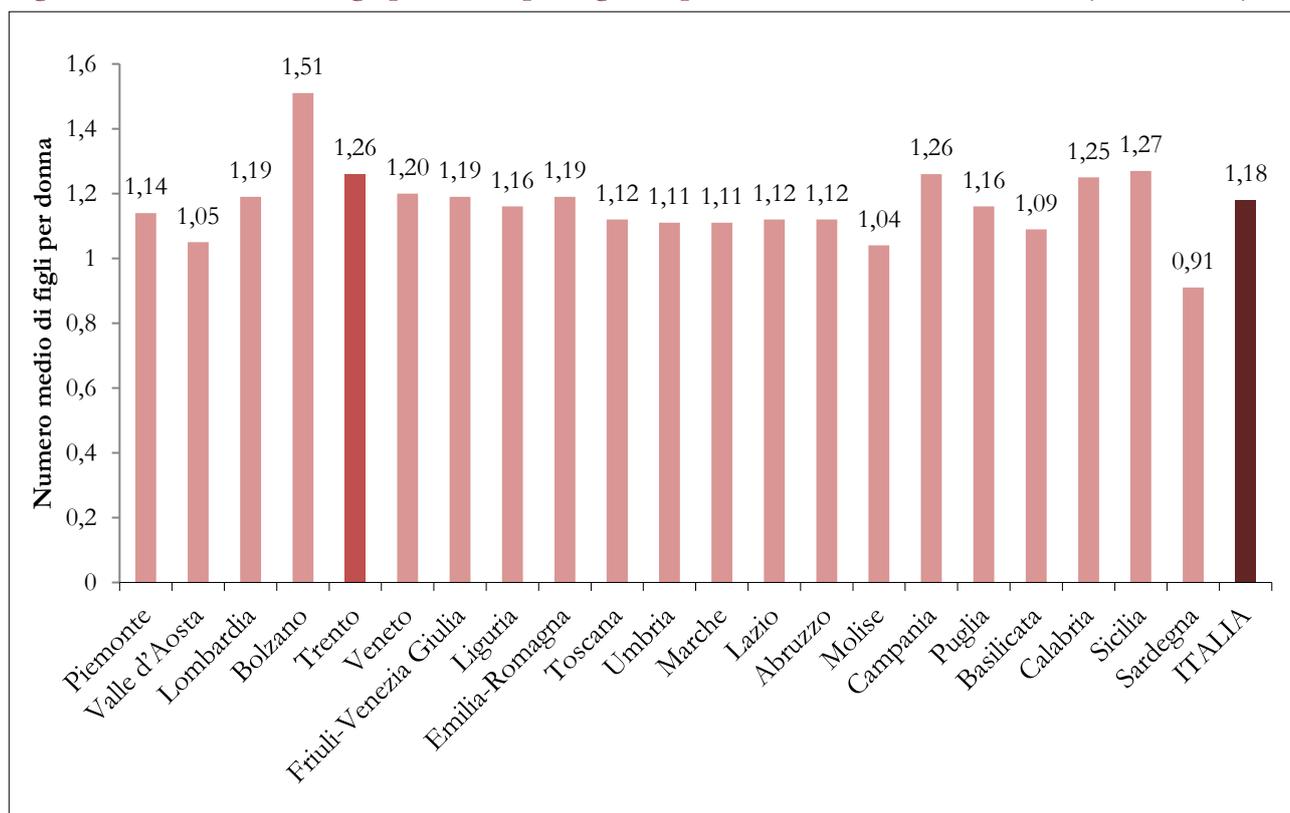
Il calo delle nascite, oltre ad essere determinato dall'ulteriore calo della fecondità, è causato dalla riduzione del numero dei potenziali genitori, a sua volta risultato del calo del numero medio di figli per donna registrato nei loro anni di nascita. La rilevanza dell'aspetto strutturale è ben evidente: considerando che la popolazione femminile nelle età convenzionalmente considerate riproduttive (15- 49 anni) è passata

⁴ Fonti: ISTAT, *Report Natalità e fecondità della popolazione residente per anno*. ISTAT *Indicatori demografici – Anno 2024*.

da 14,3 milioni di unità al 1° gennaio 1995 a 11,4 milioni al 1° gennaio 2025. Gli uomini nella stessa fascia di età, pari a 14,5 milioni trenta anni fa, sono oggi circa 11,9 milioni. In tali condizioni, nel 1995, con una fecondità solo poco superiore a quella odierna di 1,18 figli per donna, le coppie misero comunque al mondo 526mila bambini, ossia 156mila in più di quelli nati nel 2024.

Accanto alla riduzione della fecondità, nel 2024 continua a crescere l'età media al parto, che si attesta a 32,6 anni (+0,1 in decimi di anno sul 2023). Il fenomeno della posticipazione delle nascite è di significativo impatto sulla riduzione generale della fecondità, poiché più si ritardano le scelte di maternità più si riduce l'arco temporale a disposizione delle potenziali madri per la realizzazione dei progetti familiari. L'aumento dell'età media al parto si registra in tutto il territorio nazionale, con il Nord e il Centro che continuano a registrare il valore più elevato: rispettivamente 32,7 e 33,0 anni, contro 32,3 anni del Mezzogiorno⁵.

Fig. 3 - Numero medio di figli per donna per regione/provincia autonoma. Anno 2024 (Dati ISTAT)



⁵ ISTAT, Report Indicatori Demografici –Anno 2024, pubblicato il 31 marzo 2025

ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

Nel 2024 il 55,3% delle donne dichiara di essere stata seguita da un'ostetrica del Percorso Nascita [PN]: questo valore era pari al 52,5% nel 2023, 49,1% nel 2022, 45,7% nel 2021, 47,5% nel 2020, 37,2% nel 2019 e 28,4% nel 2018. L'aumento della proporzione di donne seguite dal PN, ha ridotto l'assistenza da parte di un ginecologo privato: 17,2% rispetto al 19,1% nel 2023, 22,7% nel 2022, 24,6% nel 2021, 25,7% nel 2020, 32,4% nel 2019 e 35,1% nel 2018. Anche l'assistenza da parte di un ginecologo di struttura pubblica ha visto una discreta riduzione nel tempo, passando da un 26,8% nel 2018 al 19,6% nel 2024. Infine, il 3,6% delle donne è stato seguito da un ginecologo del consultorio familiare e lo 0,9% da un'ostetrica privata (quasi esclusivamente per i parti a domicilio). La differenza tra italiane e straniere della percentuale di donne seguite da un'ostetrica del PN è andata via via riducendosi e nel 2024 è pressoché nulla: tra le donne straniere (57,6%) e tra le italiane (56,5%). Le donne con cittadinanza italiana si rivolgono al ginecologo privato nel 20,9% dei casi, a fronte di un 6,6% tra le cittadine straniere. Quest'ultime si affidano maggiormente ad un ginecologo di struttura pubblica (27,2% rispetto ad un 18,0% tra le italiane). Anche per quanto concerne il titolo di studio, nel 2024 la proporzione di donne seguite dal PN è abbastanza omogenea tra i livelli d'istruzione, mentre permane una differenza nella scelta del ginecologo privato, pari al 18,9% tra le donne con titolo di studio medio-alto (non inferiore al diploma di scuola media superiore) e pari al 7,0% tra le donne con basso titolo.

IL PERCORSO NASCITA OSTETRICA DEDICATA

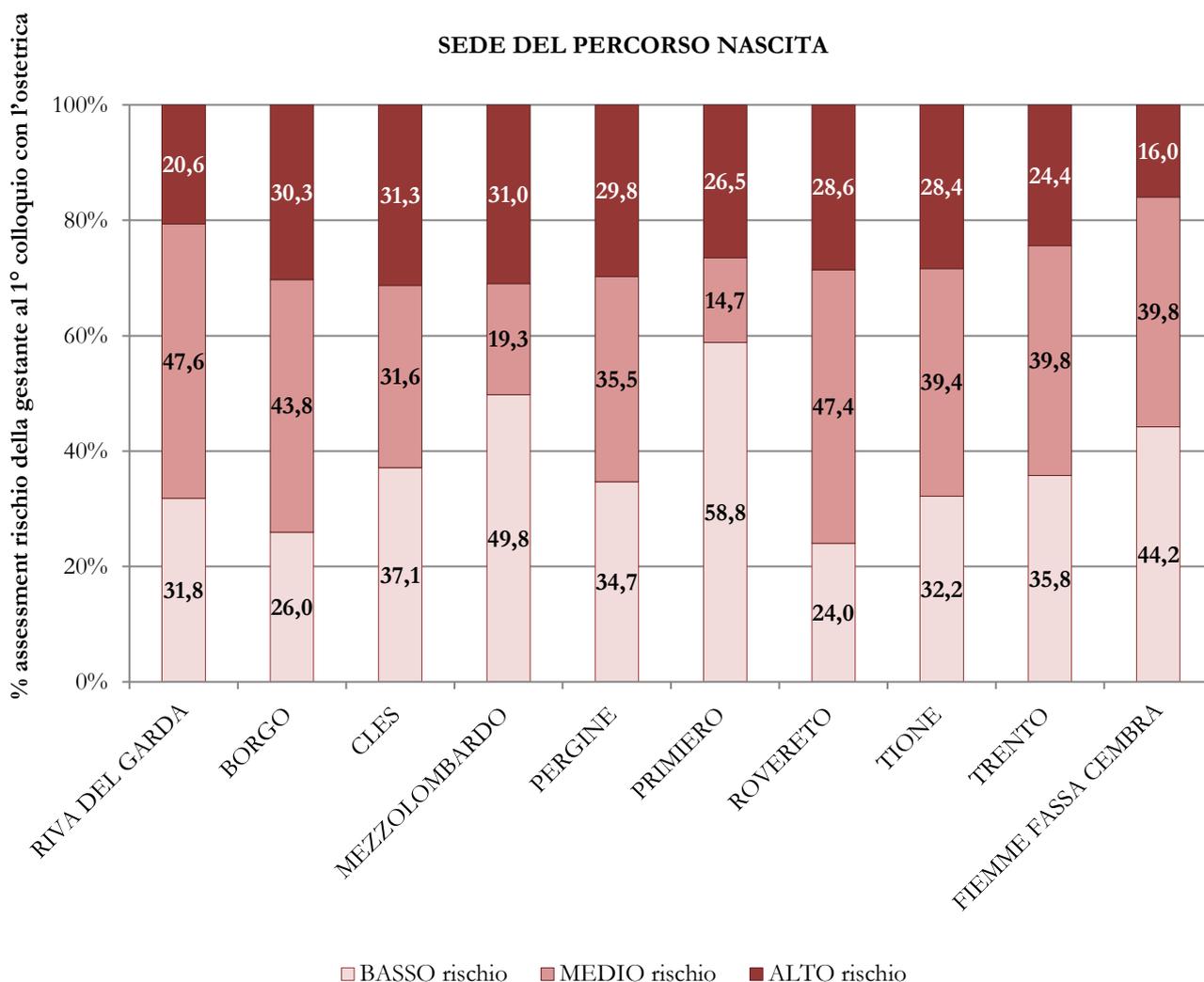
Il Percorso Nascita è l'insieme dei servizi offerti dal Servizio sanitario Provinciale alla popolazione residente in Provincia di Trento, alla donna ed al neonato dalla fase periconcezionale al puerperio. In Trentino l'APSS ha realizzato un progetto denominato "Percorso Nascita ostetrica dedicata" partendo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

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

I primi colloqui

Nell'arco del 2024, nelle dieci sedi provinciali dei consultori in cui è attivo il PN, sono stati registrati 3.617 primi colloqui, di cui 3.468 effettivamente per l'avvio del PN. I rimanenti hanno riguardato colloqui pre-concezionali. La presa in carico preconcezionale nei consultori rappresenta un'area di miglioramento per la promozione di stili di vita sani e assunzione di acido folico preconcezionale nella donna-coppia che programma una gravidanza. Nel 35,1% dei 3.468 casi è stato attribuito un assessment del rischio basso (38,2% nel 2023, 37,3% nel 2022, 40,1% nel 2021 e 43,1% nel 2020), con un trend temporale di diminuzione della proporzione; nel 38,5% dei casi è stato attribuito un rischio medio (34,6% nel 2023, 36,8% nel 2022, 34,1% nel 2021 e 31,9% nel 2020) e nel rimanente 26,4% rischio alto (27,2% nel 2023, 25,9% nel 2022, 25,8% nel 2021 e 25,0% nel 2020).

Fig. 4 - Distribuzione percentuale dell'assessment del rischio della gestante al primo colloquio con l'ostetrica, per singola sede del PN. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



Per quanto riguarda le caratteristiche delle donne, il 43,3% era nullipara, il 30,4% primipara ed il 26,3% pluripara. Il 24,4% delle gestanti aveva una cittadinanza straniera, con una differenza significativa di parità tra italiane e straniere: tra le straniere si è registrato un 39,1% di pluripare vs. un 22,2% tra le italiane.

L'epoca gestazionale modale in cui le donne hanno sostenuto il primo colloquio per PN è risultata essere compresa tra le 6⁺¹ e le 8⁺⁰ settimana (41,4%), seguita dall'età gestazionale ≤6 settimane (30,6%) e dall'età gestazionale compresa tra le 8⁺¹ e le 10⁺⁰ settimane (16,7%). La precocità della presa in carico rappresenta un elemento centrale per l'informazione e promozione della salute in gravidanza fin dalle prime settimane di gestazione.

Il tempo intercorso tra il primo contatto col CUP e l'effettivo primo colloquio con l'ostetrica dedicata è stato ≤7 giorni nell'86,7% della casistica; nel 12,0% dei casi è risultato essere compreso tra gli 8 e i 14 giorni, mentre nel rimanente 1,3% superiore alle 2 settimane per specifiche richieste dell'utente.

Le conclusioni del PN nel 2024

L'assistenza al puerperio si conclude con appuntamento a 40-60 giorni dal parto per la visita di chiusura del percorso nascita. Diventa questa un'occasione per l'ostetrica consultoriale dedicata al percorso nascita di valutare l'adattamento della donna in puerperio e riprendere elementi per una procreazione responsabile futura (si veda il capitolo dedicato all'Assistenza territoriale in puerperio).

Indipendentemente dall'anno in cui la donna è stata presa in carico dal PN e dall'esito della gravidanza, nel corso del 2024 sono stati conclusi 2.912 percorsi (2.874 nel 2023, 3.036 nel 2022, 2.887 nel 2021 e 2.817 nel 2020). Di questi, dopo un percorso seguito dall'ostetrica dedicata secondo il modello della midwifery led model, 2.271 (il 78,0%) hanno fatto registrare un parto, altre 132 donne (4,5%) sono state inviate presso gli ambulatori ospedalieri per le gravidanze ad alto rischio, 58 donne (2,0%) hanno abbandonato il percorso per proseguire i controlli della gravidanza presso un ginecologo in libera professione, 374 donne (12,9%) hanno invece avuto un esito di aborto spontaneo o hanno deciso di interrompere la gravidanza. Le rimanenti 77 donne hanno fatto registrare un trasferimento fuori Provincia.

Tra i 2.912 PN conclusi nel 2024, il 37,5% aveva avuto un assessment di rischio basso al primo colloquio, il 36,1% medio ed il restante 26,4% alto; delle 769 donne con rischio alto il 12,0% è stato inviato presso gli ambulatori medici ospedalieri (2° livello).

Tab. 1 - Percorsi nascita conclusi nel 2024 per sede e per assessment del rischio al primo colloquio con l'ostetrica – Provincia Autonoma di Trento.

Sede PN	Assessment rischio al 1° colloquio			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Riva del Garda	105	89	74	268
Borgo	52	85	52	189
Cles	107	94	89	290
Mezzolombardo	106	50	70	226
Pergine	107	100	90	297
Primiero	34	15	21	70
Rovereto	117	193	96	406
Tione	54	77	51	182
Trento	285	249	182	716
Fiemme, Fassa, Cembra	125	99	44	268
Totale	1.092	1.051	769	2.912
Totale %	37,5%	36,1%	26,4%	100,0%

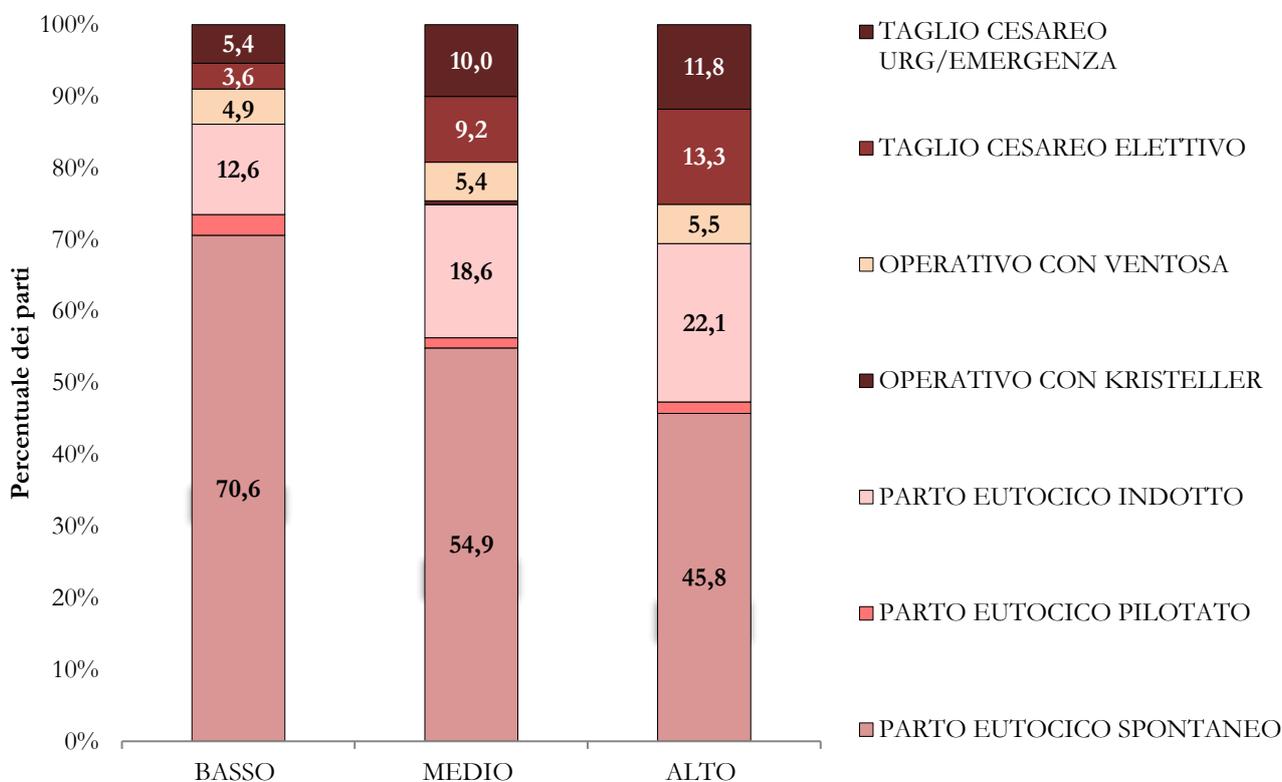
L'82,7% dei PN con un assessment del rischio alto al 1° colloquio, l'85,0% con rischio medio ed il 79,8% con rischio basso, hanno dato esito ad una nascita.

Nel 20,0% dei casi (n=480) dei 2.403 percorsi esitati in una nascita, c'è stato un ri-assessment del rischio rispetto a quello individuato al 1° colloquio.

Il 91,6% delle donne che poi hanno partorito, ha eseguito tra le 5 e le 8 visite prenatali, il 6,5% ne ha eseguite meno di 5, mentre il rimanente 1,9% ne ha effettuate più di 8. Per quanto concerne il numero di ecografie (esclusa l'eco-office), il 43,9% ne ha eseguite tre, il 41,1% più di tre, il 12,8% due ed il 2,2% una.

La modalità del parto è in funzione dell'assessment del rischio (considerando l'ultimo assessment del rischio attribuito in caso di riassessment durante la gravidanza): la proporzione di parti eutocici spontanei varia dal 45,8% dell'alto rischio al 70,6% del basso rischio. La percentuale di tagli cesarei è significativamente inferiore nei PN a basso rischio (9,1%), rispetto al 19,2% del medio rischio e 25,0% dell'alto rischio. Va rilevato che nell'assessment del basso rischio sono inserite tutte le donne con precedente taglio cesareo.

Fig. 5 - Distribuzione percentuale dei parti per modalità, stratificato in base all'ultimo assessment del rischio attribuito durante la gravidanza. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



Nel complesso, il secondamento è risultato spontaneo nell'81,8% dei parti e nel 25,0% è stata utilizzata l'analgia epidurale in travaglio. Il 23,5% delle donne con un assessment del rischio alto, il 28,5% di quelle con un assessment del rischio medio e il 23,0% di quelle con un assessment del rischio basso ha usufruito dell'analgia epidurale in travaglio.

Solo l'1,6% ha avuto una lacerazione maggiore (3° e 4°) e il 22,6% un perineo integro, mentre l'episiotomia è stata eseguita nel 4,4% dei casi.

L'allattamento alla dimissione è risultato essere esclusivo nel 75,8% dei parti, nel 20,6% l'allattamento era misto e nel 3,7% artificiale. Come atteso, l'allattamento alla dimissione dipende dal tipo di parto, con una più alta proporzione di allattati al seno in modo esclusivo per i parti spontanei (82,3%) ed una più bassa per i cesarei (59,2%).

L'allattamento in occasione della visita di chiusura del percorso nascita (a 40-60 giorni dal parto) è risultato essere esclusivo nel 70,9% dei parti, nel 17,3% l'allattamento era misto e nell'11,8% artificiale.

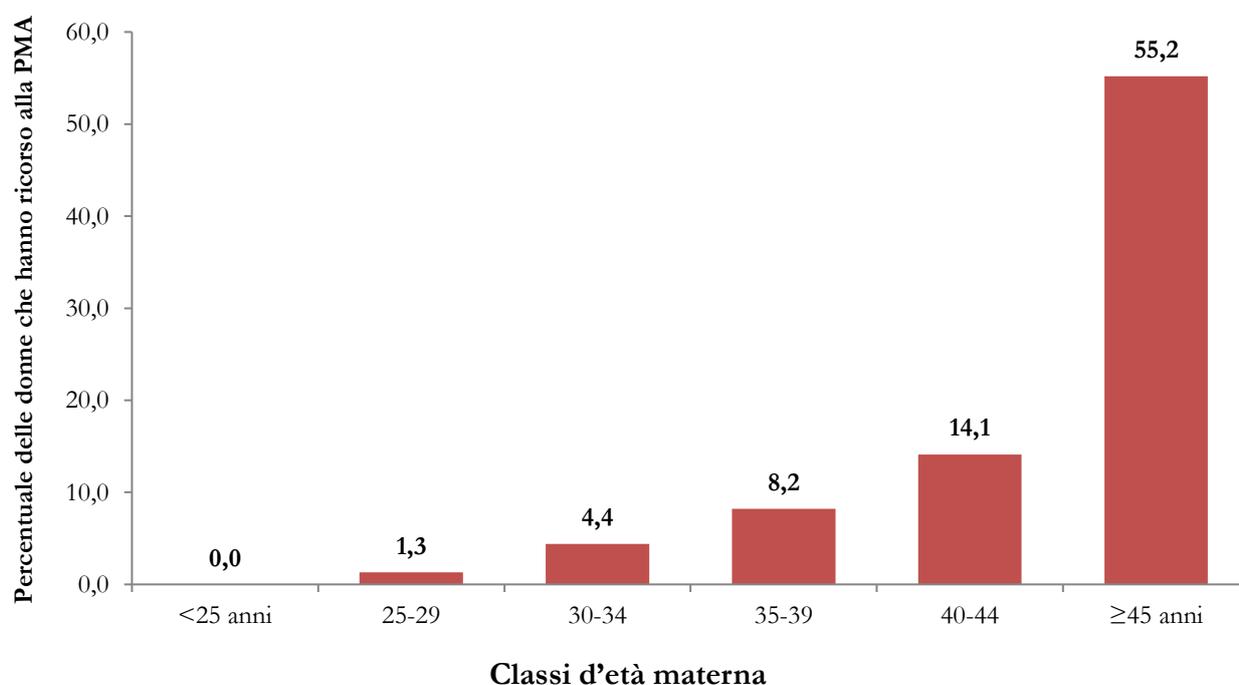
Per quanto concerne le visite post-natali (ambulatoriali e/o domiciliari), il 97,5% delle donne ne ha effettuata almeno una ed il rimanente 2,5% nessuna.

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Tra le donne che hanno partorito nel 2024 (flusso dati CedAP), 200 hanno fatto ricorso a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) che incidono nel 5,5% delle partorienti: 71 donne di età inferiore ai 35 anni (pari al 2,9% delle donne di questa fascia d'età) e 129 donne con età superiore o uguale ai 35 anni (pari al 10,7 % di questa fascia di età). Da evidenziare come il 56,7% (17 su 30) dei parti da donne d'età maggiore ai 44 anni provenga da una tecnica di PMA. Il 7,0% delle gravidanze con PMA ha dato esito ad un parto gemellare rispetto all'1,0% delle gravidanze "naturali". In Italia il ricorso ad una tecnica di PMA riguarda in media il 3,9% delle gravidanze, mentre la percentuale di parti plurimi nelle gravidanze con PMA è pari al 6,9% (dato nazionale riferito all'anno 2023).

In provincia autonoma di Trento Nel 2017-2019, nel 2022 e nel 2024 la principale tecnica di procreazione medicalmente assistita risulta essere l'iniezione intracitoplasmica dello spermatozoo (ICSI). Nel 2020, 2021 e 2023 la tecnica di PMA più praticata risulta essere la fecondazione in vitro con trasferimento in utero (FIVET). In dettaglio, il 2024 presenta un utilizzo di ICSI nel 46,5% della casistica e di FIVET nel 36,0%, di IUI nell'11,5%, l'induzione farmacologica nell'1,0% e altre tecniche nel 5,0% della casistica.

Fig. 6 – Distribuzione percentuale delle donne che hanno ricorso alla procreazione medicalmente assistita per classi d'età. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



In Italia nel 2023, le donne che hanno fatto ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita hanno utilizzato nel 47,7% dei casi la FIVET, nel 35,4% la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoi in citoplasma (ICSI), nel 2,4% il trattamento farmacologico per induzione di ovulazione, nel 5,5% il trasferimento di gameti maschili in cavità uterina (IUI), mentre il restante 8,9% ha fatto ricorso ad altre tecniche varie⁶.

La PMA ha portato a 16.718 bambini nati vivi che rappresentano il 4,3% del totale dei nati in Italia nel 2022⁷. Nel *Rapporto nazionale sul Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita – Anno 2022* i nati vivi da PMA rappresentavano il 3,7%. La discrepanza tra quest'ultimo dato e quello delineato nella relazione sull'*Attività dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (Anno 2022)*, può essere dovuto al fatto che alcune donne non dichiarino nel CedAP l'effettivo ricorso alla fecondazione assistita.

⁶ *Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2023*

⁷ *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 dei centri procreazione medicalmente assistita - anno 2022*

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

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

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

- PMA omologa:
 - PMA 1° livello: inseminazioni intrauterine (IUI);
 - PMA 2° livello: fecondazione in vitro ed embriotransfer (FIV-ET) - senza e con ICSI (iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi);
 - PMA 3° livello: TESE – MESA (tecniche chirurgiche per il prelievo di gameti maschili)
 - crioconservazione di ovociti e spermatozoi

- PMA eterologa:
 - PMA 1° livello: inseminazioni intrauterine (IUI) con seme da donatore (dal 2018);
 - PMA 2° livello: fecondazione in vitro ed embriotransfer (incluso ICSI) con ovociti da donatrice e/o spermatozoi da donatore (dal 2018).

- Crioconservazione di gameti (ovociti e spermatozoi): servizio offerto – anche al di fuori di una situazione di infertilità – per proteggere la fertilità in caso di patologie o terapie potenzialmente lesive della fertilità.

- Diagnosi genetica pre-impianto (PGT):
 - Counselling specialistico (Genetico/PMA) per coppie con un rischio genetico;
 - esecuzione della biopsia embrionaria e diagnostica genetica (dal 2018).

Tab. 2 - Centro PMA di Arco. Soggetti trattati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2024

Forma di terapia	Numero pazienti trattati (di cui residenti in Trentino)	%
I livello (inseminazione semplice senza donazione) IUI	112 (106)	11,7
I livello (inseminazione semplice con donazione di gameti)	6 (3)	0,6
II e III livello (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione) ICSI	386 (293)	40,4
II e III livello (fecondazione in vitro con trasferimento in utero) FIV-ET	14 (11)	1,5
II e III livello (da FER – Frozen Embryo Replacement)	184 (178)	19,2
II e III livello (da FO-Vitrif – Frozen Ovocyte)	12 (9)	1,3
II e III livello (indagini genetiche PGT-M, PGT-A, PGT-SR)	70 (19)	7,3
II e III livello (donaz. di seme+embrioni scongelati ottenuti da donaz. di seme)	38 (22)	4,0
II e III livello (donazione di solo ovociti)	110 (59)	11,5
II e III livello (doppia donazione di seme e ovociti scongelati)	22 (14)	2,3
Social Freezing	2	0,2
Totale	956 (714)	100,0

Tab. 3 - Centro PMA di Arco. Cicli iniziati* per forma di terapia. Anno 2024

Forma di terapia	Numero cicli iniziati	%
I livello (inseminazione semplice senza donazione) IUI	176	15,0
I livello (inseminazione semplice con donazione di gameti)	7	0,6
II e III livello (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione) ICSI	418*	35,6
II e III livello (fecondazione in vitro con trasferimento in utero) FIV-ET	16*	1,4
II e III livello (da FER – Frozen Embryo Replacement)	253*	21,5
II e III livello (da FO-Vitrif – Frozen Ovocyte)	12*	1,0
II e III livello (indagini genetiche PGT-M, PGT-A, PGT-SR) [◊]	112	9,5
II e III livello (donaz. di seme+embrioni scongelati ottenuti da donaz. di seme)	42	3,6
II e III livello (donazione di solo ovociti)	112	9,5
II e III livello (doppia donazione di seme e ovociti scongelati)	25	2,1
Social Freezing	2	0,2
Totale	1.175	100,0

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

[◊]Cicli/ scongelamenti su cui si intende effettuare indagini genetiche.

15 cicli di I livello e 29 di II e III livello (ICSI) sono stati sospesi.

A seguito della riduzione d'attività dovuta all'emergenza da pandemia Covid-19 nel 2020-2021, il 2022 aveva fatto evidenziare una consistente ripresa. Nel biennio 2023-2024 l'attività del centro PMA di Arco ha registrato un assestamento: nel corso dell'anno 2024 il numero complessivo di pazienti trattati presenta comunque un aumento del 4,4% rispetto al 2023. Gli incrementi d'attività più marcati (rispetto al 2023) si sono registrati per le tecniche di II e III livello da fecondazione in vitro con trasferimento in utero (+75,0%, seppur su piccoli numeri) e da doppia donazione di seme e ovociti scongelati (+69,2%), seguite dalle indagini genetiche PGT-M, PGT-A, PGT-SR (+40,0%). Le tecniche per cui è osservata la maggior riduzione rispetto al 2023 sono quelle di II e III livello (donazione di solo ovociti), con un -9,1%.

Relativamente ad eventuali complicanze, nel corso dei 1.175 cicli iniziati di stimolazione per I, II e III livello, nel 2024 si è verificata una *sindrome da iperstimolazione ovarica severa*.

Per quanto concerne le gravidanze ottenute, su 118 coppie e 183 cicli iniziati di I livello si sono registrate 22 gravidanze singole e 2 gravidanze gemellari, per un totale di 24 gravidanze (il 20,3% delle coppie e il 13,1% dei cicli).

