

IRCBG_21095

“L'alimentazione in gravidanza”

Il sostegno dell'ospedale e del territorio

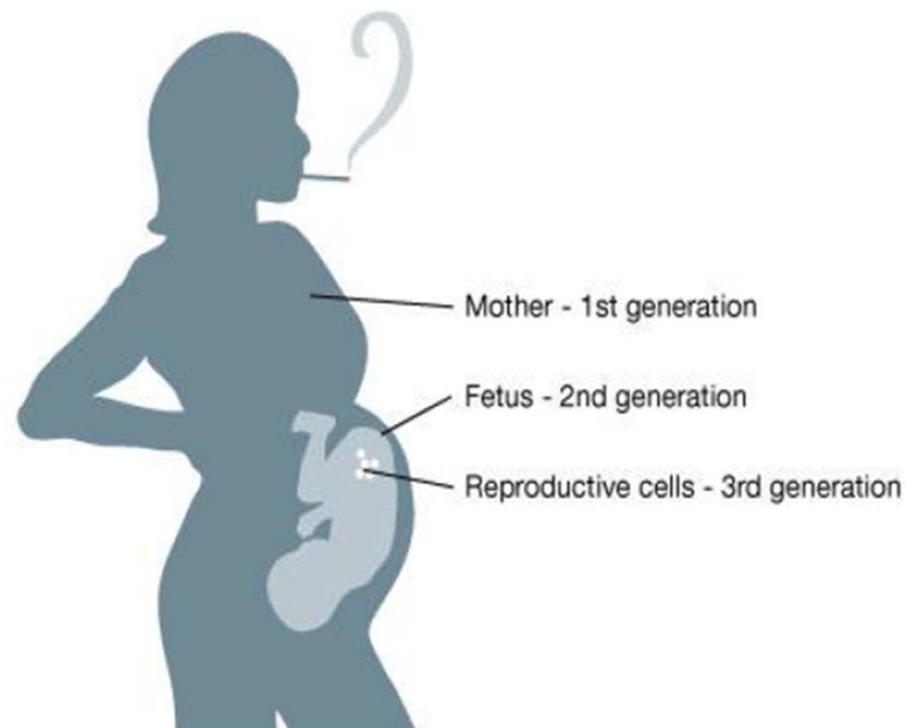
Gravidanza e peso corporeo: dati epidemiologici in FVG

Trieste, 25/10/2021 e 10/11/2021

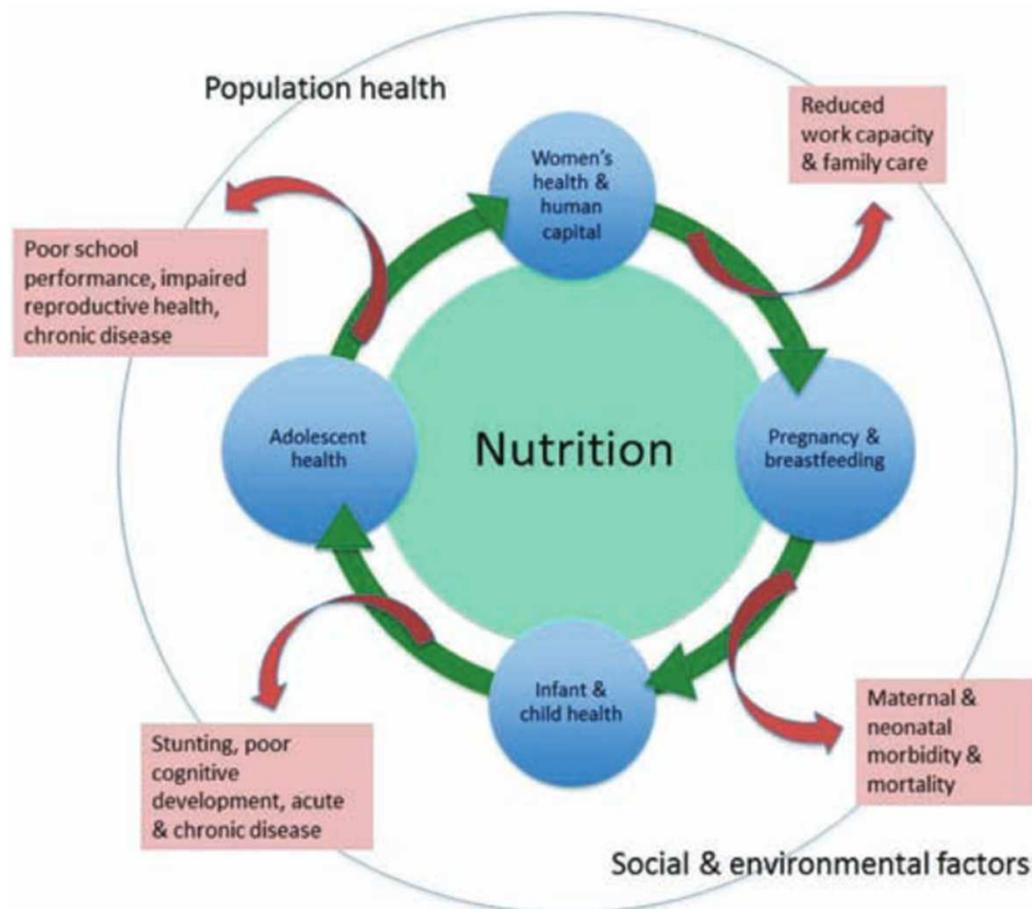
Dott.ssa Paola Pani
SCR Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari
IRCCS materno infantile Burlo Garofolo

Perché un corso su «alimentazione e gravidanza»?

