

# IL PERCORSO NASCITA NELL'ATS DI BRESCIA

RAPPORTO SUI DATI DEL  
CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO

*Anno 2024*

# SOMMARIO

---

<b>CAPITOLO 1 – IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL PERCORSO NASCITA NELL’ATS DI BRESCIA.....</b>	<b>2</b>
INTRODUZIONE .....	2
FONTI INFORMATIVE E CONFRONTI TERRITORIALI.....	2
LA POPOLAZIONE ASSISTITA .....	2
DINAMICHE DEMOGRAFICHE E NATALITÀ .....	3
ANDAMENTO DEI PARTI E DEI NUOVI NATI.....	5
<b>CAPITOLO 2: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUI GENITORI – ANNO 2024.....</b>	<b>7</b>
RESIDENZA E CITTADINANZA .....	7
ETÀ MATERNA.....	8
SCOLARITÀ E ATTIVITÀ PROFESSIONALE DEI GENITORI.....	9
<b>CAPITOLO 3: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA .....</b>	<b>12</b>
ANAMNESI OSTETRICA .....	12
CONSANGUINEITÀ .....	13
FUMO, ALCOL, ASSUNZIONE DI FOLATI, BMI .....	13
DECORSO DELLA GRAVIDANZA.....	16
VISITE DI CONTROLLO ED ECOGRAFIE.....	17
ESAMI PRENATALI INVASIVI.....	18
TECNICA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) .....	19
<b>CAPITOLO 4: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO .....</b>	<b>20</b>
DURATA DELLA GESTAZIONE .....	20
INDUZIONE DEL TRAVAGLIO E MODALITÀ DEL PARTO .....	20
PESO ALLA NASCITA.....	22
PARTI PLURIMI .....	22
NATIMORTALITÀ, VITALITÀ, RIANIMAZIONE E MALFORMAZIONI .....	22
ALIMENTAZIONE.....	23
<b>IN SINTESI... ..</b>	<b>25</b>
TREND DEMOGRAFICI E NATALITÀ .....	25
INFORMAZIONI SOCIO DEMOGRAFICHE.....	25
GRAVIDANZA E PARTO .....	25
IL NEONATO.....	26

# CAPITOLO 1 – IL CONTESTO DEMOGRAFICO E IL PERCORSO NASCITA NELL'ATS DI BRESCIA

## INTRODUZIONE

---

Il presente rapporto descrive l'andamento del **Percorso Nascita** nell'ambito dell'ATS di Brescia, con riferimento all'anno 2024 e con una valutazione dei principali trend osservati nel periodo 2003-2024. L'analisi è contestualizzata alla popolazione assistita, la cui evoluzione demografica costituisce un elemento determinante per la pianificazione e la valutazione dei servizi sanitari.

## FONTI INFORMATIVE E CONFRONTI TERRITORIALI

---

La fonte primaria per l'analisi del Percorso Nascita è costituita dal **Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)**, alimentato dai punti nascita della Regione tramite il software gestionale *Cedap-WEB* e confluito nel Sistema Informativo Sanitario Regionale.

A completamento di tali dati, sono state utilizzate fonti integrative, in particolare:

- l'Anagrafica Assistiti Regionale (NAR);
- le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Il flusso CeDAP è stato integrato con le informazioni provenienti dalle SDO relativamente a:

- l'esecuzione del **taglio cesareo** (DRG 370.\* e 371.\*);
- la somministrazione di **analgesia durante il travaglio** (codice intervento 03.91).

I dati locali sono stati confrontati con quelli nazionali pubblicati nel rapporto *“Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – anno 2023”*<sup>1</sup>. Per il livello regionale, oltre a tale fonte, si è fatto riferimento anche al documento *“La nascita in Lombardia: il Rapporto CeDAP 2020”*<sup>2</sup>.

## LA POPOLAZIONE ASSISTITA<sup>3</sup>

---

Al 31 dicembre 2024 gli assistiti dell'ATS di Brescia ammontavano a 1.180.607 persone, di cui l'1,5% non residente. A tale valore si aggiungono 28.345 soggetti iscritti in anagrafe nel corso dell'anno, ma non più presenti al 31 dicembre in quanto deceduti (10.464), emigrati (5.519), o non più presenti per altre cause, con tessera sanitaria non attiva (*Fonte: NAR – Nuova Anagrafe Regionale*)

I cittadini stranieri (esclusi i soggetti privi di permesso di soggiorno) nel 2024 rappresentavano il 14,4% della popolazione assistita, una quota quasi doppia rispetto alla media nazionale (8,6% al 1° gennaio 2024)<sup>3</sup> e superiore anche a quella lombarda (12%)<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.epicentro.iss.it/materno/cedap-2023>

<sup>2</sup> [https://www.dati.lombardia.it/dataset/Rapporto-Cedap-2020/4x2z-a4bx/about\\_data](https://www.dati.lombardia.it/dataset/Rapporto-Cedap-2020/4x2z-a4bx/about_data)

<sup>3</sup> Per un approfondimento sul quadro demografico si rimanda al documento “Il contesto territoriale e demografico dell'ATS di Brescia – Aggiornamento 2024” <https://www.ats-brescia.it/popolazione-e-contesto>

<sup>4</sup> Istat, Noi Italia 2025 <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?L=0&categoria=4&dove=ITA>

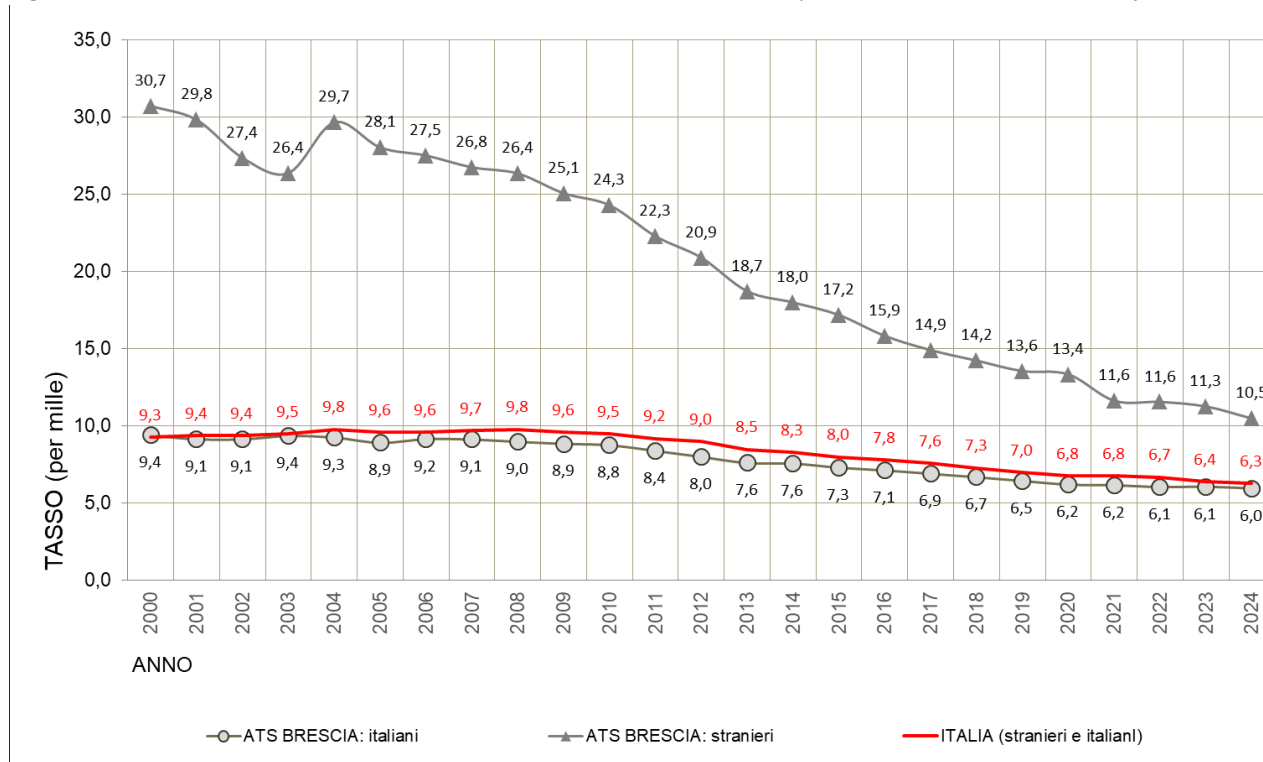
Negli ultimi dieci anni la popolazione assistita dall'ATS di Brescia è rimasta complessivamente stabile (+0,9%). Tale stabilità numerica si accompagna tuttavia a significativi cambiamenti nella struttura demografica:

- incremento progressivo dell'età media (pari a circa 80 giorni in più ogni anno);
- diminuzione della popolazione infantile (-3,3% nel solo ultimo anno);
- consistente crescita della quota di anziani e grandi anziani.

Fino al 2009 i flussi migratori hanno contribuito a mitigare il fenomeno della denatalità, grazie all'arrivo di una popolazione mediamente più giovane e caratterizzata da un tasso di natalità più elevato rispetto a quello della popolazione italiana. Negli anni successivi tale effetto di compensazione si è progressivamente ridotto, sia per il calo dei flussi migratori, sia per l'adeguamento della popolazione straniera ai modelli di fecondità italiani.

Il **tasso di natalità**<sup>5</sup> (numero nuovi nati/numero assistiti × 1.000) della popolazione italiana assistita dall'ATS di Brescia risulta sostanzialmente sovrapponibile a quello nazionale (*linea rossa in Figura 1*). Per la popolazione straniera, si osservava nei primi anni 2000-2010 un valore superiore a **25 per mille**, seguito da un marcato calo; nonostante ciò, negli ultimi anni il tasso di natalità degli stranieri si mantiene **circa doppio rispetto a quello degli italiani**. (*Figura 1: italiani = cerchi grigio chiaro; stranieri = triangoli grigio scuro*)

Figura 1: Andamento del tasso di natalità in Italia e nell'ATS di Brescia (distinto tra italiani e stranieri)



<sup>5</sup> Calcolato sulla base dei dati del NAR

Secondo i dati CeDAP, confermati anche dall'analisi delle SDO, il **numero di nuovi nati** in ATS Brescia ha iniziato nel 2009 un lento e costante declino, stimabile in circa 300 nascite in meno all'anno rispetto all'anno precedente.