Fig. 7 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati per tipologia di tecnica e per classi d'età (uomini). Anno 2024

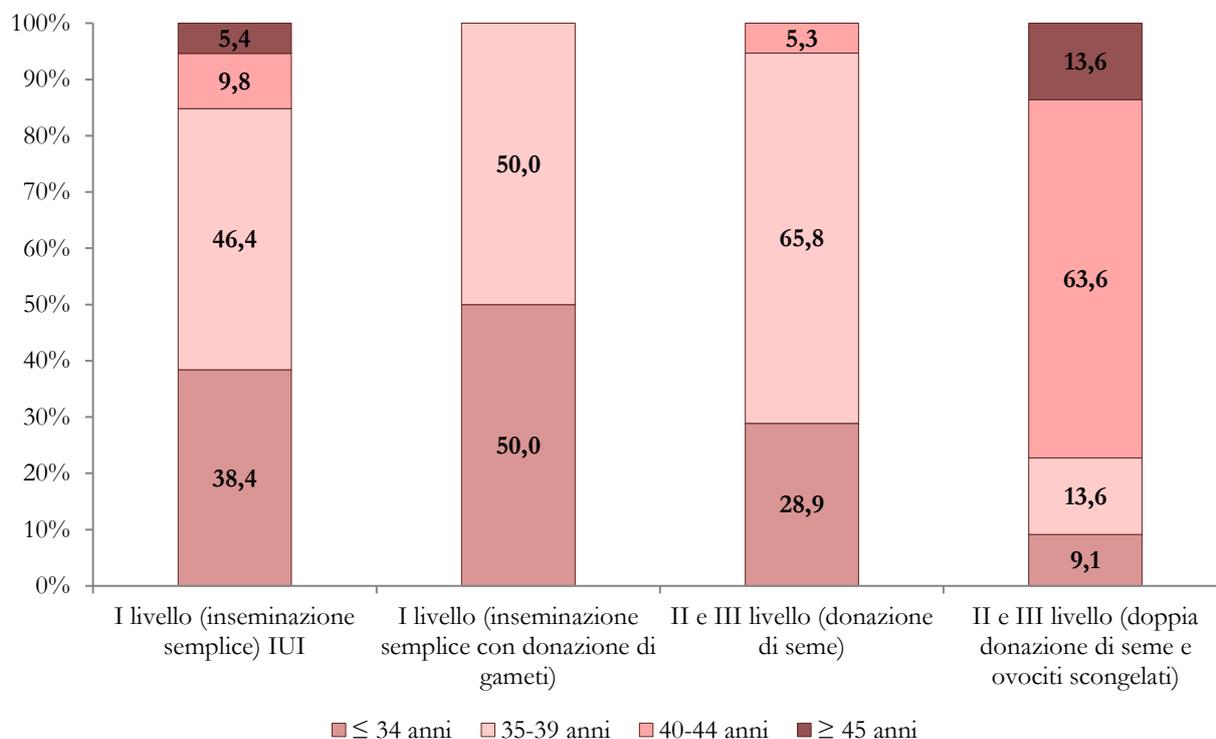
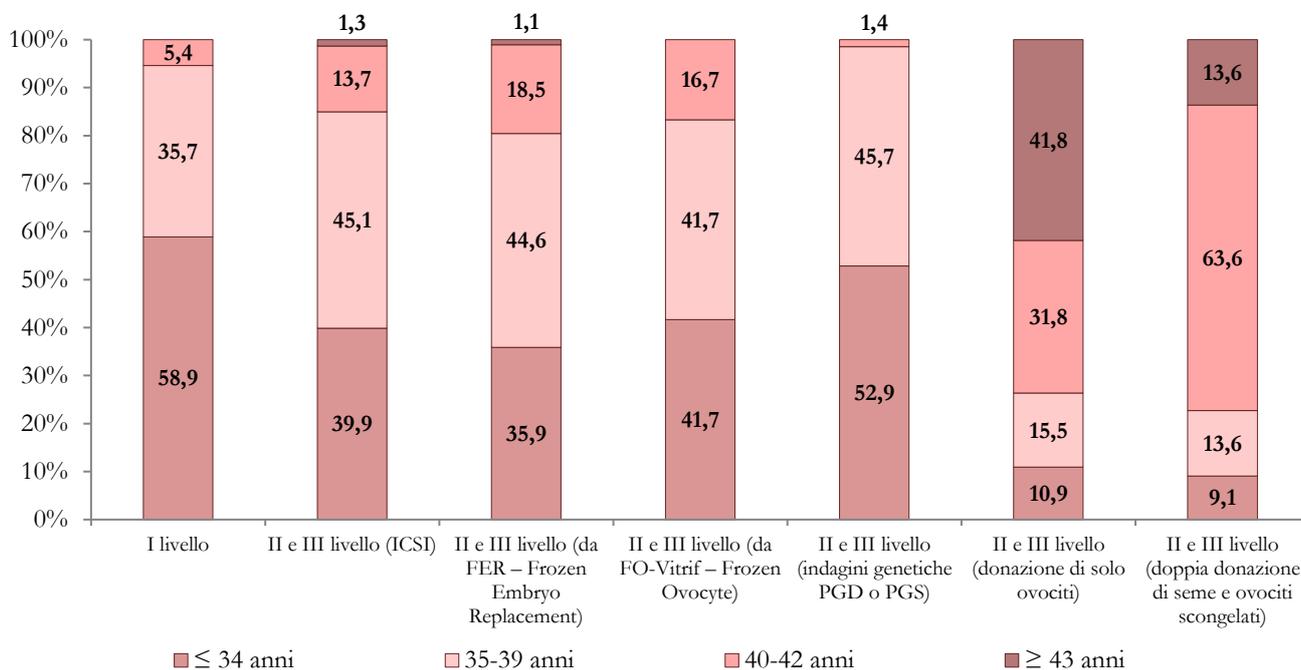


Fig. 8 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati (I livello) e dei trasferimenti effettuati (II e III livello), per classi d'età (donne). Anno 2024



Per le tecniche di II e III livello, fino a qualche anno fa le gravidanze cliniche venivano rapportate al numero dei cicli iniziati, al numero dei pick-up effettuati ed al numero di transfer eseguiti. Questo si è fondamentalmente modificato negli ultimi anni. Attualmente circa la metà dei cicli con prelievo di ovociti non arriva al transfer, o meglio, non è nemmeno dedicato al transfer. Tutte le pazienti che fanno parte del programma di diagnosi pre-impianto sono destinate al NON transfer nel relativo ciclo, perché i loro embrioni vengono sottoposti a biopsia e poi congelati per poter sottoporre il frammento bioptico ad indagini genetiche. Gli embrioni di pazienti con il rischio di iperstimolo (OHSS) vengono molto più facilmente congelati per ridurre la morbilità della procedura. Oggigiorno si preferisce trasferire meno embrioni per ridurre il rischio di gravidanze plurime, quindi gli embrioni rimangono più facilmente in coltura fino alla quinta giornata dopo il prelievo ovocitario. Di conseguenza sopravvivono meno embrioni, ma mediamente con un maggiore potenziale di diventare un bambino. Spesso si trasferisce in quinta giornata solo un unico embrione e si procede alla crioconservazione di eventuali ulteriori embrioni. Tutto questo fa sì che il numero di gravidanze per ciclo giunto al prelievo di ovociti si sia notevolmente ridotto, mentre il numero delle gravidanze calcolate sul transfer sia rimasto in linea generale stabile con la riduzione di gravidanze gemellari. In conclusione, la proporzione di gravidanze ottenute per le tecniche di II e III livello, a partire dai dati del 2020 vengono rapportate al numero di transfer embrionari.

Nel percorso di procreazione medicalmente assistita omologa con tecniche di II e III livello (ICSI) su 418 cicli giunti a prelievo e 217 transfer embrionari, si sono ottenute 59 gravidanze (53 singole e 6 gemellari) da ciclo a fresco ottenendo il 27,2% di gravidanze sui transfer embrionari.

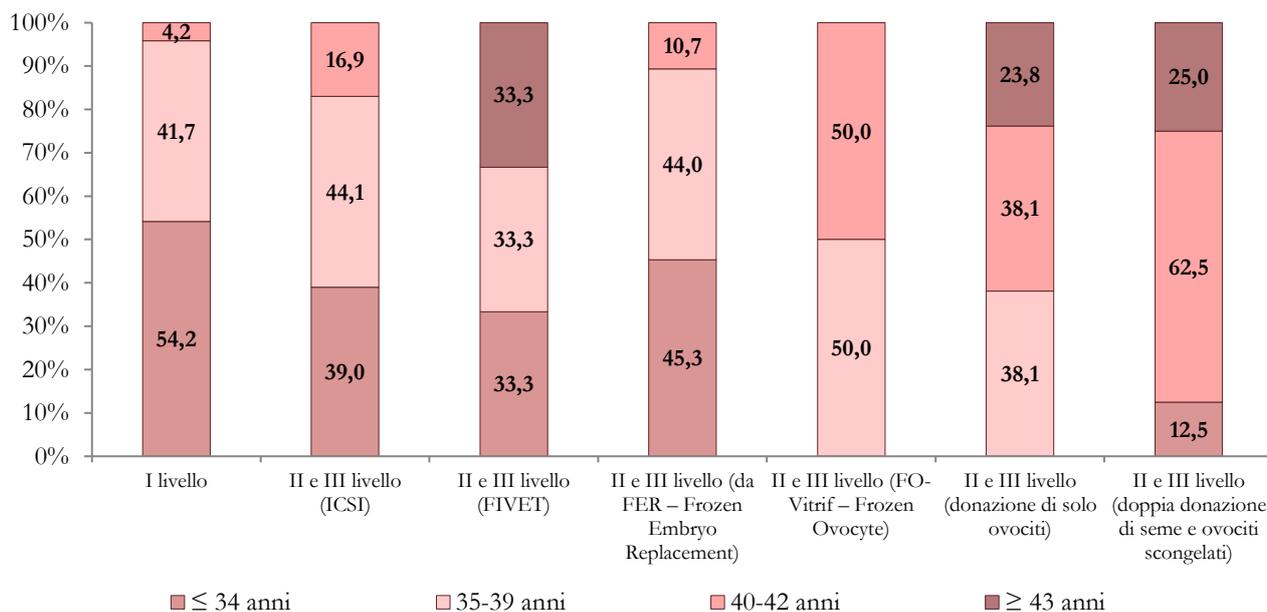
Tra i 16 cicli giunti a prelievo ed i 12 transfer embrionari con tecnica di fecondazione in vitro con trasferimento in utero (FIV-ET), si sono ottenute 3 gravidanze singole (25,0% di gravidanze sul totale dei transfer embrionari).

Nelle 12 coppie sottoposte a scongelamento ovocitario (FO-Vitrif – Frozen Ovocyte), si sono ottenuti 12 trasferimenti embrionari ottenendo 2 gravidanze singole con una percentuale di gravidanze del 16,7% dei trasferimenti embrionari.

Tra le 184 coppie che sono state sottoposte al FER (Frozen Embryo Replacement) sono stati eseguiti 221 trasferimenti in utero e si sono registrate 73 gravidanze singole e 2 gemellari. La percentuale di gravidanze è risultata quindi del 33,9% di trasferimenti in utero.

Nel campo della procreazione medicalmente assistita eterologa si sono ottenute, nelle coppie per le quali è stata utilizzata la donazione di solo ovociti, 21 gravidanze su 108 trasferimenti embrionari per una percentuale di gravidanze pari al 19,4%. Nove gravidanze si sono registrate da embrioni ottenuti da donazione di seme su 30 trasferimenti con un 30,0% di gravidanze; infine 8 gravidanze su 24 trasferimenti embrionari si sono ottenuti da doppia donazione di seme e ovociti scongelati con una percentuale di gravidanze pari al 33,3%.

Fig. 9 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale delle gravidanze ottenute per forma di terapia e classi d'età (donne). Anno 2024



Tab. 4 - Centro PMA di Arco. Numero di gravidanze per tecnica utilizzata e genere (singola o plurima). Anno 2024

Forma di terapia	Numero gravidanze			
	Singola	Gemellare	Trigemine	Totale
I livello (inseminazione semplice) IUI	22	2	0	24
I livello (inseminazione semplice con donazione di gameti)	0	0	0	0
II e III (fecondazione in vitro o prelievo chirurgico di gameti maschili e crioconservazione) ICSI	53	6	0	59
II e III livello (fecondazione in vitro con trasferimento in utero) FIV-ET	3	0	0	3
II e III livello (da FER – Frozen Embryo Replacement)	73	2	0	75
II e III livello (da FO-Vitrif – Frozen Ovocyte)	2	0	0	2
II e III livello (donazione di seme)	9	0	0	9
II e III livello (donazione di solo ovociti)	21	0	0	21
II e III livello (doppia donazione di seme e ovociti scongelati)	8	0	0	8
Totale	191	10	0	201

GLI INCONTRI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

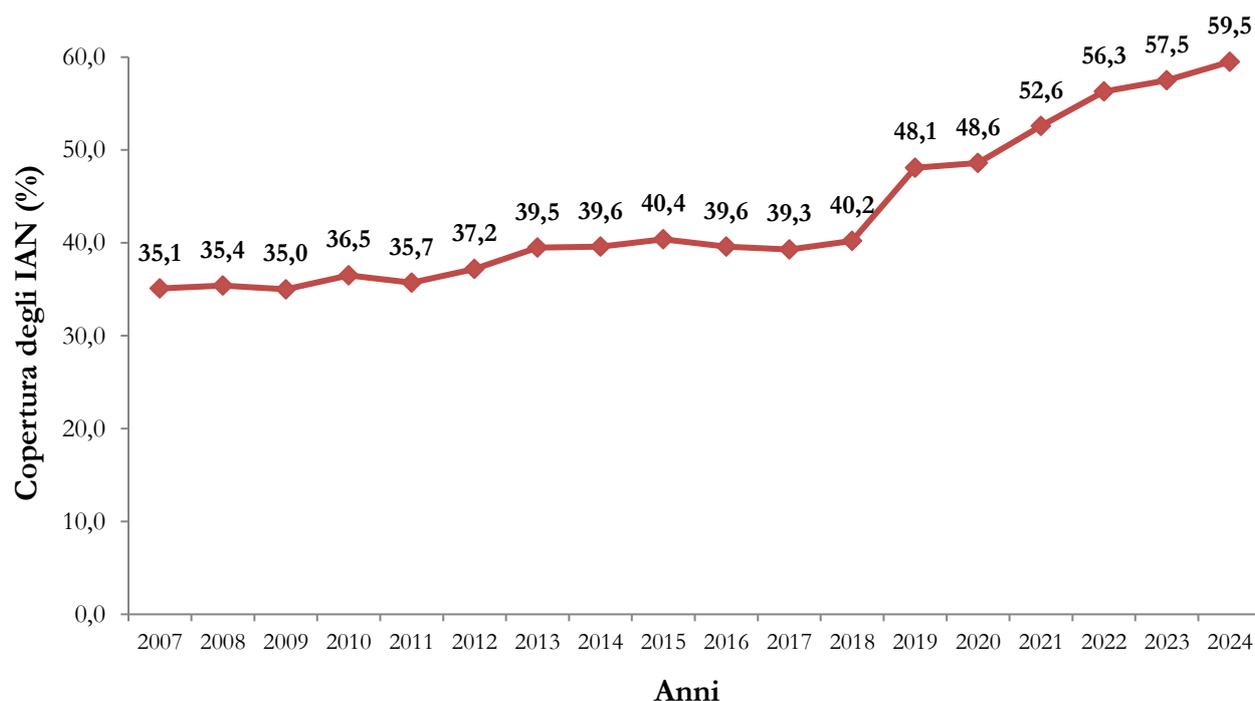
L'importanza della preparazione al parto è ampiamente sottolineata da diversi studi che hanno dimostrato un'associazione positiva con il decorso finale della gravidanza, la gestione del parto e gli esiti per la salute della madre e del bambino. La partecipazione agli incontri di accompagnamento alla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

Tab. 5 - Madri per frequenza degli incontri di preparazione alla nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Corso parto	Frequenza	%
No	1.397	38,5
Parziale	570	15,7
Completo	1.587	43,8
N.I.*	72	2,0%
Totale	3.626	100,0

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

Fig. 10 - Copertura degli incontri di preparazione alla nascita sul totale delle gestanti. Trend 2007-2024 – Provincia Autonoma di Trento



Il 59,5% di tutte le gestanti frequenta gli incontri di accompagnamento alla nascita (parziale o completo). Nell'ultimo decennio la partecipazione agli incontri evidenzia un trend in aumento, con un'impennata nel 2019-2024. Questo incremento è più marcato tra le nullipare.

A livello nazionale non sono disponibili dati recenti: nel 2008 la quota di donne che partecipa agli incontri di preparazione al parto per l'ultima gravidanza si stimava essere pari al 35,5%⁸.

Solo per poche regioni/province autonome il dato sulla partecipazione agli incontri d'accompagnamento alla nascita è raccolto in via routinaria tramite il CedAP: il 21° Rapporto sui dati del CedAP – Dati anno 2023 dell'Emilia Romagna riporta che il 38,1% delle donne ha partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita, dato in risalita dopo il forte calo registrato nel 2020 (23,9%), raggiungendo il valore più alto negli ultimi dieci anni.

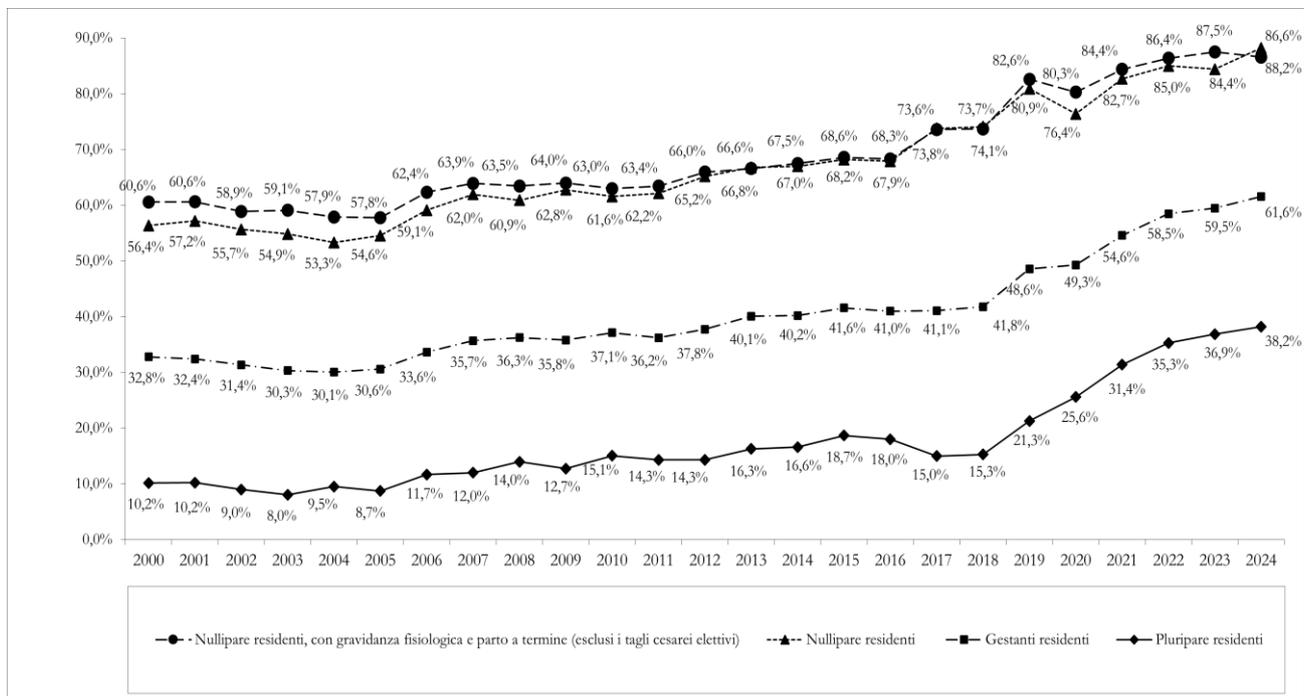
In provincia autonoma di Trento si osserva una sostanziale differenza nella frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita rispetto alla parità: l'84,9% delle nullipare decide di seguire gli incontri preparatori al parto (81,7% nel 2023 e nel 2022, 79,1% nel 2021, 74,9% nel 2020, 79,5% nel 2019, 70,3% nel 2018 e 69,7 nel 2017), contro il 36,9% delle pluripare ($p < 0,0001$). La copertura delle nullipare ha raggiunto nel periodo 2019-2024 il valore desiderabile dell'80% e più.

Considerando le sole gestanti residenti in Trentino (si veda il grafico sottostante), si ottiene una copertura degli incontri di accompagnamento alla nascita pari al 61,6% (88,2% tra le nullipare e 38,2% tra le pluripare). Individuando le maggiori candidate alla partecipazione agli incontri, vale a dire le nullipare residenti con gravidanza fisiologica e parto a termine (esclusi i tagli cesarei elettivi) la proporzione di partecipazione nel 2024 raggiunge l'86,6%. I valori percentuali registrati nel 2023-2024 sono i più elevati di sempre; quelli del 2020-2021 probabilmente avevano risentito della situazione di emergenza pandemica da Covid-19 con relativi lockdown, nonostante la quasi immediata messa a disposizione di incontri di accompagnamento alla nascita on-line da parte dei consultori trentini.

⁸ Grandolfo M., Lauria L., Lamberti A.: *Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita*

Convegno "Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile-POMP"; Istituto Superiore di Sanità, Roma: 2010

Fig. 11 - Proporzione di madri residenti che seguono gli incontri di accompagnamento alla nascita (parziali/completi): nullipare con gravidanza fisiologica e parto a termine (>=37 sett.), totalità nullipare, totalità pluripare e residenti. Anni 2000-2024. – Provincia Autonoma di Trento



Tab. 6 - Frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita, secondo la parità e la residenza della madre. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Rete territoriale di residenza madre	Nullipare %	Pluripare %
01.Val di Non	81,7	25,4
02.Valle di Sole	85,7	27,7
03. Rotaliana-Paganella	89,4	34,7
04.Valle di Cembra	85,7	52,8
05.Val di Fiemme	89,7	33,9
06.Val di Fassa	86,1	33,3
07.Primiero*	25,9	10,3
08.Valsugana e Tesino*	79,2	49,5
09.Alta Valsugana	92,9	54,1
10.Giudicarie	86,7	43,1
11.Alto Garda e Ledro	86,9	19,7
12.Vallagarina-Altipiani Cimbri	85,9	25,2
13.Val d'Adige e Laghi	90,9	46,9
Provincia	88,2	36,9

*I CedAP relativi all'ospedale di Feltre non riportano l'informazione sulla partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita.

Nel 2024 la percentuale più bassa di donne nullipare che partecipano agli incontri di accompagnamento alla nascita è registrata negli Altipiani Cimbri (72,2%), seguita dalla Val di Non (81,7%)⁹.

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

Nel complesso, la partecipazione agli incontri di preparazione alla nascita risulta influenzata prevalentemente dalla parità della donna, dalla sua cittadinanza, dal livello di istruzione, dall'età ed infine dallo stato civile¹⁰. La partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita cresce in maniera proporzionale al grado d'istruzione: l'accesso è maggiore nelle donne laureate (70,0% sul totale delle donne e 90,9% tra le nullipare), rispetto a quelle con un diploma di scuola media superiore (54,1% e 81,6%) o di scuola media inferiore (36,4% e 61,6%); la partecipazione agli incontri di donne con la sola licenza elementare è molto bassa (28,6% e 36,4% tra le nullipare).

Seppur in aumento nel corso degli anni, soprattutto tra le nullipare, le donne straniere frequentano gli incontri in una proporzione nettamente inferiore rispetto alle italiane: 38,6% (58,1% tra le nullipare) rispetto al 65,7% tra le italiane (90,4% delle sole nullipare).

Tra coloro che hanno dichiarato di aver partecipato agli incontri di accompagnamento alla nascita, il 97,2% l'ha seguito presso un consultorio pubblico (oppure incontri on-line offerti dal consultorio stesso): il 28,1% presso il Consultorio di Trento, il 14,7% presso il Consultorio di Rovereto, il 12,0% presso il Consultorio di Pergine, l'8,5% presso il Consultorio di Cles, il 7,9% presso il Consultorio di Riva del Garda, il 6,8% presso il Consultorio di Cavalese, il 6,5% presso quello di Mezzolombardo, il 6,4% presso quello di Tione e il 5,0% presso il consultorio di Borgo Valsugana. La corrispondenza tra residenza materna e luogo di frequentazione degli incontri è elevata in ogni rete territoriale, mediamente attorno all'80-90%.

⁹ Dall'analisi di confronto sono esclusi il Primiero e la Valsugana-Tesino in quanto rispettivamente il 59,3% ed il 9,7% dei casi presenta dati mancanti.

¹⁰ Analisi di regressione logistica multipla con predittori parità, cittadinanza, età, titolo di studio, e stato civile della donna.

LE CARATTERISTICHE DELLA GRAVIDANZA

Il decorso della gravidanza

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

Dai dati CedAP, emerge che per 1.866 madri (51,5% delle gestanti) sono stati registrati 1 o più eventi patologici nel corso della gravidanza, in aumento rispetto al 48,9% del 2023 e al 49,9% del 2022. Per differenza quindi, nel 48,5% delle gestanti non si registrano eventi patologici e quindi risultano “presuntivamente” (e verosimilmente con una certa sovrastima) avere avuto una gravidanza fisiologica.

Tab. 7 - Gestanti con gravidanza problematica per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Luogo del parto	Numero Gestanti con decorso problematico	% sul totale gestanti con decorso problematico	% su gestanti assistite presso i punti nascita
Ospedale S. Chiara	1.351	72,4	60,1
Ospedale di Rovereto	455	24,4	49,0
Ospedale di Cles	17	0,9	9,3
Ospedale di Cavalese	34	1,8	20,0
Ospedale di Feltre	9	0,5	14,1
Domicilio e precipitoso	-	-	-
Totale	1.866	100,0	51,5

Come atteso, la proporzione maggiore di madri con gravidanza patologica si registra al S. Chiara di Trento (60,1%), seguita da Rovereto (49,0%). Il punto nascita del S. Chiara di Trento concentra il 72,4% dei casi complessivi di gravidanza patologica.

I problemi più frequentemente registrati nel corso della gravidanza delle 1.866 gestanti sono rappresentati nella tabella seguente (Tab. 7).

Tab. 8 - Problemi/condizioni ricorrenti con maggior frequenza nelle gestanti con gravidanza patologica. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Patologia	Frequenza
Diabete	401
<i>Pregravidico</i>	22
<i>Gestazionale</i>	379
Ipertensione	62
<i>Pregravidica</i>	25
<i>Gestazionale</i>	37
Patologia Tiroidea	594
<i>Iperteroidismo</i>	28
<i>Ipotiroidismo</i>	566
Patologia Ematologica	311
<i>Anemia</i>	158
<i>Piastrinopenia</i>	117
<i>Trombofilia</i>	36
Patologia uterina	28
Patologia Epatica (Colostasi intraepatica)	35
Pre-Eclampsia lieve-grave	54
Patologia Placentare (praevia – abruptio)	10
Obesità materna	152
Altro	817
Totale	2.666*

* Questo totale è maggiore di 1.866 in quanto per ogni gestante possono essere possibili più condizioni patologiche

I CONTROLLI IN GRAVIDANZA

Le visite ostetriche

Tab. 9 - Madri per numero di visite ostetriche e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Luogo del parto	Numero visite ostetriche				% visite ostetriche			
	0-3	4-7	>7	Totale	0-3	4-7	>7	Totale
Ospedale S. Chiara	32	1.324	892	2.248	1,4	58,9	39,7	100,0
Ospedale di Rovereto	25	688	216	929	2,7	74,1	23,3	100,0
Ospedale di Cles	6	141	35	182	3,3	77,5	19,2	100,0
Ospedale di Cavalese	0	100	70	170	0,0	58,8	41,2	100,0
Ospedale di Feltre	1	59	4	64	1,6	92,2	6,3	100,0
Domicilio	0	7	13	20	0,0	35,0	65,0	100,0
Precipitoso	1	6	6	13	7,7	46,2	46,2	100,0
Totale	65	2.325	1.236	3.626	1,8	64,1	34,1	100,0

La proporzione di madri che effettua meno di 4 visite ostetriche è del 1,8%, in progressiva riduzione dal 2007, dove la proporzione era pari al 12,2%. La distribuzione del numero di visite ostetriche per punto nascita è disomogenea: per quanto riguarda le proporzioni relative a meno di 4 visite, si osserva un range compreso tra l'1,4% (Ospedale S. Chiara) ed il 7,7% (parto precipitoso). La proporzione più elevata di donne che effettua almeno 8 visite durante la gravidanza si riscontra tra le partorienti a domicilio (65,0%), seguite da quelle che hanno affrontato un parto precipitoso (46,2%). Sono state effettuate oltre 4 visite di controllo nel 94,9% delle gravidanze (92,9% in Italia¹¹).

Tab. 10 - Madri per numero di visite ostetriche e decorso della gravidanza. Valori percentuali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Decorso della gravidanza	% visite ostetriche		
	0-4	5-7	≥8
Fisiologica	5,6	65,3	29,1
Patologica	4,6	56,6	38,8
Totale	5,1	60,8	34,1

¹¹ Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2023

Nel 2024 il numero medio di visite ostetriche effettuate in caso di decorso patologico della gravidanza risulta maggiore rispetto a quello registrato in caso di decorso fisiologico: 7,03 vs. 6,81 con un p -value < 0,0001. Come già riscontrato nel 2019-2023, anche nel 2024 la giovane età materna non risulta più essere un fattore di rischio per un minor numero di visite ostetriche, probabilmente grazie anche alla presa in carico del Percorso Nascita, omogenea in tutte le classi d'età. Si osserva, infatti, che la proporzione di donne che effettuano più di 4 visite ostetriche è pari al 90,7% tra le più giovani (under 20), al 94,4% per le donne di età compresa tra i 21 e i 29 anni, al 95,9% per le donne di età compresa tra i 30 e i 39 anni e al 90,1 % per la classe di età oltre i 40 anni. Nel 2024 il *grado d'istruzione* risulta essere un fattore di disuguaglianza sociale: esegue infatti meno di 4 visite ostetriche il 9,5% delle madri con licenza elementare, il 6,7% delle madri con diploma di scuola media inferiore, il 5,3% di quelle con diploma di scuola superiore e il 4,4% delle laureate. Risulta una differenza significativa anche in relazione alla *cittadinanza*: il numero medio di visite nelle cittadine italiane (7,0) è significativamente superiore a quello delle cittadine straniere (6,7).