La nutrizione materna rappresenta un'importante **sfida per la salute pubblica**, perché influenza non solo la salute delle donne, ma anche quella delle generazioni future



Lo stato nutrizionale prima e durante la gravidanza influenza la salute riproduttiva e i rischi di esiti negativi della gravidanza sia per la madre che per il bambino





Obiettivo

Aggiornare e uniformare le conoscenze degli operatori in ambito nutrizionale e di corretti stili di vita per una comunicazione più efficace nell'ambito della presa in carico complessiva della gestante, in un'ottica di integrazione tra varie professionalità

Stato nutrizionale

E' la risultante di tre entità tra loro strettamente correlate: la **composizione corporea**, l'energia (**dispendio energetico**) e la **funzionalità corporea**



Peso corporeo

Peso pregravidico e incremento di peso gestazionale non adeguati



Conseguenze cliniche e ostetriche sul decorso della gestazione, sugli esiti del parto e sulla salute del nascituro sia nel breve che nel lungo periodo

Effetti dell'obesità preconcezionale e materna

Conseguenze a BREVE TERMINE

Per la madre

Complicanze cliniche ed ostetriche:
diabete gestazionale, ipertensione,
pre-eclampsia, eclampsia, parto
pretermine, parti operativi, tagli
cesarei...

Per il bambino

Complicanze fetali:
ridotto sviluppo fetale, aborti
spontanei, anomalie congenite
(difetti del tubo neurale),
macrosomia e morbosità fetale

Conseguenze a LUNGO TERMINE

Per la madre

La ritenzione di peso post-
partum oltre 6-12 mesi è un
predittore di obesità a lungo
termine.
Minore probabilità di avvio
dell'allattamento e maggiore
probabilità di interruzione
precoce.

Per il bambino

Aumentato rischio di
sviluppare insulino-resistenza
insieme a obesità infantile
(ipotesi del "programming")

Effetti del sottopeso materno

Esiti perinatali

Parto pretermine
Basso peso alla nascita
Ritardo di crescita intrauterina

Han. International Journal of Epidemiology 2011

Effetti di crescita non adeguata in gravidanza

Al di sotto delle raccomandazioni

Per il bambino
SGA (piccolo per età gestazionale)
Nascita pretermine

Al di sopra delle raccomandazioni

Per il bambino
LGA (grande per età gestazionale)
Macrosomia

Per la madre
Parto cesareo

Goldstein. JAMA 2017

Come si valuta il peso corporeo

La valutazione del peso corporeo prende in considerazione la statura ed il peso dell'individuo, secondo la formula

$$\mathbf{BMI} = \frac{\mathbf{Peso\ (kg)}}{\mathbf{Altezza\ (m)^2}}$$

BMI	
Sottopeso	<18,5
Normopeso	Da 18,5 a 24,9
Sovrappeso	Da 25 a 29,9
Obeso	>30

Incremento di peso in gravidanza (**G**estational **W**eight **G**ain)

Il BMI al concepimento è il principale determinante dell'incremento di peso durante la gestazione
e quindi il primo indicatore per un counseling nutrizionale adeguato alla donna

Incremento di peso secondo LG IOM 2009

BMI Pre-gravidico	Incremento di peso totale	Incremento di peso* raccomandato a settimana nel 2° e 3° trimestre
Sottopeso BMI < 18.5	da 12.5 a 18 kg	0.51 kg (0.44-0.58)
Normopeso BMI tra 18.5 e 24.9	da 11.5 a 16 kg	0.42 kg (0.35-0.50)
Sovrappeso BMI tra 25.0 e 29.9	da 7 a 11.5 kg	0.28 kg (0.23-0.33)
Obeso BMI > 30	da 5 a 9 kg	0.22 kg (0.17-0.27)

*I calcoli tengono in considerazione un aumento di peso di 0.5-2 kg nel primo trimestre

Epidemiologia

Per il nostro come per altri paesi, non esistono dati descrittivi dello stato ponderale materno

- Dati disponibili riferiti a donne in età fertile (PASSI, WHO)
- Non aggiornati (Peristat, WHO)



Costante **aumento** della prevalenza di sovrappeso e obesità nella popolazione adulta femminile

Quale è la situazione nella nostra Regione?

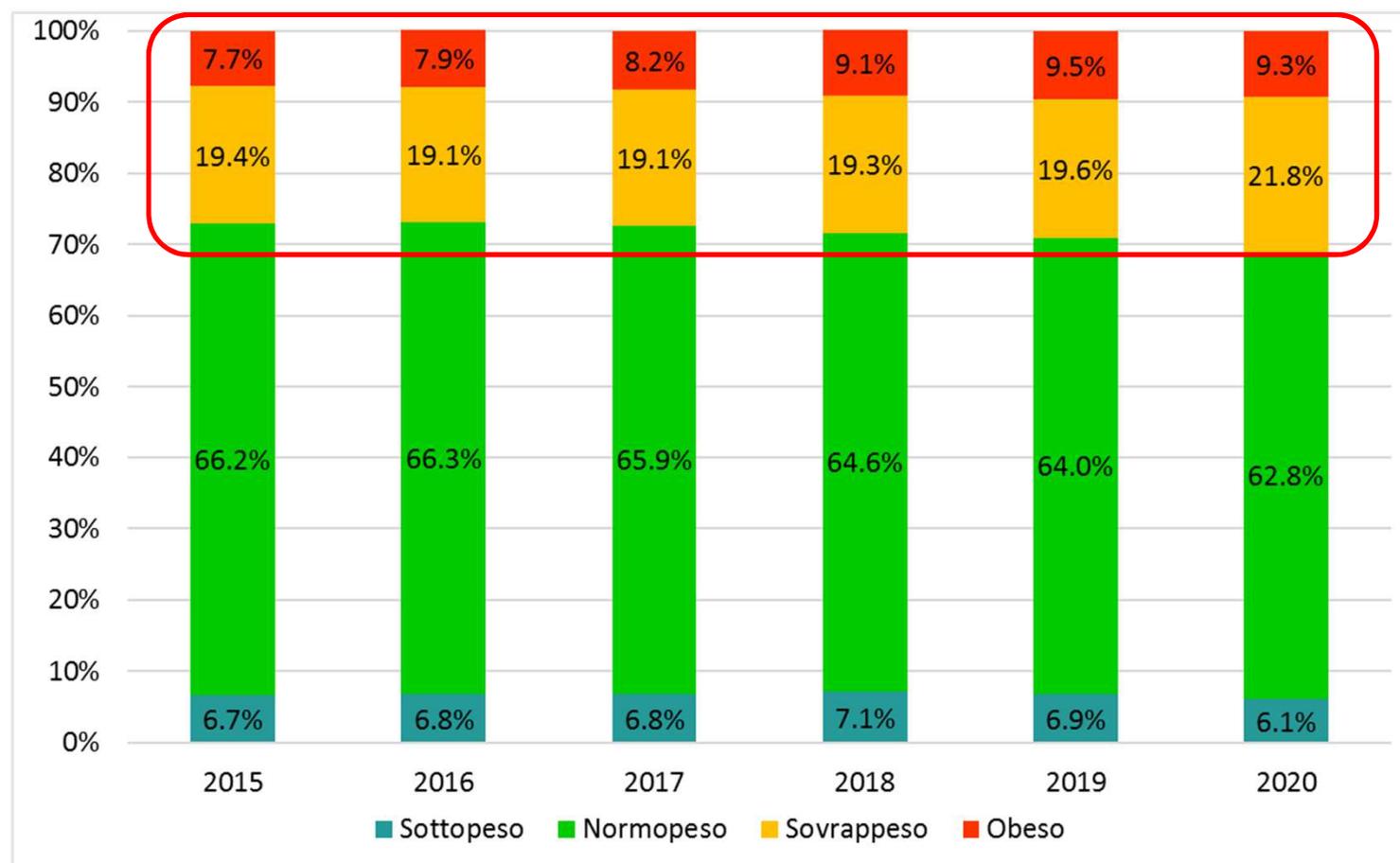
Stato nutrizionale pre-gravidico delle donne in FVG – Dati CeDAP anni 2015-2020