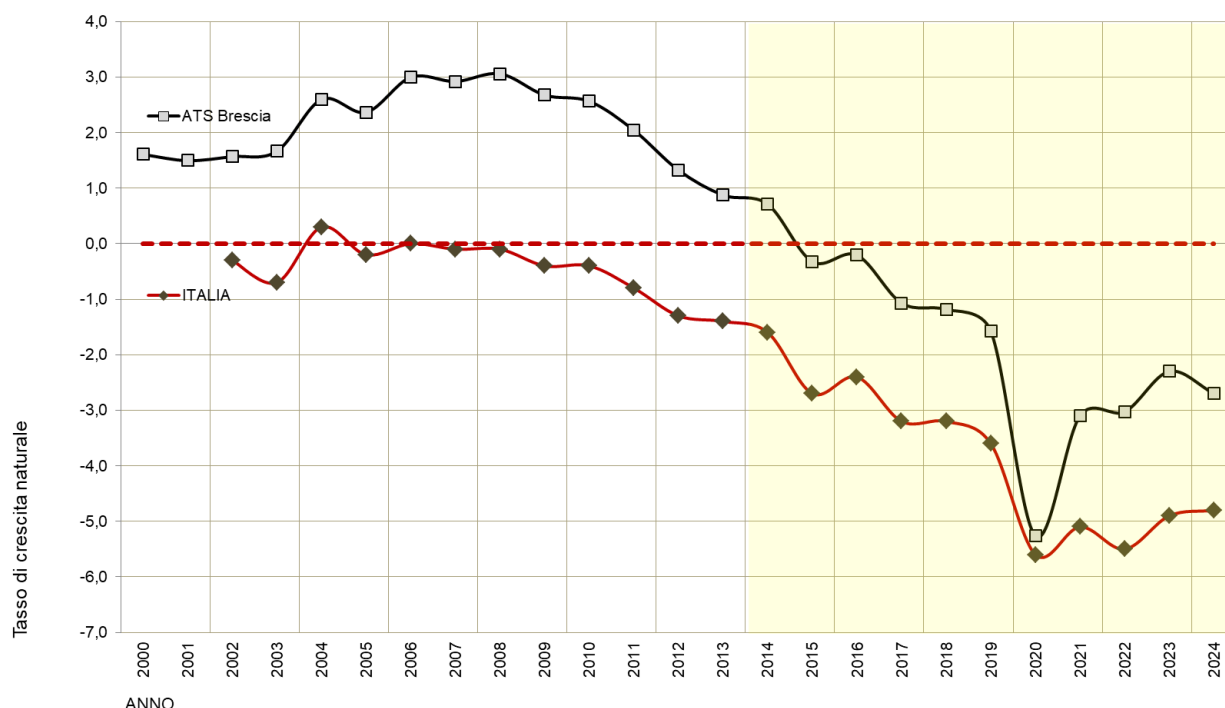
Il trend di diminuzione della natalità tra gli assistiti italiani è riconducibile principalmente a un cambiamento nella struttura della popolazione: le donne italiane in età fertile (15-49 anni), che erano 232.561 nel 2000, risultano oggi meno di 190.000 (-19%).

Per gli assistiti stranieri, il calo della natalità è più probabilmente legato a una diminuzione del tasso di fecondità, cioè del numero medio di figli per donna. Il numero di donne straniere in età 14-49 anni è passato da 10.709 nel 2000 a poco più di 50.000 nel 2011, per poi mantenersi relativamente stabile negli anni successivi.

Un secondo indicatore rilevante per lo studio delle tendenze demografiche è il **tasso di crescita naturale**, calcolato come differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità registrati annualmente in una popolazione.

L'ATS di Brescia, interessata da una forte immigrazione negli anni 2000-2009, ha registrato in quel periodo **tassi di crescita naturale positivi**, a differenza del contesto nazionale, caratterizzato da una maggiore stabilità o, in alcune annate, da valori negativi. Dal 2015, anche in ATS Brescia il tasso di crescita naturale presenta **valori negativi**, seppure di entità inferiore rispetto alla media nazionale (Figura 2, evidenziato in giallo).

Figura 2: Tasso di crescita naturale in ATS Brescia e in Italia dal 2002 al 2024



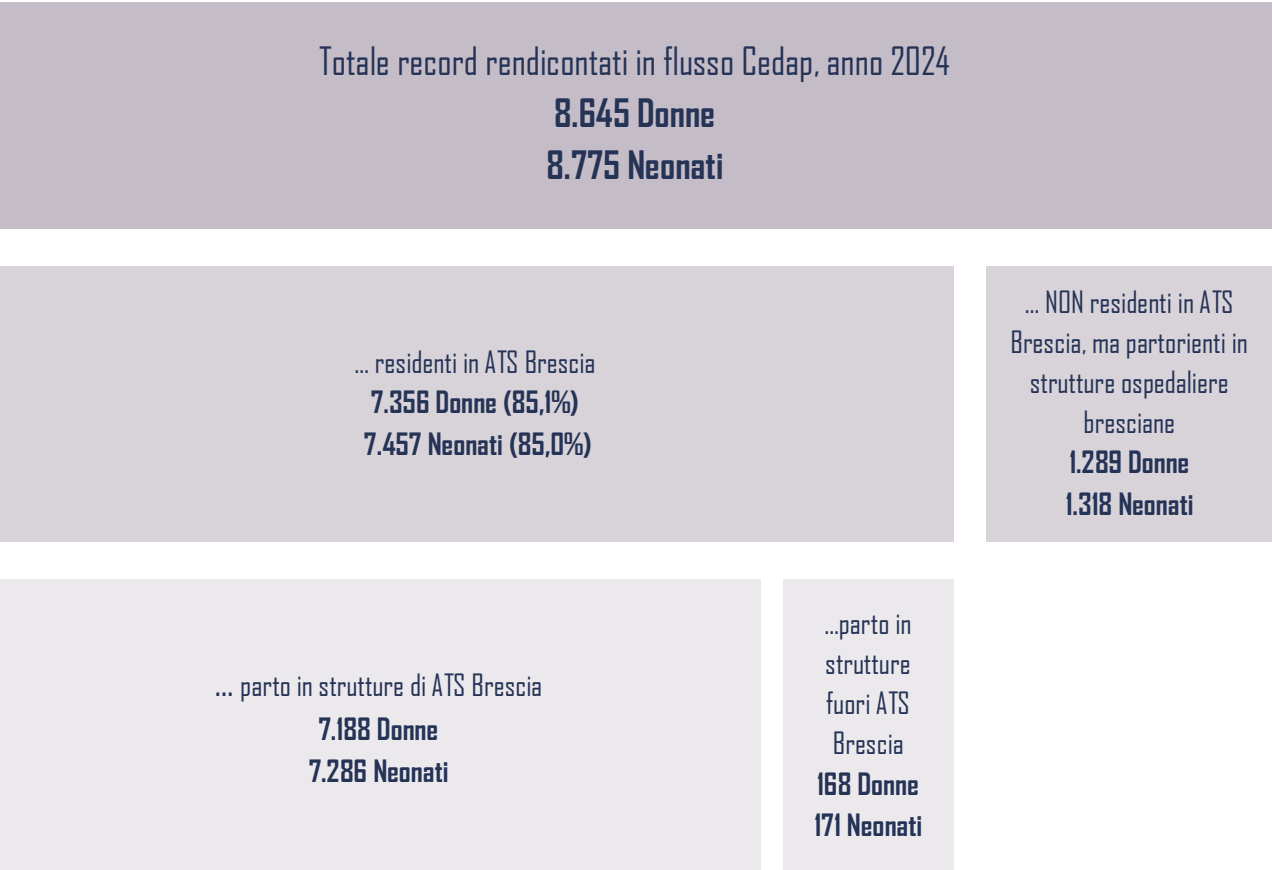
ANDAMENTO DEI PARTI E DEI NUOVI NATI

Nel 2024 i **parti** rendicontati nel flusso Cedap sono stati **8.645**, con un totale di **8.775 neonati**, valore inferiore rispetto al 2023 (-333 bambini).

Si fa notare che il flusso CeDAP comprende:

- *neonati di madri residenti in ATS Brescia che hanno partorito in strutture ospedaliere dell'ATS*
- *neonati di madri non residenti in ATS Brescia ma partorienti in strutture ospedaliere dell'ATS*
- *neonati il cui parto è avvenuto fuori ATS, qualora la madre sia assistita in ATS Brescia*

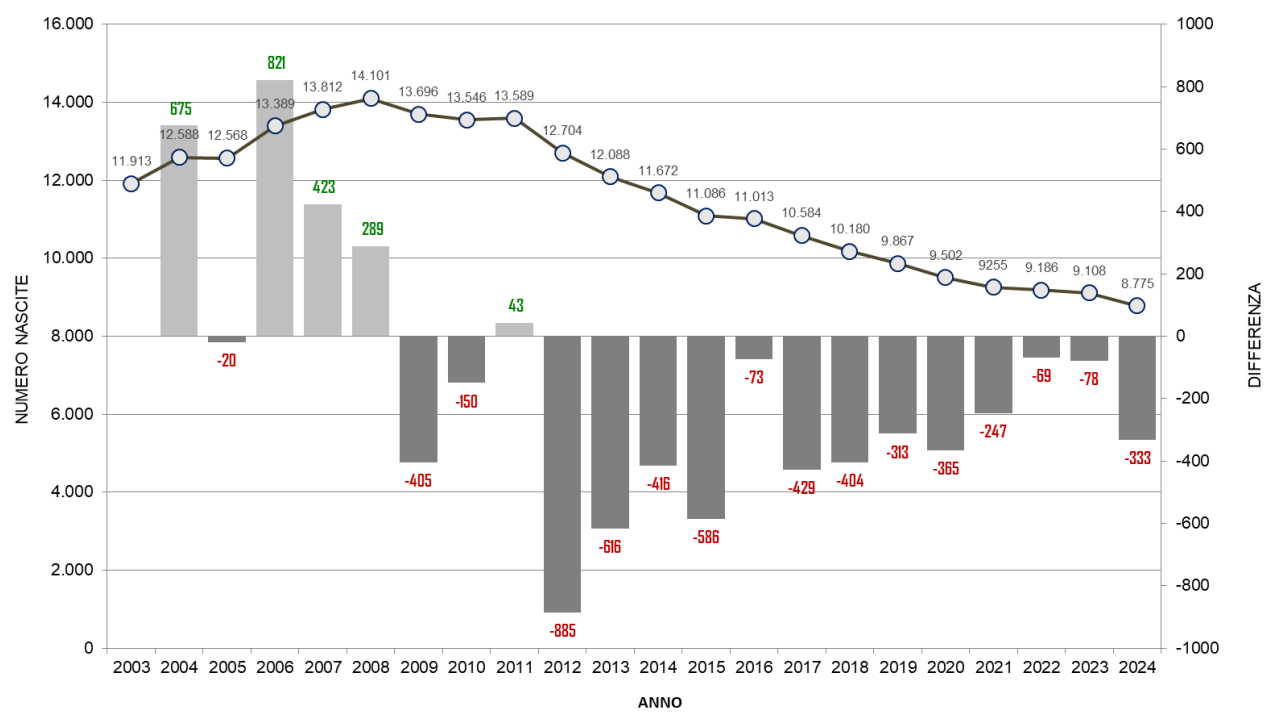
La situazione dei parti registrati nel flusso CeDap del 2024 è mostrata nella figura seguente:



In Figura 3 è rappresentato l'andamento annuale delle nascite (linea azzurra). Le colonne evidenziano la variazione numerica dei nuovi nati rispetto all'anno precedente: in grigio chiaro quando il numero è superiore e in grigio scuro quando si registra un calo.