L'ecografia

Tab. 11 - Madri per numero di ecografie e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Luogo del parto	Frequenza					%				
	Numero ecografie					Numero ecografie				
	0-2	3-5	6-8	≥9	Totale	0-2	3-5	6-8	≥9	Totale
Ospedale S. Chiara	100	1.930	204	14	2.248	4,4	85,9	9,1	0,6	100,0
Ospedale di Rovereto	25	624	241	39	929	2,7	67,2	25,9	4,2	100,0
Ospedale di Cles	13	125	42	2	182	7,1	68,7	23,1	1,1	100,0
Ospedale di Cavalese	14	137	15	4	170	8,2	80,6	8,8	2,4	100,0
Ospedale di Feltre	7	52	5	0	64	10,9	81,3	7,8	0,0	100,0
Domicilio	1	17	1	1	20	5,0	85,0	5,0	5,0	100,0
Precipitoso	2	10	1	0	13	15,4	76,9	7,7	0,0	100,0
Totale	162	2.895	509	60	3.626	4,5	79,8	14,0	1,7	100,0

Le linee guida nazionali e internazionali raccomandano 2 ecografie in gravidanza se non vi sono complicanze. L'esecuzione di una terza ecografia di screening nel terzo trimestre è una tematica controversa, poiché tale esame è associato a documentate sovra-diagnosi e sovra-trattamenti e, nell'insieme, i risultati della ricerca scientifica indicano che non è comprovato alcun beneficio alle madri o ai neonati. L'ecografia del terzo trimestre è in realtà estremamente diffusa e le donne possono ritenere che si tratti di un intervento appropriato, ma potrebbero non comprenderne il significato clinico ed essere, da un lato, falsamente rassicurate o, dall'altro, trovarsi impreparate a affrontare un risultato non favorevole dell'esame¹². In provincia di Trento la proporzione di donne che ha eseguito 2 sole ecografie è pari al 4,2% (4,8% nel 2023, 4,9% nel 2022). Questa percentuale sale al 5,7% nelle sole gravidanze fisiologiche. Il 40,7% esegue 3 ecografie (43,8% nel 2023, 41,8% nel 2022), mentre il 54,8% ne esegue 4 o più (51,1% nel 2023, 52,9% nel 2022). Non è esclusa una sovrastima del dato sul n° di ecografie, determinata dalla impossibilità di distinguere tra un'ecografia di screening o a scopo diagnostico (ecografia formale) e un'ecografia a completamento della visita, soprattutto nei casi in cui l'informazione venga riferita dalla donna e non rilevata dalla documentazione clinica. Nel periodo 2021-2024 la proporzione di donne che effettua da 3 a 5 ecografie torna ai livelli del 2017 (attorno all'80%), allontanandosi dal numero di ecografie raccomandato dalle linee guida (pari a 2).

Tab. 12 - Madri per numero di ecografie e tipo di gravidanza, valori percentuali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Tipo di gravidanza	% ecografie	
	0-3	≥4
Fisiologica	49,7	50,3
Patologica	41,0	59,0
Totale	45,2	54,8

I dati provinciali mostrano un'associazione tra numero di ecografie effettuate e *decorso della gravidanza*: il 59,0% delle donne con gravidanza patologica fa almeno 4 ecografie a fronte del 50,3% delle donne con gravidanza fisiologica.

Si registra una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$) riguardo al numero di ecografie effettuate in relazione all'*età materna*: in media si registrano 4,3 ecografie per le donne con 35 anni o più,

¹² Bricker L et al. (2015). *Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation)*. Cochrane Database Syst Rev 6:CD001451

rispetto alle 4,0 per quelle di età <35 anni. Anche per quanto concerne la *cittadinanza materna*, si riscontra una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$): le straniere effettuano mediamente meno ecografie delle madri italiane o provenienti dai Paesi dell'UE¹³: le prime eseguono mediamente 3,9 ecografie, mentre le seconde ne effettuano in media 4,2.

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

Nella popolazione europea la probabilità di concepire un feto con un'anomalia congenita è del 2,6% (dato EUROCAT 2013-2022¹⁴). Le condizioni più frequenti sono le anomalie cromosomiche e le anomalie cardiovascolari, muscolo-scheletriche, al sistema nervoso centrale e all'apparato urinario. La villocentesi e l'amniocentesi sono le indagini diagnostiche prenatali invasive finalizzate al riscontro di alterazioni del patrimonio cromosomico; dagli anni 90 viene offerta alla gravida la possibilità di sottoporsi a indagini prenatali non invasive di screening quale il test combinato. A partire dalla casistica del 2017 è disponibile questa informazione a livello provinciale, assieme a quella sul prelievo del DNA fetale. Quest'ultimo test è un esame di screening prenatale non invasivo (a partire da un prelievo di sangue della mamma in attesa), per valutare il rischio che il feto sia affetto da alcune patologie cromosomiche, in particolare la sindrome di Down. La funicolocentesi/fetoscopia è invece una metodica diagnostica/terapeutica che viene utilizzata in casi clinici particolari.

Tab. 13 - Indagini prenatali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Indagine prenatale		Provincia di Trento	
		Frequenza	%
Indagini non invasive	Test combinato	3.079	88,3*
	Prelievo di DNA fetale	421	12,1*
Indagini invasive	Amniocentesi	75	2,1
	Villocentesi	149	4,1
	Fetoscopia/funicolocentesi	23	0,6
Almeno un'indagine prenatale invasiva		234	6,5

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

¹³ UE a 15 Stati

¹⁴ https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en

Considerando l'insieme degli esami invasivi, 234 donne, pari al 6,5% (5,3% nel 2023, 4,2% nel 2022, 5,7% nel 2021, 4,6% nel 2020, 5,4% nel 2019, 5,9% nel 2018 e 7,3% nel 2017 e 2016), hanno effettuato almeno un'indagine prenatale invasiva. La crescente offerta di test di screening non invasivi mostra come nel 2024 il test combinato è stato effettuato dall'88,3% delle madri (82,8% nel 2023, 83,7% nel 2022, 84,6% nel 2021, 78,6% nel 2020, 74,9% nel 2019, 69,6% nel 2018 e 61,4% nel 2017), il prelievo del DNA fetale dal 12,1% (9,3% nel 2023, 6,1% nel 2022, 6,5% nel 2021, 4,2% nel 2020, 4,0% nel 2019, 3,9% nel 2018 e 2,8% nel 2017). Le donne che hanno effettuato un'indagine invasiva senza un precedente test combinato sono 19, pari all'8,1% del totale di donne che hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva.

Sono soprattutto le donne di 35 anni e oltre a sottoporsi a esami invasivi: l'8,2% contro il 5,6% delle donne con meno di 35 anni ($p < 0,0001$); la proporzione di donne con età inferiore ai 35 anni che si sottopone ad esami invasivi sembra essere in aumento negli ultimi cinque anni. Se la differenza per età non si riscontra nell'esecuzione del test combinato, rimane invece marcata nel prelievo del DNA fetale: l'88,3% e il 20,7% delle donne di 35 anni e oltre esegue rispettivamente il test combinato ed il prelievo di DNA fetale, a fronte di un 88,0% ed un 7,7% tra le più giovani ($p < 0,0001$). Inoltre si rileva una differenza dovuta alla cittadinanza della donna: il 7,2% delle italiane esegue almeno un'indagine prenatale invasiva rispetto ad un 4,0% delle donne straniere. La differenza tra italiane e straniere, nell'accesso alle indagini prenatali invasive, si accentua considerando solo le donne over 34 anni, dove le italiane accedono nel 8,8% e le straniere nel 5,3% dei casi. Una differenza statisticamente significativa per cittadinanza si osserva anche nell'esecuzione di test non invasivi: il 91,8% ed il 14,1% delle italiane esegue rispettivamente il test combinato ed il prelievo di DNA fetale, rispetto al 75,8% e al 5,1% delle straniere. Tali disuguaglianze per cittadinanza permangono anche se si considera il solo sottocampione di donne con 35 anni o più (test combinato 91,7% italiane e 72,6% straniere; prelievo di DNA fetale 23,0% italiane e 10,3% straniere).

IL FUMO PRIMA E DURANTE LA GRAVIDANZA

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

Tab. 14 - Madri e propensione al fumo. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Propensione al fumo	Frequenza	%
Non fumatrici	3.048	84,4
Fumatrici che hanno interrotto in gravidanza	338	9,3
Fumatrici prima e durante la gravidanza	224	6,3
Totale	3.610	100,0

Escludendo i casi per cui non è disponibile l'informazione (16 casi mancanti), nel 2024 risulta che la prevalenza di fumatrici in gravidanza è pari al 6,3% (5,5% con 1-9 sigarette al giorno, 0,8% con 10 o più sigarette/die), proporzione che non sembra diminuire negli anni: nel 2023 era pari a 5,8% (6,4% nel 2022, 6,0% nel 2021, 6,7% nel 2020, 5,9% nel 2019 e 6,6% nel 2018); in linea con il valore medio nazionale, ultimo disponibile (6,4%; Sorveglianza Bambini 0-2 anni¹⁵). La proporzione di madri che ha smesso appositamente durante la gravidanza è pari al 9,3%, mentre il rimanente 84,4% risulta essere non fumatrice.

L'abitudine al fumo in gravidanza continua a rimanere strettamente associata al titolo di studio. Il trend della prevalenza decresce, in modo statisticamente significativo, dalla licenza media inferiore (17,0%), alla media superiore (7,6%), alla laurea breve (3,1%), alla laurea (2,5%).

Un'altra differenza nella propensione al fumo in gravidanza riguarda la cittadinanza materna: le donne italiane fumano in gravidanza nel 6,4% dei casi, rispetto al 5,6% tra quelle con cittadinanza straniera. Si conferma la minor propensione al fumo tra le coniugate (3,0%) rispetto alle nubili (9,2%) e alle ex-coniugate (16,7% separate, 27,0% divorziate). Infine, il rischio di fumare in gravidanza rimane

¹⁵ Istituto Superiore di Sanità, *Sorveglianza Bambini 0-2 anni*, Edizione 2022

lievemente maggiore (in modo non statisticamente significativo) tra coloro che non frequentano gli incontri di accompagnamento alla nascita.

I risultati dell'analisi di regressione logistica multipla sulla probabilità di fumare in gravidanza confermano i soli predittori titolo di studio, stato civile e la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita; per quanto riguarda quest'ultima evidenza, le donne che hanno seguito un IAN presentano un 5,2% di fumatrici in gravidanza, rispetto ad un 8,0% tra coloro che non hanno partecipato ad un IAN.

IL LUOGO DEL PARTO

Nel 2024 i punti nascita della Provincia Autonoma di Trento sono quattro, S. Chiara di Trento, Rovereto, Cles e Cavalese.

Nei punti nascita S. Chiara di Trento e Rovereto si concentra, nell'anno 2024, l'87,8 delle nascite trentine (87,9% nel 2023, 87,8% nel 2022, 88,7% nel 2021, 87,0% nel 2020, 84,3% nel 2019, 85,6% nel 2018, 86,3% nel 2017 e 83,7% nel 2016), come può anche essere apprezzato dalla tabella seguente che considera il numero dei parti.

Tab. 15 - Parti per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Luogo di nascita	N° Parti (Frequenze)	Frequenze %
Ospedale S. Chiara	2.248	62,0
Ospedale di Rovereto	929	25,6
Ospedale di Cles	182	5,0
Ospedale di Cavalese	170	4,7
Ospedale di Feltre	64	1,8
Domicilio	20	0,6
Altro luogo	13	0,4
Provincia	3.626	100,0

Tenendo a parte il nosocomio veneto di Feltre (di riferimento per la maggior parte delle residenti nel Primiero e nel Tesino), i parti del punto nascita di Trento, che rappresenta il 63,7% dei parti nei punti nascita provinciali, hanno luogo in una struttura dove avvengono almeno 1.000 parti annui (89,6% nel 2023¹⁶, 90,1% nel 2022, 92,2% nel 2021 e 86,8% nel 2020). In Italia il 61,7% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui¹⁷. Il 26,3% dei parti (punto nascita di Rovereto) avviene in un istituto con numero di parti compreso tra 500 e 1.000. Il rimanente 12,0% dei parti provinciali del 2024 avviene in punti nascita dove annualmente si effettuano meno di 500 parti, vale a dire Cles e Cavalese.

¹⁶ Per il 2023 Rovereto è stato incluso insieme al S. Chiara di Trento tra i punti nascita con almeno 1000 parti annui, sebbene ne abbia fatti registrare 964.

¹⁷ *Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2023*

Tab. 16 - Nati per punto nascita. Anni 2013-2024 – Provincia Autonoma di Trento

Luogo di nascita	Anno											
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Osp. S.Chiara	2.238	2.389	2.399	2.472	2.559	2.396	2.424	2.407	2.592	2.323	2.262	2.290
Osp. di Rovereto	1.043	979	949	1.223	1.148	1.153	1.079	1.092	1.051	1.151	979	934
Osp. di Cles [◊]	482	432	451	461	432	449	372	258	193	242	232	182
Osp. di Arco [†]	481	384	385	46	-	-	-	-	-	-	-	-
Osp. di Cavalese [◊]	263	259	232	80	17	14	166	143	112	132	136	170
Osp. di Tione [†]	178	137	117	7	-	-	-	-	-	-	-	-
Osp. di Feltre	105	88	68	79	93	74	68	77	88	64	59	64
Domicilio(*)	42	37	39	48	47	60	49	47	71	44	44	33
Totale	4.832	4.705	4.640	4.416	4.296	4.146	4.158	4.024	4.107	3.956	3.712	3.673

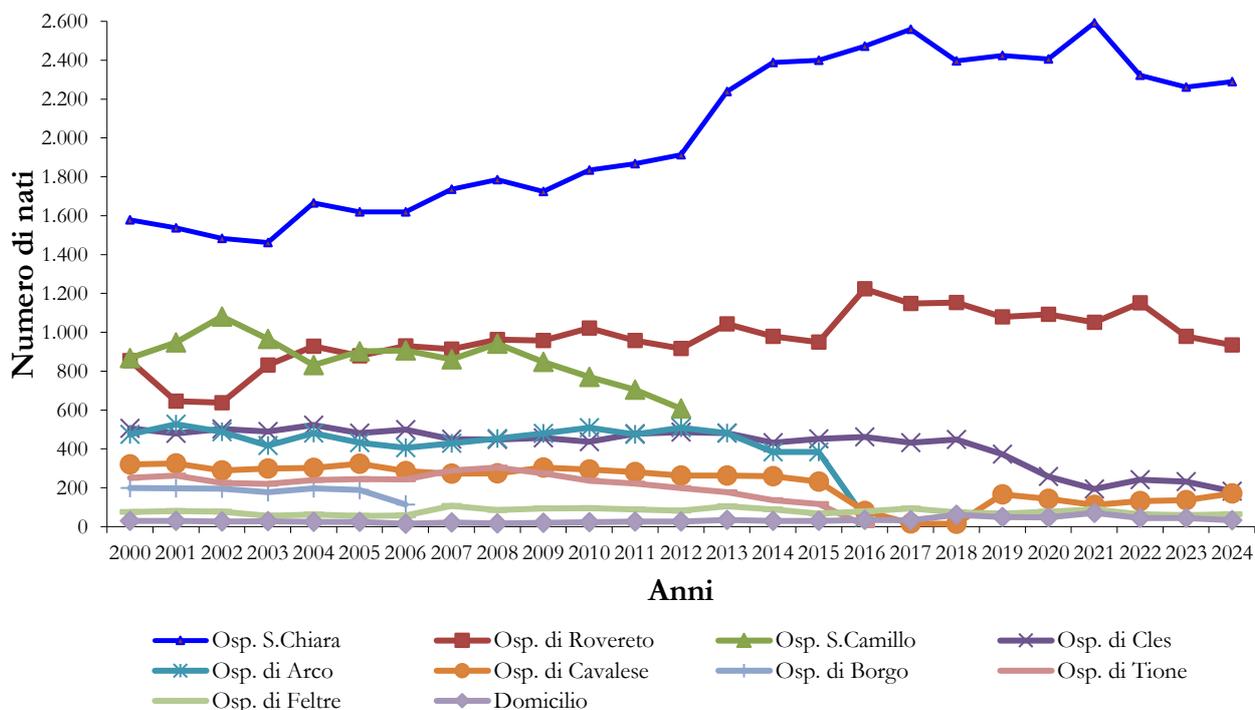
[†] Il punto nascita di Arco è stato chiuso il 1° agosto 2016 e quello di Tione il 23 maggio 2016.

[◊] Il punto nascita di Cavalese è stato sospeso l'11 marzo 2017 e riaperto il 1° dicembre 2018.

[◊] I punti nascita di Cavalese e Cles, a causa della pandemia da Covid-19, sono stati sospesi in aprile e maggio 2020 e dal 14 novembre 2020 al 31 maggio 2021.

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

Fig. 12 - Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2024 – Provincia Autonoma di Trento.



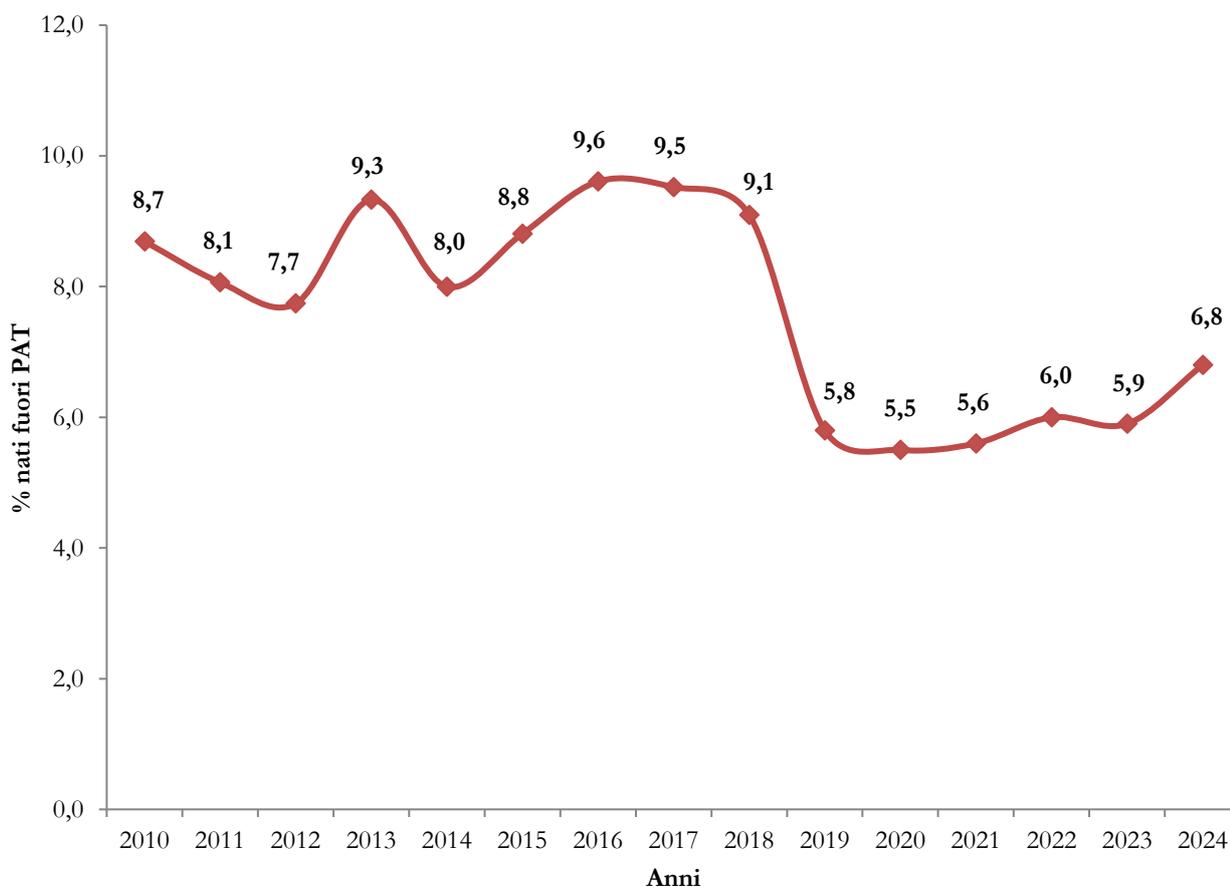
Le tendenze del 2024 indicano che:

- al **S. Chiara di Trento**, il numero delle nascite è aumentato dell' 1,2% rispetto al 2023 che aveva registrato a sua volta un calo del 2,6% rispetto al 2022; nel triennio 2013-2015 si era osservato un incremento dei nati, dovuto soprattutto alla chiusura del punto nascita del S. Camillo, mentre nel corso del 2016 la chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco, e la sospensione del punto nascita di Cavalese a marzo 2017, hanno implicato un'ulteriore crescita del numero di nati presso questo presidio ospedaliero. La pandemia Covid-19 ha implicato la sospensione temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese, dirottando le nascite a Trento. Nel 2024 al S. Chiara si è registrato il 62,4% delle nascite complessive nei punti nascita provinciali, più Feltre e parti a domicilio/precipitosi (60,9% nel 2023, 58,7% nel 2022, 63,1% nel 2021, 59,8% nel 2020, 58,3% nel 2019 e 59,7% nel 2018);
- l'ospedale di **Rovereto** ha mostrato un decremento del 4,6% nel numero dei nati rispetto al 2023, che si aggiunge al calo del 14,9% rispetto al 2022. La chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco aveva portato ad un aumento significativo delle nascite nel 2016-2018, con il 2016 che aveva fatto registrare il numero più elevato di nati degli ultimi 20 anni in questo istituto, che rimane il secondo punto nascita provinciale per numero di nascite;
- a causa anche delle sospensioni del punto nascita di **Cles** per l'emergenza dovuta alla pandemia Covid-19, nel 2020 e 2021, il numero delle nascite a Cles era diminuito fortemente: se dal 2019 al 2020 si era registrato un -30,6%, nel 2021 il decremento era stato pari ad un -25,2% rispetto al 2020; il ritorno alla normalità nel 2022 ha portato ad un aumento di nati del 25,4% rispetto al 2021, ma nel 2023 si è registrata un'ulteriore riduzione delle nascite, con un -4,1% rispetto al 2022. Nel 2024 il numero dei nati ha subito un ulteriore calo del 21,6% nel 2023. Il numero di nascite attuali è meno della metà di quello registrato negli anni pre-2019;
- anche l'ospedale di **Cavalese** è stato soggetto di sospensioni in determinati periodi del 2020 e 2021 per l'emergenza da Covid-19, quindi nel 2020 le nascite hanno subito un decremento pari a -13,9%, rispetto all'anno precedente, e nel 2021 pari a -21,7%. Nel 2022 si era registrato invece un aumento del 17,9% rispetto al 2021 e nel 2023 un lieve aumento del 3% rispetto al 2022; nel 2024 si è registrato un ulteriore aumento del 25%. Il numero attuale di nascite è comunque inferiore a quello osservato negli anni precedenti il 2016.

NATI VIVI FUORI PROVINCIA DI TRENTO: TREND 2010-2024

La proporzione di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali nel 2024 è pari al 6,8% del totale di nati vivi partoriti da donne residenti. A seguito di un trend in aumento dal 2014 al 2016, ed una successiva stabilizzazione sul 9-10%, negli anni 2019-2023 si sono registrati valori di poco superiori al 5%, probabilmente in parte condizionati, da un lato dai lockdown a causa dell'emergenza pandemica da Covid-19, dall'altro dalla chiusura temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese. Il 2024 mostra un aumento rispetto al quinquennio precedente. Complessivamente nel 2024 i nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali sono stati 256 +12,8% rispetto al 2023). Le proporzioni più elevate di nati vivi in strutture extra-provinciali si registrano nelle reti professionali territoriali della Val di Fassa (19,5%), della Val di Fiemme (10,6%), della Val di Sole (8,4%) e delle Giudicarie (8,3%).

Fig. 13 - Proporzione di nati vivi da donne residenti, partoriti fuori Provincia. Anni 2010-2024 – Provincia Autonoma di Trento.



Tab. 17 - Percentuale di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali per rete professionale territoriale di residenza della madre. Anni 2010-2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Rete professionale territoriale di residenza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
01. Val di Non	13,6	8,6	9,4	11,0	8,9	10,0	6,9	9,5	6,4	6,7	5,5	7,4	7,7	7,2	6,9
02. Valle di Sole	6,6	4,9	8,8	6,9	3,6	9,4	5,3	3,4	5,3	2,7	7,3	5,5	6,1	3,9	8,4
03. Rotaliana - Paganella	13,4	13,7	10,8	17,7	10,3	11,7	11,7	10,6	10,7	14,6	6,5	6,9	9,5	6,5	7,3
04. Valle di Cembra	5,8	3,2	0,0	6,5	2,7	5,8	6,6	0,0	10,3	1,1	5,1	3,5	1,5	2,7	6,3
05. Val di Fiemme	6,7	9,9	9,3	12,2	11,0	9,4	19,5	48,0	47,1	8,6	9,4	8,3	4,4	7,8	10,6
06. Val di Fassa	15,6	20,8	15,8	21,7	18,4	20,2	36,5	48,4	44,4	14,5	8,9	16,7	17,6	16,0	19,5
07. Primiero*	19,6	8,9	16,5	10,0	10,8	16,2	14,3	5,0	8,5	14,9	7,1	7,8	6,3	5,3	7,0
08. Valsugana e Tesino	6,4	7,6	4,5	7,8	8,0	6,3	7,1	5,2	10,8	2,5	5,8	2,0	4,2	5,8	5,7
09. Alta Valsugana	9,0	9,4	7,2	8,7	4,1	7,6	8,0	5,0	5,3	4,8	3,8	6,0	5,2	5,0	6,1
10. Giudicarie	7,8	7,9	7,7	7,0	10,2	5,9	13,7	16,2	18,8	11,4	13,3	10,0	10,5	10,6	8,3
11. Alto Garda e Ledro	4,7	4,0	4,9	6,4	5,9	5,1	6,1	7,5	7,7	2,2	3,8	2,7	4,1	5,5	7,6
12. Vallagarina - Altipiani Cimbri	4,0	6,5	8,5	6,9	7,5	8,9	7,5	6,6	3,1	3,0	4,0	5,0	4,6	4,4	4,4
13. Val d'Adige-Valle dei Laghi	10,9	8,3	7,0	9,7	9,1	9,7	9,6	6,3	5,7	5,0	4,4	4,3	5,8	5,3	6,5

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

LA RESIDENZA DELLA MADRE E L'OSPEDALE DI NASCITA

La chiusura dei punti nascita di Tione ed Arco a metà del 2016 e la sospensione temporanea dei punti nascita di Cles e Cavalese (a causa dell'emergenza da Covid-19), comportano un cambiamento nella corrispondenza tra residenza della madre ed ospedale/i di riferimento, poiché le gestanti residenti in Alto-Garda e Ledro e nelle Giudicarie hanno spostato il proprio punto nascita di afferenza rispettivamente da Arco a Rovereto e da Tione a Trento/Rovereto in base alla residenza specifica della donna; inoltre le donne residenti in Val di Fiemme e Fassa e in Val di Non e Val di Sole si sono trovate quale punto nascita di riferimento il S. Chiara di Trento, nei periodi di sospensione dei punti nascita di Cavalese e Cles. Nel 2024 la corrispondenza media tra residenza della madre ed ospedale di riferimento risulta pari al 90,9% (90,9% anche nel 2023, 90,8% nel 2022, 91,4% nel 2021, 91,6% nel 2020 e 89,0% nel 2019 e 2018). Si era osservato un trend in diminuzione negli anni 2012-2015 (78,9% nel 2015, 83,9% nel 2014, 85,2% nel 2013 e 85,3% nel 2012). Il rialzo dal 2016 in poi è dovuto principalmente alla riduzione del numero dei punti nascita sopra citata.

Le residenti nel Primiero hanno come riferimento, per prossimità geografica, l'ospedale di Feltre a cui, nel 2024, hanno riferito per il 75,8% dei casi (71,2% nel 2023).

Un discorso a parte va fatto per i 20 nati a domicilio: si registra un -28,6% rispetto al 2023. Si sono osservati 4 nati in donne residenti in Val d'Adige e Laghi, 3 in Vallagarina-Altipiani Cimbri, 3 in Alto Garda e Ledro, 2 in Val di Non, 2 nelle Valli Giudicarie, 2 in Valsugana e Tesino, 1 in Val di Fiemme, 1 in Rotaliana-Paganella e 1 in Val di Sole. Un ultimo caso è stato partorito nel territorio trentino da madre residente fuori Provincia.

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

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

Nel 2024 sono nati in Provincia di Bolzano 84 bambini da mamme trentine con un aumento del 31,2% (64 nel 2023, 61 nel 2022 e 2021; nel 2020 si erano registrati 52 nati, mentre nel 2019 101 nati). L'aumento più consistente si è registrato presso il punto nascita di Merano: 29 nascite rispetto alle 15 del 2023.

Tab. 18 - Numero dei parti di donne residenti per rete territoriale di residenza della madre e per punto nascita ospedaliero (sono incluse anche le donne residenti fuori Trentino sotto la dicitura Fuori Provincia- Estero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Rete territoriale di residenza madre	Punto nascita					Domicilio/ Precipitosi
	S. Chiara	Cles	Rovereto	Cavalese	Feltre	
01.Val di Non	143	103	8	1	-	2
02.Valle di Sole	42	48	5	-	-	1
03. Rotaliana-Paganella	211	17	7	-	-	2
04.Valle di Cembra	54	1	1	15	-	-
05.Val di Fiemme	27	-	2	87	-	1
06.Val di Fassa	16	-	-	47	-	-
07.Primiero	10	-	-	6	50	2
08.Valsugana e Tesino	148	-	-	2	13	2
09.Alta Valsugana	348	-	17	-	-	1
10.Giudicarie	197	8	41	-	-	4
11.Alto Garda e Ledro	93	-	196	-	-	3
12.Vallagarina-Altipiani Cimbri	69	1	546	-	-	6
13.Val d'Adige e Laghi	802	1	38	-	1	9
<i>Fuori Provincia- Estero</i>	87	3	68	125	-	2
Totale*	2.247	182	929	170	64	33

*Al totale complessivo dei parti è stato escluso il caso in cui la madre non ha dato il consenso al trattamento dei dati.

LE CARATTERISTICHE DEL PARTO

Il tipo di parto – il parto cesareo

Analizzando il numero complessivo di nati (3.673), registrati nell'archivio annuale della natalità del 2024, il 74,6% dei bambini nasce da parto spontaneo (di cui 4, lo 0,1% con manovra di Kristeller), mentre il 19,5% nasce con *parto cesareo*. Analizzando il numero complessivo di parti (3.626), il ricorso al taglio cesareo avviene nel 18,8% dei parti (20,7% nel 2023, 20,1% nel 2022, 20,0% nel 2021, 19,2% nel 2020,

19,0% nel 2019, 18,4% nel 2018, 21,7% nel 2017, 20,3% nel 2016, 23,2% nel 2015, 25,6% nel 2014, 24,7% nel 2013 e 25,2% negli anni 2011-2012).

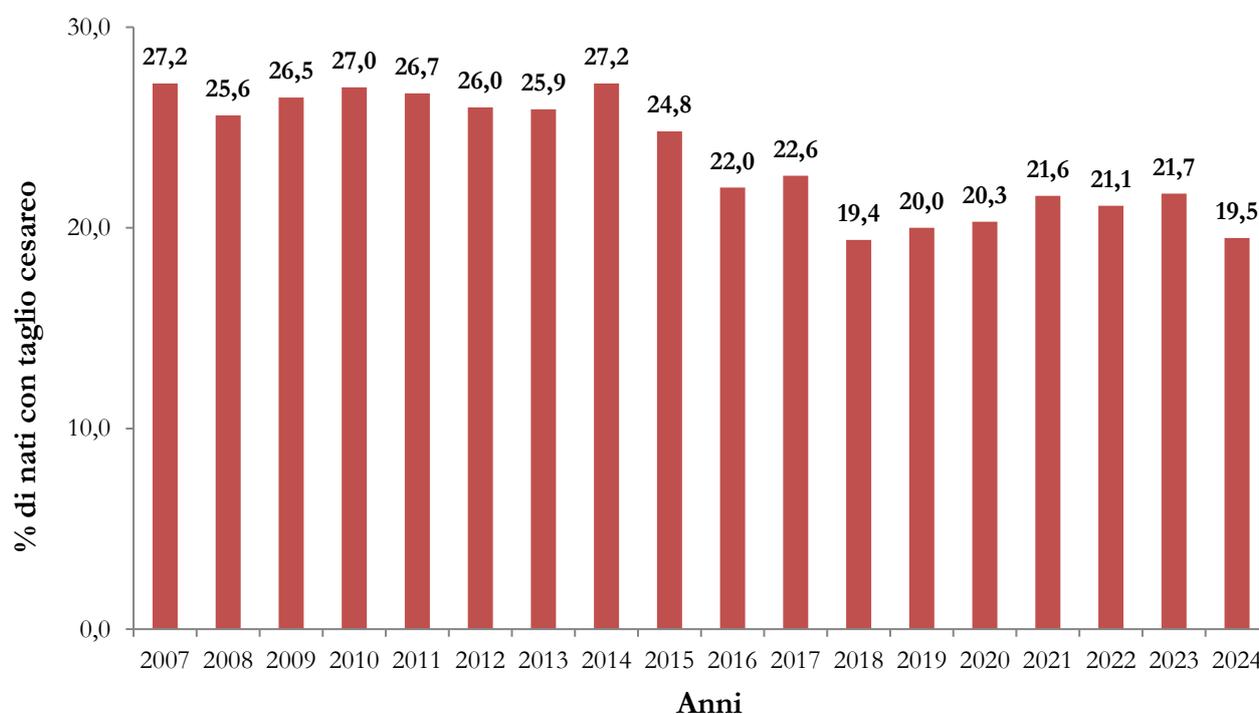
La proporzione di parti cesarei è uno degli indicatori di qualità dell’assistenza ostetrica più frequentemente utilizzati nei confronti internazionali; l’OMS raccomanda un valore di benchmark, compreso tra il 15-20%.