Classi di BMI	%
Sottopeso	6,7
Normopeso	64,9
Sovrappeso	19,7
Obesità	8,7
Totale	100,0

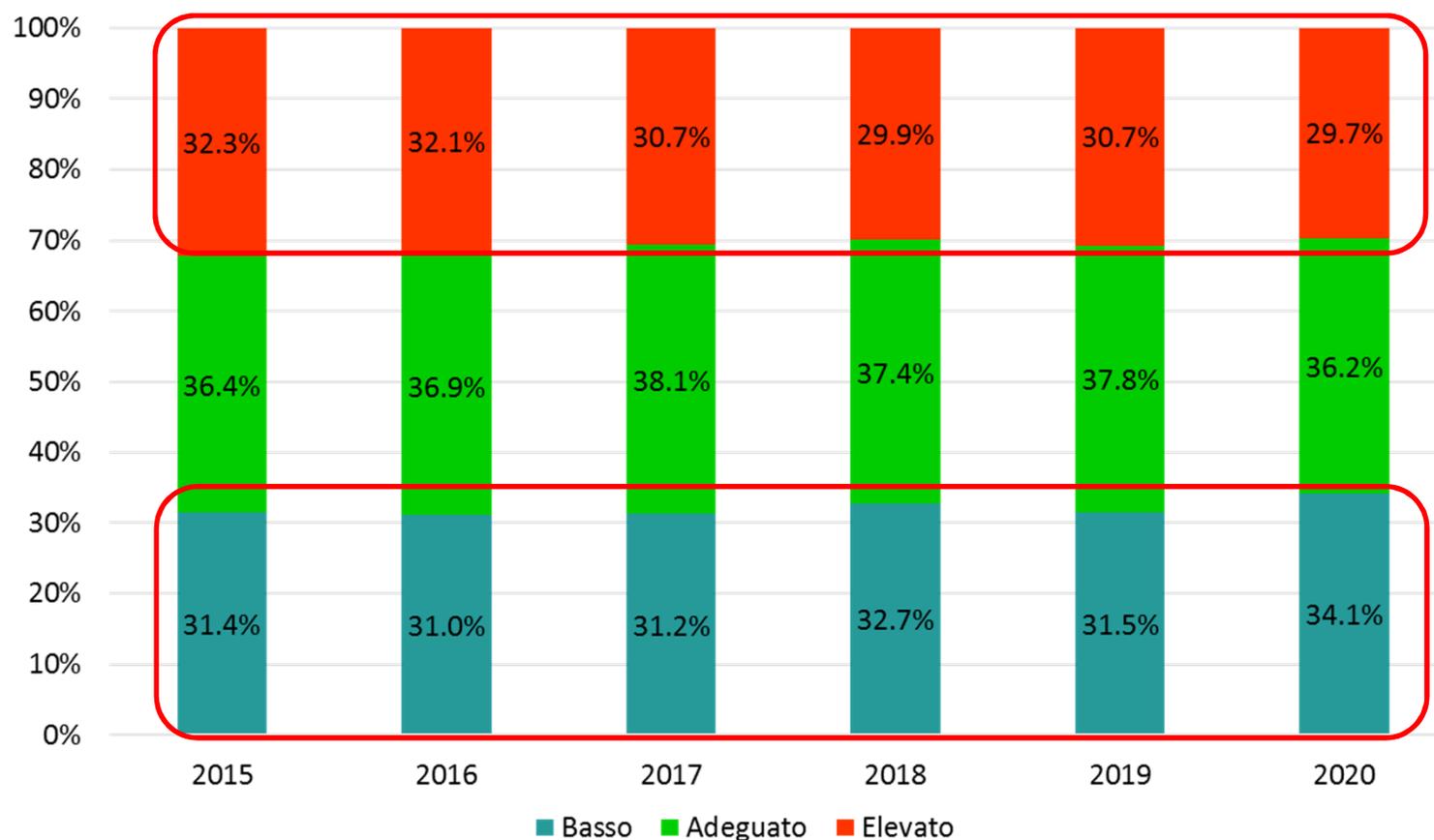
28,4%
eccesso
ponderale

L'informazione del BMI è disponibile nel CeDAP FVG da luglio 2015, a seguito dell'implementazione di un sistema regionale di sorveglianza del sovrappeso e dell'obesità in gravidanza