Dopo che nel biennio 2022-2023 si era osservata una parziale attenuazione del forte decremento registrato negli anni precedenti, **nel 2024 si è verificato un nuovo e marcato calo delle nascite**, invertendo temporaneamente la tendenza di contenuta stabilizzazione.

Figura 3: Numero di nascite rendicontate nel flusso Cedap per anno (linea azzurra) e differenza rispetto all'anno precedente (grigio chiaro: crescita; grigio scuro: decrescita)



## CAPITOLO 2: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUI GENITORI – ANNO 2024

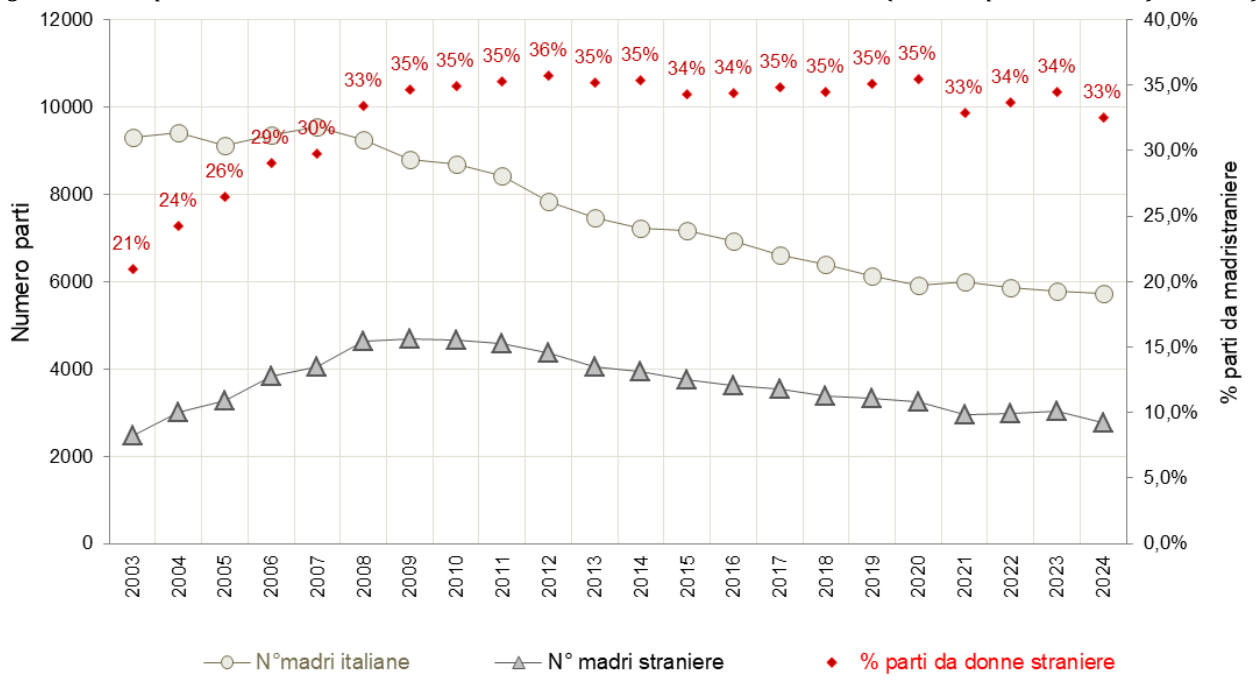
### RESIDENZA E CITTADINANZA

Nel 2024, il **14,7% delle partorienti** presso ospedali dell'ATS non era residente in ATS Brescia e proveniva da province limitrofe, in particolare Mantova (379 donne, 29,4% delle non residenti), Bergamo (316 donne, 24,5%), Cremona (198 donne, 15,4%).

Il punto nascita maggiormente attrattivo per le donne non residenti è l'**Ospedale di Desenzano**, che nel 2024 ha accolto il 7,1% di tutte le partorienti in ATS Brescia, ma ben il **16,7% delle donne non residenti** che hanno scelto di partorire in ospedali bresciani, di cui l'84,7% proveniente dalla vicina provincia di Mantova. Analogamente il punto nascita di Chiari, in cui si sono registrati il 7,1% del totale dei parti, ha accolto una quota significativa di donne non residenti, pari al **13,9% delle non residenti totali**, provenienti prevalentemente dai comuni bergamaschi confinanti.

Circa un terzo delle nascite (**32,3%**) è avvenuto da **madri straniere**, e, considerando anche la cittadinanza paterna, il **38% dei neonati** aveva almeno un genitore straniero. Come illustrato nella *Figura 3*, il numero di nascite in ATS Brescia è aumentato dal 2003 (11.913 neonati) al 2008 (14.101), per poi diminuire negli anni successivi, fenomeno riconducibile soprattutto alla diversa natalità tra donne italiane e straniere (*Figura 4*). Fino al 2008, mentre il numero di nuovi nati tra le italiane è rimasto stabile, tra le straniere si è registrato un aumento continuo. Negli ultimi anni, l'effetto positivo delle nascite determinate dalla popolazione straniera si è ridotto, pur mantenendo la quota di neonati da madri straniere **superiore alla media nazionale** (20,1% nel 2023)<sup>6</sup>.

Figura 4: N° di parti da donne italiane e straniere in strutture dell'ATS di Brescia (esclusi i parti avvenuti fuori ATS)



La proporzione di partorienti straniere varia significativamente tra i punti nascita, ma tali differenze sono solo parzialmente spiegabili con la differente stratificazione della popolazione in aree diverse.



A Chiari si registra la percentuale più elevata di nascite da madri straniere: nel 2024 hanno rappresentato il 60% del totale. Tale valore è significativamente superiore alla quota di stranieri regolarmente presenti nei comuni del bacino d'utenza del punto nascita (ambito territoriale 7 - Oglio Ovest), pari al 15,1%, e alla quota di donne straniere in età fertile (per convenzione età compresa tra 15 e 49 anni), pari al 20,4%.

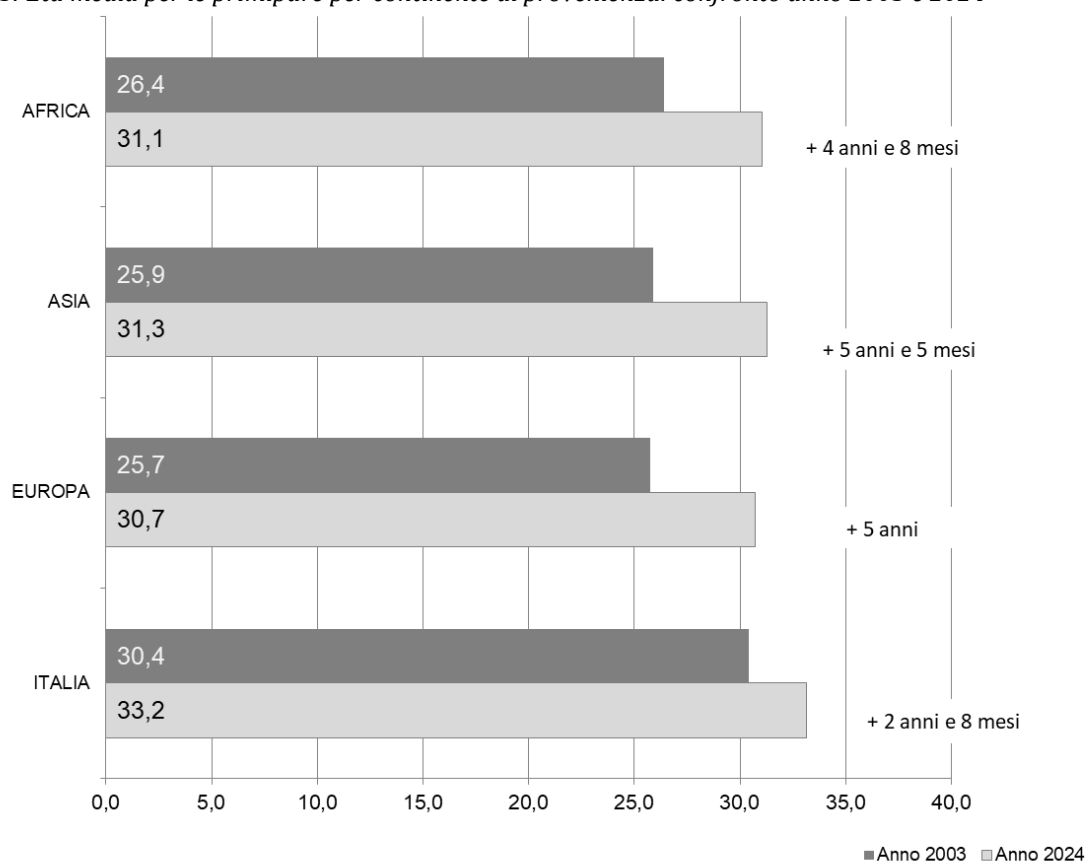
Analogamente il punto nascita di **Desenzano ha registrato il 53,6% di parti da donne straniere**, pur essendo situato in un territorio in cui la quota di stranieri assistiti è solo del 12,3% e quella delle donne straniere in età fertile del 19%.

Questi dati confermano una minor tendenza a concepire tra le donne italiane: nonostante la presenza di una percentuale rilevante di donne italiane in età fertile, la quota di chi intraprende una gravidanza è inferiore rispetto a quanto accade nelle donne straniere.

## ETÀ MATERNA

Si conferma anche per il 2024 la tendenza a un progressivo innalzamento dell'età materna al momento del parto, in particolare per le primipare. La *Figura 5* confronta l'età media al primo parto nel 2003 e nel 2024, per continente di origine. L'incremento è evidente in tutte le aree geografiche, con un aumento particolarmente marcato tra le donne asiatiche, passate da una media di 26 anni nel 2003 a più di 31 nel 2024, superando così sia le donne africane sia quelle europee.