Se il dato provinciale del 2018 aveva evidenziato la proporzione di nati e parti con taglio cesareo più bassa dell’ultimo decennio, il dato del 2024 è pressoché uguale, mantenendo gli standard auspicati dall’OMS. La provincia autonoma di Trento resta nel novero delle regioni italiane più virtuose.

Tab. 19 - Nati per tipo di parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

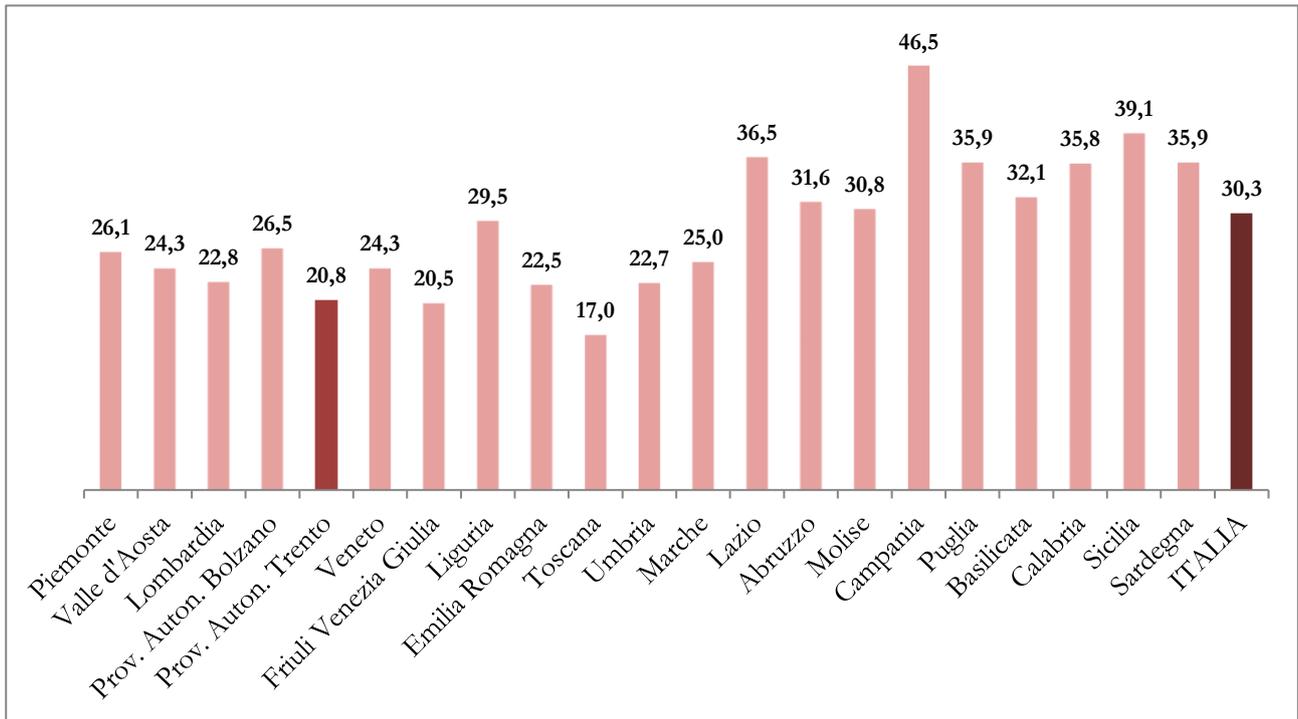
Tipo di parto	Frequenza	%
Spontaneo	2.738	74,5
Parto cesareo elettivo	556	15,1
Parto cesareo urgente	161	4,4
Ventosa	214	5,8
Manovra di Kristeller	4	0,1
Totale	3.673	100,0

Fig. 14 - Proporzione di nati con parto cesareo nei punti nascita provinciali¹⁸. Anni 2007- 2024 – Provincia Autonoma di Trento



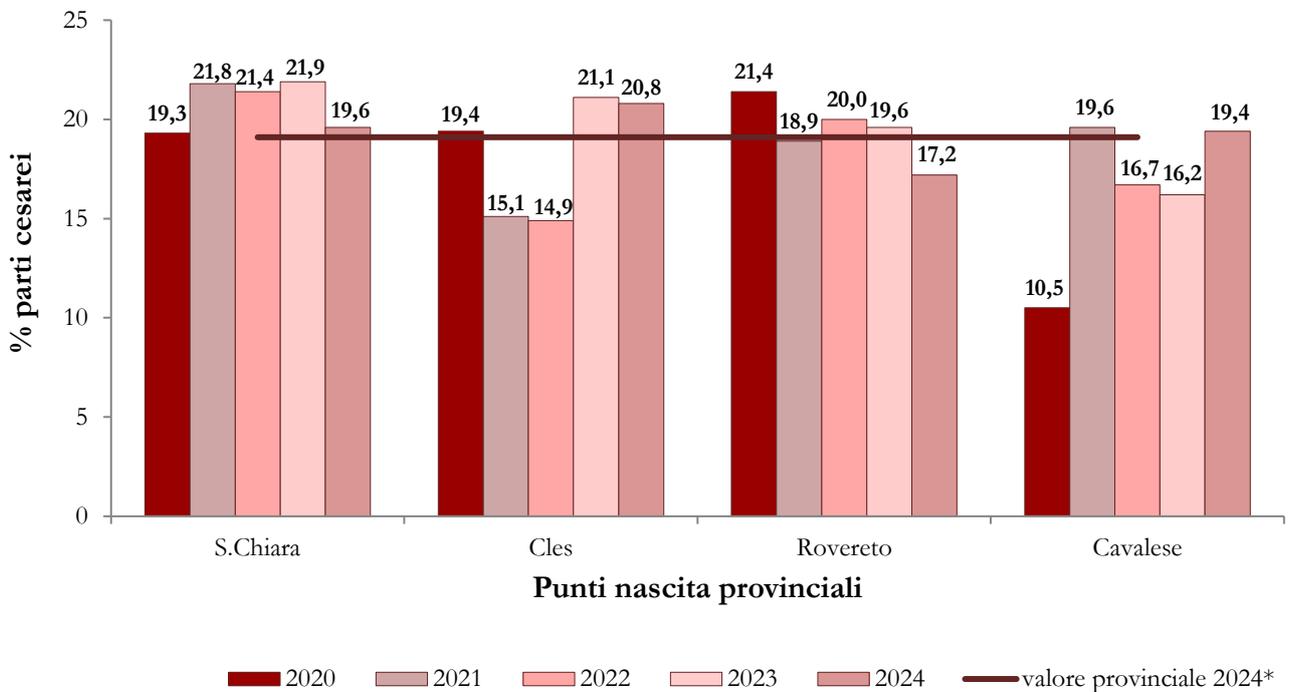
¹⁸ Sono esclusi i nati a Feltre, a domicilio ed i parti precipitosi

Fig. 15 - Proporzione di parti cesarei per regione. Italia 2023



Fonte: CedAP Nazionale 2023

Fig. 16 - Proporzione di parti cesarei per punto nascita provinciale. Periodo 2019-2024 – Provincia Autonoma di Trento



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

Nel 2024 la distribuzione dei *parti cesarei per punto nascita* si presenta con un range compreso tra il 17,2% di Rovereto e il 20,8% di Cles.

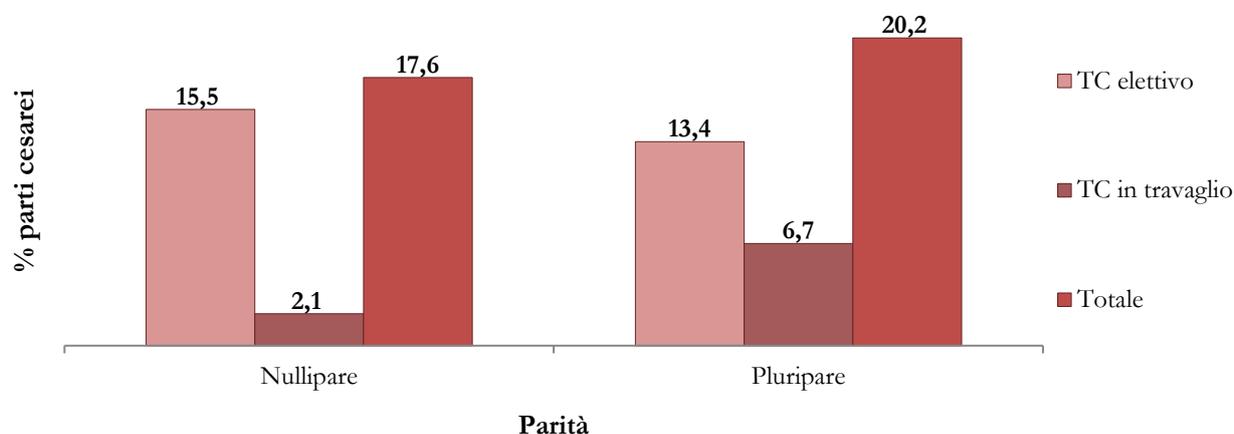
Tab. 20 - Tipo di parto negli ospedali provinciali (più Feltre) per presentazione del feto. Valori percentuali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Presentazione feto	Tipo di parto			Totale parti in ospedale
	Spontaneo %	Cesareo %	Altro %	
Vertice	78,0	15,8	6,1	3.448
Podice	3,1	96,9	-	130
Fronte	-	100,0	-	2
Bregma	100,0	-	-	3
Faccia	33,3	66,7	-	3
Spalla	-	100,0	-	7
Totale	75,1	19,0	5,9	3.593

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 15,8% dei parti in cui il feto si presenta di vertice avviene comunque con il taglio cesareo.

La progressiva riduzione registrata nell'ultimo decennio aveva portato nel periodo 2016-2018 ad una proporzione di parti cesarei più bassa tra le nullipare rispetto alle pluripare. Negli anni 2019-2024 si osserva invece una proporzione di parti cesarei maggiore tra le nullipare: il dato del 2024 riporta un 20,2% tra le nullipare rispetto al 17,6% tra le pluripare. Permangono, come negli anni precedenti, delle variabilità nella tipologia del parto cesareo (elettivo vs. in travaglio) secondo la parità: nelle pluripare la proporzione dei cesarei elettivi è del 15,5% (su tutti i cesarei), nelle nullipare è pari al 13,4%.

Fig. 17 - Parto cesareo per parità. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento



Considerando esclusivamente le pluripare, si osserva che l’aspetto fondamentale che discrimina tra un parto cesareo o naturale è l’essere o meno precesarizzata: le donne precesarizzate mostrano un rischio di partorire col cesareo 32,6 volte di più rispetto alle non precesarizzate. Il rischio di parto cesareo risulta, inoltre, 6,7 volte maggiore tra i parti pretermine rispetto ai parti a termine. Anche un’età materna superiore ai 35 anni risulta un significativo predittore indipendente del rischio di parto cesareo tra le pluripare, mentre il titolo di studio e la frequentazione dei corsi di accompagnamento alla nascita non risultano significativi. Nel 2024, tra le nullipare, il rischio di effettuare un parto cesareo è di 1,5 volte maggiore tra coloro che non hanno frequentato gli incontri pre-parto rispetto a coloro che li hanno seguiti; le *over 29* presentano un rischio di 2,1 volte maggiore rispetto a chi ha meno di 30 anni e quelle con gravidanza pretermine, rispetto a quelle con gravidanza a termine mostrano un rischio di cesareo 4,1 volte maggiore.

Il parto cesareo primario

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

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

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

Stratificando per i 4 punti nascita provinciali, si registra una percentuale di parti cesarei primari pari al 11,6% a Rovereto, 14,3% al S. Chiara, 15,4% a Cavalese e 16,3% a Cles. Nel complesso, si osserva una proporzione di cesarei primari del 13,8% (15,7% nel 2023, 14,3% nel 2022).

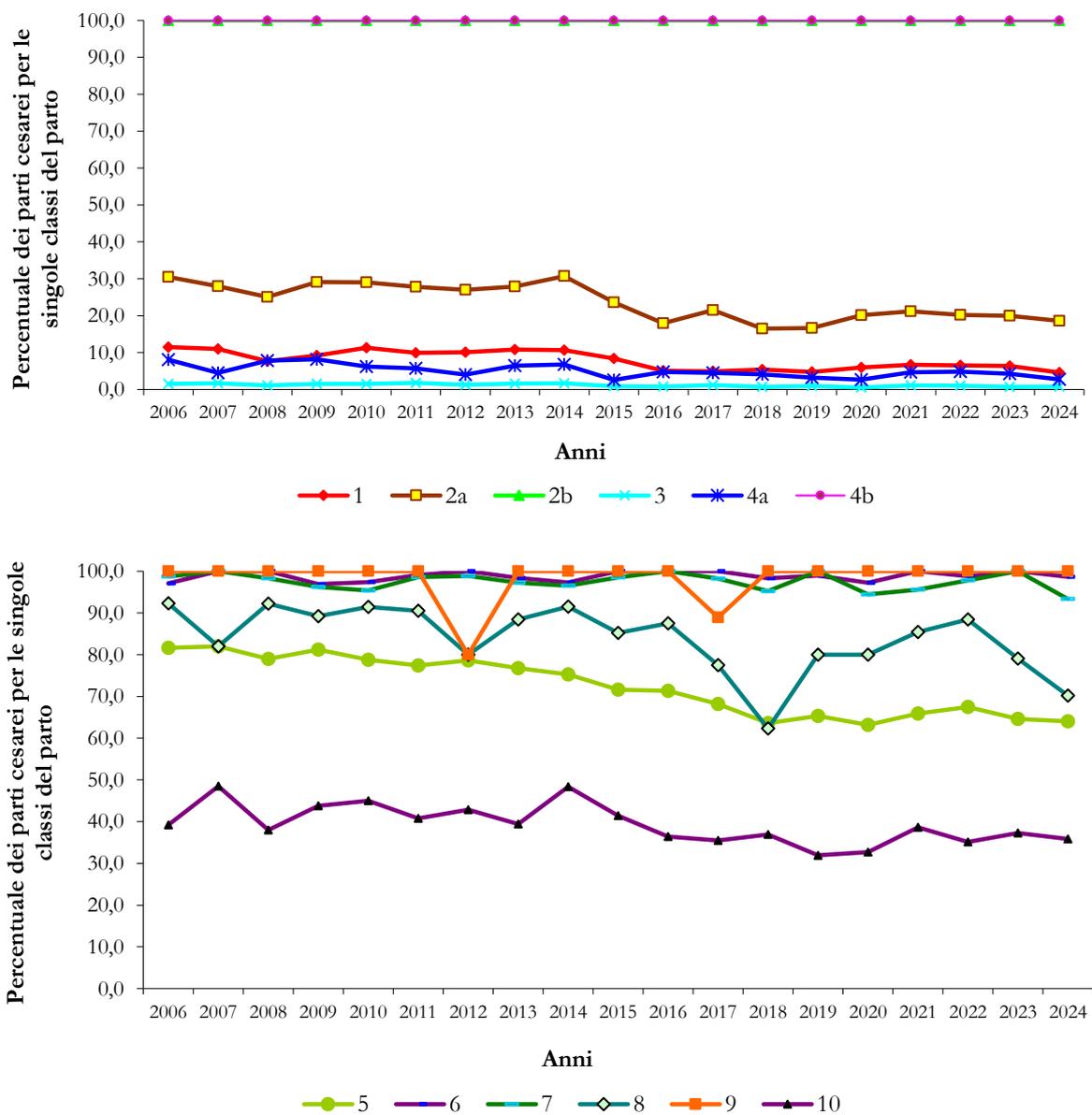
Tab. 21 - Percentuale di parti cesarei primari. Per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Luogo del parto	% parti cesarei primari
S. Chiara	16,3%
Rovereto	11,6%
Cles	16,3%
Cavalese	15,4%
Tutti i punti nascita provinciali	13,8%

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 presentazione¹⁹. I criteri di classificazione si applicano sia al totale dei parti che al totale dei parti cesarei. Risulta quindi possibile, tra l'altro, verificare quanto pesano i cesarei nelle singole classi di parto e seguirne nel tempo la evoluzione.

Fig. 18 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson; per singolo anno. Anni 2006-2024 – Provincia Autonoma di Trento



¹⁹ Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017

Fino al 2014 si è osservata una sostanziale costanza nella proporzione di parti cesarei per classe del parto, nelle singole classi. A partire dal 2015, si riscontra un trend di diminuzione della proporzione di cesarei nelle classi 1, 2a, 4a, 5 e 10. Il 2024 presenta delle riduzioni in tutte le classi di Robson (ad eccezione della classe 3 che comunque rimane pressoché stabile) rispetto al 2023. Come atteso, sussistono delle differenze consistenti per i singoli punti nascita provinciali e per specificate classi di parto.

Tab. 22 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson. Periodo 2024-2020 – Provincia Autonoma di Trento

Classe – Descrizione	Tasso TC Anno 2024	Tasso TC Anno 2023	Tasso TC Anno 2022	Tasso TC Anno 2021	Tasso TC Anno 2020
Classe 1 Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio spontaneo	4,6	6,4	6,5	6,7	6,0
Classe 2a Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio indotto	18,6	20,2	20,2	21,1	20,2
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	0,7	1,0	1,2	0,6
Classe 4a Pluripare, gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana ≥ 37 , travaglio indotto N.B. ESCLUSI PRE TC	2,8	4,3	4,8	4,7	2,7
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	64,0	64,6	67,5	65,9	63,2
Classe 6 Tutte le nullipare, presentazione podalica	98,6	100,0	98,8	100,0	97,3
Classe 7 Tutte le pluripare, presentazione podalica N.B. INCLUSI PRE TC	93,3	100,0	97,8	95,6	94,4
Classe 8 Tutte le gravidanze multiple N.B. INCLUSI PRE TC	70,2	79,0	88,5	85,5	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	100,0
Classe 10 Gravidanza singola, presentazione cefalica, settimana < 37 N.B. INCLUSI PRE TC	35,8	37,3	35,1	38,7	32,7

L'EPISIOTOMIA E LE LACERAZIONI²⁰

Si registrano *lacerazioni* nel 75,2% delle madri che partoriscono spontaneamente o con ventosa (73,8% nel 2023, 71,7% nel 2022). L'*episiotomia* è praticata al 5,1% delle donne (sempre escludendo i cesarei ed i parti di Feltre) (5,3% nel 2023, 5,4% nel 2022).

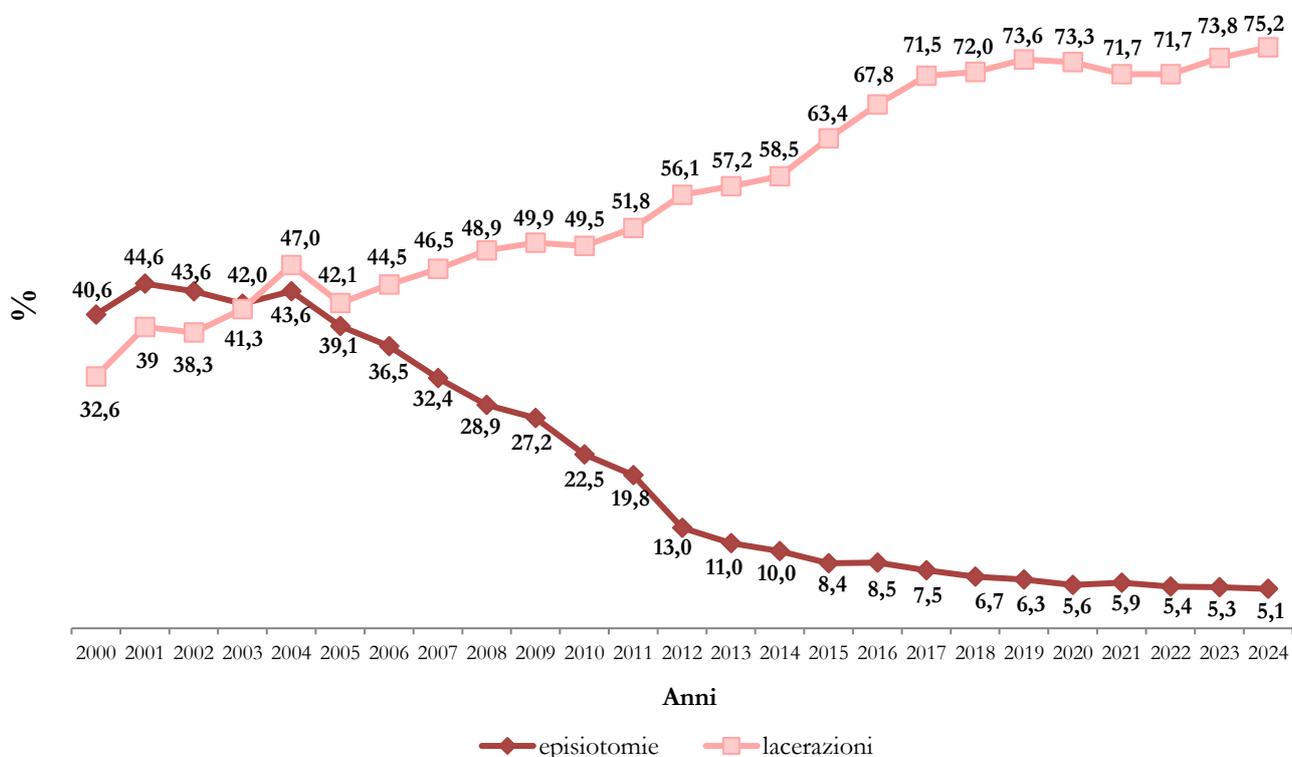
Le proporzioni non sono omogenee tra i punti nascita. I punti nascita in cui si registra una proporzione di episiotomie superiore alla media provinciale (5,1%), sono Cavalese (6,6%) e S. Chiara (5,7%); il valore più basso si osserva a Rovereto (3,8%), seguito da quello di Cles (4,9%).

Presso l'ospedale di Rovereto si registra la più alta percentuale di perinei intatti: 32,9%, che, se confrontata con la media provinciale pari a 21,3%, è significativamente superiore.

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

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. 19 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei parti vaginali. Trend 2000-2024 - Provincia Autonoma di Trento



²⁰ Dalle elaborazioni sono esclusi i parti cesarei ed i parti presso il punto nascita di Feltre per il quale non viene registrata l'informazione su episiotomia e lacerazioni.

Tab. 23 - Parti (esclusi i cesarei) per episiotomia e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento - Percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto

Luogo del parto	Episiotomia	
	Frequenza	%
Ospedale S. Chiara	103	5,7
Ospedale di Rovereto	29	3,8
Ospedale di Cles	21	4,9
Ospedale di Cavalese	9	6,6
Provincia	148	5,1

Tab. 24 - Distribuzione percentuale dei parti spontanei per parità, episiotomia e lacerazioni. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento - Percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto

Ordine di genitura	Episiotomia			Lacerazioni		
	Perineo intatto	No	Si	Perineo intatto	No	Si
Nullipara	8,5	82,4	9,1	8,5	5,4	86,1
Pluripara	32,4	65,9	1,7	32,5	1,8	65,7
Totale	21,3	73,6	5,1	21,3	3,5	75,2

Fig. 20 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Trend 2000-2024 – Provincia Autonoma di Trent

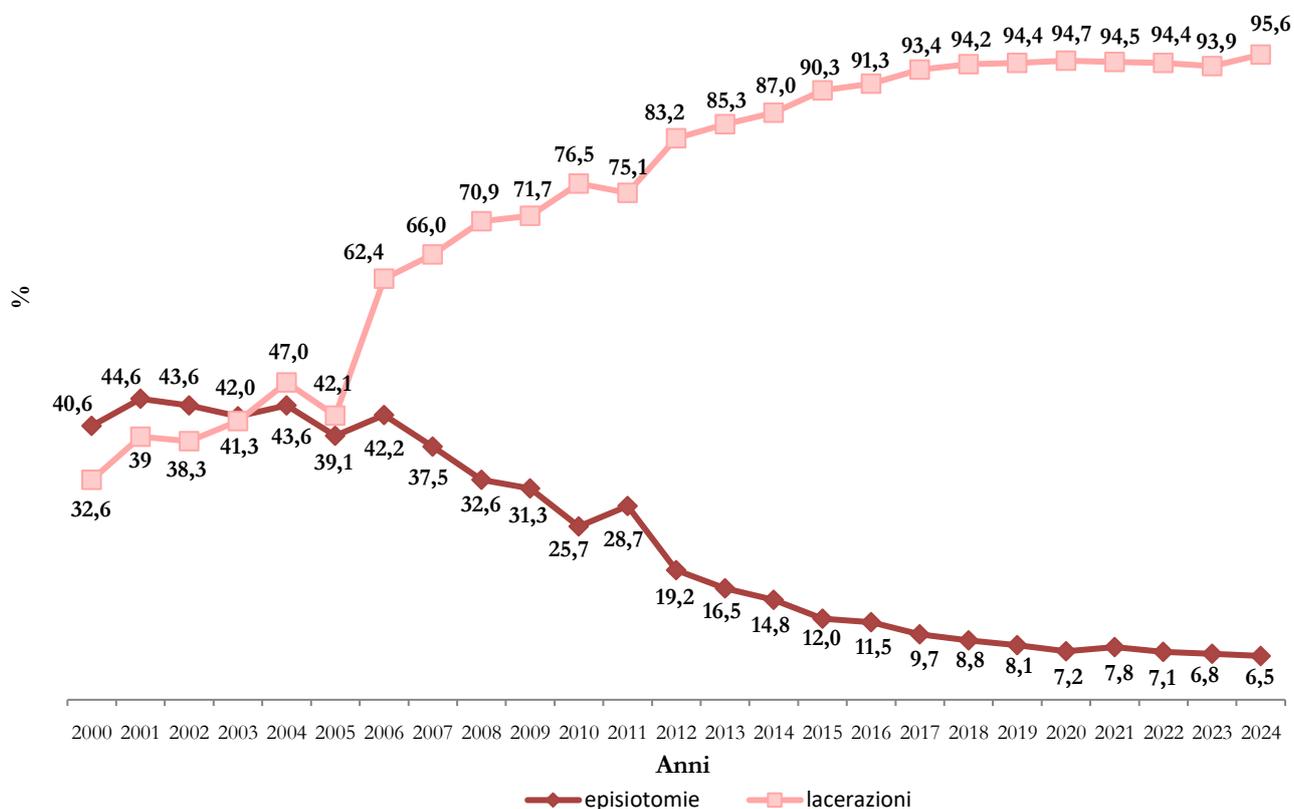
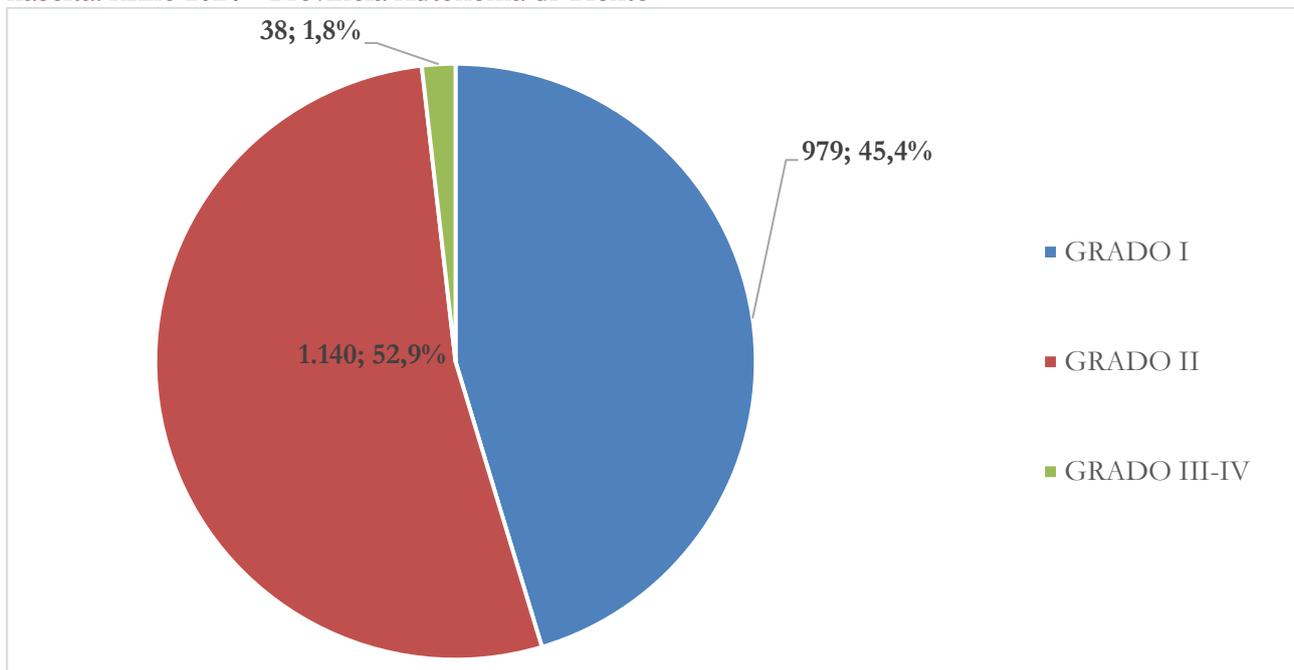


Fig. 21 - Grado delle lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Tutti i punti nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento



Tab. 25 - Distribuzione di frequenza (assoluta e percentuale) dei parti con lacerazioni per grado di lacerazione e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

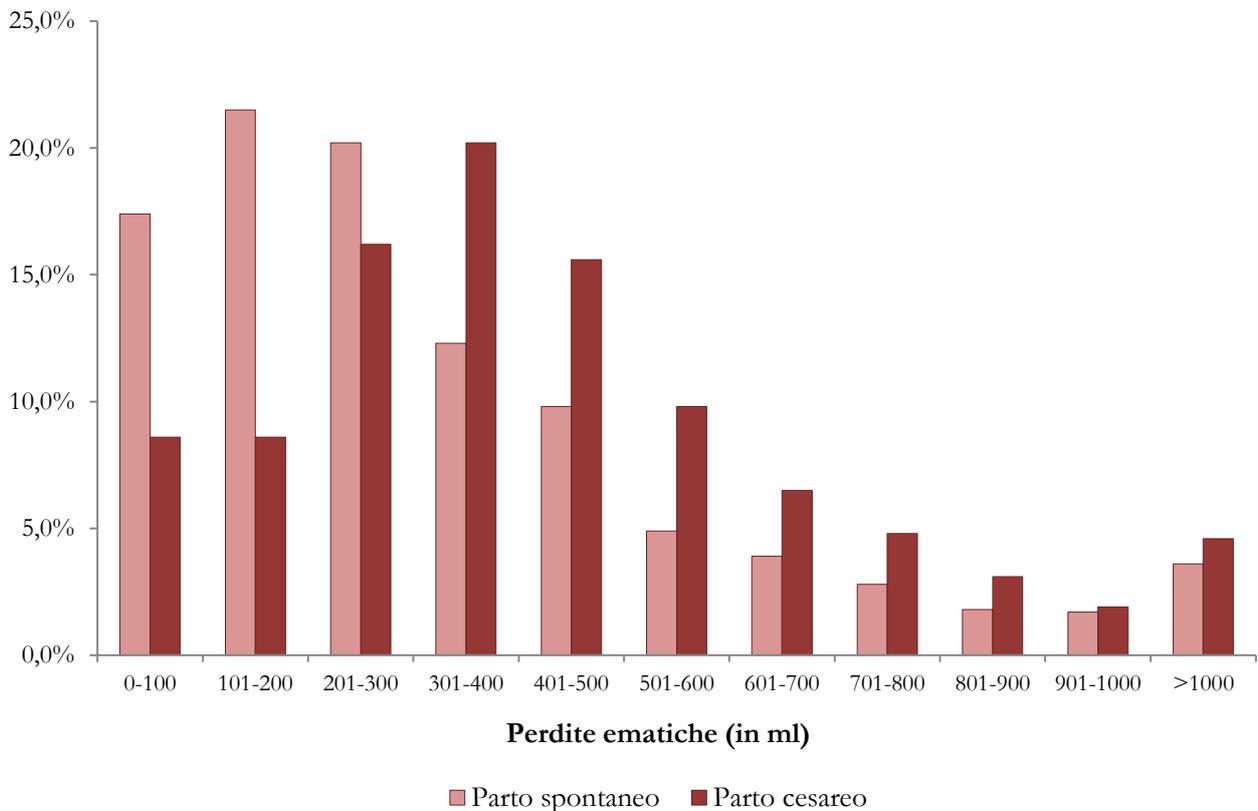
Luogo del parto	Grado 1		Grado 2		Grado 3-4	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
S. Chiara (Trento)	688	38,1	729	40,4	27	1,5
Rovereto	192	25,0	289	37,6	10	1,3
Cles	57	39,6	60	41,7	-	-
Cavalese	42	30,7	62	45,3	1	0,7
Totale	979	34,3	1.140	39,9	38	1,3

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 ml²¹. Nei parti spontanei l'emorragia post-partum può essere minore (500–1.000 ml) o maggiore (più di 1.000 ml). A sua volta l'emorragia maggiore può classificarsi come moderata (1.000–2.000 ml) o severa (più di 2.000 ml).