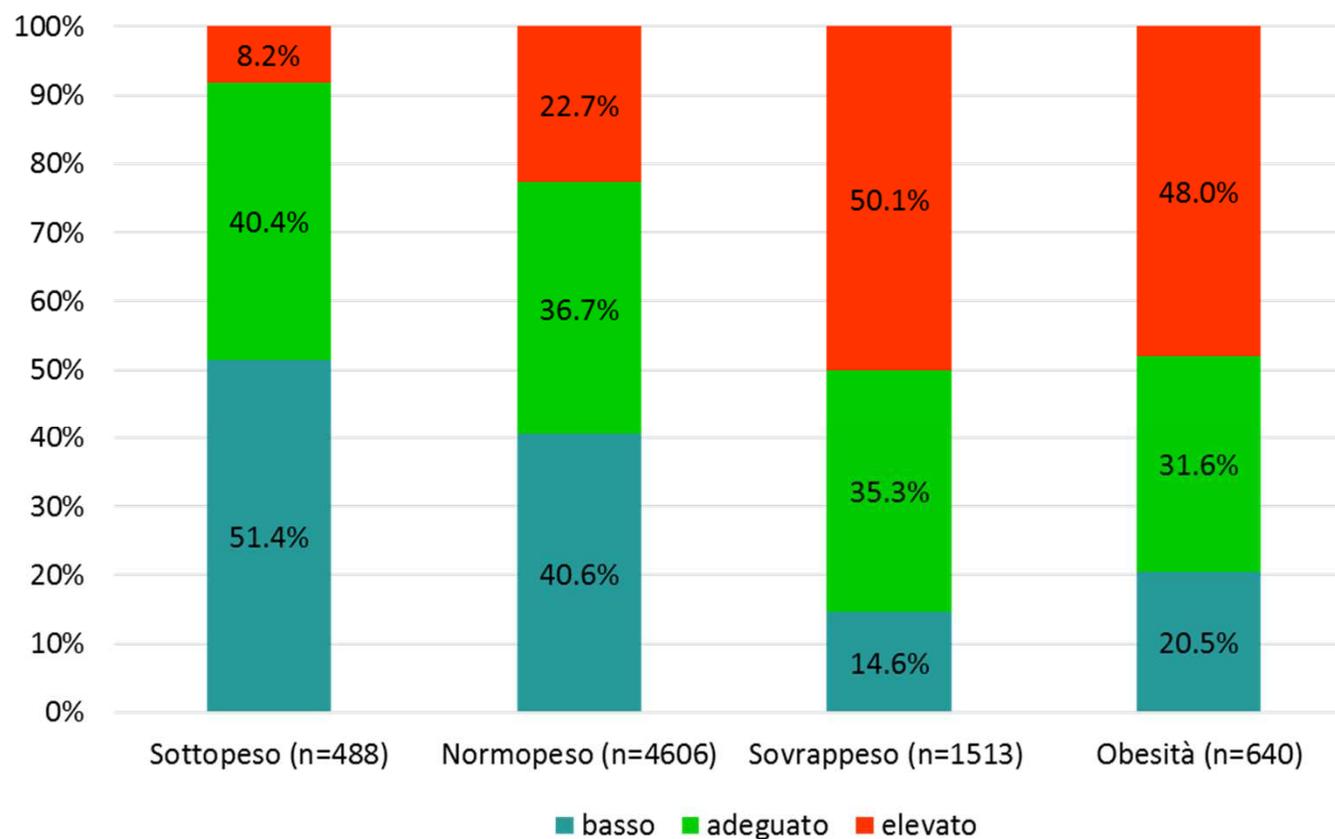
Trend temporale del BMI pre-gravidico in FVG



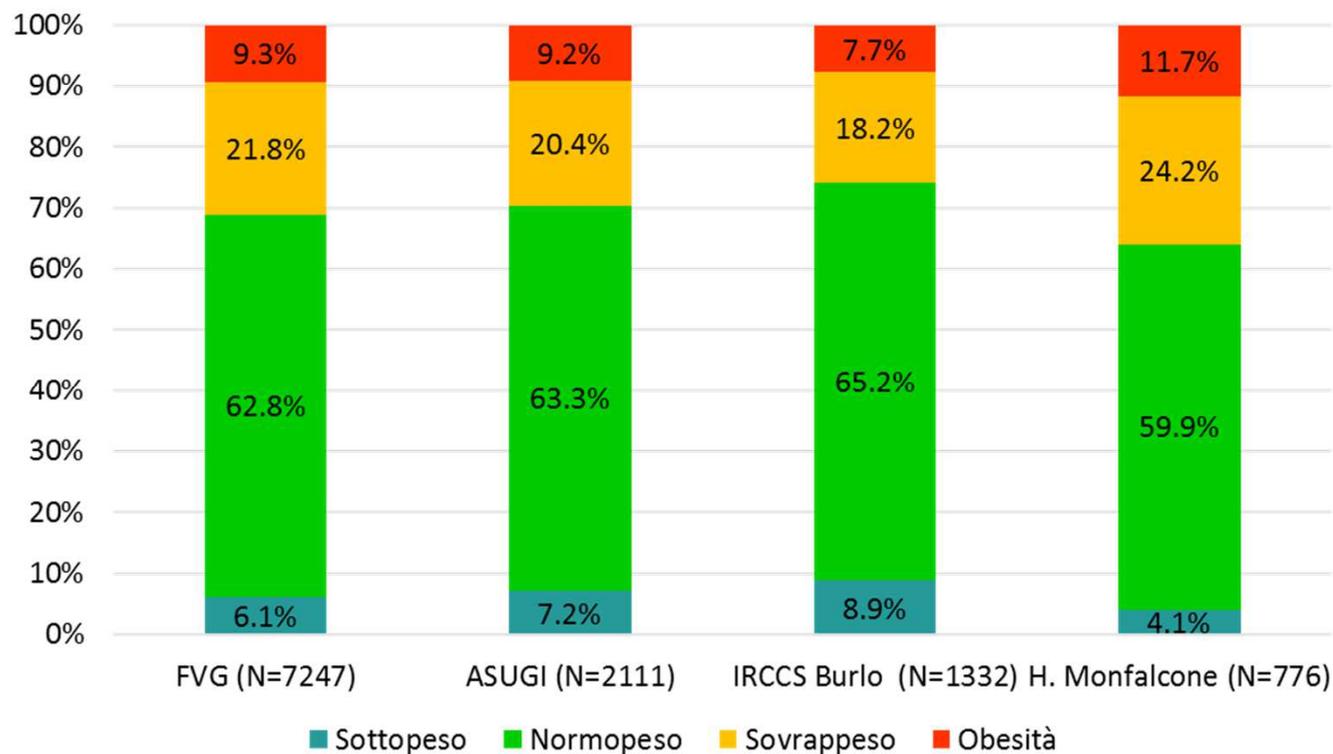
Incremento ponderale gestazionale in FVG anni 2015-2020