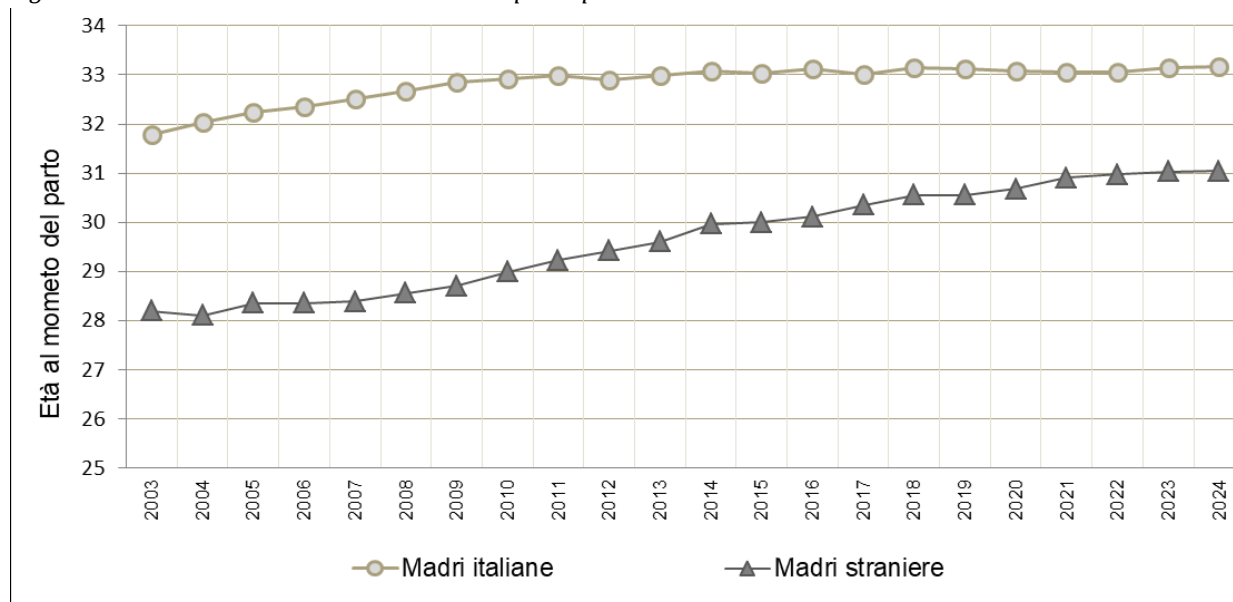
*Figura 5: Età media per le primipare per continente di provenienza: confronto anno 2003 e 2024*



<sup>6</sup> <https://www.epicentro.iss.it/materno/cedap-2023>

In *Figura 6* è rappresentata la crescita dell'età media al parto, considerando sia le prime che le gravidanze successive. Mentre tra le italiane l'incremento sembra essersi stabilizzato negli ultimi anni, tra le donne straniere si osserva una crescita costante e continua.

*Figura 6: Età media materna al momento del parto per cittadinanza*



Nel 2024, l'età media delle madri al parto è stata di 32,5 anni (31,2 anni per le primipare e 33,6 anni per le pluripare), mentre quella dei padri è stata di 36 anni (mediana: 35 anni). Le partorienti straniere sono risultate mediamente più giovani delle italiane di circa due anni (31,0 anni vs 33,2;  $p < 0,01$ ), differenza che si accentua nel caso delle primipare (28,5 anni vs 32,2 anni). A livello nazionale, l'età media al parto è pari a 33,2 anni per le italiane e 31,2 anni per le straniere; per il primo figlio le italiane superano i 31 anni in tutte le regioni, mentre le straniere primipare hanno in media 29,2 anni.

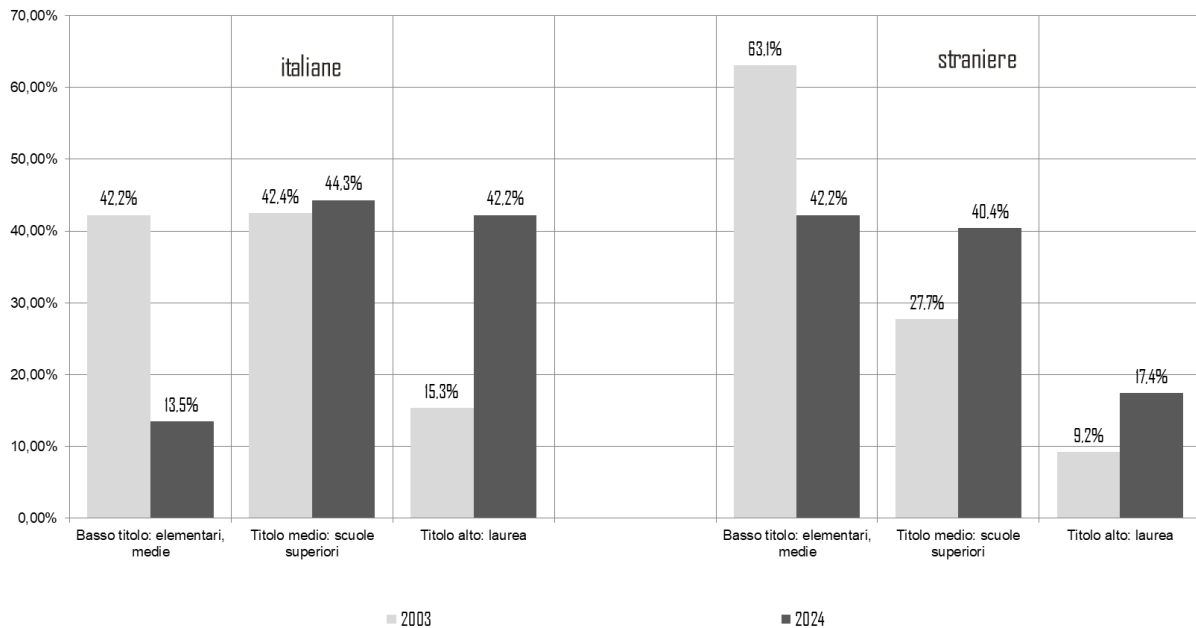
Il numero di parti nelle donne ultraquarantenni è in crescita costante: erano il 4,6% nel 2003 e hanno raggiunto il 7,2% nel 2024. Tale percentuale è più elevata tra le italiane (7,9%) rispetto alle straniere (6,0%).

## SCOLARITÀ E ATTIVITÀ PROFESSIONALE DEI GENITORI

Il livello di istruzione della madre rappresenta un determinante rilevante degli stili di vita, dell'accesso ai servizi sanitari e degli esiti della gravidanza, con effetti diretti anche sulla salute del neonato.

Nel 2024, tra le donne che hanno partorito in ATS di Brescia, il livello di scolarizzazione risulta mediamente elevato: circa un terzo delle donne è in possesso di una laurea. Nonostante permangano differenze tra italiane e straniere, la quota di madri non italiane laureate è quasi raddoppiata, passando dal 9,2% del 2003 al 17,4% del 2024 (*Figura 7*). Tra le italiane, invece, la proporzione di laureate ha superato il 40%. Si osserva inoltre una progressiva convergenza nel livello di istruzione intermedio: la proporzione di donne con diploma di scuola secondaria di secondo grado è ormai simile tra italiane e straniere, segnando una riduzione del divario rispetto al passato.

Figura 7: Percentuale di donne per titolo di studio al momento del parto: confronto 2003-2024 nelle italiane e straniere



Considerando entrambi i genitori, nel 2024:

- il 39,2% dei nati aveva almeno un genitore laureato,
- il 44,3% un genitore con diploma di scuola secondaria di secondo grado,
- il 17,6% entrambi i genitori con un titolo di studio inferiore.

Le differenze emergono con chiarezza se si distinguono i genitori italiani da quelli stranieri: nel primo caso la quota di neonati con almeno un genitore laureato raggiunge il 49,1%, mentre nel secondo scende al 20,4%.

La condizione lavorativa evidenzia una marcata differenza di genere. Nel 2024 il 96,3% dei padri risulta occupato, con prevalenza di operai (47,6%), lavoratori autonomi (18,7%) e impiegati (18,1%). La quota di padri disoccupati, che aveva raggiunto il 6% nel 2013-2014, è tornata a ridursi negli ultimi anni, attestandosi all'1,2% tra gli italiani e al 5,2% tra gli stranieri. Tra questi ultimi è inoltre nettamente più frequente l'occupazione come operai (74,7% dei padri stranieri occupati).

Tra le madri, invece, solo il 60% risulta occupata, mentre il 32,4% si dichiara casalinga e il 6,6% disoccupata. Anche in questo caso si rilevano differenze tra italiane e straniere: tra le prime prevale l'occupazione come impiegate, mentre tra le seconde è più frequente l'impiego come operaie (40,8%).

La *Tabella 1* riassume in dettaglio le principali caratteristiche socio-demografiche dei genitori nel 2024, distinguendo per cittadinanza.

Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche dei genitori per cittadinanza – anno 2024

	MADRI				PADRI			
	Italiane		Straniere		Italiani		Stranieri	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
ETA'								
< 20 anni	34	0,6%	26	0,93%	---	---	---	---
20-29	1.437	24,6%	1.192	42,7%	668	11,4%	483	20,8%
30-39	3.916	67,0%	1420	50,9%	3.631	61,9%	1.300	55,9%
40-49	454	7,8%	154	5,5%	1.399	23,9%	484	20,8%
>=50	5	0,1%	0	0,0%	164	2,8%	58	2,5%
Età media	33,2 anni		31,0 anni		35,6 anni		34,3 anni	
STATO CIVILE								
Nubile	2.791	47,8%	444	15,9%				
Sposata	2.965	50,7%	2.311	82,7%				
Separata	89	1,5%	32	1,2%				
Vedova	1	0,03%	5	0,2%				
LIVELLO DI SCOLARIZZAZIONE (*)								
Basso	789	13,5%	1.179	42,2%	1.532	25,2%	1.285	52,4%
Medio	2.593	44,3%	1.130	40,4%	3.061	50,3%	923	37,7%
Alto	2.468	42,2%	486	17,4%	1.491	24,5%	243	9,9%
CONDIZIONE LAVORATIVA								
Occupata/o	4.807	82,2%	573	20,5%	6.016	98,6%	2.319	94,3%
Disoccupata/o	352	6,0%	164	5,9%	75	1,2%	129	5,2%
Casalinga	644	11,0%	2.036	72,8%	---	---	---	---
Studente	41	0,7%	20	0,7%	7	0,10%	5	0,2%
Altro (§)	6	0,10%	2	0,1%	1	0,02%	7	0,3%
POSIZIONE NELLA PROFESSIONE								
Lavoratore autonomo	686	14,3%	55	9,6%	1.381	23,0%	169	7,3%
Dirigente	108	2,3%	6	1,1%	186	3,1%	13	0,6%
Impiegato	2.458	51,2%	156	27,3%	1.423	23,7%	117	5,1%
Operaio	565	11,8%	215	37,5%	2.218	36,9%	1.766	76,3%
Altro (§)	988	20,6%	141	24,6%	804	13,4%	251	10,8%
(*) Livello di Scolarizzazione: <ul style="list-style-type: none"><li>Basso: licenza elementare, media o nessun titolo</li><li>Medio: Diploma di scuola media superiore</li><li>Alto: Laurea</li></ul>								
(§) inabile, ritirato dal lavoro, ecc.								
(§) apprendista, lavoratore a domicilio, ecc								

# CAPITOLO 3: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA

## ANAMNESI OSTETRICA

La storia riproduttiva delle donne che hanno partorito nel 2024 presenta alcune differenze tra italiane e straniere (Tabella 2), in particolare:

- La quota di primipare è più elevata tra le donne italiane (54%) rispetto alle straniere (34,9%).
- Tra le straniere, ogni 100 donne che hanno partorito nel 2024 si contano mediamente 108 parti precedenti e 32 aborti spontanei. Tra le italiane i valori corrispondenti sono pari a 59 parti precedenti e 29 aborti spontanei ogni 100 donne.
- Complessivamente, nel 2024 il 54% delle donne era al primo figlio, il 35,8% al secondo, mentre nel 10,2% dei casi si trattava del terzo o successivo parto.
- La media di aborti spontanei è risultata pari a 0,22 (0,21 tra le italiane e 0,23 tra le straniere).
- Il 4,6% delle italiane e il 5,3% delle straniere aveva avuto in precedenza almeno un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Tabella 2: Storia riproduttiva per cittadinanza materna – anno 2024

	Italiane		Straniere	
	NUMERO	%	NUMERO	%
PRECEDENTI CONCEPIMENTI				
Primigravide	3.178	54,0%	1.069	34,9%
Un figlio precedente	2.106	35,8%	1.093	35,7%
Due o più figli precedenti	602	10,2%	904	29,5%
N° medio figli precedenti solo nelle donne con precedenti	1,22		1,45	
PRECEDENTI ABORTI				
Nessuno	4.644	78,8%	2.384	77,5%
Un aborto spontaneo	931	15,8%	494	16,1%
Due o più aborti precedenti	321	5,4%	199	6,5%
N° medio aborti solo nelle donne con precedenti	1,39		1,42	
PRECEDENTI IVG				
Nessuno	5.623	95,4%	2.916	94,8%
Una IVG	243	4,1%	119	3,9%
Due o più IVG	30	0,5%	42	1,4%
N° medio IVG solo nelle donne con precedenti	1,14		1,35	

La quota di gravidanze tra consanguinei risulta molto contenuta tra le donne italiane (0,5%), mentre tra le straniere si attesta al 4,8%. Tra le straniere, la percentuale di consanguineità è progressivamente diminuita, passando dal 6,7% del 2016 al 4,5% del 2024, mentre tra le italiane è rimasta stabile su valori inferiori all'1%.

Le differenze emerse per nazionalità confermano la maggiore diffusione del fenomeno in alcuni gruppi: tra le donne pakistane la quota di consanguineità con il padre del neonato ha raggiunto il 27,3% nel periodo 2016-2024. Percentuali più elevate rispetto alla media si registrano anche tra egiziane (9,4%) e senegalesi (13,3%).

## FUMO, ALCOL, ASSUNZIONE DI FOLATI, BMI

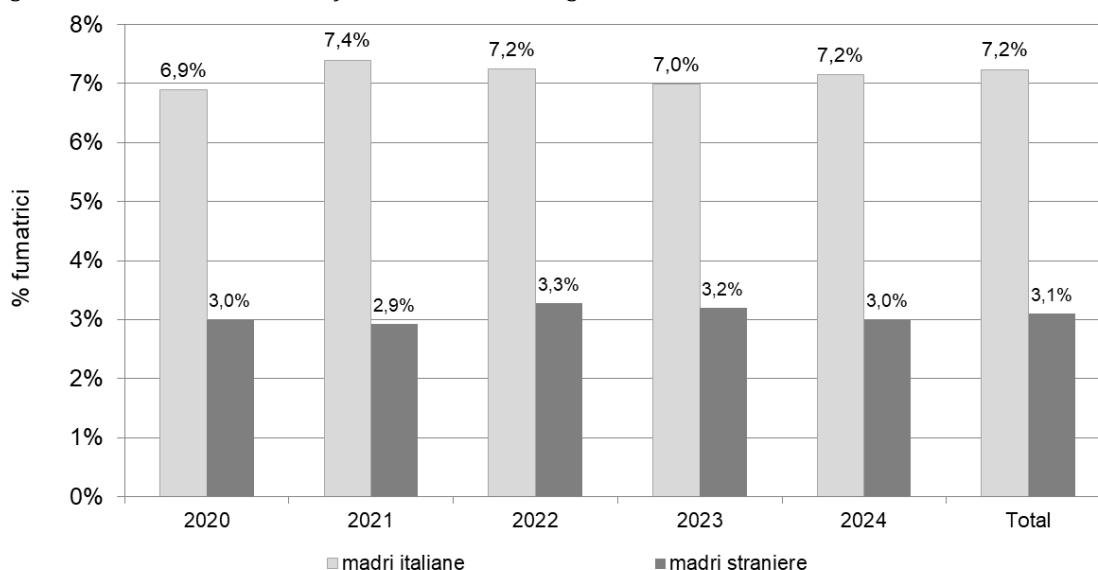
Il **fumo** materno in gravidanza costituisce un rischio ostetrico rilevante, associato a morte improvvisa del lattante (SIDS), basso peso alla nascita e ridotta funzionalità respiratoria.

Dal 2019 il CeDAP rileva lo status di fumatrice della madre. Nel 2024:

- la prevalenza di donne fumatrici in gravidanza è stata pari al 5,8% (7,2% tra le italiane e 3,1% tra le straniere);
- l'8,6% delle madri ha smesso di fumare durante la gravidanza, cui si aggiunge il 6,5% che aveva interrotto il fumo già nell'anno precedente;
- l'abitudine al fumo in gravidanza diminuisce con l'aumentare del livello di istruzione: 8,1% tra chi ha la licenza media/elementare, 6,8% tra le diplomate e 2,9% tra le laureate.

Si conferma la correlazione tra fumo in gravidanza e basso titolo di studio, non si rileva, invece, una relazione significativa con l'età materna. La prevalenza di fumo in gravidanza è rimasta stabile attorno al 6% negli ultimi anni (*Figura 8*).

*Figura 8: Percentuale di donne fumatrici durante la gravidanza in italiane e straniere*



Per quanto riguarda il **consumo di alcol**, il 74,2% delle donne si dichiara astemia, con percentuali più elevate tra le straniere. La gravidanza induce nella maggior parte dei casi la sospensione del consumo abituale di alcolici: il 24,9% delle donne che bevevano ha smesso durante la gestazione. Solo una quota esigua ha continuato ad assumere alcolici, in quantità comunque minima (meno di un'unità a settimana).

L'assunzione di **acido folico**, raccomandata per la prevenzione primaria di difetti congeniti, è risultata corretta nel 93% delle donne che hanno partorito in ATS Brescia tra il 2019 e il 2024. Tuttavia, permangono differenze:

- tra italiane e straniere (98% vs 81%),
- tra primipare e donne con gravidanze precedenti (95,2% vs 91,5%).

Dal 2019 il CeDAP rileva anche peso e altezza, utili per calcolare il **BMI pregravidico**. I dati mostrano che:

- le donne straniere presentano una maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità rispetto alle italiane;
- valori di BMI elevato sono più frequenti nelle donne con basso livello di istruzione: il 69,7% delle laureate aveva un BMI nella norma, contro il 61,3% delle diplomate e il 51,2% di chi possiede un titolo inferiore;
- la condizione lavorativa incide sul BMI: il fatto di non lavorare o di essere casalinga è associato a un maggior rischio di sovrappeso e obesità (OR = 1,44).

In *tabella 3* si riportano i dati per il solo anno 2024 con la distribuzione in base alla cittadinanza e al titolo di studio materno.

Tabella 3: Abitudine al fumo, consumo di alcol e BMI per cittadinanza e titolo di studio – anno 2024

	Italiane		Straniere		Titolo di studio basso		Titolo di studio medio		Titolo di studio alto	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
ABITUDINE AL FUMO										
Mai fumatrice	3.654	71,5%	2.412	92,7%	1.460	80,2%	2.521	75,8%	2.085	81,2%
Sospeso da almeno 1 anno	491	9,6%	41	1,6%	83	4,6%	220	6,6%	229	8,9%
Sospeso in gravidanza	592	11,6%	71	2,7%	126	6,9%	346	10,4%	191	7,4%
Fumatrice attuale	365	7,1%	78	3,0%	152	8,4%	229	6,9%	62	2,4%
ALCOL										
Astemia	3.346	65,4%	2.380	91,5%	1.570	86,2%	2.519	77,7%	1.637	63,7%
Sospeso all'inizio della gravidanza	1.720	33,6%	207	7,9%	239	13,1%	780	23,5%	908	35,3%
1-2 Unità alcoliche /settimana	48	0,95%	12	0,5%	11	0,6%	24	0,7%	25	1,0%
1 o più Unità alcoliche/die	2	0,04%	1	0,04%	---	---	3	0,1%	---	---
BMI PREGRAVIDICO										
Sottopeso (<18,5 kg/m <sup>2</sup> )	504	9,9%	131	5,1%	108	5,9%	266	8,0%	261	10,2%
Normopeso (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	3.267	64,1%	1.294	49,9%	891	49,1%	1926	58,1%	1.744	68,1%
Sovrappeso (25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	887	17,4%	745	28,7%	494	27,2%	742	22,4%	396	15,5%
Obesa (>30,0 kg/m <sup>2</sup> )	443	8,7%	422	16,3%	323	17,8%	381	11,5%	161	6,3%



Nel 2024, il 21,1% delle gravidanze del 2024 ha avuto un decorso patologico, sebbene dal flusso Cedap non sia possibile determinare la causa specifica. Limitandosi agli anni successivi al 2017, i principali fattori associati a una gravidanza patologica sono:

- Età materna superiore ai 39 anni (OR = 1,30;  $p < 0,001$ ), con un rischio aumentato del 30% rispetto alle donne più giovani;
- Cittadinanza straniera (OR = 1,72;  $p < 0,001$ );
- Consanguineità (OR = 2,2;  $p < 0,001$ );
- Obesità materna (OR = 1,20;  $p = 0,001$ );
- Pregressi aborti spontanei (OR = 1,26).