Fig. 22 - Perdite ematiche (in ml) per tipo di parto. Tutti i punti nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento



²¹ Author Y. Binyamin, S. Orbach-Zinger, M. Heesen – *Current strategies for the diagnosis and management of postpartum hemorrhage: a focused review of four Cochrane Systematic Reviews from 2024 and 2025* - International Journal of Obstetric Anesthesia, 2025 (63)

Tra i 2.856 parti spontanei registrati nei punti nascita provinciali, si sono registrate perdite ematiche superiori a 500 ml nel 18,7% dei casi (22,0% nel 2023, 19,8% nel 2022, 22,3% nel 2021, 19,6% nel 2020, 20,3% nel 2019 e 20,0% nel 2018), mentre tra i parti cesarei (n=673) la proporzione con perdite ematiche superiori ai 500 ml è pari al 30,8% (31,5% nel 2023, 30,2% nel 2022, 31,9% nel 2021, 24,4% nel 2020, 29,1% nel 2019 e 28,4% nel 2018). Perdite ematiche superiori a 1.000 ml si sono osservate nel 3,6% dei parti spontanei (4,3% nel 2023, 3,4% nel 2022, 4,2% nel 2021, 3,5% nel 2020, 4,3% nel 2019 e 4,4% nel 2018) e nel 4,6% dei cesarei (3,8% nel 2023, 5,7% nel 2022, 4,5% nel 2021, 4,1% nel 2020, 4,8% nel 2019 e 4,9% nel 2018).

I PARTI GEMELLARI

Nel 2024 i parti gemellari sono stati 47, pari all'1,3% del totale dei parti (1,7% nel 2023, 1,3% nel 2022, 1,4% nel 2021, 1,1% nel 2020, 1,6% nel 2019, 1,5% nel 2018, 1,7% nel 2017 e 1,9% nel 2016). Probabilmente l'emergenza causata dalla pandemia da Covid-19 ha portato ad un trasferimento di alcuni parti gemellari in punti nascita fuori Provincia, soprattutto nel 2020; inoltre, nel 2020 è stata sospesa l'attività dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita.

In Italia, nel 2024, la proporzione di parti plurimi era l'1,5% del totale dei parti. Nei punti nascita provinciali la proporzione di nati da parti plurimi va dallo 0,0% di Cles e Cavalese al 1,9% dell'ospedale S. Chiara di Trento.

Come riportato in precedenza, i parti gemellari rispetto a quelli singoli, presentano una più alta probabilità di provenire da concepimento tramite tecnica medico-assistita: tra i 47 parti plurimi il 29,8% proviene da PMA, mentre tra i 3.579 parti singoli solo il 5,2% proviene da PMA ($p < 0,0001$).

Rispetto al totale dei parti, la proporzione dei parti gemellari presenta un trend in aumento fino al 2015, seguito da un lieve decremento fino al 2020, mentre nel 2024 si registra un valore analogo a quello osservato nel 2022.

Fig. 23 - Trend parti gemellari. Anni 2007-2024 – Provincia Autonoma di Trento

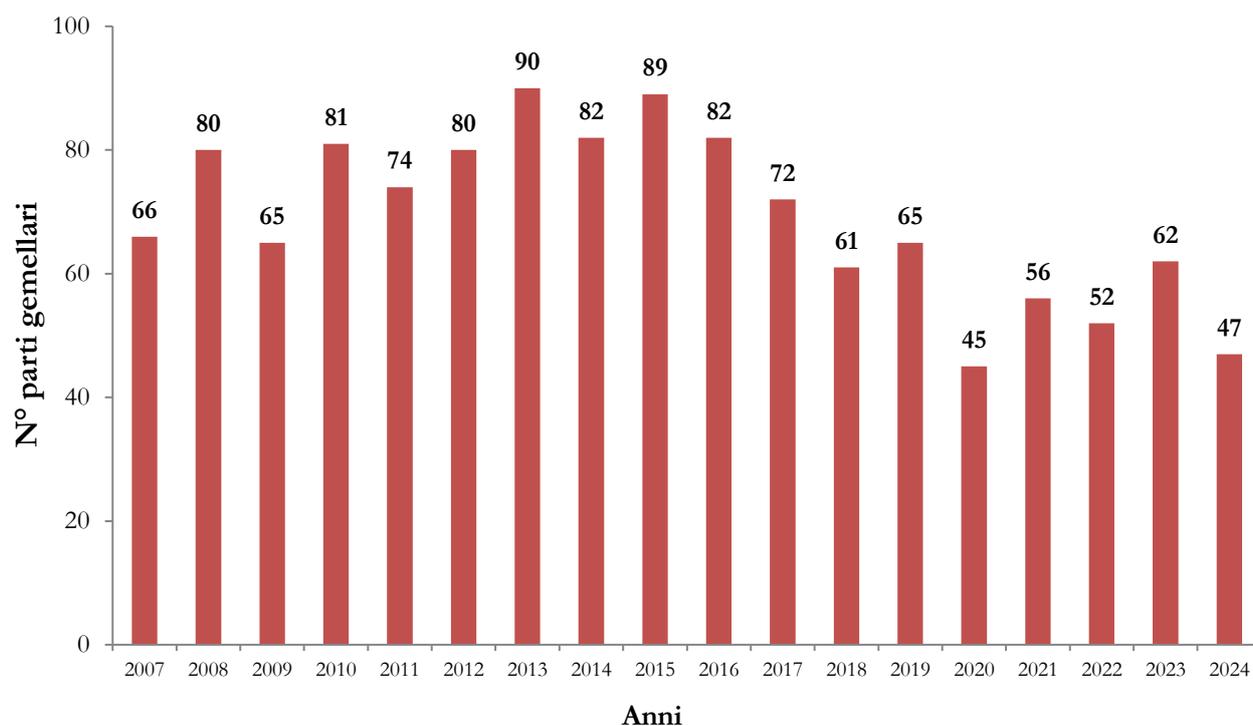
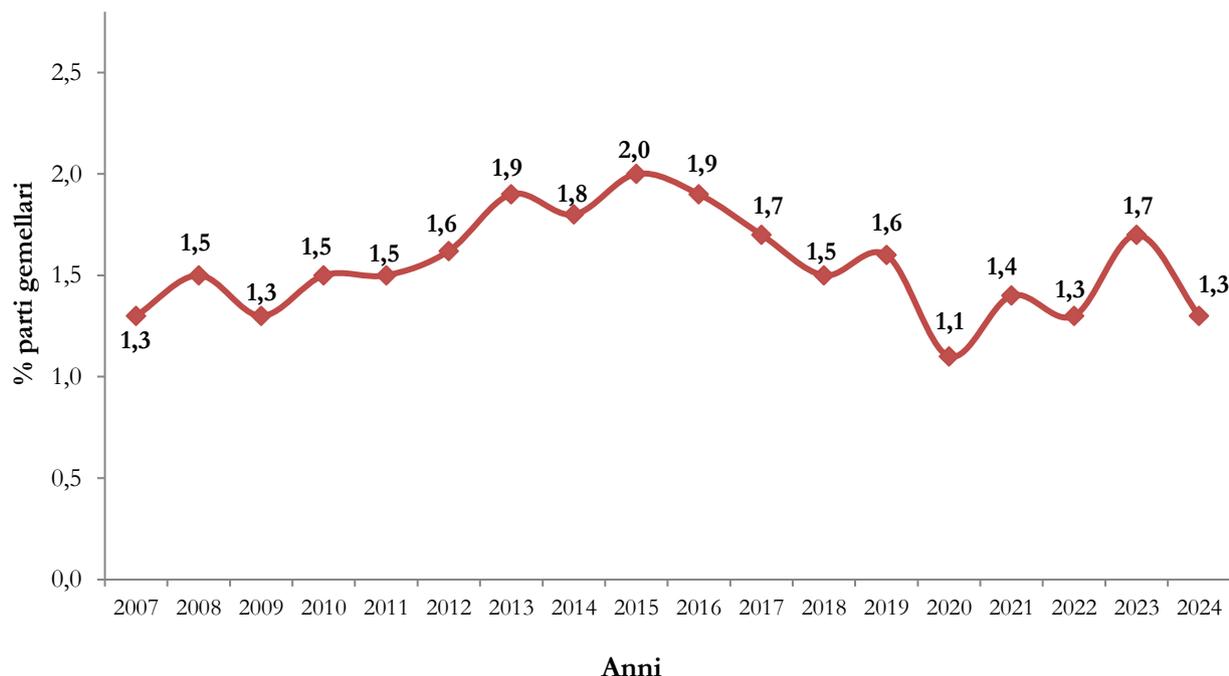


Fig. 24 - Proporzioni parti gemellari sul totale parti. Anni 2007-2024 – Provincia Autonoma di Trento



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 2024 l'età media delle mamme al parto è pari a 32,3 anni (32,2 nel 2022 e nel 2023, 32,1 anni nel 2021 e 2019, 31,9 anni nel 2020 e nel triennio 2016-2018 e 31,7 anni nel 2015).

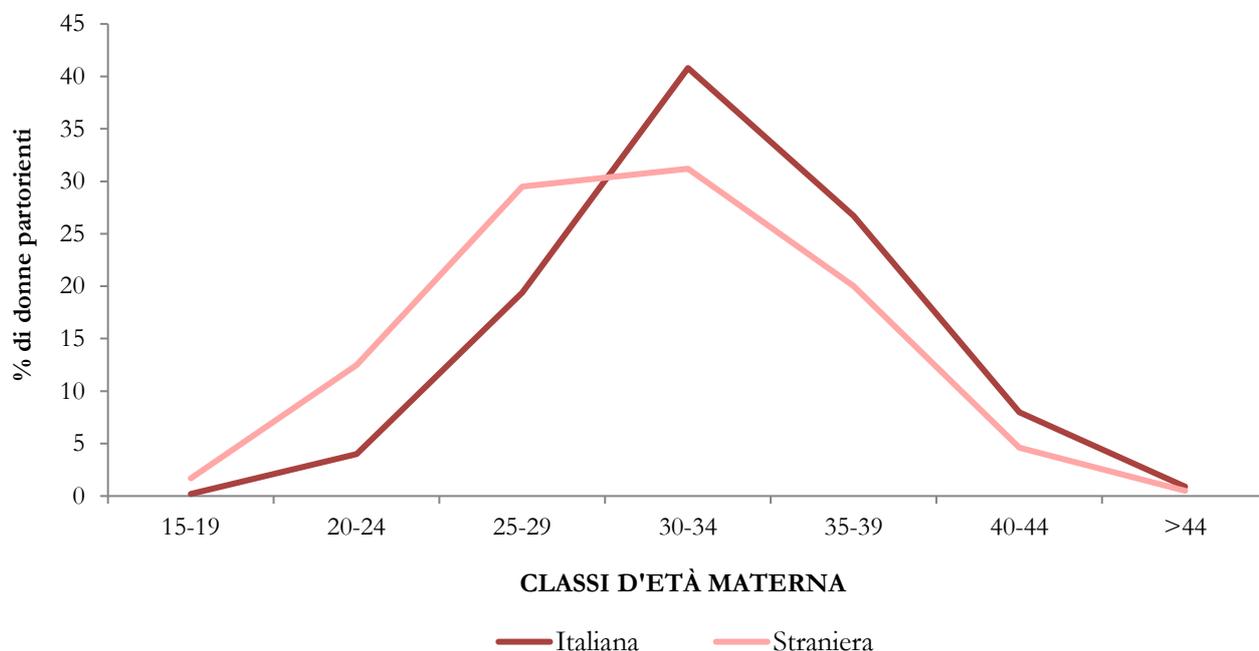
In Italia nel 2023 l'età media al parto ha toccato i 32,5 anni, con un regolare incremento da molto tempo (30,8 nel 2003 e 31,1 nel 2008).

Anche se col passare degli anni le madri con cittadinanza straniera stanno acquisendo abitudini di concepimento più simili a quelle italiane, permangono differenze nella distribuzione percentuale dell'età al parto tra italiane e straniere, come si apprezza dalla figura 25. 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 32,8 anni (DS=4,8) e un'età mediana di 33 anni, per le donne con cittadinanza straniera si rileva un'età media al parto di 30,6 anni (DS=5,6) ed anche 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 32,8 anni, mentre lo scarto per le donne con cittadinanza straniera è molto più marcato: dai 28,2 ai 30,6 anni.

In Trentino nel 2024 l'età media al primo figlio è pari a 31,1 anni (30,8 nel 2023, 31,1 nel 2022, 30,7 nel 2021, 30,5 nel 2020, 30,7 nel 2019 e 30,3 del 2018); per le donne italiane è pari a 31,7 anni e per le straniere pari a 28,2 anni. Le *madri che hanno meno di 20 anni* sono 19 (0,5% del totale), 5 con cittadinanza italiana e 14 straniera. Sono *minorenni 3 madri* (0,08% sul totale dei parti), mentre le donne con più di 44 anni sono 30 (0,8% del totale), proporzione quest'ultima che pare in aumento negli ultimi anni.

Fig. 25 – Distribuzione percentuale delle madri per classe d'età al parto e cittadinanza. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



Cittadinanza materna

Negli anni 2012-2019, la proporzione delle madri con cittadinanza extra UE²² si attestava attorno al 24-26%, mentre dal 2020, con l'avvento dell'epidemia da COVID-19, questa proporzione si è contratta, con un trend in decremento negli ultimi anni, raggiungendo i valori più bassi nel 2021-2024 (al di sotto del 23%). Lo 0,5% riguarda donne con cittadinanza di altri paesi dell'UE (intesa come l'originaria UE a 15 Stati). In Italia Nel 2023, il 20,1% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana, proporzione analoga a quella del 2022 (20,0%).

²² UE a 15 stati: Italia, Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia.

Fig. 26 - Percentuale di madri straniere (extra UE – extra Europa). Anni 2006-2024 – Provincia Autonoma di Trento.

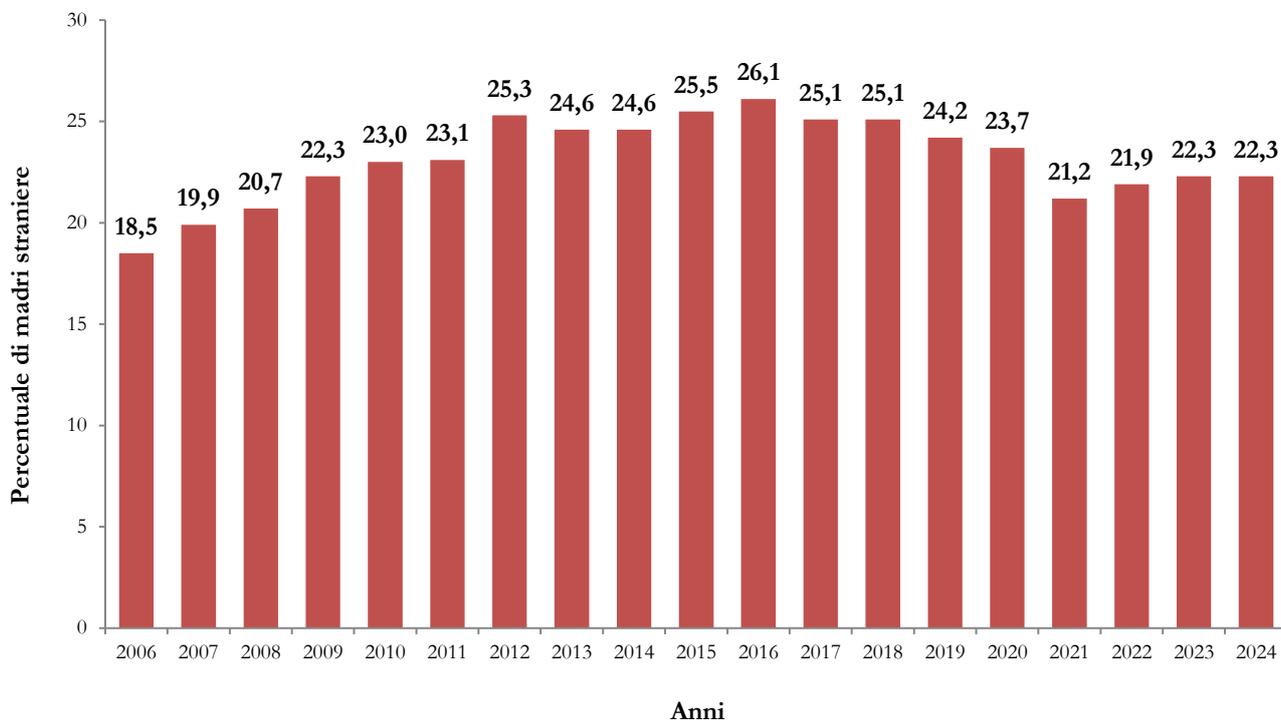
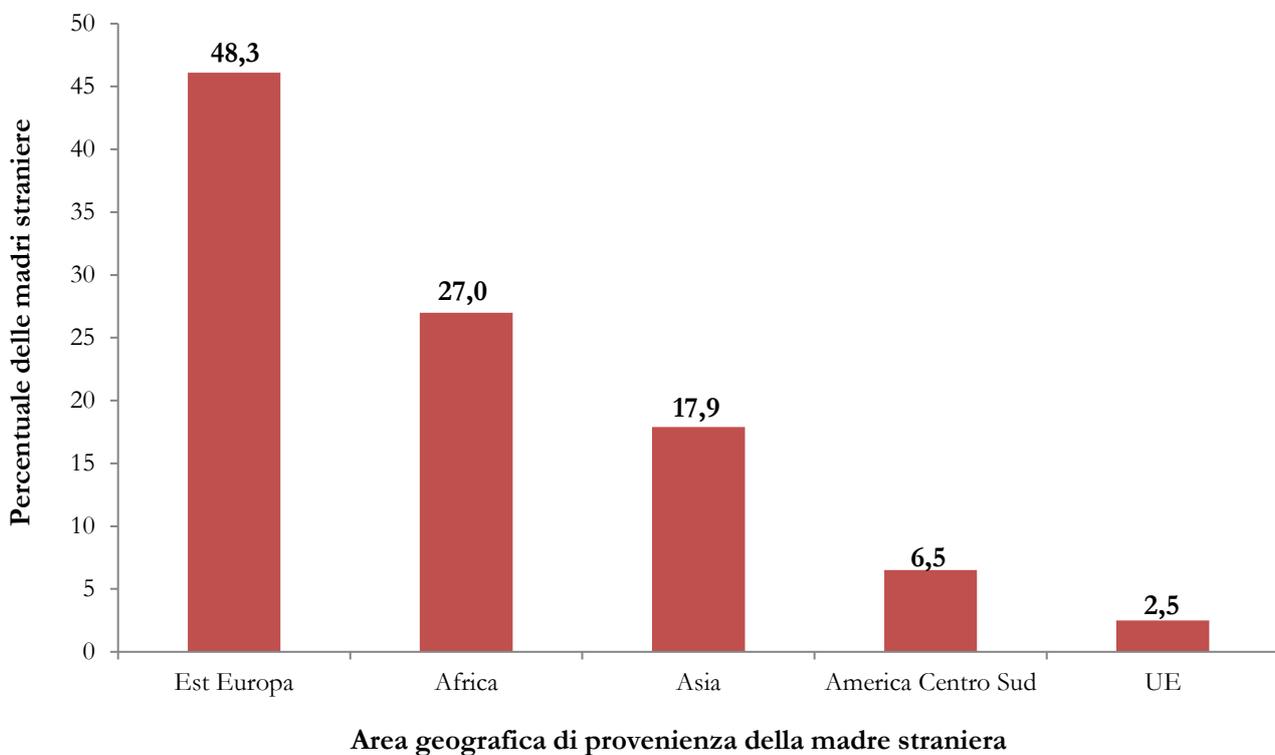


Fig. 27 – Distribuzione percentuale dei parti per area geografica di provenienza delle madri straniere. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



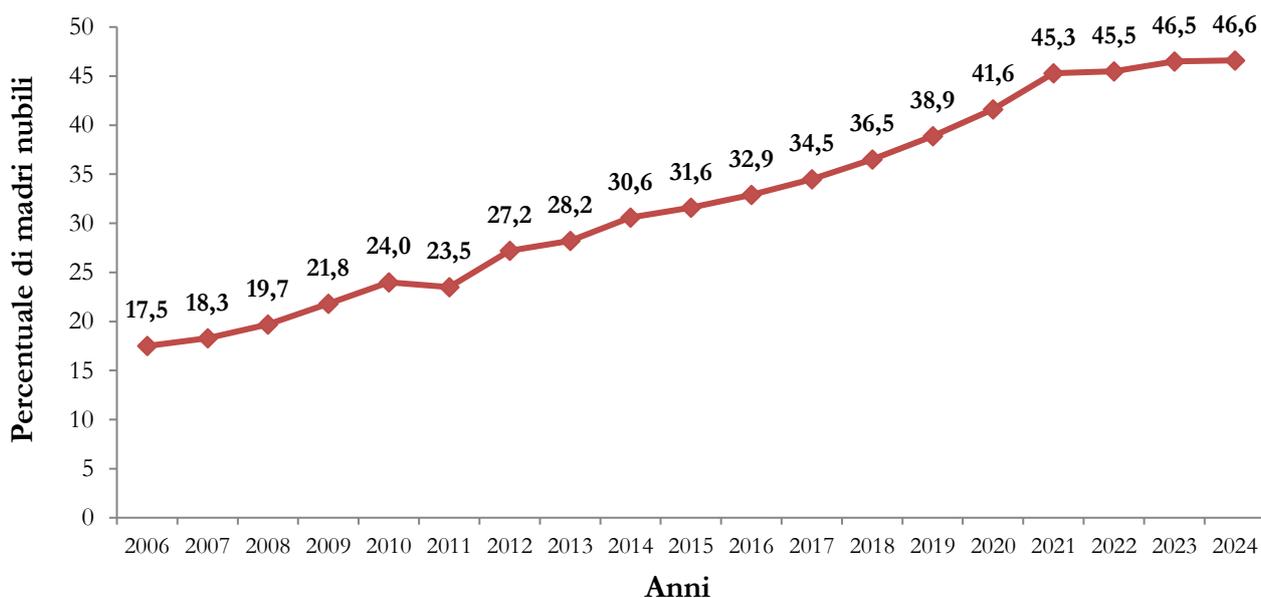
Tra le madri con cittadinanza straniera, le aree geografiche di provenienza più rappresentativa resta quella dell'Europa dell'Est 48,3% (48,3% nel 2023, 51,0% nel 2022, vs.49,7% nel 2021, il 52,4% nel 2020, il 48,7% nel 2019, il 51% negli anni 2016-2018 e 57-58% nel periodo 2013-2016), seguita dall'Africa (27,0%), Asia (17,9%), America Centro-Sud (6,5%) e dell'Unione Europea (2,5%).

Stato civile materno

La proporzione di madri nubili continua a crescere: si è passati dal 7,6% della fine degli anni '90 al 46,6% del 2024. Tra le straniere la proporzione di madri nubili è pari al 22,0% (20,8% nel 2023, 19,7% nel 2022), mentre tra le italiane ha superato il 50%, con un valore pari al 53,8% (54,1% nel 2023, 53,0% nel 2022). In Italia, nel 2023, la proporzione di madri nubili era del 41,7%²³.

La proporzione delle madri già coniugate (separate, divorziate o vedove) nel 2024 è pari al 1,9%.

Fig. 28 - Percentuale di madri nubili. Anni 2006-2024 – Provincia Autonoma di Trento.



Livello d'istruzione e condizione professionale della madre

Il livello culturale della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi, sia gli outcome assistenziali. Delle *donne italiane* che hanno partorito in Trentino nel 2024, il 51,9% ha conseguito una laurea (triennale o magistrale/specialistica), il 43,0% ha la licenza media superiore ed il 5,1% ha una scolarità medio bassa (licenza media inferiore o licenza elementare).

²³ Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2023

Fra le *straniere* il 27,8% è laureata, il 43,1% ha la licenza media superiore ed il rimanente 29,0% ha una scolarità medio bassa. Confrontando questi dati con quelli degli anni passati, si osserva un trend in aumento del livello d'istruzione, sia nelle madri italiane, che nelle straniere. Considerando le sole laureate, nel 2006 le madri italiane con questo titolo erano il 20,5%, le straniere il 13,4%. Questo è l'effetto, in parte della decisione della donna di posticipare la gravidanza per motivi di studio/lavoro con la sempre più alta età media al parto, in parte dell'aumento reale del livello culturale.

L'83,7% delle madri italiane risulta "occupata" (82,6% nel 2023, 81,6% nel 2022, 79,1% nel 2021, 79,0% nel 2020, 78,1% nel 2019, 76,5% nel 2018 e 75,3% nel 2017) a fronte del 29,2% delle donne straniere (29,6% nel 2023, 29,3% nel 2022, 25,4 nel 2021, 28,6% nel 2020, 24,3% nel 2019, 27,3% nel 2018 e 23,9% nel 2017). Quest'ultime risultano essere prevalentemente casalinghe (50,1%) o disoccupate (19,0%); invece tra le madri italiane solo il 5,8% dichiara di essere casalinga e il 9,2% disoccupata.

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

L'obesità è identificata da un indice di massa corporea (BMI) di 30,0 kg/m² o superiore, mentre il sovrappeso da BMI compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m². L'obesità è stata associata a molte complicazioni durante la gravidanza, tra cui pre-eclampsia, diabete mellito gestazionale, macrosomia fetale, natimortalità, gravidanza post-termine e parto cesareo²⁴.

I dati del 2024 indicano come la proporzione di donne in sovrappeso sia pari al 18,8% (18,0% nel 2023, 17,9% nel 2022, 18,2% nel 2021, 17,6% nel 2020 e 16,5% nel 2019), mentre le madri con obesità risultano essere il 7,8% della casistica (8,2% nel 2023, 8,0% nel 2022, 7,7% nel 2021, 7,0% nel 2020 e 6,9% nel 2019). La probabilità di presentare obesità prima della gravidanza tra le madri straniere è più del doppio rispetto alle italiane (13,1% vs. 6,2%), così come la probabilità di essere in sovrappeso risulta sempre significativamente più elevata tra le straniere (26,5% vs. 16,5%). Tra le donne straniere si evidenzia un più alto rischio di obesità nelle africane (19,3%), seguite dalle madri asiatiche (15,7%) e dall'Est Europa (10,6%). Un altro fattore di rischio associato con l'obesità pre-gravidica è il livello di istruzione. La percentuale di madri in condizione di obesità aumenta con il diminuire del titolo di studio; laurea magistrale (3,8%), laurea breve (5,3%), licenza media superiore (9,5%), licenza elementare (15,6%) e nessun titolo di studio (23,8%). Stessa distribuzione percentuale, statisticamente significativa, si registra per la condizione pre-gravidica di sovrappeso.

²⁴ Mission JF, Marshall NE, Caughey AB. *Pregnancy risks associated with obesity*. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(2):335-53

Per quanto riguarda gli esiti in gravidanza, ostetrici e neonatali, l'obesità risulta essere un fattore di rischio per un decorso patologico della gravidanza, in particolar modo per pre-eclampsia e diabete gestazionale. Anche la modalità del parto è significativamente associata col rischio di obesità, infatti si registra un 27,3% di parti cesarei tra le madri con obesità, 23,0% tra le donne in condizione di sovrappeso, rispetto ad un 17,5% tra le normopeso.

Non si riscontrano differenze relative all'epoca gestazionale, né allo stato vitale, mentre si riscontra una significativa relazione tra obesità materna e peso alla nascita: il 9,4% dei neonati da donne con obesità ha un peso maggiore o uguale ai 4.000 grammi, il 7,5% delle donne con sovrappeso, rispetto al 4,5% delle madri normopeso²⁵.

Caratteristiche socio-demografiche paterne

I dati del 2024 indicano che i padri sono principalmente italiani (78,9%), con un 10,7% di cittadini extra-europei ed un 9,6% extra UE (sempre l'UE originaria a 15 Stati membri). Il 60,4% dei papà appartiene alla classe d'età 30-39 anni (59,3% nel 2023, 60,5% nel 2022) con un'età media al parto, pari a 36,0 anni (DS=6,4). Per i padri italiani si registra un'età media significativamente più alta rispetto a quella dei papà stranieri: 36,4 vs. 34,6 anni.

Il titolo di studio dei padri italiani risulta essere il diploma di scuola media superiore nel 57,2% dei casi (56,8% nel 2023, 56,1% nel 2022), rispetto al 50,5% dei padri stranieri (51,0% nel 2023, 49,4% nel 2022). Tra gli italiani i padri laureati rappresentano il 31,0% del totale (31,0% anche nel 2023, 29,7% nel 2022), mentre tra i padri stranieri il 15,2% (15,5% nel 2023, 17,1% nel 2022). Il 11,8% dei padri italiani ha un livello d'istruzione medio-basso (12,3% nel 2023, 14,3% nel 2022), mentre tra gli stranieri questa caratteristica riguarda il 34,3% dei casi (33,6% nel 2023 e nel 2022).

Il 98,8% dei papà italiani ed il 92,1% dei papà stranieri, risultano essere "occupati". Nel 2023 queste stesse percentuali erano pari rispettivamente al 98,5% e al 90,2%.

²⁵ Un'analisi dettagliata sugli esiti avversi perinatali correlati all'indice di massa corporea pre-gravidico è disponibile nell'articolo di Pertile et al. [*Epidemiol. Prev.* 2021; 45(3): 164-172].