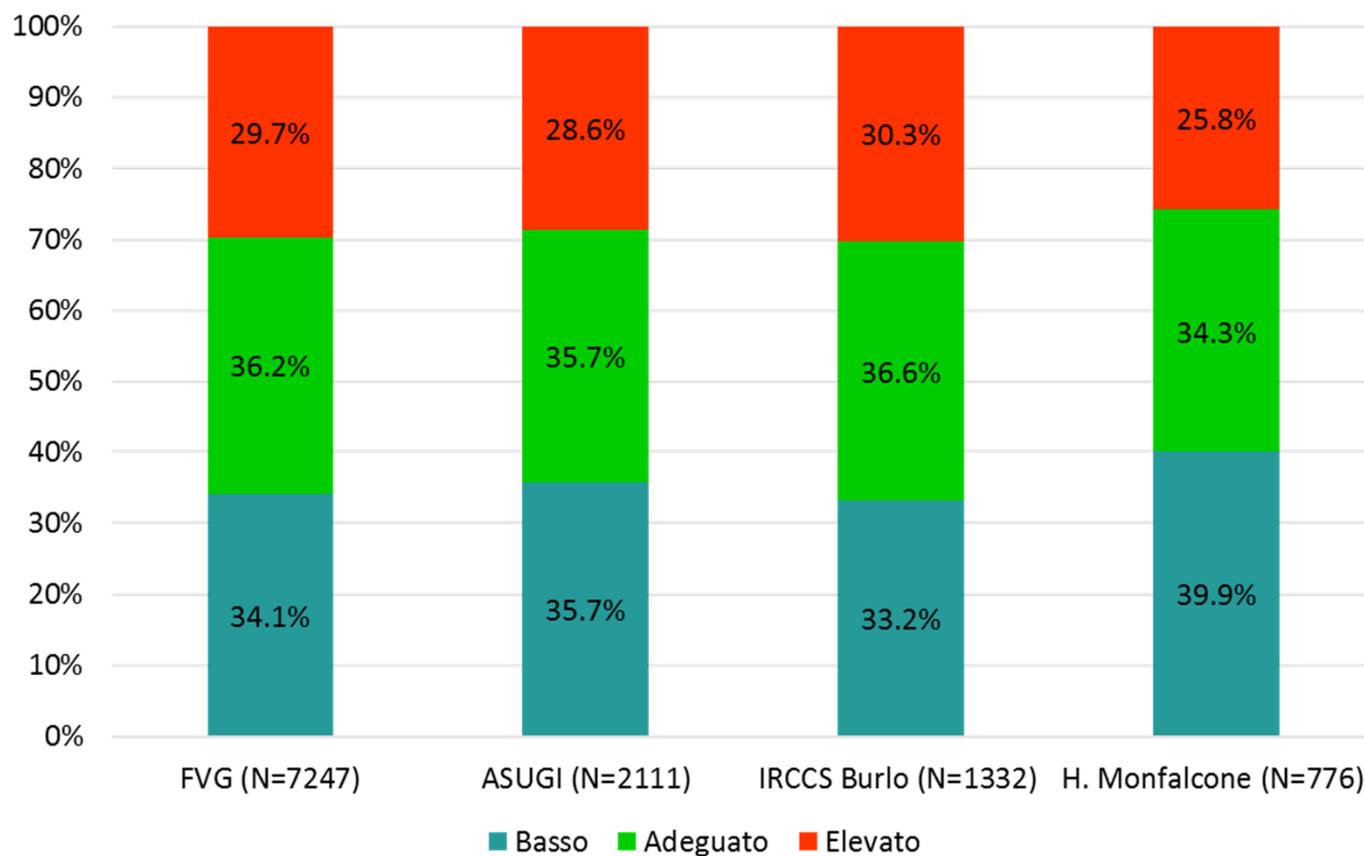
Distribuzione dell' incremento ponderale gestazionale per classe di BMI pregravidico FVG - anno 2020



BMI pre-gravidico in FVG e **ASUGI** anno 2020



Incremento ponderale gestazionale in FVG e territorio **ASUGI** - anno 2020



Caratteristiche della popolazione

Distribuzione del BMI pre-gravidico per età della madre, scolarità e cittadinanza

	CLASSI DI BMI (%)			
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesità
Classi d'età				
→ <20 anni	14,6	64,1	16,4	4,9
20-29	7,7	63,4	20,3	8,6
→ 30-39	6,3	65,5	19,4	8,8
40 o più	5,3	65,9	19,9	8,8
Scolarità				
→ Elementare/nessun titolo	4,1	44,6	32,4	18,9
Scuola media inferiore	6,2	54,3	25,6	13,9
Scuola media superiore	6,5	63,8	20,4	9,3
Laurea	7,4	71,7	15,7	5,2
Cittadinanza				
Italiana	7,0	66,7	18,3	8,0
→ Straniera	6,0	59,1	24,1	10,8

Donne che effettuano il primo controllo in gravidanza dopo le 12 settimane di età gestazionale per età della madre, scolarità e cittadinanza, FVG - anni 2011-2013 e 2014-2020