Correggendo per età materna, cittadinanza, consanguineità e abitudine al fumo, le donne in sovrappeso presentano un rischio di gravidanza patologica aumentato del 60% rispetto alle normopeso (OR = 1,59;  $p < 0,001$ ), mentre in caso di obesità il rischio raddoppia (OR = 2,52;  $p < 0,001$ ).

Il decorso patologico influenza anche la scelta del punto nascita: tra il 2018 e il 2024, oltre il 50% dei parti da gravidanza patologica si è svolto presso gli Spedali Civili, seguiti dal presidio di Manerbio, la cui quota di gravidanze patologiche è passata dal 12,7% nel 2018 al 15% nel 2024. Per le gravidanze fisiologiche, la Poliambulanza è il presidio con il maggior volume di parti.

Tabella 4: Distribuzione per luogo del parto in caso di gravidanza fisiologica patologica (2017-2024)

	Gravidanze patologiche (GP)		Gravidanze fisiologiche (GF)	
	N°	% rispetto al totale delle GP	N°	% rispetto al totale delle GF
Spedali Civili	6.077	52,3%	15.468	29,1%
Poliambulanza	1.080	9,3%	17.901	33,7%
Istituto Clinico Sant'anna	119	1,02%	4.434	8,3%
Istituto Clinico Città di Brescia	6	0,1%	235	0,4%
Presidio di Desenzano	805	6,9%	3.645	6,9%
Presidio di Manerbio	1.743	15%	3.424	6,4%
Presidio di Gavardo	409	3,5%	2.309	4,3%
Presidio di Chiari	920	7,9%	3.900	7,3%
Presidio di Iseo	132	1,1%	816	1,5%
Strutture fuori ats	340	2,9%	959	1,8%
Parto a domicilio	---	---	53	0,1%
<b>Totale parti</b>	<b>11.631</b>		<b>53.144</b>	

Il primo trimestre rappresenta il periodo chiave per pianificare l'assistenza alla gravidanza e informare i futuri genitori sui servizi disponibili e sui comportamenti salutari. La prima visita oltre l'11<sup>a</sup> settimana è considerata "tardiva".

Nel 2024, in ATS Brescia:

- Prima visita mediamente alla 8<sup>a</sup> settimana per le italiane e alla 9<sup>a</sup> per le straniere;
- Ragazze <20 anni: prima visita alla 12<sup>a</sup> settimana;
- Donne >40 anni: prima visita già alla 9<sup>a</sup> settimana;

Nonostante la maggior parte delle gravidanze analizzate sia stata caratterizzata da un primo controllo entro i tempi consigliati (87,5% delle gravidanze nel 2024), permangono come elementi di fragilità, maggiormente associati a controlli tardivi, l'età inferiore ai 20 anni, la cittadinanza straniera, il basso livello di scolarizzazione. Tali elementi di fragilità sono simili a quanto riscontrato a livello regionale e nazionale. La letteratura descrive la gravidanza e il parto come un periodo di vulnerabilità per le donne immigrate a causa delle più frequenti condizioni di svantaggio socioeconomico, delle barriere linguistiche e culturali, delle difficoltà di accesso e fruizione dell'assistenza e della mancanza di una rete familiare di sostegno.<sup>7</sup>

Passando al numero di visite ostetriche eseguite si nota che nel 2024:

- Il numero medio è stato di 6,5 per le italiane e 6,3 per le straniere, in entrambi i casi superiore alle 3 visite raccomandate e previste dai LEA.
- Le gravidanze con decorso patologico richiedono un monitoraggio più attento e frequente rispetto a quelle fisiologiche. Nonostante ciò si nota che la numerosità delle visite eseguite è simile indipendentemente dal decorso: 7 visite per le gravidanze patologiche contro 6,3 per quelle fisiologiche.

Secondo le indicazioni dei protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute, il numero di ecografie raccomandate durante il decorso della gravidanza è 3. I dati nazionali evidenziano però ancora un fenomeno di eccessiva medicalizzazione e di sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza: mediamente nel 2023 sono state richieste 5,8 ecografie per ogni parto con valori variabili tra 4,2 ecografie per parto in Piemonte e 7,8 in Sardegna. La Lombardia si colloca in una situazione intermedia, con 5,5 ecografie per ogni parto.

In ATS Brescia la situazione appare migliore, con una media di 4 ecografie per ogni gravidanza, che sale a 4,5 per le gravidanze patologiche. Il 54% delle partorienti del 2024 si è dunque attenuto alle indicazioni ministeriali eseguendo tre ecografie. Il 42,3% ne ha fatte almeno 4, valore però nettamente inferiore a quello rilevato a livello nazionale (76,7%) e regionale (69%).

---

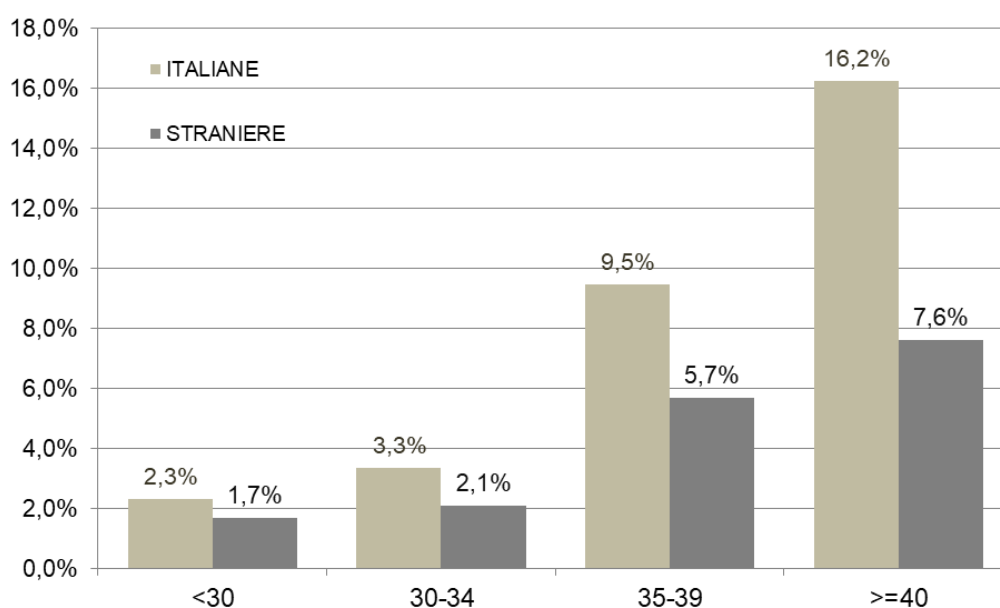
<sup>7</sup> ISS Linee guida I/2023 SNLG Gravidanza fisiologica

[https://www.iss.it/documents/20126/9184367/SNLG+I\\_2023+Gravidanza-fisiologica+Parte-I.pdf/1b3c23be-4578-48f8-277a-88cf0a98de6c?t=1708700731145](https://www.iss.it/documents/20126/9184367/SNLG+I_2023+Gravidanza-fisiologica+Parte-I.pdf/1b3c23be-4578-48f8-277a-88cf0a98de6c?t=1708700731145)

Nel 2024 per il 5% delle gravidanze era stato eseguito almeno un esame prenatale invasivo: in particolare sono state eseguite 2,5 amniocentesi ogni 100 parti (pari al 47,7% di tutti gli esami invasivi), 2,4 procedure di villocentesi ogni 100 parti (54,7%) e 0,35 funicolocentesi ogni 100 parti (3,7% di tutti gli esami invasivi).

Le donne con più di 35 anni sono quelle che più frequentemente si sottopongono ad esami invasivi prenatali: 8,5% nelle donne di 35-39 anni e 13,8% oltre i 40 anni di età. Nelle donne straniere l'esecuzione di questi esami è meno comune rispetto a quanto si registra nelle donne italiane, indipendentemente dall'età (Figura 9).

Figura 9: Percentuale di esami prenatali invasivi per età della madre e cittadinanza (2024)



Vari fattori sono associati ad un maggior ricorso ad esami invasivi prenatali. In caso di gravidanza patologica la quota di gravidanze per la quali è stato effettuato un esame invasivo sale al 7,7%.

L'analisi multivariata per il periodo 2003-2024, avente come variabile dipendente l'effettuazione di esami prenatali invasivi e variabili indipendenti l'anno in cui è avvenuto il parto, età, titolo di studio e cittadinanza materna, mostra come gli esami prenatali invasivi siano significativamente associati all'età della madre più elevata e assai meno frequenti nelle straniere (OR=0,23; IC95%=0,21-0,26). Dal 2003 al 2024 si è verificata una diminuzione del ricorso a tali esami, seppur con un andamento piuttosto irregolare (OR = 0,91 per l'intero periodo).

Anche il titolo di studio più elevato sembra essere associato ad un maggior ricorso ad esami prenatali invasivi: considerando il basso titolo di studio come "base", si nota che in caso di titolo di studio "medio" (diploma superiore) il ricorso a tecniche invasive è pari al 17% in più, mentre in caso di laurea materna l'eccesso è del 12% rispetto al titolo elementare.

Nel 2024, 338 gravidanze derivano da tecniche di procreazione medico-assistita (3,9%), in linea con i dati nazionali (3,9 parti ogni 100 gravidanze nel 2023). Il ricorso a tali tecniche varia molto in base all'età materna: 16,5% nelle donne di età superiore ai 39 anni, 5,9% nella fascia d'età 35-39 anni, 2,9% tra i 30 e i 35 anni e 0,6% sotto i 30 anni. In media le donne che hanno avuto una gravidanza a seguito di PMA avevano 37,5 anni, contro un'età media di 32,2 delle altre madri.

Tra le donne con alto titolo di studio il ricorso a tecniche di PMA avviene con maggior frequenza rispetto a quelle con titolo di studio più basso: tale maggior frequenza è solo in parte spiegabile con un'età media più alta nelle laureate rispetto alle donne con titolo di studio inferiore.

La quota di primipare che hanno fatto ricorso a PMA è del 6,5%, concretamente superiore a quella delle donne che non sono alla prima gravidanza (1,6%). Tipicamente le tecniche di procreazione assistita portano più frequentemente a gravidanze plurime: nel 2024 l'11,2% contro l'1,1% delle gravidanze senza PMA.