LO STATO DI SALUTE DEL NEONATO

L'età gestazionale

Tab. 26 - Nati per settimane di età gestazionale. Anno 2024 vs. 2023 – Provincia Autonoma di Trento

Età gestazionale (settimane)	Nati	% anno 2024	% anno 2023
Meno di 26	5	0,1	0,2
26-27	3	0,1	0,2
28-29	8	0,2	0,2
30-31	6	0,2	0,4
32-33	32	0,9	0,6
34-35	65	1,8	2,6
36	115	3,1	3,3
37	231	6,3	7,8
38	589	16,0	15,5
39	1.054	28,7	27,8
40	1.035	28,2	27,0
41	511	13,9	13,6
42	19	0,5	0,9
Totale	3.673	100,0	100,0

La proporzione di neonati di *età gestazionale estremamente bassa* (fino a 27 settimane) e ad altissimo rischio è pari allo 0,2%; quella con *età gestazionale a medio-alto rischio* (da 28 a 31 settimane) è pari allo 0,4%, mentre quella con *età gestazionale a basso rischio* (da 32 a 36 settimane) è pari al 5,8% dei nati. La distribuzione per età gestazionale è pressoché sovrapponibile a quella degli anni recenti, con lievi oscillazioni nelle classi con bassa casistica. *I nati pretermine complessivi* (meno di 37 settimane complete di gestazione) corrispondono al 6,4% dei neonati: 7,4% nel 2023, 6,4% nel 2022, 6,3% nel 2021, nel 2020 erano il 5,6%, nel 2019 il 6,3% nel 2018 erano il 6,2%, nel 2017 il 6,9%, nel 2016 il 7,6%, nel 2015 il 7,4% e nel 2014 il 7,9%.

Il calcolo dell'età gestazionale al parto per punto nascita permette di valutare l'efficienza della concentrazione dei casi a rischio presso i presidi ospedalieri di secondo livello, maggiormente organizzati

ed attrezzati per questi casi. Un indicatore di efficienza del cosiddetto “*trasporto in utero*” è espresso dalla percentuale di parti entro la 31^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 22 nascite entro le 31 settimane compiute: nel 100% dei casi si sono verificate presso l’ospedale S. Chiara di Trento (94,1% nel 2023, 91,0% nel 2022, 94,4% nel 2021, 96,4% nel 2020, 84,0% nel 2019, 93,5% nel 2018, 100,0% nel 2017 e 96,3% nel 2016). La proporzione di nati di 32-33 settimane di gestazione al S. Chiara è pari al 100% (32 nascite; 95,2% nel 2023, 94,2% nel 2022, 96,8% nel 2021, 90,3% nel 2020, 95,5% nel 2019, 94,6% nel 2018, 95,5% nel 2017 e 95,1% nel 2016), mentre la proporzione di nati al S. Chiara tra le 34 e le 35 settimane si attesta su un 73,8% (48 nascite su 65; 80,4% nel 2023, 76,5% nel 2022, 86,0% nel 2021, 77,8% nel 2020, 82,9% nel 2019, 82,6% nel 2018, 75,3% nel 2017 e 72,6% nel 2016). A Rovereto si registrano 14 nati tra le 34 e le 35 settimane (il 21,5% del totale di neonati in queste classi gestazionali).

Nel 2024 si osserva una differenza (seppur non statisticamente significativa) nella proporzione di nati pretermine (<37 settimane gestaz.) tra madri italiane e madri straniere: rispettivamente 6,1% e 7,3%.

Il peso alla nascita

Tab. 27 - Nati per peso alla nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

	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	
Frequenza	12	13	41	170	728	1.577	945	173	14	3.673
%	0,3	0,4	1,1	4,6	19,8	42,9	25,7	4,7	0,4	100,0

I neonati di peso inferiore ai 2.500 grammi costituiscono il 6,4% dei nati (7,7% nel 2023, 6,3% nel 2022, 6,8% nel 2021, 5,9% nel 2020, 7,1% nel 2019, 6,3% nel 2018, 7,2% nel 2017 e 7,3% nel 2016). L’88,4% dei neonati pesa tra i 2.500 ed i 3.999 grammi.

A livello nazionale, nel 2023, la proporzione di neonati di peso inferiore ai 2.500 grammi è pari al 7,0%, di cui lo 0,9% ha un peso inferiore a 1.500 grammi²⁶.

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

²⁶ Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell’evento nascita - Anno 2023

La natimortalità

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 (Legge 31 del 2 febbraio 2006 e Baroncini D, 2008)²⁷. Nel 2024 i nati morti sono stati 10, di cui 9 sono morti pre-travaglio e 1 in-travaglio; 9 su 10 sono stati partoriti da madri residenti in provincia di Trento. Il *tasso di natimortalità*, calcolato come rapporto dei nati morti sui nati vivi e morti, risulta pertanto pari a 2,7 per mille nati. In Italia nel 2023 il tasso di natimortalità è stato 2,4‰²⁸.

Tab. 28 - Nati morti e tasso di natimortalità ‰. Anni 2008-2024 – Provincia Autonoma di Trento

Anni	Nati morti	Tasso di natimortalità
2008	16	3,0‰
2009	11	2,1‰
2010	20	3,8‰
2011	9	1,8‰
2012	13	2,6‰
2013	15	3,1‰
2014	13	2,8‰
2015	20	4,3‰
2016	9	2,0‰
2017	16	3,7‰
2018	9	2,2‰
2019	13	3,1‰
2020	16	4,0‰
2021	10	2,4‰
2022	6	1,5‰
2023	6	1,6‰
2024	10	2,7‰

²⁷ Legge 2 febbraio 2006, n. 31, *Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto*. GU n.34 del 10.02.2006.

Baroncini D et al (a cura di). (2008). *La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale*.

Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. Testo integrale:

<http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeAttachment.php/L/IT/D/D.145a2e31d9f50f850366/P/BLOB%3AID%3D443/E/pdf>

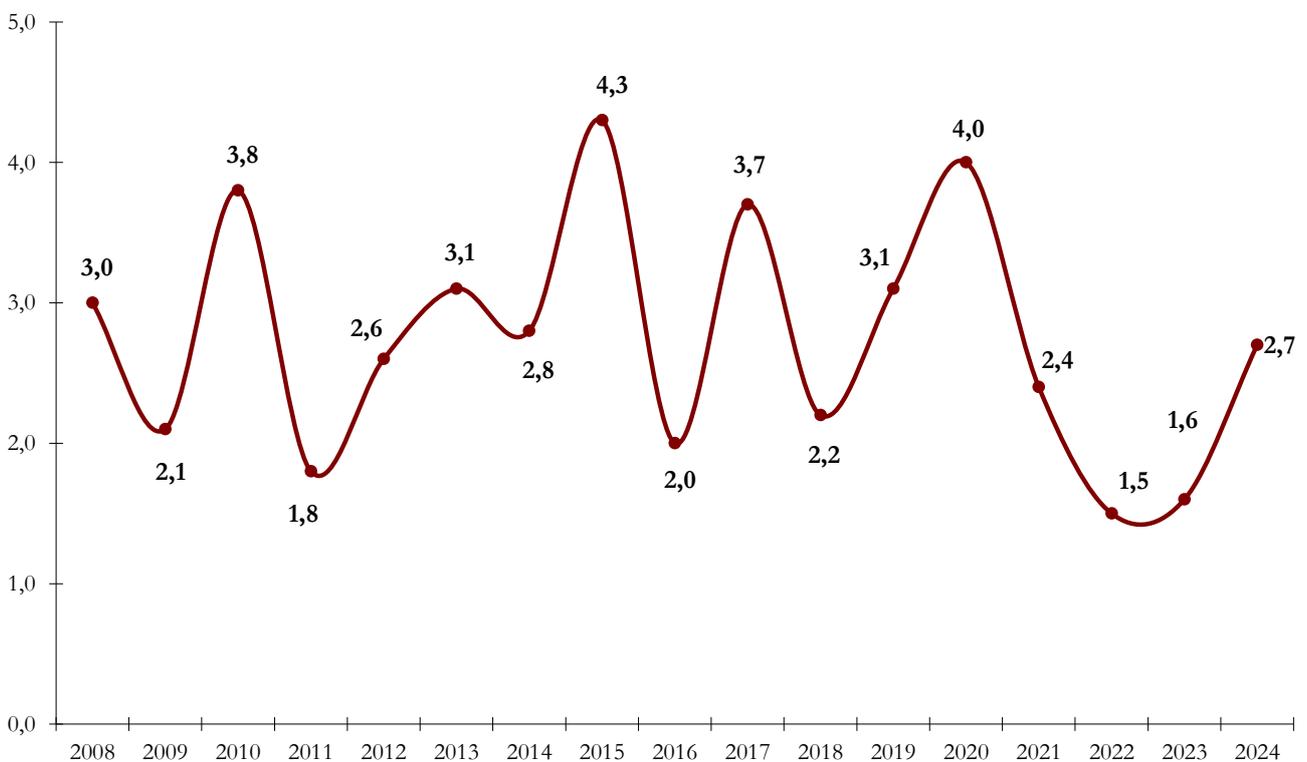
²⁸ Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2023

Per quanto riguarda le caratteristiche materne connesse alla natimortalità, nel 2024 emerge una differenza statisticamente significativa tra casistica dei nati morti e quella dei nati vivi rispetto all'età materna (età media 35,5 vs 32,3 anni, p -value=0,04), mentre, per quanto concerne la cittadinanza materna, non si registra alcuna differenza: tra le madri italiane si registra un tasso pari al 3,2‰, rispetto all'1,2‰ tra le straniere (p -value=0,33). Seppur non significativo, il numero medio di visite ostetriche eseguite dalle madri che hanno partorito un nato morto risulta inferiore rispetto al numero di visite tra le madri dei nati vivi (5,6 vs. 6,9), ma bisogna tenere presente che l'80,0% dei nati morti risulta pretermine, contro il 6,4% dei nati vivi, quindi la donna potrebbe non aver avuto il tempo necessario per espletare un numero congruo di visite. Il numero medio di ecografie effettuate dalle madri che hanno partorito un nato morto risulta inferiore rispetto al numero di ecografie tra le madri dei nati vivi (4,1% vs 3,5%).

Il 70,0% dei nati morti (7) si sono registrati presso l'ospedale di Trento, 1 caso si è verificato nel punto nascita dell'ospedale di Rovereto, 1 caso a Cles e 1 caso è stato registrato come parto precipitoso.

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

Fig. 29 - Tasso di natimortalità/1.000. Anni 2008-2024 – Provincia Autonoma di Trento



*L’Apgar e le procedure rianimatorie*²⁹

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 9 neonati, pari allo 0,25% dei casi (0,24% nel 2023, 0,27% nel 2022, 0,39% nel 2021, 0,37% nel 2020, 0,31% nel 2019, 0,44% nel 2018 e 0,26% nel 2017). Un neonato presenta punteggio Apgar pari a 0, due neonati pari a 1, due neonati pari a 2, quattro neonati pari a 3 (di questi 7 sono nati al S. Chiara di Trento, uno a Rovereto e uno a Feltre). Altri 30 casi (0,82%) presentano un Apgar compreso tra 4 e 6. A livello italiano si registra un punteggio Apgar inferiore a 4 nello 0,13% dei nati vivi e tra 4 e 6 nello 0,60% della casistica nazionale³⁰.

Sono state effettuate procedure di rianimazione nel 3,9% dei nati vivi (di cui 0,4% con intubazione).

²⁹ Sono stati esclusi i nati morti dalle analisi.

³⁰ *Rapporto Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Analisi dell’evento nascita - Anno 2023*

I ricoveri alla nascita

I ricoverati alla nascita nel 2024 sono 448 ossia il 12,2% dei nati vivi (15,2% nel 2023, 15,7% nel 2022, 15,3% nel 2021, 13,3% nel 2020, 15,1% nel 2019, 13,7% nel 2018, 14,4% nel 2017 e 15,0% nel 2016). La proporzione di nati vivi ricoverati si distribuisce in modo disomogeneo tra i vari punti nascita: nel 2024 la percentuale di ricoverati al S. Chiara di Trento è pari al 13,3% (16,4% nel 2023, 17,8% nel 2022, 18,3% nel 2021, 14,1% nel 2020, 17,2% nel 2019, 15,6% nel 2018, 16,6% nel 2017 e 18,4% nel 2016). A Rovereto viene ricoverato il 13,5% dei nati vivi (15,6% nel 2023, 14,0% nel 2022, 10,4% nel 2021, 14,5% nel 2020, 14,7% nel 2019, 12,1% nel 2018, 12,7% nel 2017 e 11,9% nel 2016); a Cles 6,6% a Cavalese 1,8%.

La probabilità di ricovero alla nascita si associa allo stato di pretermine e al basso peso. Escludendo il punto nascita di Feltre per cui l'informazione sul tipo di degenza non è disponibile, si ricovera il 78,3% dei neonati con meno di 37 settimane di gestazione (l'8,1% di quelli di 37 settimane e oltre) e il 73,5% dei neonati con peso inferiore ai 2.500 grammi (l'8,3% di quelli con peso alla nascita oltre i 2.500 g).

Tab. 29 - Giornate medie di degenza nei nati per tipo di parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

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

Tipo di parto	Nati	Giornate di degenza	
		media	ds
Spontaneo	2.396	2,5	0,9
Parto cesareo elettivo	407	3,0	1,2
Parto cesareo urgente	128	3,1	1,0
Ventosa	169	2,8	1,0

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. Nel 2024 la degenza media per i parti spontanei è risultata pari a 2,5 giorni, per i cesarei 3,0 giorni (nel 2023 erano state 2,6 e 3,0 giorni e nel 2022 erano state 2,4 e 2,8 giorni).

La degenza media per tutti i parti è di 2,6 giorni (2,7 giorni nel 2023); dopo il calo registrato nel 2021-2022, il valore risale (era 2,6 nel 2020, 3,0 nel 2018-2019, 3,1 nel 2017 e 3,2 nel 2016).

Per i parti spontanei, la degenza media è abbastanza omogenea tra i punti nascita, con un valore minimo di 2,4 giorni registrato a Rovereto ed un valore massimo di 2,8 giorni registrato nel punto nascita di Cles. Per i parti cesarei in urgenza o elettivi, il range della degenza media varia dal valore minimo di 2,9 giorni a Trento, fino al valore massimo di 3,5 giorni a Cavalese.

La fototerapia

Nel 2024 in provincia di Trento si ricorre alla fototerapia complessivamente nel 4,9% dei nati vivi, valore in aumento rispetto al 2023 (3,6%). La fototerapia è utilizzata nell'1,7% dei neonati fisiologici e nel 27,9% dei neonati patologici (17,1% nel 2023, 19,2% nel 2022, 17,2% nel 2021, 19,3% nel 2020, 18,1% nel 2019, 19,5% nel 2018, 24,2% nel 2017 e 23,2% nel 2016).

Il ricorso alla fototerapia non è omogeneo tra i punti nascita: il punto nascita di Rovereto presenta un utilizzo di fototerapia nel 6,9% dei propri nati vivi, l'ospedale di Trento nel 4,4%, Cles nel 3,9% e Cavalese nel 2,9%. Si tenga presente che tre nati (due di Cavalese ed uno di Rovereto) sono stati trasferiti al S. Chiara di Trento subito dopo la nascita e la fototerapia è stata eseguita in quest'ultimo istituto; l'elaborazione statistica sulla fototerapia è basata sull'istituto di nascita.

L'allattamento

Tab. 30 - Nati vivi per tipo di allattamento. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Latte materno	Frequenza	%
Artificiale	129	3,6
Misto	925	25,8
Predominante	168	4,7
Esclusivo al seno	2.357	65,9
Totale	3.579	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 96,4% dei neonati, mantenendosi sui valori alti registrati negli anni precedenti (96,6% nel 2023, 96,2% nel 2022, 97,0% nel 2021, 97,7% nel 2020, 97,1% nel 2019, 97,8% nel 2018 e 98,1% nel 2017). Sostanzialmente quasi 7 neonati su 10 sono allattati in modo esclusivo al seno alla dimissione dal punto nascita.

Il trend temporale della proporzione di nati con allattamento esclusivo o predominante al seno presenta valori attorno all'86-88% negli anni 2012-2014. Nel 2015 si registra un calo che porta la percentuale di nati vivi allattati al seno in modo esclusivo o predominante su valori simili a quelli del 2010-2011 (85%), mentre gli anni 2016-2017 presentano un nuovo rialzo con valori rispettivamente dell'86,7% e dell'87,1%. Il 2018 ha mostrato una prima flessione (84,7%) e nel 2019-2024 si è registrato un ulteriore calo (rispettivamente 81,8%, 79,8%, 82,3%, 75,2%, 71,4% e 70,6%). Nel 2024 è aumentata

la proporzione di neonati allattati con allattamento misto (25,8% vs. il 25,2% nel 2023). Su questi trend può pesare in modo rilevante una più precisa rilevazione/registrazione della tipologia di allattamento materno che si è andata nel tempo consolidando presso i punti nascita.

La prevalenza dell'allattamento al seno non è omogenea tra i punti nascita: si passa dalla proporzione più bassa di allattamento (esclusivo o predominante) pari al 61,2% nel punto nascita di Trento, per arrivare ad un valore massimo, pari all'81,8% nel punto nascita di Cavalese. Si sottolinea il fatto che al S. Chiara di Trento si registra la totalità dei nati estremamente pretermine ed i casi più complessi (patologici), e casistiche ad alto rischio ostetrico, che portano ad una conseguente riduzione della proporzione di allattamento esclusivo.

Tab. 31 - Nati vivi per tipo di allattamento. Percentuale per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Punto nascita	Nati vivi	Tipo di allattamento				Totale
		Esclusivo	Predominante	Misto	Artificiale	
S. Chiara	2.274	61,2	6,1	29,3	3,4	100,0
Cles	181	75,1	3,3	16,6	5,0	100,0
Rovereto	931	72,0	0,6	23,3	4,1	100,0
Cavalese	170	81,8	9,4	6,5	2,4	100,0
Domicilio/Precipitoso	23	91,3	8,7	-	-	100,0
Totale	3.579	65,9	4,7	25,8	3,6	100,0

Possibili variabili che hanno un'influenza sulla pratica dell'allattamento esclusivo al seno sono la prematurità, eventuali patologie materne (quali diabete ed ipertensione), il livello d'istruzione, l'età, la cittadinanza e la residenza della madre, l'aver o meno frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita, la parità e il tipo di parto³¹.

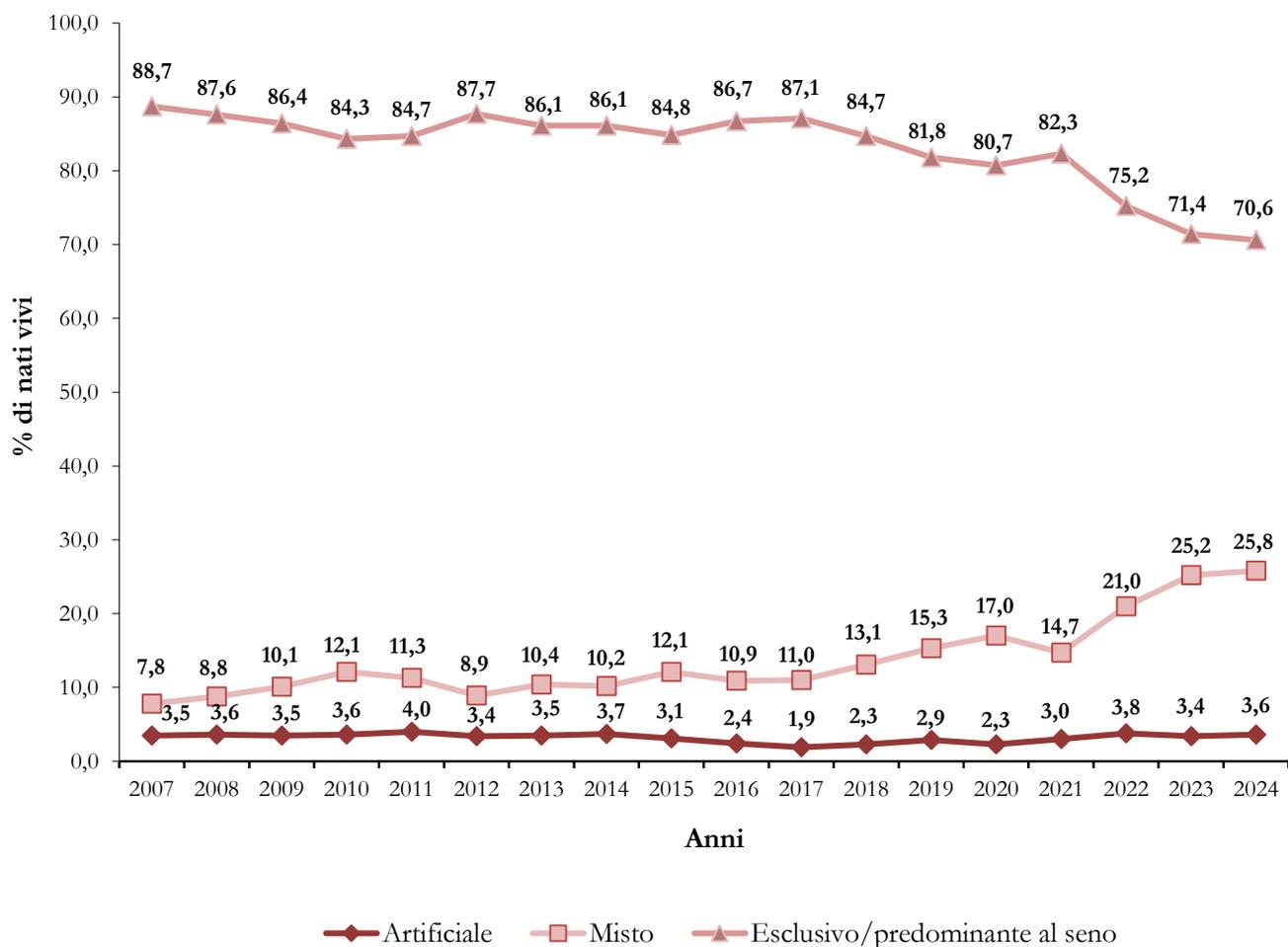
I dati trentini del 2024 indicano come siano più propense ad allattare al seno (in modo esclusivo) le *pluripare* rispetto alle *nullipare* (71,1% vs. 60,0%; p -value<0,0001), le madri con *età <35 anni* rispetto alle *over34* (67,3% vs. 62,9%; p -value=0,009), le donne che hanno avuto un *parto a termine* rispetto a quelle con *parto pretermine* (68,1% vs. 29,7%; p -value<0,0001) e coloro che hanno avuto *un parto naturale* rispetto ad un *parto cesareo* (71,4% vs. 48,0%; p -value<0,0001); questo perché per le donne che hanno partorito con taglio cesareo più facilmente si possono verificare condizioni contrastanti l'inizio

³¹ Pertile R., Bombarda L., Pedron M., Clivati E., Piffer S., *Breastfeeding during the first year of life: estimates using records generated in general paediatrics*. Minerva Pediatr 2019; 71(2): 116-124.

dell'allattamento. Questi risultati sono confermati dall'analisi di regressione logistica multipla che valuta l'effetto sull'allattamento esclusivo dei singoli predittori (parto pretermine, età della donna, scolarità, cittadinanza, parità, partecipazione agli incontri d'accompagnamento alla nascita e tipo di parto) al netto dell'effetto di tutti gli altri.

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

Fig. 30 – Distribuzione percentuale dell'allattamento materno alla nascita per tipologia. Anni 2007-2024– Provincia Autonoma di Trento



LA CERTIFICAZIONE E GLI STANDARD BABY FRIENDLY INIZIATIVE

La Baby Friendly Iniziative (BFI) rientra nei programmi internazionali che supportano i servizi sanitari nella promozione di buone pratiche lungo tutto il percorso che va dalla gravidanza ai primi anni di vita (i cosiddetti 1000 giorni), rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte di salute e alimentazione dei loro bambini. Il programma comprende un sistema di pratiche interconnesse e basate su prove di efficacia (chiamati i **10 Passi**) per garantire protezione, promozione e sostegno dell'avvio e del mantenimento dell'allattamento e di una genitorialità responsiva. La BFI è promossa a livello nazionale dal Documento di indirizzo sui primi mille giorni del Ministero della Salute³² e dalle linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, ed inserita nel Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025 e nel Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025³³. È inoltre coordinata dal Comitato Italiano per l'UNICEF, ente certificatore, garante del diritto alla salute e pieno sviluppo di tutte le bambine e di tutti i bambini enunciato nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'allattamento è un determinante di salute fondamentale e priorità di salute pubblica; è inoltre parte integrante della Nurturing Care (l'insieme di cure che nutrono consentendo il pieno sviluppo del potenziale delle bambine e dei bambini), non solo come fonte di nutrimento, ma anche come azione di saluto-genesi che potenzia le altre componenti: genitorialità responsiva, buono stato di salute, protezione e sicurezza³⁴.

Per garantire la piena realizzazione dell'iniziativa e dell'erogazione delle buone pratiche previste, uno dei capisaldi del programma è la formazione specifica e mirata di tutti gli operatori a contatto con bambini e genitori, a vario livello e nei vari ambiti, ospedalieri e territoriali (Passo 2).

L'ospedale S. Chiara di Trento ha ottenuto la certificazione come Ospedale Amico dei bambini già nel 2014, ponendo le basi per la successiva estensione dell'iniziativa BF agli altri punti nascita ed alla Comunità. Dal 2022 tutte le strutture ospedaliere con punto nascita, i Consultori ed i servizi sanitari pediatrici territoriali di APSS hanno ricevuto il riconoscimento BFI come Ospedali e Comunità Amici delle bambine e dei bambini.

³² *Investire precocemente in salute. Azioni e strategie nei primi 1000 giorni di vita. Ministero della salute, documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future 20 febbraio 2020.*

³³ *Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. PAT Trento 10.12.2021 (DGP n. 2160/2021)*

³⁴ *Nurturing care for early childhood development WHO, 18 Maggio 2018*

Il modello organizzativo di APSS per l'assistenza materno-infantile garantisce livelli ottimali di accesso, sicurezza, continuità dell'assistenza per le donne, i bambini, le bambine e le loro famiglie durante l'esperienza della gravidanza, del parto, del puerperio e dell'infanzia con un'attenzione al rispetto della fisiologia, della relazione, del sostegno all'allattamento (Passo 1B), senza interferenze commerciali (Passo 1A), in uniformità ed integrazione fra territorio e ospedale, con l'obiettivo di offrire un'assistenza di qualità centrata sulle famiglie e basata su prove di efficacia (evidence-based), con un alto livello di soddisfazione percepita.

Le pratiche sono tutte monitorate, attraverso un sistema rigoroso di registrazione della documentazione clinica di mamma e neonato/a (Passo 1C), ed è richiesta un'adesione superiore all'80% degli standard previsti.

A livello internazionale vengono utilizzati due indicatori, considerati **indicatori sentinella** per un punto nascita: avvio dell'allattamento entro la 1ª ora di vita ed esclusività dell'allattamento durante la degenza. L'indicatore "avvio dell'allattamento entro la 1ª ora" è conosciuto anche come "avvio tempestivo dell'allattamento" e considera il numero di bambini e bambine che sono stati adagiati pelle a pelle sul corpo materno (Passo 4) e messi in condizione di poppare al seno entro la prima ora di vita, come da definizione dell'OMS³⁵.

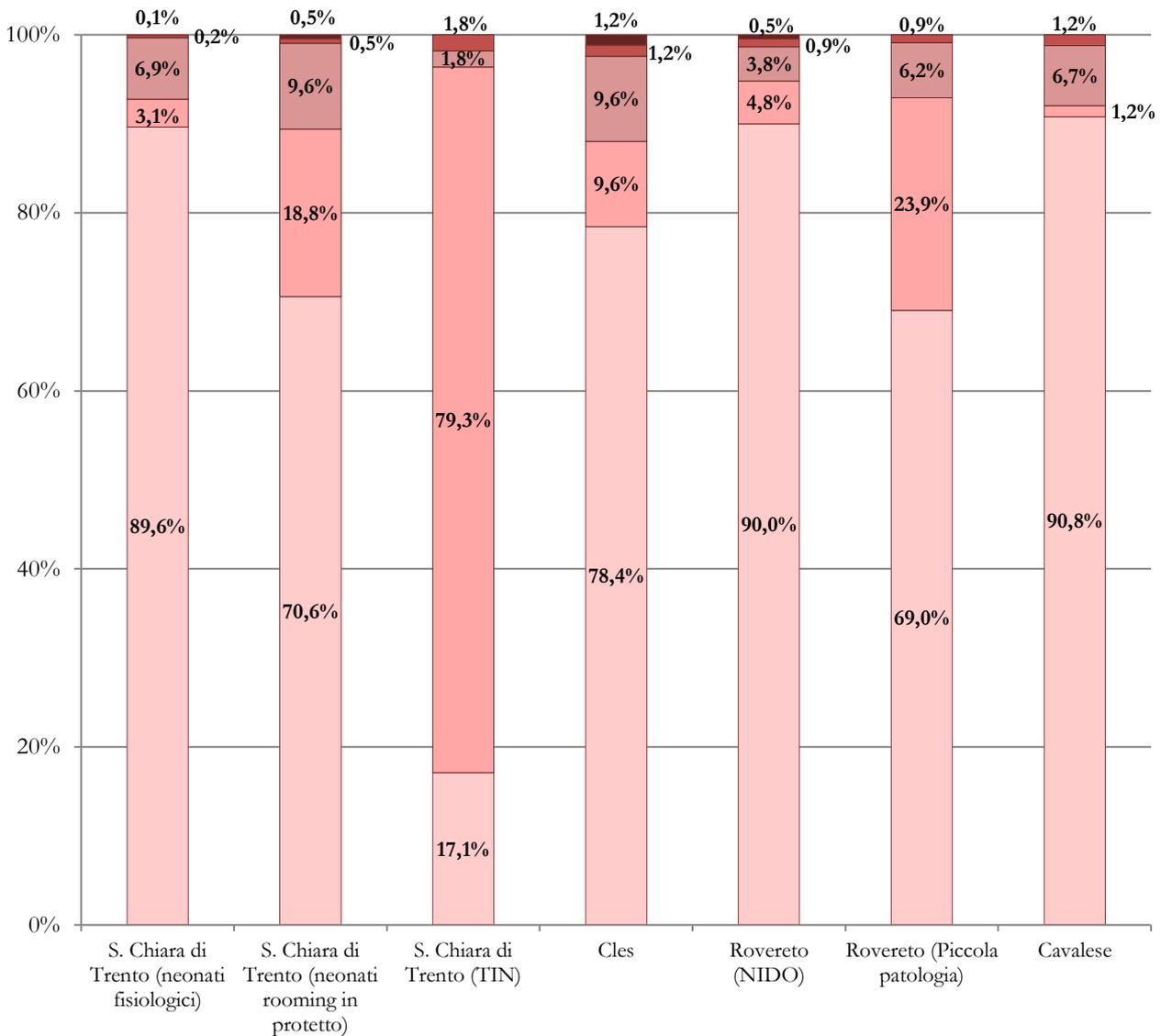
Nel 2024 i neonati posti in **contatto pelle a pelle** immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora senza interruzioni sono stati l'84,1% del totale, includendo anche i neonati pretermine e patologici ricoverati in seguito in Terapia Intensiva Neonatale (TIN). Questo è reso possibile grazie all'attuazione, presso tutte le strutture, del contatto pelle a pelle immediato anche dopo taglio cesareo con anestesia loco regionale. Nello spirito del progetto questo indicatore "misura" un tipo di assistenza che crea le condizioni ottimali affinché madre e bambino/a possano stare insieme nelle prime ore, in considerazione di tutti i benefici per entrambi di tipo clinico e relazionale, ma anche come momento strategico per esprimere al meglio le proprie competenze. Il contatto pelle a pelle immediato ed ininterrotto dopo la nascita e l'avvio dell'allattamento entro la prima ora, ad esso correlato, sono pratiche decisive per il legame e il benessere di mamma bambino/a, anche a lungo termine.