	PRIMO CONTROLLO DOPO LE 12 SETTIMANE (%)	
	2011-2013	2014-2020
CLASSI D'ETÀ		
<20 anni	19,0	21,9
20-29	7,8	7,9
30-39	4,4	4,5
40 o più	5,0	4,5
SCOLARITÀ		
Elementare/nessun titolo	18,3	18,0
Scuola media inferiore	9,5	9,8
Scuola media superiore	5,0	5,6
Laurea	3,4	3,6
CITTADINANZA		
Italiana	3,7	3,7
Straniera	12,1	12,3

Servizio prevalentemente utilizzato dalle donne durante la gravidanza, FVG – anni 2015-2020

Prevalenza utilizzo:
donne giovani (<20),
con scolarità medio-
bassa e straniere

Servizio prevalentemente utilizzato	%
Ginecologo/a o ostetrico/a privato	39,7
Ambulatorio ospedaliero pubblico	37,2
Consultorio familiare pubblico	16,1
Ginecologo/a o ostetrico/a intramoenia	5,2
Consultorio familiare privato	1,6
Nessun servizio	0,2
	100,0

In sintesi

- Nella nostra Regione il 28% delle donne che inizia una gravidanza è in eccesso ponderale (sovrappeso o obesa) e il 7% è sottopeso
- 2/3 delle donne hanno una crescita ponderale non appropriata per la propria categoria di BMI pre-gravidico e questo fenomeno viene sperimentato da tutte le categorie (sotto, normo, sovrappeso e obese).
- Sovrappeso e obesità tendono a colpire soprattutto sottogruppi di popolazione più fragili quali donne con basso reddito e/o basso livello di scolarizzazione e/o appartenenti a minoranze; e aumentano al crescere dell'età materna

Cosa possiamo fare per migliorare questi dati?

Le cose da fare sono tante e su più livelli



Approccio multisetoriale

MONITORAGGIO e **UNIFORMITA'** nelle tecniche di raccolta delle informazioni sono un buon punto di partenza