Il trattamento più comunemente utilizzato è il trasferimento di embrioni in utero (*FIVET-Fertilization In Vitro and Embryo Transfer*; 49,5%), seguito dalla fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (*ICSI-Intra Cytoplasmic Sperm Injection*; 34,6%); meno utilizzata la fecondazione tramite trasferimento di gameti maschili in cavità uterina (*IUI-Intra Uterine Insemination*; 6,1%).

Fino al 2015 la percentuale di gravidanze in cui il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita si è mantenuta inferiore all'1,5%, pur con alcune fluttuazioni. Gli anni successivi hanno visto un aumento del ricorso a tali tecniche. L'emergenza COVID ha determinato una riorganizzazione all'interno degli ospedali che hanno dovuto posticipare tutte le procedure non d'emergenza, tra cui la fecondazione assistita; di conseguenza vi è stata una contrazione della nascite, in particolare negli ultimi mesi del 2020 e nei primi del 2021. Dal 2022 vi è stata una ripresa di tutte le tecniche di Procreazione medicalmente assistita, riguardante il 4% delle gravidanze.

## CAPITOLO 4: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO

### DURATA DELLA GESTAZIONE

---

L'analisi dei dati relativi alla durata della gestazione è stata condotta utilizzando la classificazione europea riportata nell'*European Perinatal Health Report 2013*, che distingue:

- grave prematurità: 22-27 settimane di gestazione (parti estremamente pre-termine) e 28-31 settimane di gestazione (parti molto pre-termine);
- prematurità: 32-36 settimane (parti moderatamente pre-termine);
- gravidanza a termine: 37-41 settimane di gestazione
- gravidanza oltre il termine: più di 41 settimane di gestazione

Nel 2024, l'82% dei parti si è verificato entro il termine della gravidanza, mentre il 6,8% è avvenuto in epoca pretermine (di cui l'1,02% in condizioni di grave prematurità). L'11,1% delle nascite si è collocato oltre la 40<sup>a</sup> settimana.

La frequenza di prematurità risulta più elevata nelle gravidanze patologiche (21,9%). I dati riferiti all'ATS di Brescia si collocano in linea con i valori nazionali e regionali.

L'analisi delle sole nascite avvenute nel 2024 evidenzia alcune caratteristiche materne associate a un rischio maggiore di parto pretermine:

- **Provenienza da Paese estero**: OR = 1,11 ( $p < 0,001$ ), con un incremento più marcato tra le madri di cittadinanza asiatica (OR = 1,16;  $p < 0,001$ );
- **Età materna**: rispetto alla fascia 20-29 anni, il rischio aumenta nelle donne di 30-39 anni (RR = 1,21) e in modo ancora più significativo in età  $\geq 40$  anni (IRR = 1,65; IC95% = 1,56-1,76);
- **Ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA)**, anche in assenza di gravidanze gemellari;
- **Prematurità grave (<32 settimane)**: conferma delle medesime associazioni sopra riportate.

Nel periodo osservato la prevalenza complessiva di prematurità si è mantenuta stabile; tuttavia, la quota di nati fortemente pretermine ha registrato un incremento pari all'1% su base annua.

### INDUZIONE DEL TRAVAGLIO E MODALITÀ DEL PARTO

---

**L'induzione del travaglio** ha come obiettivo l'avvio di un travaglio attivo in condizioni di benessere materno e fetale. Dal 2003 al 2017 la quota di parti con travaglio indotto si è attestata intorno al 20% annuo, per poi stabilizzarsi attorno al 30%. Tra le principali condizioni che determinano la necessità di induzione figurano:

- durata gestazionale superiore alle 41 settimane (OR = 4,36;  $p < 0,001$ );
- gravidanza patologica (OR = 2,60;  $p < 0,001$ );
- obesità materna (OR = 1,58;  $p < 0,001$ ) o sovrappeso (OR = 1,17;  $p < 0,001$ ), per gli anni 2019-2024.

Per quanto riguarda la **modalità del parto**, nel 2024:

- il 64,2% è avvenuto in modo spontaneo (5.553 casi);

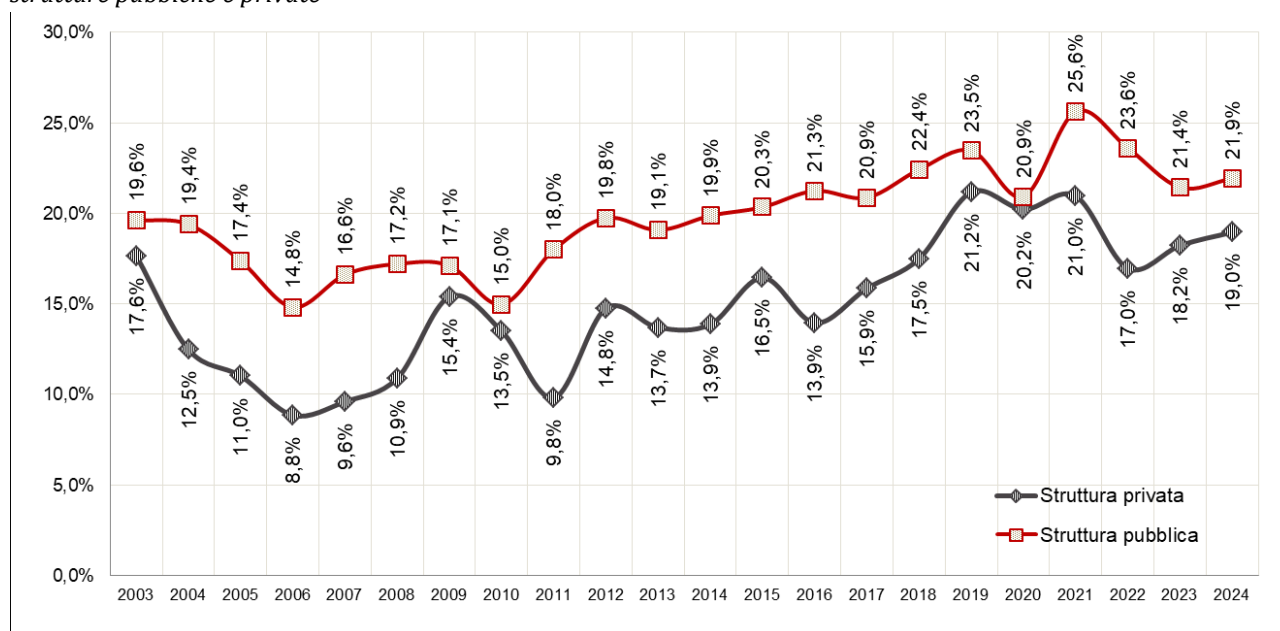
- il 15,2% mediante taglio cesareo (1.317 casi, urgente o in elezione);
- la quota residua tramite altre tecniche (forcipe, ventosa, ecc.).

Il principale fattore associato al ricorso al taglio cesareo è la presentazione fetale anomala (podice, fronte, faccia), con una frequenza del 95% nel 2024. L'età materna risulta anch'essa determinante: la quota di cesarei cresce progressivamente dal 22,3% (<30 anni), al 30,9% (30-39 anni), fino al 47,6% (≥40 anni). Ulteriori fattori di rischio sono l'abitudine tabagica e il sovrappeso/obesità, indipendentemente dalla tipologia di gravidanza.

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza post-operatoria ha talvolta generato la percezione di un intervento privo di rischi. Tuttavia, la mortalità materna e le complicanze post-partum restano significativamente più elevate rispetto al parto vaginale. I maggiori rischi e costi non trovano un corrispondente beneficio costante negli esiti perinatali.

Un indicatore rilevante è rappresentato dalla proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo (VBAC). Le linee guida internazionali raccomandano la possibilità di parto vaginale in assenza di condizioni di rischio specifiche. In Italia si registra una forte variabilità regionale, con un gradiente Nord-Sud: valori pari o superiori al 40% in Friuli-Venezia Giulia e inferiori al 10% in diverse regioni del Centro-Sud. Secondo i dati del Programma Nazionale Esiti<sup>8</sup> dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), nel 2023, il dato nazionale era pari al 11,6% e quello regionale 17,79%. Nell'ATS di Brescia, la quota di VBAC nel 2024 è stata del 20,8%, superiore ai dati regionali e nazionali in linea con i dati regionali e in crescita sia negli ospedali pubblici che privati (*Figura 10*).

*Figura 10: Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo in ATS Brescia (2003-2024): strutture pubbliche e private*



<sup>8</sup> <https://pne.agenas.it/home>

Nel 2024:

- 112 neonati (1,3%) avevano peso <1.500 grammi;
- 6,5% tra 1.500-2.499 grammi;
- 88,1% tra 2.500-3.999 grammi;
- 4,1% ≥4.000 grammi.

Il trend della prevalenza di basso peso alla nascita (<2.500 grammi) segue quello dei nati prematuri. Escludendo i parti prematuri e quelli gemellari, e correggendo per età materna, non emergono differenze significative tra madri italiane e straniere. L'età materna rappresenta invece un fattore di rischio, limitatamente a <20 anni e ≥40 anni. L'abitudine al fumo raddoppia il rischio di basso peso neonatale.

## PARTI PLURIMI

---

Nel periodo 2003-2024 sono stati registrati 3.964 parti plurimi, con un incremento dall'1,15% del 2003 all'1,6% del 2024.

Per le donne residenti in ATS, l'incidenza di parti gemellari è cresciuta fino al 2019, registrando poi un calo nel 2020, seguito da un ritorno ai livelli precedenti dal 2021. Tra le donne non residenti, l'incidenza complessiva è stata più elevata (2,2%), a conferma di una maggiore attrattività delle strutture bresciane nei casi di parti plurimi. Il calo del biennio 2020-2021 è verosimilmente attribuibile alla riduzione delle tecniche di PMA a seguito della pandemia da Covid-19.

Per le donne non residenti, la quota di gravidanze da PMA è passata dal 4% (2017-2019) al 2,8% (2020), risalendo al 4% nel 2023 e al 4,7% nel 2024. Nelle residenti, invece, il recupero si è verificato già dal 2022, con una quota di parti gemellari pari al 3,8% nel 2024.