Dettagliando l'indicatore per le diverse strutture, si trova una percentuale del 90,8% presso l'ospedale di Cavalese, seguita dal 90,0% dell'ospedale di Rovereto (Nido), dall'89,6% dell'ospedale di Trento (neonati fisiologici) e dal 78,4% dell'ospedale di Cles. Proporzioni attorno al 70% si riscontrano per i neonati con piccola patologia o lieve prematurità (> 35 settimane di Età Gestazionale) e/o basso peso (> 2000 g), ricoverati in regime di rooming-in protetto, presso il S. Chiara di Trento (degenti presso la

³⁵ *Insieme per l'allattamento. Guida all'applicazione dei Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento nelle strutture del percorso nascita - Unicef Edizione 2022.*

sezione di Patologia Neonatale 2, ma che possono rimanere accanto alla madre, nella sua stessa stanza) e presso la piccola sezione di Patologia neonatale della Pediatria di Rovereto (in regime di separazione dalla madre o di Rooming in protetto). I neonati pretermine e/o patologici ricoverati in TIN hanno potuto comunque beneficiare del contatto pelle a pelle immediato nel 17,1% dei casi.

Fig. 31 - Distribuzione percentuale della pratica del contatto pelle a pelle alla nascita, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



ISTITUTO DI NASCITA/MODALITA' DI RICOVERO

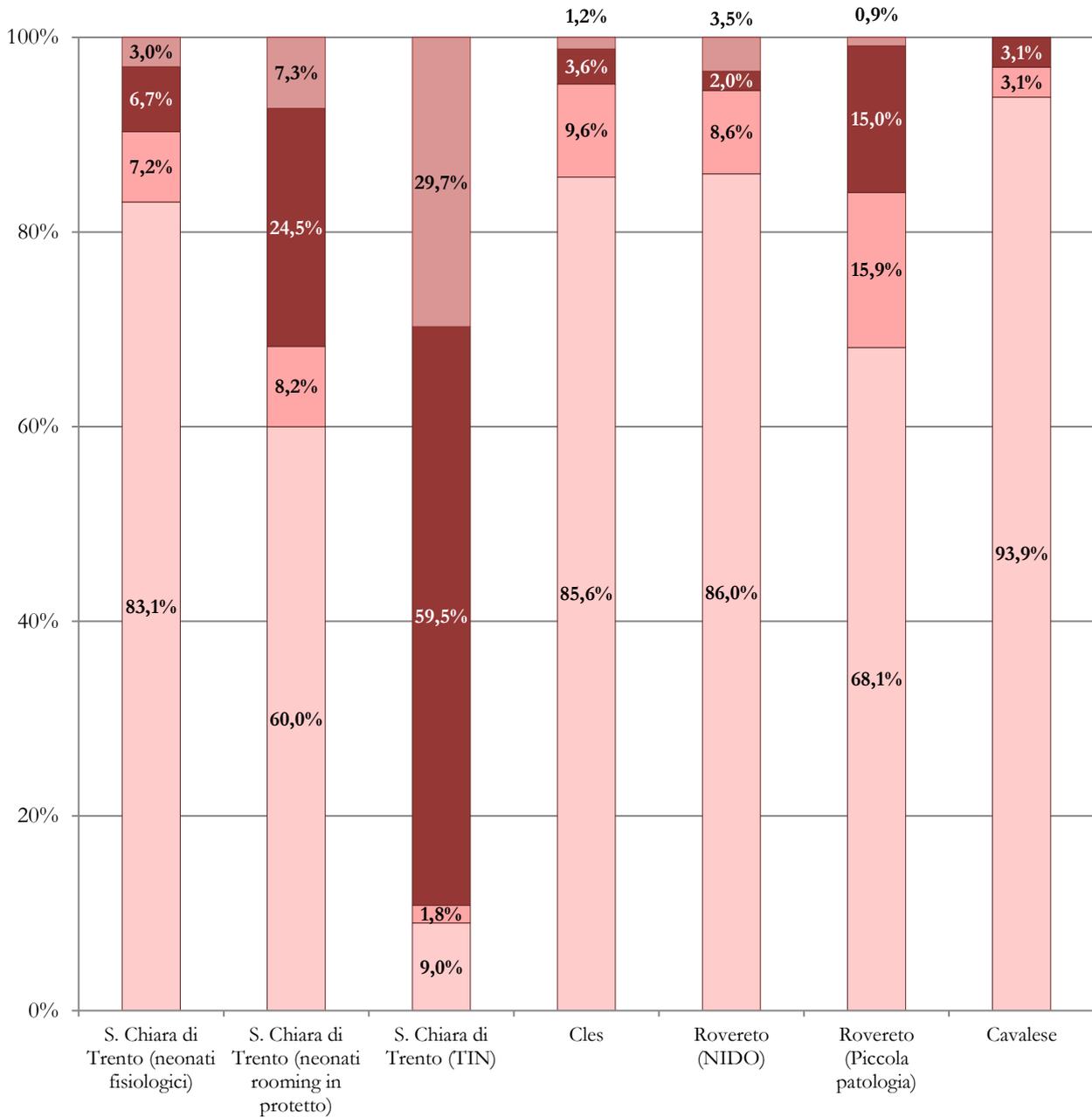
- No per motivi organizzativi
- No per scelta informata materna
- No per motivi medici materni
- No per motivi medici neonatali
- Si immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora senza interruzioni

Nei pochi casi in cui il contatto pelle a pelle immediato non è praticabile per motivi materni (ad esempio mancata vigilanza durante un Taglio cesareo in anestesia generale), neonatali (es. necessità di manovre rianimatorie), o per impossibilità a garantire la sua attuazione in sicurezza (carichi di lavoro che non consentono i controlli previsti, assenza del caregiver), viene garantito il recupero non appena le condizioni cliniche di madre, neonato e/o organizzative lo consentono. Nel 2024 hanno goduto del recupero del contatto pelle a pelle il 79,4% del totale di neonati che non hanno potuto beneficiare del contatto immediato dopo la nascita. Nello specifico, hanno recuperato il momento del contatto pelle a pelle il 90,9% dei neonati separati alla nascita presso l'ospedale di Cavalese, il 90,5% per l'ospedale di Cles, l'85,9% dei piccoli degenti presso la TIN (che hanno anche accesso ad una Kangaroo Mother Care ripetuta nel tempo, con ricadute importanti sui vari outcome), il 79,7% per l'ospedale di Rovereto e il 75,6% per l'ospedale di Trento.

L'**avvio dell'allattamento** è estremamente facilitato dalla pratica del pelle a pelle alla nascita, grazie alla finestra temporale di picco ormonale, alla vicinanza al seno e all'espressione delle competenze innate nella diade madre-neonato sostenute dal quadro neuro comportamentale favorevole. L'allattamento nelle prime ore è importante per stimolare e stabilizzare la produzione del latte materno.

Nel 2024 si è attaccato al seno entro le prime 6 ore di vita il 78,8% del totale di neonati trentini ed un ulteriore 17,1% nelle ore successive, ovvero il 95,9% di neonati sono riusciti a poppare al seno lungo la degenza. Presso l'ospedale di Cavalese il 100% dei neonati ha avviato l'allattamento direttamente al seno entro la dimissione, il 98,8% presso l'ospedale di Cles, il 97,0% presso l'ospedale di Trento (Nido), il 96,8% presso l'ospedale di Rovereto, il 92,7% per i neonati in rooming-in protetto del S. Chiara ed il 70,3% dei pretermine/patologici degenti presso la TIN.

Fig. 32 - Distribuzione percentuale della modalità della prima poppata, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



ISTITUTO DI NASCITA/MODALITA' DI RICOVERO

■ Entro 6 ore
 ■ Tra 6-12 ore
 ■ Dopo 12 ore
 ■ NO

Laddove non si riesce a garantire un attacco al seno precoce, alla madre viene proposta la pratica della **spremitura manuale del seno**, per poter avviare e mantenere l'allattamento anche in caso di separazione dal bambino e/o in presenza di difficoltà. La spremitura rappresenta una risorsa importante anche per l'autonomia e l'empowerment materno, in quanto tecnica di auto-aiuto per prevenire e trattare precocemente diverse problematiche al seno; per questo alle madri vengono offerte informazioni sulla tecnica e sull'uso della stessa sin dalla gravidanza e successivi rinforzi durante la degenza. Nel 2024 l'86,6% di madri ha sperimentato la tecnica durante la degenza: il 99,4% delle mamme presso l'ospedale di Cavalese, il 92,4% presso l'ospedale di Rovereto, il 90,4% a Cles, l'83,2% a Trento e l'83,8% di quelle con neonati ricoverati in TIN, che in seguito hanno appreso anche l'estrazione meccanica con mastosuttore elettrico.

Tab. 32 - Distribuzione percentuale della sperimentazione della tecnica di spremitura, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento distinto anche in base all'eventuale ricovero in TIN). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.

Spremitura	S. Chiara Trento	S. Chiara Trento (TIN)	Cles	Rovereto	Cavalese	Totale
Sì, entro 6 ore	19,6%	9,0%	17,4%	41,9%	69,3%	27,0%
Sì, fra 6-12 ore	18,1%	15,3%	41,9%	37,0%	25,2%	24,2%
Sì, dopo 12 ore	45,5%	59,5%	31,1%	13,5%	4,9%	35,4%
No	16,8%	16,2%	9,6%	7,6%	0,6%	13,4%
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

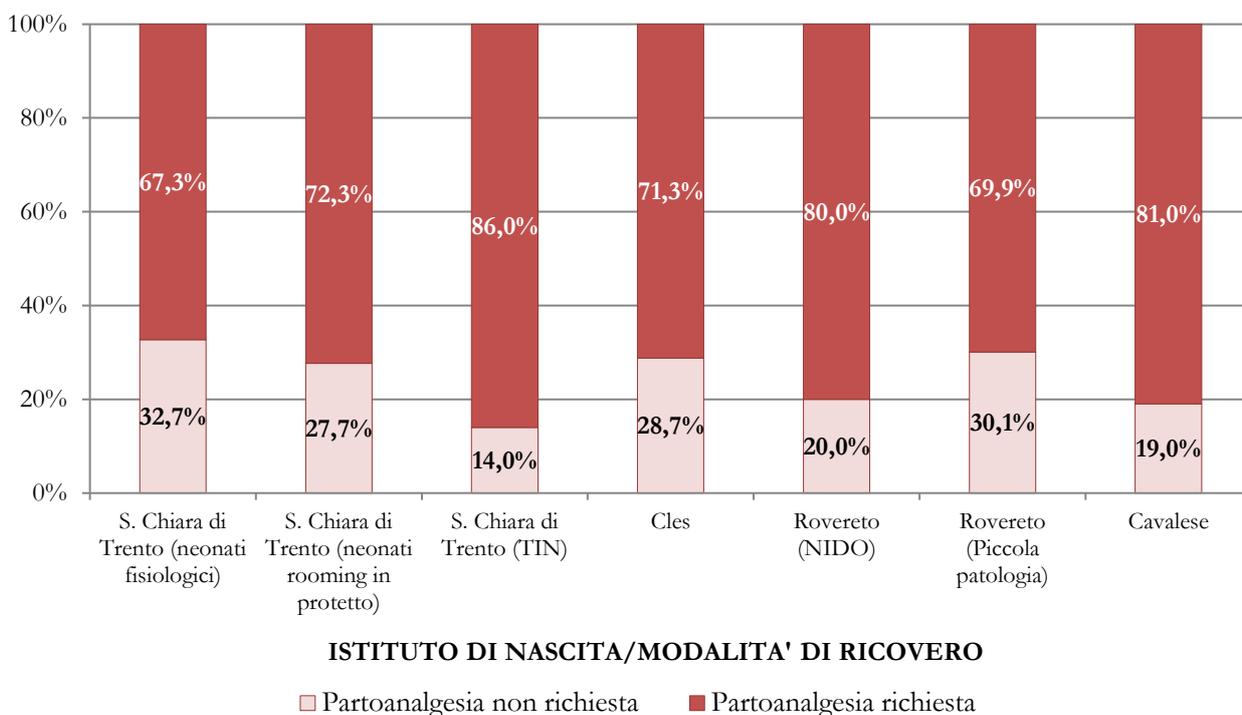
La donna sin dall' inizio della gravidanza è informata sull' importanza e sulla gestione dell'allattamento e dell'alimentazione infantile, con un approccio empatico e rispettoso delle scelte e della cultura propria e della famiglia, individualizzato e attento ai bisogni e desideri (Passo 3). L'utilizzo dello strumento della check list per la salute materno infantile, auto compilata dalla donna, consente di tracciare le varie tematiche che verranno approfondite lungo la gravidanza, grazie alla partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita (IAN) nel Consultorio di riferimento e alla continuità dell'assistenza ostetrica nel percorso nascita, sia nel basso che nell'alto rischio ostetrico. Vi sono inoltre incontri monotematici offerti dalle ostetriche dei Consultori, in orario serale ed in modo uniforme su tutto il territorio provinciale, per facilitare la partecipazione anche di coloro che non aderiscono ai percorsi IAN. Anche le strutture ospedaliere con punto nascita erogano mensilmente gli incontri di presentazione della struttura e dell'assistenza ivi offerta, con ulteriore rinforzo su alcune tematiche.

All'ingresso in ospedale per il parto la madre trova un ambiente accogliente e "amico" (**Passo Cure Amiche della Madre, CAM**), per vivere l'esperienza della nascita in modo positivo. L'assistenza nelle sale parto è caratterizzata da un approccio personalizzato e rispettoso dei tempi fisiologici del travaglio e

del parto, basato su protocolli e modalità assistenziali fondati sull'evidence-based practice. In particolare, vengono garantite cure materne rispettose, che assicurino dignità, intimità e riservatezza per la donna e la coppia. Viene promossa la possibilità di effettuare scelte consapevoli, supportate da un'assistenza ostetrica continua e personalizzata (one-to-one) durante tutto il travaglio, assicurando la continuità assistenziale anche nella fase della nascita oltre che durante la gravidanza.

Sempre nel rispetto delle scelte consapevoli della donna, le opzioni disponibili nel punto nascita per il controllo del dolore sono plurime e applicate con gradualità a partire dalle tecniche naturali, quali la possibilità di svolgere travaglio e parto in acqua, la possibilità di utilizzo di presidi utili al fisiologico svolgimento del travaglio - parto e al movimento libero (fitball, fasce aeree, rebozo, sgabello, materassini), utilizzo di metodi naturali di contenimento del dolore (doccia, termoterapia, massaggi, vocoterapia) e tecniche riconosciute di prevenzione delle lacerazioni perineali, quali l'uso degli impacchi caldi in periodo espulsivo e posizioni libere in travaglio e al parto. La donna può sempre accedere alla richiesta di parto analgesia, come metodo farmacologico offerto per il controllo del dolore. La partoanalgesia è stata richiesta complessivamente dal 27,7% delle madri, con una variabilità che va dal 19,0% per l'ospedale di Cavalese, al 32,7% presso l'ospedale di Trento.

Fig. 33 - Distribuzione percentuale della richiesta della partoanalgesia, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



Madre e bambino/a sono in camera insieme 24 ore su 24, in regime di rooming-in (Passo 7), come normale modello organizzativo e assistenziale offerto, anche nel caso di ricoveri successivi del bambino/a o della madre, qualora non vi siano motivi medici neonatali (come in caso di ricovero in Patologia neonatale o TIN) o materni (compresa l'impossibilità di rispondere in sicurezza ai bisogni del bambino) che richiedono una separazione, seppur temporanea. Il rooming-in permette il riconoscimento precoce dei segnali del/la bambino/a e la reciproca conoscenza, favorendo l'avvio dell'allattamento/alimentazione e della genitorialità responsiva.

Lungo il 2024 sono rimasti in rooming-in h24, durante tutta la degenza, il 59,2% delle diadi madre-bambino/a, con ampia variabilità tra punti nascita: il 100% a Cavalese, il 94% a Cles, l'84,7% a Rovereto, fino al 55,3% dei neonati di Trento. Per quest'ultimo le interruzioni sono state motivate da problematiche materne in un 20,9% dei casi e da scelta materna nel 19,3% dei casi, correlabile alla concentrazione presso l'ospedale S. Chiara di Trento della maggioranza di gravidanze e puerperi patologici e ad alto rischio.

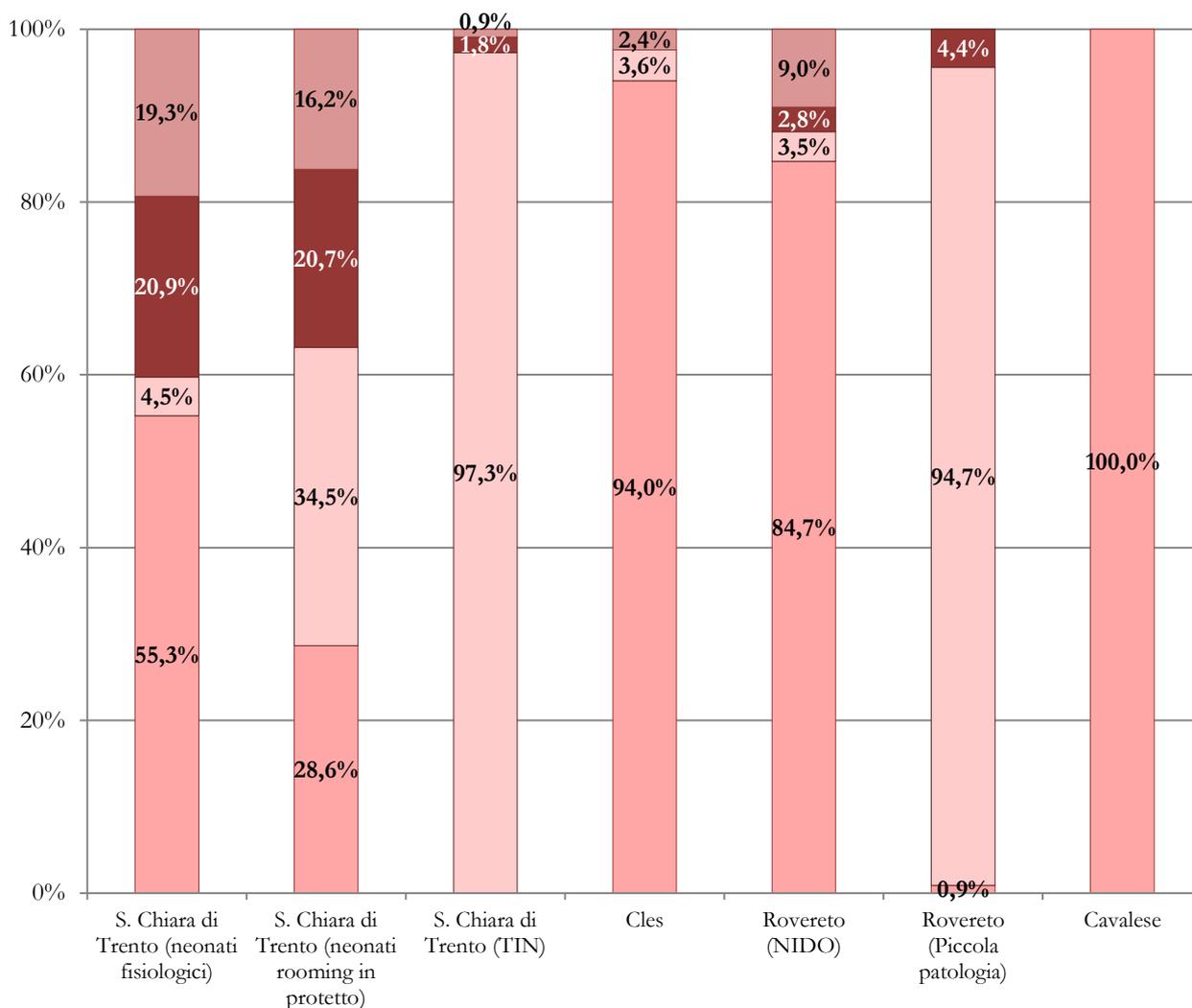
L'ospedale di Trento ha tuttavia permesso di beneficiare della "Zero Separation" il 28,6% dei neonati con piccola patologia o late preterm (fra le 35 e le 37 settimane di Età Gestazionale), grazie ad un modello organizzativo-assistenziale che permette di mantenere in regime di rooming in "protetto", ovvero supervisionato da personale dedicato, anche questa categoria di neonati. E' possibile garantire così l'attuazione del monitoraggio non continuativo del neonato, delle indagini diagnostiche e delle terapie prescritte, in un contesto di prossimità alla madre (quando non necessario un monitoraggio costante o terapie invasive).

Anche nel caso di ricovero del/la neonato/a in un contesto di Patologia neonatale/Terapia Intensiva Neonatale), con separazione della diade, vengono comunque assicurate le buone pratiche, declinate per la TIN (NeoBFHI)³⁶, promuovendo il contatto pelle a pelle attraverso la Kangaroo Mother Care, coinvolgendo i genitori nella care e privilegiando l'alimentazione con latte materno, grazie anche alla Banca del latte umano donato. Presso l'Ospedale di Trento, U.O. di Neonatologia, è attiva infatti una **Banca del Latte Materno** dal 1974, a sostegno della nutrizione con latte materno dei neonati accolti presso la TIN. Una dichiarazione di Unicef e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1980 recitava: "Quando non è possibile per la madre biologica allattare al seno, la prima alternativa, se

³⁶ *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: THE BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE FOR SMALL, SICK AND PRETERM NEWBORNS* World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020.

disponibile, deve essere il latte umano. Le Banche del Latte Umano dovrebbero essere attivate in situazioni appropriate.”

Fig. 34 - Distribuzione percentuale della pratica di rooming in, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



ISTITUTO DI NASCITA/MODALITA' DI RICOVERO

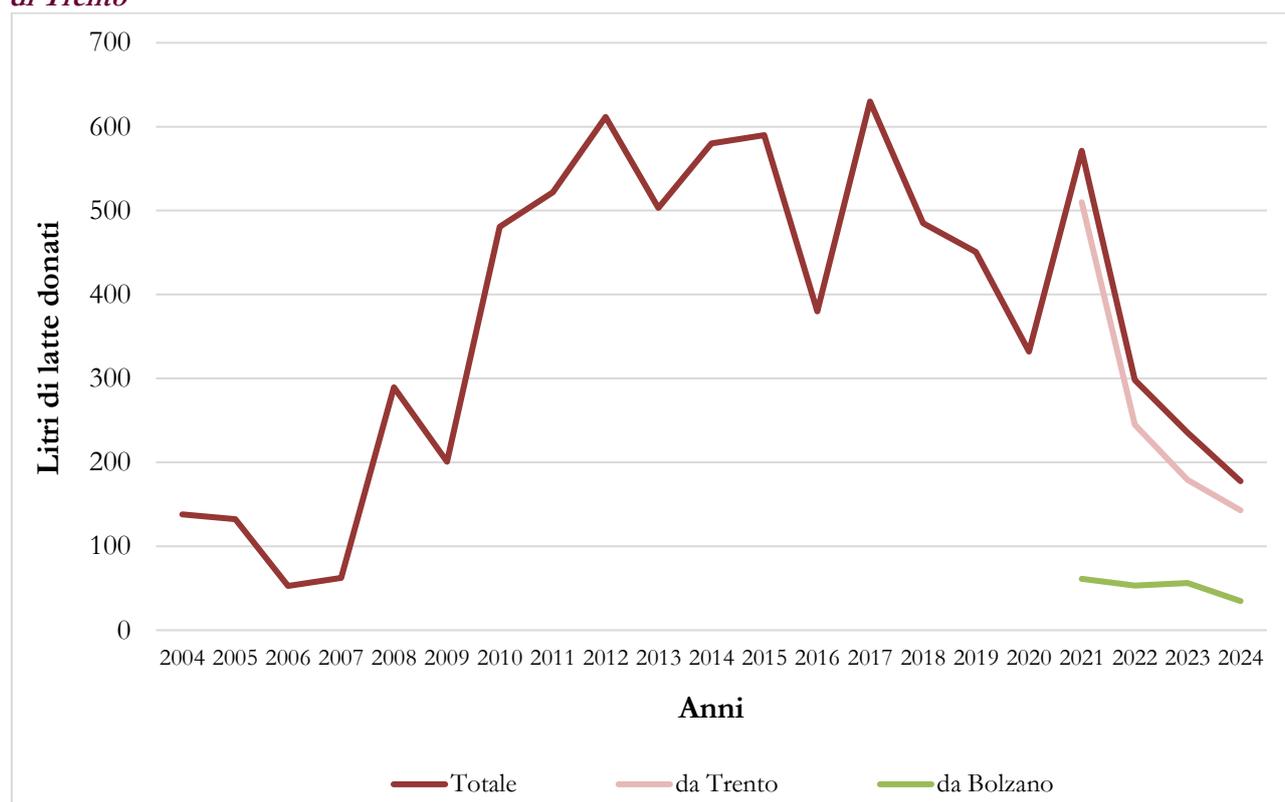
- No per scelta informata materna
- No per motivi medici materni
- No per motivi medici neonatali
- Si h24 durante tutta la degenza, senza alcuna interruzione

I neonati nati da parto prematuro sono infatti coloro che beneficiano maggiormente del latte materno (o umano donato in attesa di disponibilità del latte della propria mamma), grazie ad una minor incidenza di enterocolite necrotizzante, sepsi ed altre infezioni e problematiche respiratorie tipiche del pretermine e ad un miglioramento di tutti gli outcome anche a lungo termine.

Nel 2024 hanno beneficiato dell'uso del latte di banca il 27,4% dei pretermine ricoverati in TIN, prioritariamente i Very Low Birth Weight (VLBW), ovvero con peso alla nascita inferiore di 1.500 g, e i pretermine di età gestazionale minore di 33 settimane.

La disponibilità di Latte Umano Donato (LUD) presso la Banca del latte umano (BLUD) di Trento, che in epoca pre-Covid era di circa 450 litri annui, purtroppo è in costante discesa, trend che riflette il dato nazionale. Nel 2023 si sono raccolti 235 litri annui, anche in seguito alla riduzione dei neonati prematuri ricoverati e quindi delle madri potenzialmente donatrici; nel 2024 i litri annui raccolti sono stati 177. Dal 2018 è attiva una collaborazione con l'Ospedale S. Maurizio di Bolzano, dove avviene la raccolta di latte donato dalle madri e l'invio successivo alla BLUD di Trento per essere pastorizzato e stoccato in freezer (in mancanza di una BLUD a Bolzano): il latte viene in seguito utilizzato per i neonati di Trento e di Bolzano.

Fig. 35 - Andamento temporale della donazione di latte (in litri) dal 2004 al 2024. Provincia Autonoma di Trento



Tab. 33 – Latte donato consegnato alla TIN di Bolzano – Valori annuali. Anni 2022, 2023 e 2024

Anno	Latte donato consegnato alla TIN di BZ
2022	55.280 ml
2023	35.500 ml
2024	59.250 ml

Nei centri dove è presente una BLUD si sviluppa una cultura maggiore per la promozione e il sostegno all'allattamento e si stanno pertanto progettando nuove strategie per aumentare le potenziali donatrici e, conseguentemente, la disponibilità di LUD.

Durante la degenza la madre viene rinforzata e sostenuta nelle sue competenze per quanto riguarda la relazione con il bambino, l'accudimento e l'alimentazione responsiva ai bisogni del/la figlio/a (Passi 5 e 8), evitando di utilizzare sostituti del latte materno (salvo motivi medici documentati o scelta personale), ma anche ciucci e tettarelle, potenziali interferenze nella produzione di latte (Passo 9). Un accompagnamento particolare viene riservato ai genitori che utilizzano la formula, affinché attuino un'alimentazione sicura e serena anche con i sostituti del latte materno.

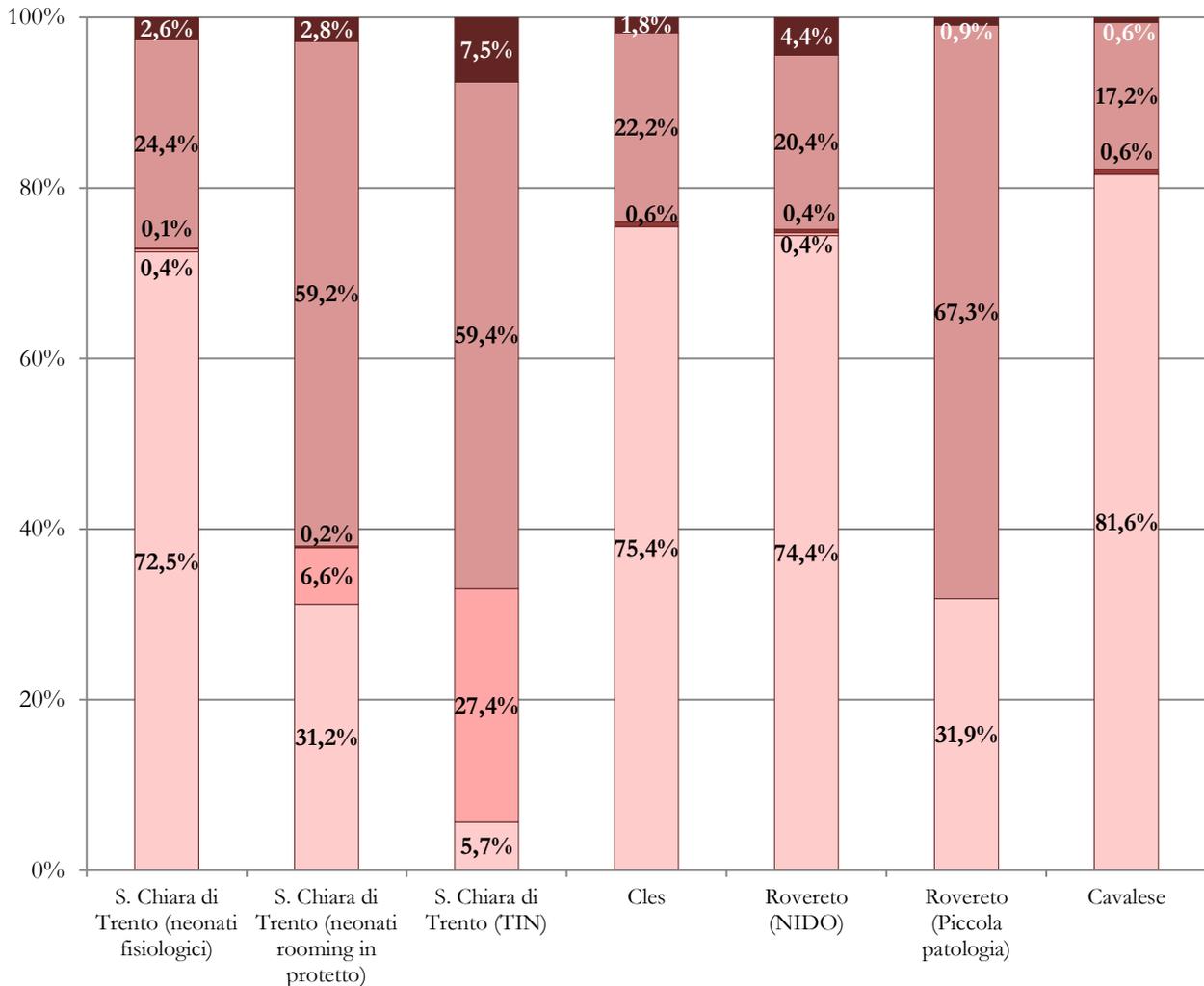
La prevalenza di **allattamento esclusivo** (e **solo con latte della propria madre**), con recall period dalla nascita alla dimissione, è stata nel 2024 del 65,3% su tutti i nati, inclusi quelli ricoverati in TIN (dato non dissimile da quello proveniente dal flusso CedAP, che evidenzia un 65,9%).