Sostegno per interventi
di sanità pubblica

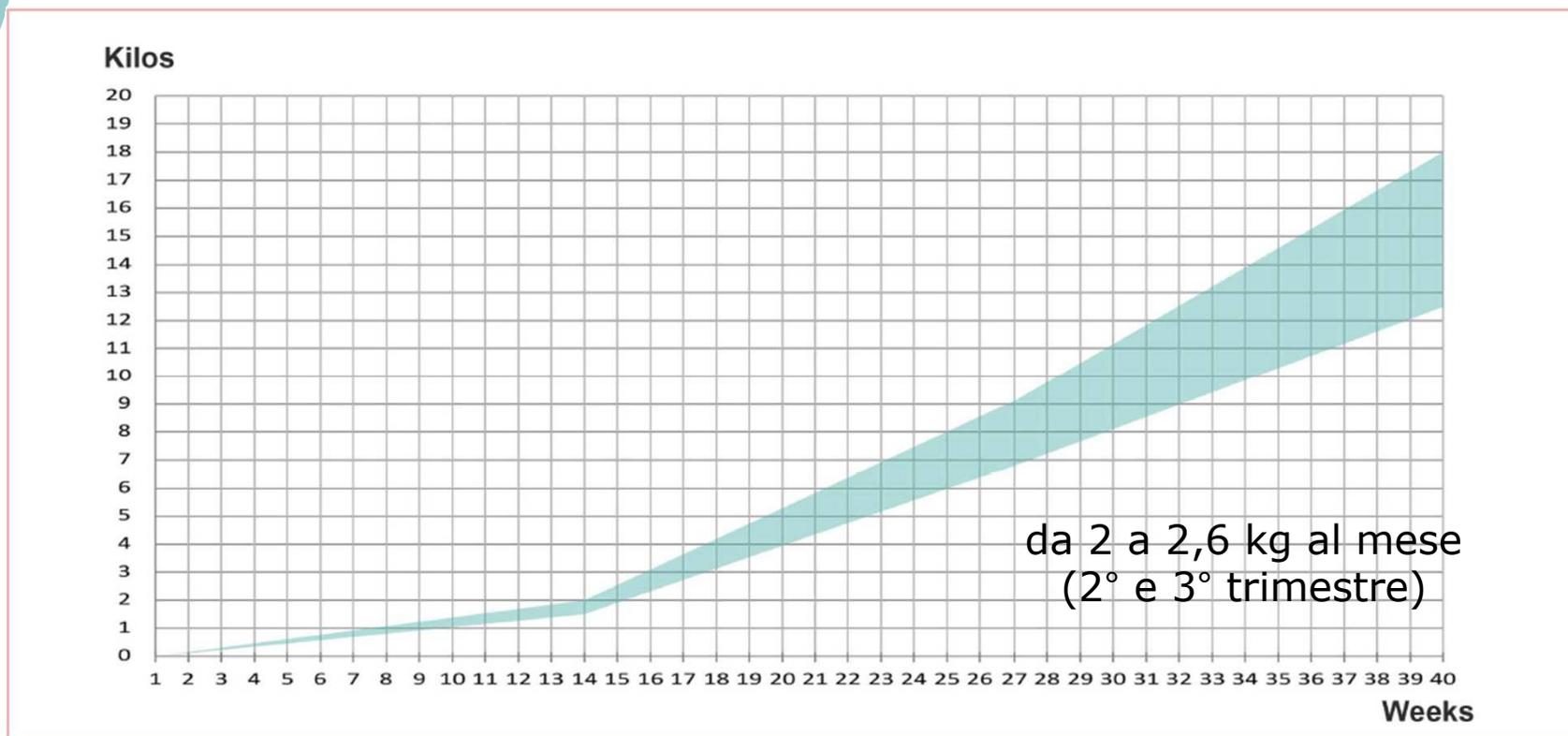


Sostegno per interventi
di tipo clinico

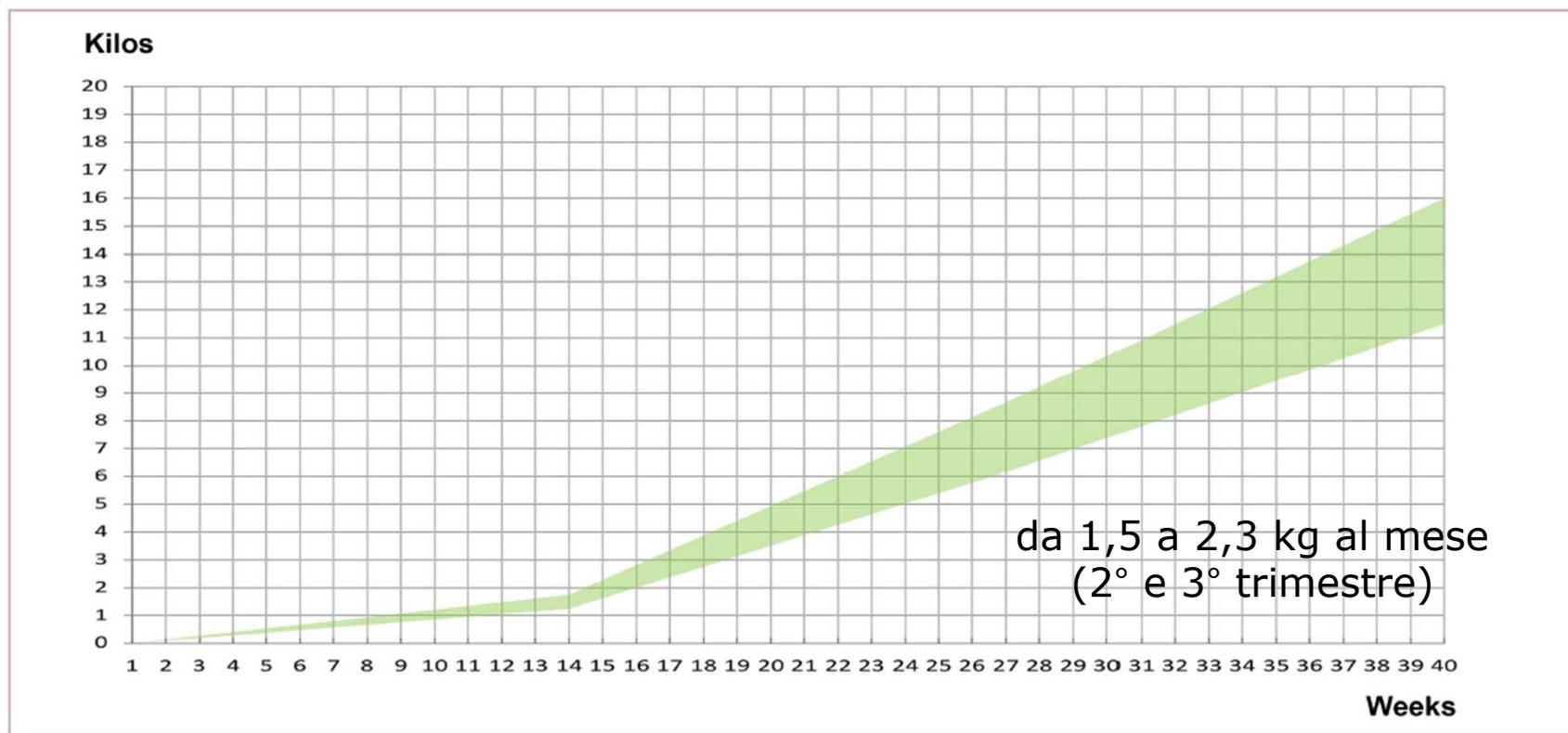
Strumenti pratici per l'operatore nella valutazione del peso durante la gravidanza

- Utilizzare cutoff del WHO per la classificazione del BMI pregravidico
- Rilevare periodicamente le misure antropometriche (non solo dati autoriferiti)
- Monitorare costantemente l'incremento di peso della donna attraverso l'utilizzo di curve adeguate

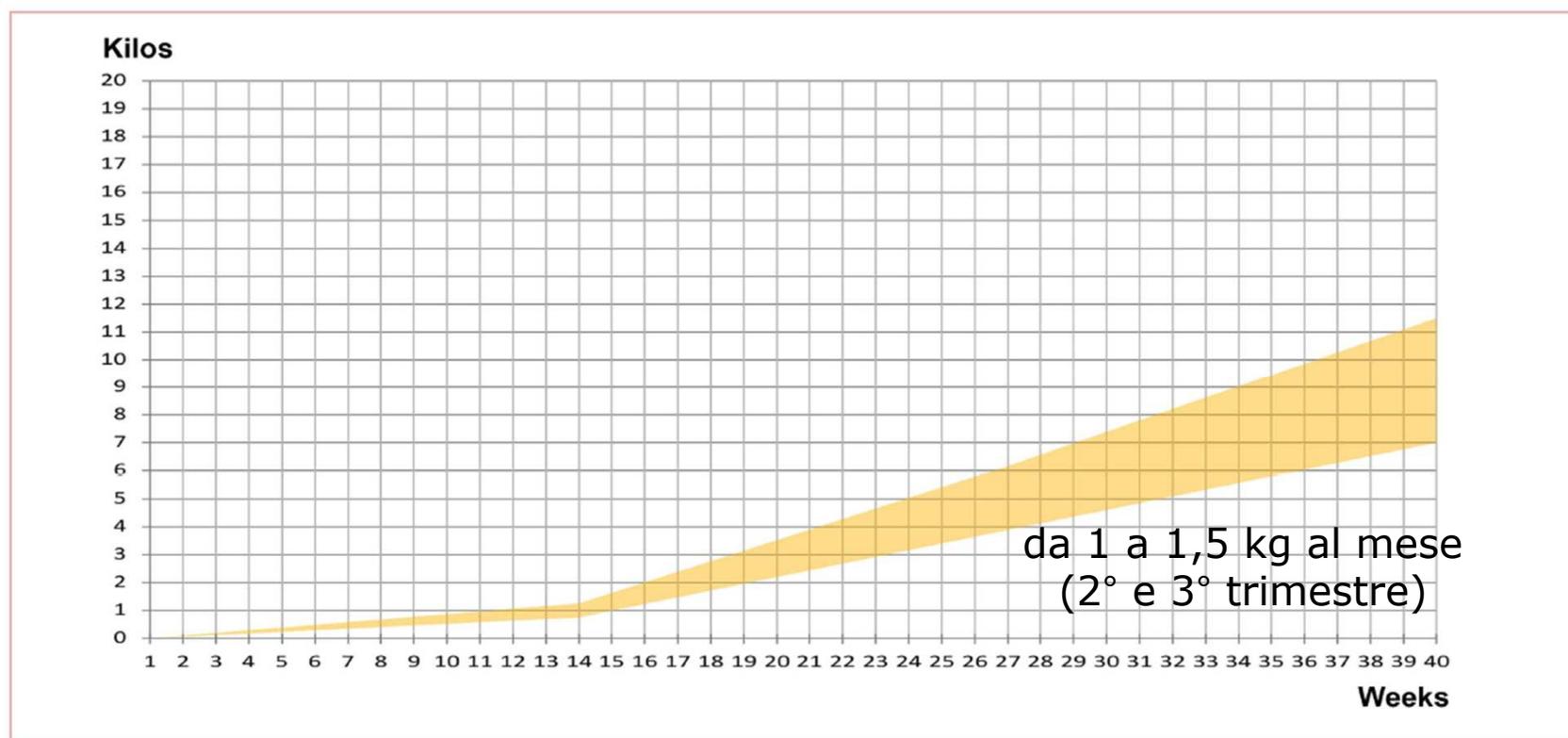
Incremento di peso per BMI pregravidico **sottopeso** (<18.5)