## NATIMORTALITÀ, VITALITÀ, RIANIMAZIONE E MALFORMAZIONI

---

Nel 2024 si sono registrati 26 nati morti, corrispondenti a un tasso di natimortalità di 3/1.000 nati, superiore al dato nazionale del 2023 (2,4/1.000). La natimortalità risulta fortemente associata alla prematurità, con tassi pari a:

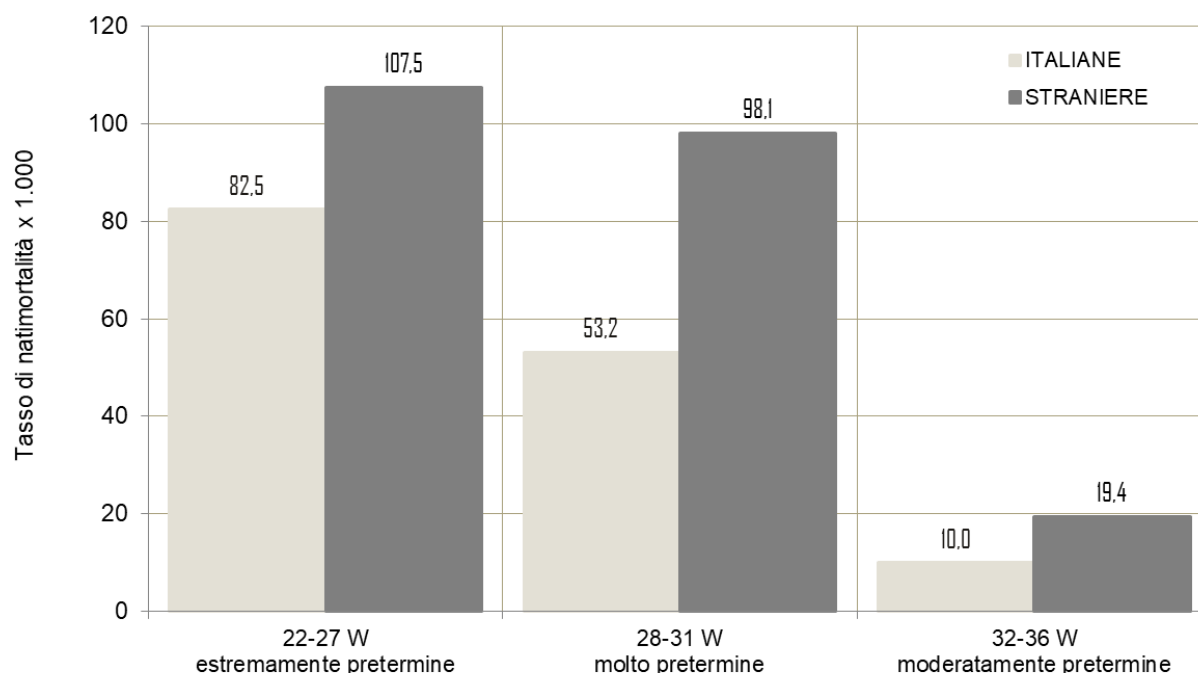
- 93,6/1.000 tra i neonati estremamente prematuri (22-27 settimane);
- 70,1/1.000 tra i molto pretermine (28-31 settimane);
- 13,1/1.000 nei casi di prematurità moderata.

Le madri straniere presentano tassi di natimortalità più elevati rispetto alle italiane (6,30/1.000 vs 1,30/1.000), anche a gravidanza a termine (3,00/1.000 vs 0,40/1.000). L'analisi dei soli parti a termine (37-40 settimane) nel periodo 2003-2024 (236 casi) ha evidenziato:

- maggior rischio per donne straniere (OR = 1,66; p<0,001);
- rischio aumentato per età <20 anni e ≥40 anni (OR = 1,62; p<0,001);
- rischio quintuplicato in caso di gravidanza patologica (OR = 5,0; p<0,001).

Le cause di natimortalità risultano frequentemente generiche: in oltre il 65% dei casi la codifica riporta la dicitura “morte intrauterina”, a causa dei ritardi nella disponibilità degli esiti autoptici.

Figura 11: Tasso di natimortalità (x 1.000) per età gestazionale e cittadinanza materna: periodo 2003-2024



L'indice di Apgar, calcolato a 1 e 5 minuti dalla nascita, è stato utilizzato come indicatore delle condizioni generali neonatali. Tra i nati vivi del 2024:

- solo lo 0,9% ha avuto punteggio inferiore a 7 a 5 minuti;
- la quota sale al 5,4% nei pretermine e al 16,3% tra i gravemente prematuri.

Dei 8.749 nati vivi del 2024, 275 (3,14%) hanno richiesto manovre di rianimazione, quota che raggiunge il 20,3% in caso di prematurità.

Nel 2024 il flusso CeDAP ha segnalato 224 casi di malformazioni, pari a 25,9/1.000 nati. L'analisi 2016-2024 (dati incompleti negli anni precedenti) evidenzia un rischio più elevato per le madri straniere, seppur non statisticamente significativo per via dell'inversione di tendenza registrata dal 2020 (calo tra le straniere e aumento tra le italiane). Fattori associati a malformazioni sono la consanguineità dei genitori (OR = 2,10;  $p < 0,001$ ) e il sesso maschile del feto (OR = 0,65;  $p < 0,001$ ).

## ALIMENTAZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'allattamento esclusivo al seno fino al compimento del sesto mese di vita, individuandolo quale obiettivo prioritario di salute pubblica.

I dati registrati nel CeDAP a riguardo non sono completi: per il 2024 è riportato il tipo di alimentazione al momento della dimissione per il 57,5% dei neonati. Limitando l'analisi a tale campione:

- il 56,7% dei neonati è stato dimesso con allattamento esclusivo al seno;
- l'8,0% non è stato allattato (3,3% tra madri straniere e 10,8% tra italiane).



La cittadinanza straniera della madre è associata a una probabilità più elevata di allattamento esclusivo al seno (+16% rispetto alle italiane). L'allattamento misto (latte materno + formula) è più frequente in caso di:

- gravidanza patologica (OR = 0,60; p<0,001);
- parto cesareo (OR = 0,42; p<0,001);
- prematurità (OR = 0,37; p<0,001).

I principali fattori associati all'alimentazione esclusiva con formula sono il parto cesareo e l'abitudine al fumo materno (OR = 0,74; p<0,001).

La tabella seguente riporta la distribuzione del tipo di alimentazione al momento della dimissione (anno 2024).

*Tabella 5: Tipo di alimentazione del neonato al momento della dimissione (anno 2024)*

	Alimentazione complementare	Allattamento al seno esclusivo	Allattamento al seno predominante	Non allattamento\Alimentazione con formula
<b>CITTADINANZA MATERNA</b>				
Italiana	31,0%	54,8%	3,5%	10,8%
Straniera	32,1%	59,8%	4,7%	3,3%
<b>ETA' MATERNA</b>				
< 30 anni	28,9%	61,4%	4,7%	5,1%
30-34 anni	31,2%	56,2%	3,9%	8,7%
35-39 anni	32,9%	54,1%	3,2%	9,8%
>=40 anni	38,8%	46,6%	3,5%	11,2%
<b>TITOLO DI STUDIO MATERNO</b>				
Basso	29,6%	59,2%	4,3%	7,0%
Medio	31,6%	55,6%	3,7%	9,2%
Alto	32,6%	56,2%	4,0%	7,3%
<b>DECORSO DELLA GRAVIDANZA</b>				
Fisiologico	28,7%	60,0%	3,4%	7,9%
Patologico	40,4%	45,7%	5,6%	8,3%
<b>DURATA DELLA GESTAZIONE</b>				
A termine	30,7%	57,8%	3,8%	7,8%
Prematura	7,7%	22,3%	10,1%	14,9%

### TREND DEMOGRAFICI E NATALITÀ

---

- Analisi CeDAP conferma il **calo dei tassi di natalità**, soprattutto tra le donne straniere, pur mantenendo valori circa doppi rispetto alle italiane.
- Il **tasso di crescita naturale** è in diminuzione, ma rimane superiore al dato nazionale.
- Gli indicatori dell'ATS di Brescia risultano **in linea con quelli regionali**.

### INFORMAZIONI SOCIO DEMOGRAFICHE

---

- Nel 2024, un terzo dei parti riguarda madri di cittadinanza non italiana (superiore al dato regionale 2020, 30,8%).
- Età media della madre: in crescita continua; più alta nelle italiane (32 anni al primo figlio) rispetto alle straniere (28,5 anni).
- Scolarità e lavoro: le straniere hanno generalmente titolo di studio inferiore (42,8% con nessun titolo o elementare vs 13,7% delle italiane) e minor tasso occupazionale (20,7% vs 80,8%).
- Percentuale di primipare: più elevata tra italiane (54% vs 35%).
- Consanguineità prevalente tra popolazione straniera: 4,8% nel 2024.

### GRAVIDANZA E PARTO

---

- Natimortalità più alta tra le straniere, con differenza in diminuzione rispetto agli anni precedenti.
- Numero medio di aborti spontanei simile tra italiane e straniere, aumenta con l'età; interruzioni volontarie più frequenti nelle straniere, ma in diminuzione.
- Nel 2024: media di 6 visite di controllo per gravidanza e 3,8 ecografie.
- PMA: 3,9% delle gravidanze realizzate tramite tecniche di procreazione medico-assistita.
- Modalità parto 2024: 64,6% vaginale spontaneo, 27,8% cesareo, restante con altre tecniche (forcipe, ventosa).
- Parti plurimi: 125 nel 2024 (1,5% del totale); incremento correlato anche alle donne non residenti e indipendente dalla PMA.

- Durata della gravidanza: 81% dei parti a termine, 6,5% pretermine (<37 settimane; 1,02% grave), 12,4% oltre la 40<sup>a</sup> settimana.
- Depressione neonatale (Apgar ≤7 al 5° minuto): 1% dei nati vitali, stabile dal 2003 al 2024.
- Allattamento: 56% dimessi con allattamento esclusivo; nei casi di gravidanza patologica, parto cesareo, basso peso o prematurità prevale l'allattamento misto con latte formulato.
- Il tasso di natimortalità nel 2024 è stato di 2,2 ogni 1.000 nati, in linea con il dato nazionale del 2022. Le variabili maggiormente legate alla natimortalità sono la prematurità, la cittadinanza straniera della mamma, le età "estreme" della madre (sotto i 20 anni o sopra i 40 anni);
- Solo lo 0,9% dei neonati vitali nati nel 2024 è risultato avere una depressione respiratoria (Apgar al 5° minuto ≤7). Tale percentuale, pur con alcune fluttuazioni, è rimasta stabile nel periodo 2003-24 ed è simile ai dati nazionali e regionali.
- Il 56% dei neonati viene dimesso con allattamento materno esclusivo. In caso di gravidanza patologica, nascita da parto cesareo, basso peso alla nascita, prematurità, prevale allattamento materno integrato con latte formulato.