Stratificando il dato per punto nascita e solo per i neonati fisiologici, troviamo l'81,6% di esclusività per l'ospedale di Cavalese, il 75,4% per Cles, il 74,4% per Rovereto e il 72,5% per Trento. L'ospedale S. Chiara dettaglia ulteriormente la rilevazione sulla base della complessità materna, legata alla presenza di patologie ostetriche durante il puerperio. Si evince che il tasso di allattamento esclusivo con latte della propria madre dei neonati fisiologici sale al 78,9% sul campione di madri con Basso Rischio Ostetrico (BRO) in puerperio (che rappresentano il 61,7% del totale di madri di neonati fisiologici), mentre è del 57,8% sulle madri con un alto rischio (HR) ostetrico, madri che possono richiedere interventi chirurgici, trasferimenti o terapie impattanti nei giorni successivi al parto e che spesso non hanno la possibilità di accudire ed allattare in sicurezza il/la loro piccolo/a o presentano oggettive difficoltà.

Le motivazioni all'uso di formula artificiale come integrazione all'allattamento, o in sua sostituzione, sono legate principalmente a scelta informata materna (il 33,4% sul totale). Seguono i motivi medici documentati, perlopiù legati a problematiche neonatali (nel 58,4% dei casi), ma anche a problematiche materne (nell'8,2% dei casi).

Fra i motivi neonatali pesa molto il calo ponderale, seppur senza segni di disidratazione, che riguarda il 21,1% delle integrazioni; segue la prematurità o il basso peso neonatale (nel 9,4% del totale delle integrazioni), l'ipoglicemia neonatale (8,2%), la disidratazione neonatale con segni clinici (7,3%) o altri motivi neonatali legati alla presenza di iperbilirubinemia, stress ipossico-ischemico o altro (4,0%).

Fig. 36 - Distribuzione percentuale del tipo di alimentazione, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento



ISTITUTO DI NASCITA/MODALITA' DI RICOVERO

- No latte materno (latte artificiale esclusivo)
- Latte materno + latte artificiale (anche una sola volta)
- Latte materno + acqua/glucosata (anche solo una volta)
- Latte della propria mamma + latte di banca (anche una sola volta)
- Latte della propria mamma esclusivo durante tutta la degenza

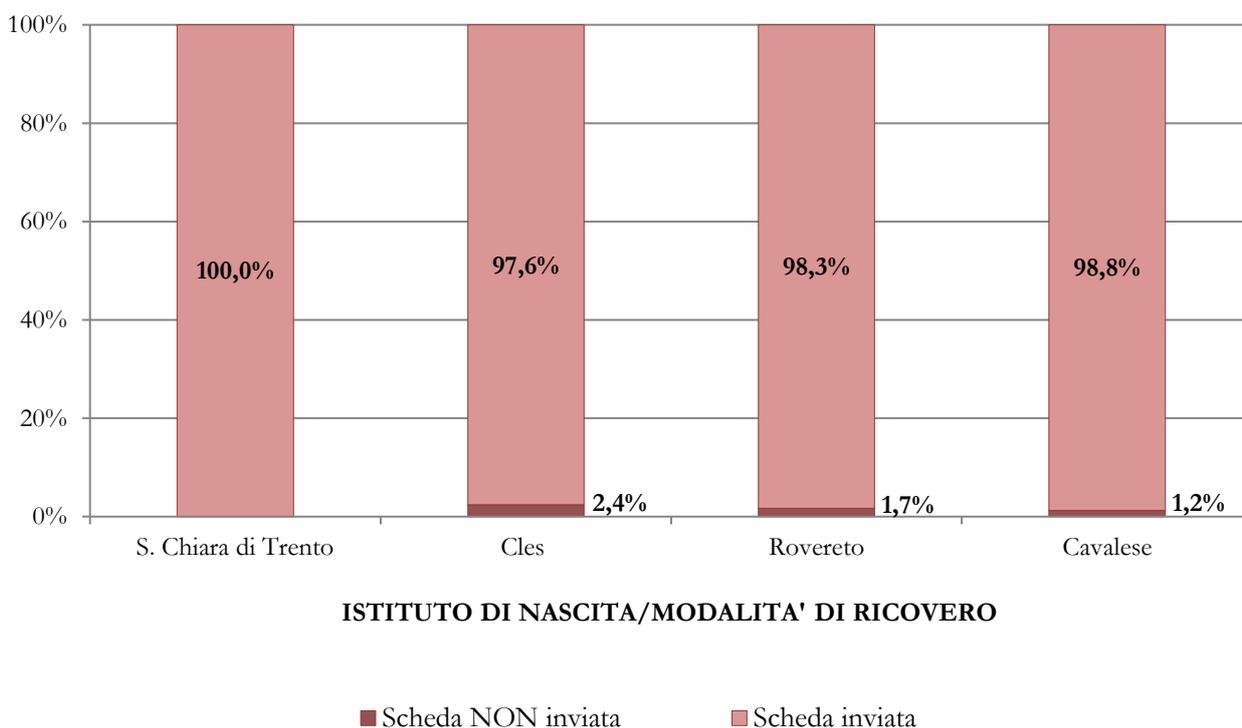
Fra i motivi medici materni troviamo la ritardata lattogenesi o precedenti interventi chirurgici mammari nel 4,6% del totale delle integrazioni, il necessario ricovero materno in altra Unità Operativa nel 2% dei casi (frequentemente in Rianimazione, ad esempio per HELLP Syndrome), la presenza di terapie materne controindicate in allattamento nell'1% dei casi ed altre gravi patologie materne nello 0,6% dei casi.

L'allattamento esclusivo risulta essere solo al seno materno nel 35,2% del totale dei neonati, con ampia variabilità fra il 72,4% di Cavalese, il 56,3% di Cles, il 49,8% di Rovereto e il 33,9% di Trento (considerando i soli neonati fisiologici). Vi è tuttavia una grande attenzione, laddove è necessario integrare anche se solo con latte materno, ad utilizzare metodi di supplementazione che non interferiscano con l'apprendimento della corretta suzione al seno, come cucchiaino, tazzina o siringa (nel 29,6% dei casi).

In un 32% delle integrazioni è stato invece utilizzato anche il biberon (anche solo se per una somministrazione) e la motivazione principale al suo uso è la scelta informata materna (nel 53,9% dei casi), seguita dal riscontro di problematiche neonatali (in un 39,5% dei casi).

Al momento del rientro a casa è garantita la continuità di cura e sostegno (Passo 10) a tutte le donne, bambini e bambine, come descritto nel capitolo "Assistenza consultoriale dell'Ostetrica in puerperio": i dati clinico-assistenziali vengono inviati, previo consenso, al consultorio di riferimento nel 99,4% delle dimissioni e vengono contestualmente fornite informazioni sulle reti di supporto presenti sul territorio, sanitarie e non.

Fig. 37 - Distribuzione percentuale dell'invio della scheda segnalazione al territorio, per istituto di nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.



È fondamentale coordinare la dimissione in modo che i genitori e i/le loro bambini/e abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno e un'assistenza continuativa, in grado di creare un contesto favorevole. Anche la comunità ha i suoi sistemi di monitoraggio, per rilevare il tasso di allattamento esclusivo e di alimentazione complementare fino ai 12 mesi d'età.

ASSISTENZA CONSULTORIALE DELL' OSTETRICA IN PUERPERIO

Una volta avvenuta la dimissione di mamma e neonato e notificata al consultorio competente, l'ostetrica del consultorio prende visione della lettera di dimissione e contatta la puerpera, di norma entro il primo giorno lavorativo successivo alla dimissione. Per le donne che aderiscono al “Percorso Nascita APSS ostetrica dedicata” questo contatto telefonico, e l'offerta di una successiva valutazione, avviene, se possibile, da parte dell'ostetrica di riferimento, garantendo così la continuità del percorso assistenziale.

Lo scopo è offrire un accesso domiciliare precoce a tutte le puerpere e offrire un percorso personalizzato e concordato, specifico per i bisogni evidenziati. L'attivazione del servizio in modo proattivo ed inclusivo permette di raggiungere anche le famiglie che potrebbero non attivarsi spontaneamente con i servizi, ma che accettano la proposta attiva di coinvolgimento. La condivisione del piano di cura rappresenta un fattore protettivo per l'aderenza ai percorsi offerti alle famiglie e si inserisce in una cornice più vasta che mira a fornire un modello che aiuti ad implementare nella società il sostegno a favore delle famiglie e del bambino, secondo l'approccio Brazelton. Questo approccio pone al centro la relazione con la personalizzazione delle cure e la valorizzazione delle risorse della persona con conseguente cambio di prospettiva. Per questo l'approccio multidisciplinare consultoriale e dipartimentale transmurale rappresenta un pilastro in quanto i programmi non sono concentrati prettamente solo su aspetti sanitari, bensì integrano la specificità socio-educativa nel supporto alla genitorialità.

Gli obiettivi dell'assistenza in puerperio in Trentino sono quelli indicati nel documento “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita”³⁷, documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future. Si elencano di seguito gli obiettivi dettagliati:

- sviluppare e sostenere l'empowerment e il parenting positivo (cure adeguate per sé e per il neonato) attraverso l'acquisizione di corrette informazioni e la partecipazione consapevole alle cure del neonato;

³⁷ CSR. Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento di indirizzo “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” - 20 febbraio 2020

- proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento esclusivo al seno fin dalla nascita, per i primi sei mesi di vita del neonato e finché mamma e bambino lo desiderano, in linea con le raccomandazioni UNICEF. Informare correttamente i genitori in caso di alimentazione con latte di formula;
- individuare precocemente situazioni di fragilità e attivare il supporto alla famiglia da parte dell'equipe multidisciplinare consultoriale o inserimento nella rete dei servizi presenti sul territorio in cui la famiglia dimora;
- promuovere e sostenere l'adozione di sani stili di vita nei genitori che prevedano anche l'astensione totale dal fumo, dalle bevande alcoliche e dalle sostanze stupefacenti. Promuovere il benessere psicofisico nella mamma e l'adozione di comportamenti volti alla sicurezza del sonno del neonato, la sicurezza in ambiente domestico e nel trasporto; la sensibilizzazione al rischio correlato all'esposizione precoce dei bambini agli schermi;
- promuovere l'uso responsabile e consapevole dei farmaci, evitando le auto prescrizioni. Promuovere la corretta adesione alle terapie, ove prescritte, prestando anche attenzione all'allattamento al seno;
- effettuare gli screening neonatali informando i genitori sui vantaggi della diagnosi precoce e del trattamento tempestivo delle malattie metaboliche ereditarie, delle anomalie congenite e delle malattie rare. Offrire adeguati percorsi assistenziali e supporto alle famiglie;
- garantire la salute mentale del neonato, della madre e della coppia. Promuovere l'empowerment, il parenting positivo, il sostegno alla coppia genitoriale, la diagnosi e l'intervento precoce per le situazioni a rischio, la presa in carico complessiva;
- promuovere campagne informative in tema di vaccinazioni del bambino per sviluppare un'adesione genitoriale consapevole e ridurre la Vaccine Hesitancy. Informare sulla pericolosità delle malattie prevenibili da vaccino e sui rischi, per il singolo e la comunità, derivanti dalla scelta di non vaccinarsi;
- promuovere il ruolo del padre in famiglia, nel sostegno alla diade madre-neonato, nell'adozione di sani stili di vita e in tutte le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute del neonato;

- ridurre l'esposizione del neonato a fattori di rischio ambientale outdoor e indoor e conoscere i comportamenti da adottare per proteggerlo in caso di ondate di calore;
- promuovere attivamente la conoscenza e la consapevolezza (Health Literacy) dell'offerta assistenziale per il puerperio, del corretto utilizzo dei servizi previsti e dell'assunzione di stili di vita salutari. Mettere in atto azioni di informazione e sostegno per il contrasto alle disuguaglianze in salute di dimostrata efficacia per intercettare precocemente situazioni a rischio. Curare la correttezza e l'uniformità delle informazioni da parte di tutti i professionisti che si occupano della salute nei primi 1000 giorni di vita dei bambini e accompagnano i genitori in questo periodo. In APSS questo percorso viene presidiato anche dal percorso di accreditamento e riaccreditamento BFI UNICEF (vedasi capitolo dedicato) che rispondendo ai requisiti richiesti dai 10 passi integrati per ospedale e comunità costruisce e garantisce un approccio uniforme a donne-bambini e genitori;
- offrire un programma di accoglienza e accompagnamento a tutti i neo genitori che vengono coinvolti in incontri educativi ed informativi offerti dai servizi consultoriali che si integrano con quelli ospedalieri per incontri a tema specifici.

Inoltre, viene offerta a tutte le puerpere presso il consultorio di riferimento oppure al domicilio:

- una valutazione clinica del benessere della madre: stato di salute generale, colorito cutaneo, pressione, edemi arti inferiori, temperatura corporea, polso, perineo, caratteristiche delle lochiazioni, involuzione uterina, sutura chirurgica, seno, allattamento, dolore (presenza ed entità), alvo e diuresi;
- una valutazione del benessere del neonato: osservazione del colorito, sonno adeguato, reattività, pianto, cura dell'ombelico, eliminazione urinaria e alvo, alimentazione, peso secondo indicazioni, scelta e aderenza ai controlli clinici (con pediatra di libera scelta) per i bilanci di salute;
- un'offerta di counselling per una sessualità consapevole e procreazione responsabile, esplicitando quali possano essere i vari metodi contraccettivi a disposizione nel tempo e personalizzando la scelta consapevole attraverso informazioni validate;
- una sensibilizzazione alla presa di conoscenza del proprio corpo come ad esempio informare la puerpera dell'importanza di prendersi cura della salute del perineo e come riconoscere quei

sintomi che potrebbero richiedere una valutazione specifica o un percorso di rieducazione specifico;

- informazioni e supporto alla donna nel passaggio di rientro al lavoro, in un’ottica di conciliazione vita – lavoro - famiglia, sostegno e promozione del proseguimento dell’allattamento materno;

Ad ogni incontro vengono rilevati lo stato di salute ed il benessere emotivo e salute mentale della donna. L’ostetrica, a partire dalla gravidanza, utilizza le domande di Whooley per lo screening del disagio perinatale e del rischio di depressione post partum, precoce o tardiva, che somministra anche alla visita di chiusura del Percorso Nascita.

Il rischio di eventuale violenza di genere viene presidiato e rilevato. Inoltre, le visite domiciliari riducono il rischio di abusi e maltrattamenti infantili³⁸.

Nel 2024 il 99,6% delle puerpere dimesse dopo il parto è stato contattato dall’ostetrica di riferimento territoriale del Consultorio.

Tab. 34 – Contatti telefonici da parte delle Ostetriche dei Consultori delle donne dimesse dopo il parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento

Luogo del parto	Consultori										Totale
	Trento	Rovereto	Cles	Mezzolombardo	Pergine	Borgo	Primiero	Tione	Riva	Cavalese	
Osp. S.Chiera (Trento)	815	73	192	222	355	147	10	206	87	86	2.193
Osp. di Rovereto	36	547	13	5	17	-	-	39	210	1	868
Osp. di Cles	2	1	138	15	-	-	-	7	-	-	163
Altro ³⁹	10	1	3	3	-	19	55	3	-	163	257
Totale dimissioni	863	622	346	245	372	166	65	255	297	250	3.481
% Totale dimissioni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Puerpere contattate al telefono	859	622	344	245	371	166	64	253	297	243	3.466
% Puerpere contattate al telefono	99,5	100,0	99,4	100,0	99,7	100,0	98,5	99,2	100,0	97,2	99,6

³⁸ AM Merman et al, 2013 e Mac Millan et al, 2009

³⁹ A domicilio o in altri ospedali: Cavalese, Feltre, Bolzano, Gavardo, altri ospedali fuori provincia di Trento.

L'OMS⁴⁰ (2022) individua nella visita domiciliare l'intervento con maggiore evidenza di efficacia ai fini della prevenzione del maltrattamento durante l'infanzia. La visita domiciliare, nel contesto degli interventi a supporto della salute, del benessere e delle capacità genitoriali e dei bambini nelle primissime epoche di vita, assume un ruolo centrale nella primary care. Una recente revisione sui programmi di visite domiciliari⁴¹ e il documento Nurturing Care⁴² raccomandano un approccio integrato multisettoriale che coinvolga quindi sanità, educazione e protezione sociale e l'ostetrica, professionista della salute nel ciclo di vita dei primi mille giorni, offre in Trentino la visita a tutte le donne e non solo alle situazioni identificate precedentemente al parto come di fragilità. L'approccio Brazelton ben si inserisce nella professionalità dell'ostetrica consultoriale in quanto ha una dimostrata efficacia nell'aumentare nei genitori la conoscenza dei loro bambini e bambine.

Ad ogni accesso e visita l'ostetrica offre i contenuti previsti, intercetta le situazioni di difficoltà e favorisce l'integrazione sociale, offrendo attivamente, ove possibile, accesso a spazi aperti e gruppi di genitori presso il consultorio di riferimento. L'impegno orario richiesto alle ostetriche consultoriali del territorio montano della Provincia di Trento che si deve spostare per raggiungere valli periferiche, è considerevole.

Hanno ricevuto una visita domiciliare, sul totale delle donne in puerperio:

- entro 5 giorni dalla segnalazione della dimissione dal punto nascita il 52,3% delle puerpere (1820 donne),
- dopo 5 giorni dalla segnalazione della dimissione dal punto nascita il 4,6% delle puerpere (161 donne)

Hanno preferito un appuntamento individuale in Consultorio con l'Ostetrica:

- entro 5 giorni dalla segnalazione della dimissione dal punto nascita il 25,4% delle puerpere (883 donne)

⁴⁰ WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022.

⁴¹ Centro per la Salute delle Bambine e dei Bambini. *IN PUNTA DI PIEDI. Incontri individuali e visite domiciliari dalla gravidanza ai primi mesi di vita: una componente essenziale di un sistema di servizi integrati per l'accompagnamento e il sostegno ai genitori nei primi 1.000 giorni di vita.* CSB onlus; 2025

⁴² World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* Geneva: World Health Organization; 2018.

- dopo 5 giorni dalla segnalazione della dimissione dal punto nascita il 4,1% delle puerpere (142 donne)

Il 5,1% (177 donne) non ha concordato una visita ostetrica e ha dichiarato di conoscere il servizio e che avrebbe richiamato lei al bisogno o avrebbe avuto accesso spontaneo negli spazi di accesso libero per le puerpere previsti nei Consultori.

Lo 0,5% (18 donne) non ha mai risposto alla chiamata. Si effettuano almeno tre tentativi in orari e giorni diversi.

Il 12,5% delle donne (435) al momento della chiamata dell'Ostetrica aveva già programmato un appuntamento precoce con il Pediatra, così come offerto dal progetto di "Continuità di presa in carico precoce del neonato dal pediatra di famiglia" della Provincia di Trento.

Tab. 35 – Esito contatto telefonico da parte dell'Ostetrica dei Consultori alle donne dimesse dopo il parto. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento

	Consultori										Totale
	Trento	Rovereto	Cles	Mezzolombardo	Pergine	Borgo	Primiero	Tione	Riva	Cavalese	
Una visita domiciliare entro 5 giorni dalla segnalazione	432	261	231	195	111	90	39	155	92	214	1.820
Una visita domiciliare dopo 5 giorni dalla segnalazione	11	11	23	17	8	22	3	8	49	9	161
Appuntamento individuale in consultorio entro 5 giorni dalla segnalazione	252	245	29	19	145	32	17	50	82	12	883
Appuntamento individuale in consultorio dopo 5 giorni dalla segnalazione	29	16	12	2	19	7	-	4	49	4	142
Appuntamento precoce già fissato dal pediatra	133	52	13	-	43	20	4	160	-	10	435
Verrà con accesso spazio libero puerperio / richiama al bisogno	-	40	25	12	37	8	1	36	18	-	177
non risponde ⁴³	4	-	1	1	3	1	-	1	5	2	18

⁴³ Almeno tre tentativi in orari e giorni diversi

Tab. 36 – Modalità di allattamento alla dimissione dal parto riferito dalla donna al primo contatto in puerperio con l'Ostetrica dei Consultori, per mod. del parto. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento

Modalità del parto	Allattamento alla dimissione							
	Latte materno e aggiunta l.a.		Materno esclusivo		Solo artificiale		Totale	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Operativo con Kristeller	-	-	3	100,0	-	-	3	100,0
Operativo con ventosa	31	24,8	91	72,8	3	2,4	125	100,0
Parto eutocico indotto	93	22,2	307	73,3	19	4,5	419	100,0
Parto eutocico pilotato	11	24,4	31	68,9	3	6,7	45	100,0
Parto eutocico spontaneo	198	14,7	1.108	82,3	40	3,0	1.346	100,0
Taglio cesareo elettivo	70	34,0	123	59,7	13	6,3	206	100,0
Taglio cesareo urg/emerg	79	37,4	124	58,8	8	3,8	211	100,0
Totale	482	20,5	1.787	75,9	86	3,7	2.355	100,0

Tab. 37 – Modalità di allattamento rilevato dall'ostetrica alla chiusura del percorso nascita. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento

Sede percorso	Allattamento a fine percorso							
	Latte materno e aggiunta di latte di formula		Materno esclusivo		Solo artificiale		Totale	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Borgo	22	14,5	111	73,0	19	12,5	229	100,0
Cles	55	24,0	141	61,6	33	14,4	217	100,0
Fiemme / Fassa / Cembra	36	16,6	156	71,9	25	11,5	180	100,0
Mezzolombardo	25	13,9	131	72,8	24	13,3	256	100,0
Pergine	53	20,7	168	65,6	35	13,7	65	100,0
Primiero	6	9,2	55	84,6	4	6,2	205	100,0
Riva	22	10,7	161	78,5	22	10,7	301	100,0
Rovereto	50	16,6	217	72,1	34	11,3	149	100,0
Tione	27	18,1	103	69,1	19	12,8	543	100,0
Trento	101	18,6	386	71,1	56	10,3	2.297	100,0
Totale	397	17,3	1.629	70,9	271	11,8	2.297	100,0

Tab. 38 – Modalità di allattamento alla chiusura del percorso nascita. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento

Allattamento a fine percorso	Frequenza	Percentuale
Latte materno e aggiunta di latte artificiale	397	17,3
Materno esclusivo	1629	70,9
Solo artificiale	271	11,8

I dati sull'allattamento alla fine del percorso, a circa 6 settimane dal parto, mostrano variazioni significative tra le diverse sedi consultoriali della Provincia. Queste differenze possono essere influenzate da vari fattori, tra cui le caratteristiche socio-demografiche della popolazione, l'accessibilità ai servizi e le specificità territoriali. L'analisi di questi dati permette di orientare interventi mirati per migliorare il supporto all'allattamento.

La percentuale complessiva del 70.9% di donne che allattano esclusivamente al seno è consistente e riflette la positiva azione delle buone pratiche eseguite in gravidanza, al parto e nel puerperio dai professionisti secondo gli standard del programma di accreditamento OMS - UNICEF Ospedali e Comunità Amiche dei Bambini e delle Bambine, di cui tutte le strutture e consultori di APSS sono certificati.

INDICE FIGURE

Fig. 1 - Tasso di natalità (rapporto tra numero di nati vivi, dentro e fuori Provincia, dell'anno da tutte le donne residenti in Trentino e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000). Trend 2012-2024 – Provincia Autonoma di Trento.	11
Fig. 2 - Numero medio di figli per donna in Trentino e Italia. Trend 2005-2024.....	12
Fig. 3 - Numero medio di figli per donna per regione/provincia autonoma. Anno 2024 (Dati ISTAT).....	13
Fig. 4 - Distribuzione percentuale dell'assessment del rischio della gestante al primo colloquio con l'ostetrica, per singola sede del PN. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	16
Fig. 5 - Distribuzione percentuale dei parti per modalità, stratificato in base all'ultimo assessment del rischio attribuito durante la gravidanza. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	19
Fig. 6 – Distribuzione percentuale delle donne che hanno ricorso alla procreazione medicalmente assistita per classi d'età. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	20
Fig. 7 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati per tipologia di tecnica e per classi d'età (uomini). Anno 2024.....	24
Fig. 8 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale dei cicli iniziati (I livello) e dei trasferimenti effettuati (II e III livello), per classi d'età (donne). Anno 2024.....	25
Fig. 9 - Centro PMA di Arco. Distribuzione percentuale delle gravidanze ottenute per forma di terapia e classi d'età (donne). Anno 2024.....	26
Fig. 10 - Copertura degli incontri di preparazione alla nascita sul totale delle gestanti. Trend 2007-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	28
Fig. 11 - Proporzioni di madri residenti che seguono gli incontri di accompagnamento alla nascita (parziali/completi): nullipare con gravidanza fisiologica e parto a termine (>=37 sett.), totalità nullipare, totalità pluripare e residenti. Anni 2000-2024. – Provincia Autonoma di Trento.....	30
Fig. 12 - Nati per ospedale di nascita. Anni 2000-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	42
Fig. 13 - Proporzioni di nati vivi da donne residenti, partoriti fuori Provincia. Anni 2010-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	44
Fig. 14 - Proporzioni di nati con parto cesareo nei punti nascita provinciali. Anni 2007- 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	48
Fig. 15 - Proporzioni di parti cesarei per regione. Italia 2023.....	49
Fig. 16 - Proporzioni di parti cesarei per punto nascita provinciale. Periodo 2019-2024 – Provincia Autonoma di Trento ..	49
Fig. 17 - Parto cesareo per parità. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento.....	50
Fig. 18 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson; per singolo anno. Anni 2006-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	52
Fig. 19 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei parti vaginali. Trend 2000-2024 - Provincia Autonoma di Trento.....	54
Fig. 20 - Percentuale di episiotomie e lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Trend 2000-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	55
Fig. 21 - Grado delle lacerazioni nei soli parti con perineo non intatto, esclusi i cesarei. Tutti i punti nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	56
Fig. 22 - Perdite ematiche (in ml) per tipo di parto. Tutti i punti nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	57
Fig. 23 - Trend parti gemellari. Anni 2007-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	59
Fig. 24 - Proporzioni parti gemellari sul totale parti. Anni 2007-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	60
Fig. 25 – Distribuzione percentuale delle madri per classe d'età al parto e cittadinanza. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	61
Fig. 26 - Percentuale di madri straniere (extra UE – extra Europa). Anni 2006-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	62
Fig. 27 – Distribuzione percentuale dei parti per area geografica di provenienza delle madri straniere. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	62
Fig. 28 - Percentuale di madri nubili. Anni 2006-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	63
Fig. 29 - Tasso di natimortalità/1.000. Anni 2008-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	69
Fig. 30 – Distribuzione percentuale dell'allattamento materno alla nascita per tipologia. Anni 2007-2024– Provincia Autonoma di Trento.....	74
Fig. 31 - Distribuzione percentuale della pratica del contatto pelle a pelle alla nascita, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	77
Fig. 32 - Distribuzione percentuale della modalità della prima poppata, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	79
Fig. 33 - Distribuzione percentuale della richiesta della partoanalgesia, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	81

Fig. 34 - Distribuzione percentuale della pratica di rooming in, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	83
Fig. 35 - Andamento temporale della donazione di latte (in litri) dal 2004 al 2024. Provincia Autonoma di Trento	84
Fig. 36 - Distribuzione percentuale del tipo di alimentazione, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento e Rovereto distinti anche in base alla modalità di ricovero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	86
Fig. 37 - Distribuzione percentuale dell'invio della scheda segnalazione al territorio, per istituto di nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	87

INDICE TABELLE

Tab. 1 - Percorsi nascita conclusi nel 2024 per sede e per assessment del rischio al primo colloquio con l'ostetrica – Provincia Autonoma di Trento.....	18
Tab. 2 - Centro PMA di Arco. Soggetti trattati per forma di terapia e residenza del paziente. Anno 2024	23
Tab. 3 - Centro PMA di Arco. Cicli iniziati* per forma di terapia. Anno 2024	23
Tab. 4 - Centro PMA di Arco. Numero di gravidanze per tecnica utilizzata e genere (singola o plurima). Anno 2024	27
Tab. 5 - Madri per frequenza degli incontri di preparazione alla nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	28
Tab. 6 - Frequenza degli incontri di accompagnamento alla nascita, secondo la parità e la residenza della madre. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	30
Tab. 7 - Gestanti con gravidanza problematica per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	32
Tab. 8 - Problemi/condizioni ricorrenti con maggior frequenza nelle gestanti con gravidanza patologica. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	33
Tab. 9 - Madri per numero di visite ostetriche e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	34
Tab. 10 - Madri per numero di visite ostetriche e decorso della gravidanza. Valori percentuali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	34
Tab. 11 - Madri per numero di ecografie e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	35
Tab. 12 - Madri per numero di ecografie e tipo di gravidanza, valori percentuali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	36
Tab. 13 - Indagini prenatali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	37
Tab. 14 - Madri e propensione al fumo. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	39
Tab. 15 - Parti per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	41
Tab. 16 - Nati per punto nascita. Anni 2013-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	42
Tab. 17 - Percentuale di nati vivi partoriti in strutture extra-provinciali per rete professionale territoriale di residenza della madre. Anni 2010-2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	45
Tab. 18 - Numero dei parti di donne residenti per rete territoriale di residenza della madre e per punto nascita ospedaliero (sono incluse anche le donne residenti fuori Trentino sotto la dicitura Fuori Provincia- Estero). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	47
Tab. 19 - Nati per tipo di parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	48
Tab. 20 - Tipo di parto negli ospedali provinciali (più Feltre) per presentazione del feto. Valori percentuali. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	50
Tab. 21 - Percentuale di parti cesarei primari. Per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	51
Tab. 22 - Percentuale dei parti cesarei per le singole classi del parto. Classificazione secondo Robson. Periodo 2024-2020 – Provincia Autonoma di Trento.....	53
Tab. 23 - Parti (esclusi i cesarei) per episiotomia e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento - Percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto.....	55
Tab. 24 - Distribuzione percentuale dei parti spontanei per parità, episiotomia e lacerazioni. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento - Percentuali calcolate conteggiando anche i parti con perineo intatto	55
Tab. 25 - Distribuzione di frequenza (assoluta e percentuale) dei parti con lacerazioni per grado di lacerazione e luogo del parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	56
Tab. 26 - Nati per settimane di età gestazionale. Anno 2024 vs. 2023 – Provincia Autonoma di Trento	66
Tab. 27 - Nati per peso alla nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	67
Tab. 28 - Nati morti e tasso di natimortalità ‰. Anni 2008-2024 – Provincia Autonoma di Trento	68
Tab. 29 - Giornate medie di degenza nei nati per tipo di parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	71
Tab. 30 - Nati vivi per tipo di allattamento. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento	72
Tab. 31 - Nati vivi per tipo di allattamento. Percentuale per punto nascita. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento....	73
Tab. 32 - Distribuzione percentuale della sperimentazione della tecnica di spremitura, per istituto di nascita (S. Chiara di Trento distinto anche in base all'eventuale ricovero in TIN). Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.	80
Tab. 33 – Latte donato consegnato alla TIN di Bolzano – Valori annuali. Anni 2022, 2023 e 2024.....	84
Tab. 34 – Contatti telefonici da parte delle Ostetriche dei Consultori delle donne dimesse dopo il parto. Anno 2024 – Provincia Autonoma di Trento.....	91
Tab. 35 – Esito contatto telefonico da parte dell'Ostetrica dei Consultori alle donne dimesse dopo il parto. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento.....	93
Tab. 36 – Modalità di allattamento alla dimissione dal parto riferito dalla donna al primo contatto in puerperio con l'Ostetrica dei Consultori, per mod. del parto. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento	94
Tab. 37 – Modalità di allattamento rilevato dall'ostetrica alla chiusura del percorso nascita. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento	94

Tab. 38 – Modalità di allattamento alla chiusura del percorso nascita. Anno 2024 - Provincia Autonoma di Trento 95

ABBREVIAZIONI

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