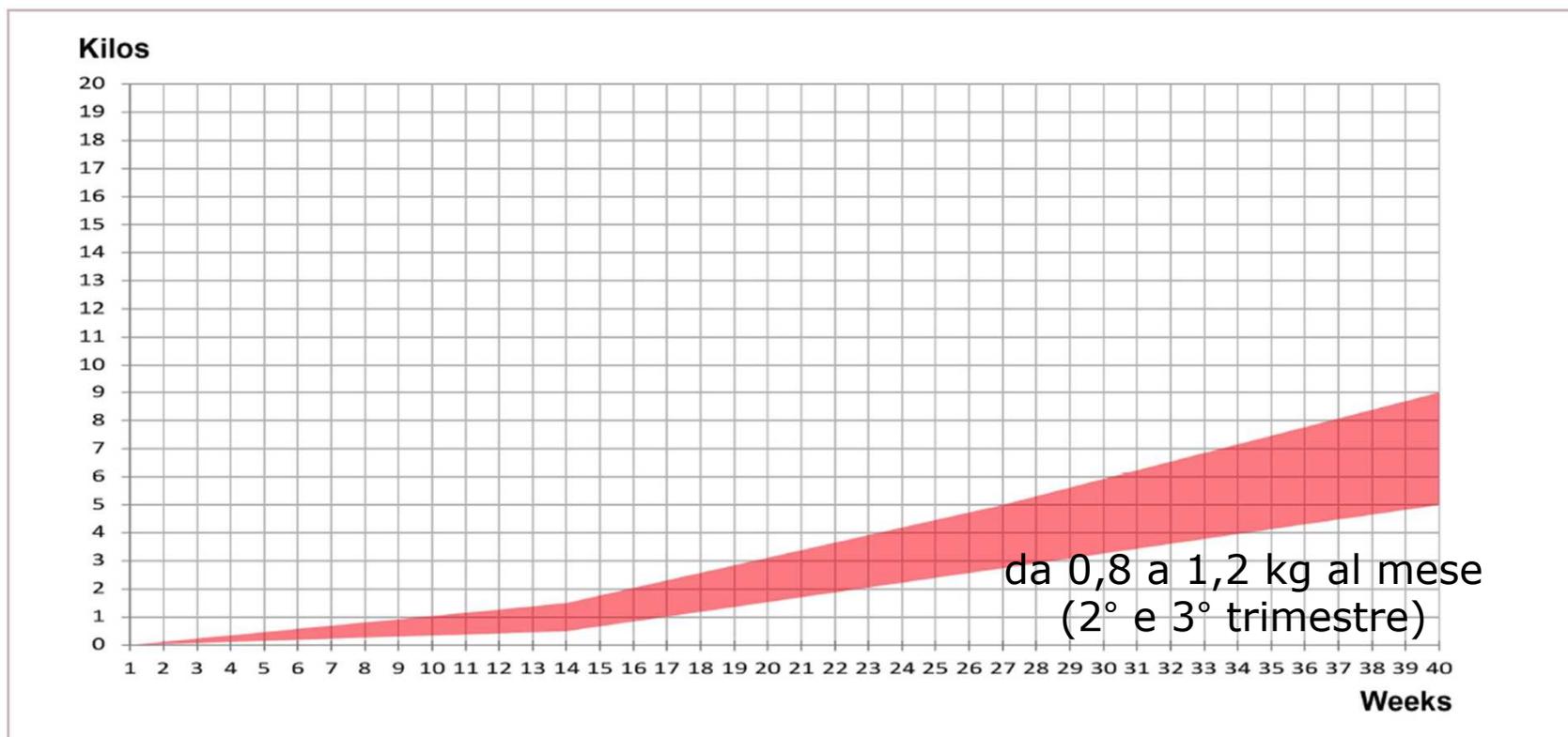
Incremento di peso per BMI pregravidico **normopeso** (18.5-24.9)



Incremento di peso per BMI pregravidico **sovrapeso** (25-29.9)



Incremento di peso per BMI pregravidico **obesità (>30)**



«Il regalo più grande che potremmo fare alle generazioni future è quello di migliorare la nutrizione e la crescita delle ragazze e delle giovani donne...»

David Barker

Grazie per l'attenzione!