

con il Patrocinio di



Diabete e gravidanza

Corso teorico pratico
per team diabetologico

Responsabili Scientifici:

Dr.ssa Lina Clementi

Dr.ssa Gabriella Garrapa

Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017



Dalla dichiarazione di S. Vincent a oggi: aree critiche
nel percorso di cura e problematiche di gestione

Natalia Visalli



Il Diabete Mellito in Europa

La dichiarazione di Saint Vincent Un piano d'azione per il futuro:

I Rappresentanti dei Ministeri della Sanità e delle Associazioni di pazienti di tutti i Paesi europei si sono incontrati con i Medici diabetologi a Saint Vincent (ITALIA) dal 10 al 12 ottobre 1989 sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'International Diabetes Federation (IDF). Essi hanno approvato unanimemente le seguenti raccomandazioni, esortando a presentarle in tutti i Paesi europei per la loro attuazione.

Il diabete mellito è un problema sanitario europeo serio e crescente, un problema che investe tutte le età e tutti i Paesi.

È causa di malattia cronica e di morte prematura.

Costituisce una minaccia per almeno dieci milioni di cittadini europei.

Rientra nei poteri dei Governi e dei Ministeri di Sanità nazionali creare le condizioni per ottenere una netta riduzione di questo pesante fardello di malattia e di morte.

I Paesi dovrebbero riconoscere formalmente il problema diabete e trovare le risorse per la sua soluzione.



Traguardi quinquennali

- Elaborare**, attuare e valutare ampi programmi per l'identificazione e il controllo del diabete e delle sue complicanze utilizzando, quali componenti importanti, autogestione e sostegno della comunità.
- Creare** nella popolazione e fra gli operatori sanitari la coscienza delle attuali possibilità e dei bisogni futuri per prevenire le complicanze del diabete e il diabete stesso.
- Organizzare** programmi di addestramento e di istruzione sul trattamento del diabete e l'assistenza per diabetici di qualsiasi età, per i loro familiari, amici e colleghi di lavoro nonché per gruppi sanitari.
- Garantire** che il trattamento dei bambini diabetici venga effettuato da singoli e gruppi specializzati nella cura del diabete infantile e che le famiglie di un diabetico in tenera età ricevano il necessario sostegno sociale, economico e psicologico.
- Potenziare** i centri di perfezionamento esistenti per la cura, l'educazione e la ricerca del diabete. Creare nuovi centri laddove sussistono necessità.
- Promuovere** indipendenza, equità e autosufficienza per tutti i diabetici – siano essi bambini, adolescenti, in età lavorativa o anziani.
- Rimuovere** gli ostacoli alla massima integrazione sociale possibile del cittadino diabetico.
- Attuare** provvedimenti efficaci per la prevenzione di complicanze onerose:
- Ridurre di un terzo o più i nuovi casi di cecità di origine diabetica;
 - Ridurre di almeno un terzo il numero di pazienti che sviluppa, insufficienza renale diabetica allo stadio terminale;
 - Dimezzare i casi di amputazione degli arti per gangrena diabetica;
 - Ridurre nel diabetico la morbilità e la mortalità per cardiopatia coronarica con efficaci programmi di abbattimento dei rischi;
 - Ottenere che la gravidanza delle donne diabetiche abbia gli stessi esiti delle donne non diabetiche.



POSSIBILI COMPLICAZIONI DI UNA GRAVIDANZA CON DIABETE

FETALI – NEONATALI



- **Malformazioni Congenite**
- **Macrosomia**
- **Ritardo di Crescita (IUGR)**
- **Ipoglicemia Neonatale**
- **ittero**
- **Policitemia**
- **Distress Respiratorio**
- **Ipocalcemia**
- **Morte endouterina**

MATERNE- OSTETRICHE



- **Aborto Spontaneo**
- **Preeclampsia-eclampsia**
(differenziare da ipertensione
cronica in gravidanza)
- **Polidramnios**
- **Parto pre-termine**
- **Taglio Cesareo**



RISCHIO DI MALFORMAZIONI CONGENITE

Incidenza 6-12% (vs 2-3% nelle non diabetiche)

Anomalia	Rapp. di incidenza
Sindrome regressione caudale	252
Spina bifida, idrocefalo e altre SNC	2
Anencefalia	3
Situs inversus	84
Anomalie cardiache	4
Atresia anale/rettale	3
Anomalie renali	5
agenesia	6
rene policistico	4
Duplicazione ureterale	23





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

OBIETTIVO 5

(diabete gestazionale; diabete e gravidanza)

“Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l’assistenza alle donne con diabete gestazionale”.



Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017

LO STUDIO ITALIANO SUGLI OUTCOMES

34 Centri 1998-2002
504 DMI 164 DM2



Malformazioni Congenite

Diabete Pregravidico 4.6%

Popolazione Generale 0,4%

Mortalità Perinatale

Diabete Pregravidico 0.9%

Popolazione Generale 0.6%

Tagli Cesarei

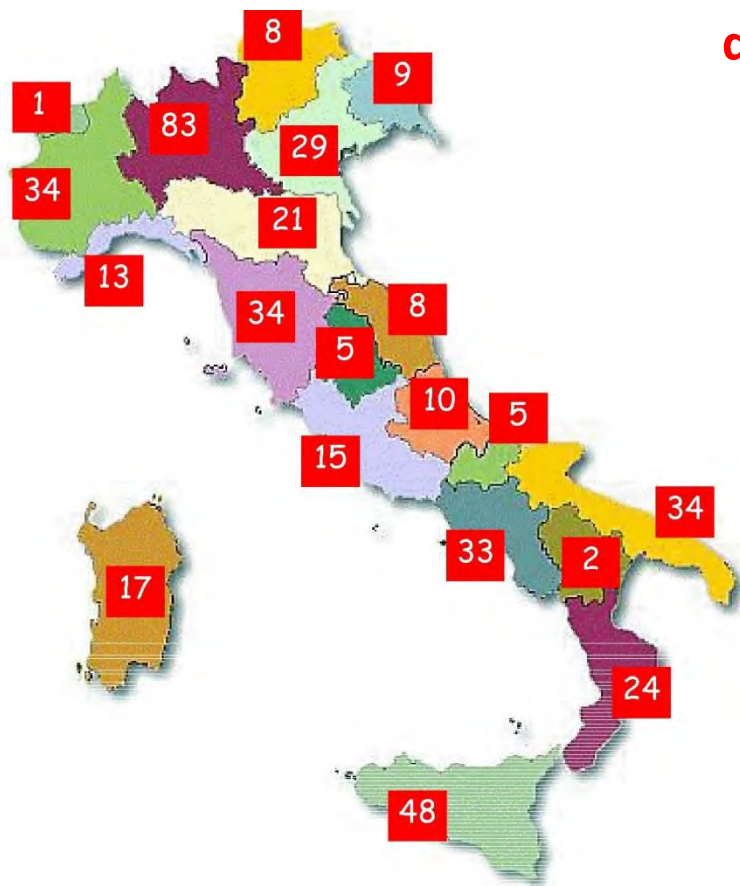
Diabete Pregravidico 64%

Popolazione Generale 28,4%

**Lapolla Dati Italiani Studio WHO-Europa, NMCD 2007;*

**Rapporto Annuale Ministero Salute 2004*

2004



Obiettivo :
esaminare gli aspetti strutturali e organizzativi dell'assistenza al diabete in gravidanza in Italia

Somministrato un questionario a tutti i **528 centri diabetologici attivi sul territorio italiano.**

312 (71,7%) si sono dichiarati effettivamente attivi nel campo del diabete in gravidanza.

Circa la metà (45,8%) ha un ambulatorio dedicato, ma solamente nel 14,7% dei casi (**22**) si tratta di un **ambulatorio congiunto ostetrico/diabetologico.**

Solo una piccola percentuale dei centri (22,8%) ha inserito nei propri programmi educativi temi relativi alla riproduzione femminile, **solo il 24% ha effettivamente esperienza di 5 o più gravidanze con pregestazionale in un anno.**

*Gruppo di lavoro interassociativo
AMD-SID "Mamma serena"*



Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017



STUDIO DAWN ITALIA IL DIABETE IN GRAVIDANZA

- a. La diagnosi di "diabete" evoca paure non sempre giustificate
- b. L'avvio delle gestanti alle procedure diagnostiche per il DG è di pertinenza quasi esclusiva del ginecologo (ruolo marginale dei MMG)
- c. Il monitoraggio del DG avviene presso i servizi di diabetologia, ma tra diabetologi e ginecologi il grado di collaborazione è ancora insoddisfacente
- d. La frammentarietà e la disomogeneità dell'assistenza, provocano risposte sanitarie difformi con la possibilità di outcome materno fetali più "rischiosi": aumento dei nati macrosomici, aumento dei parti distocici, aumento dei tagli cesarei, aumento della morbilità fetale e neonatale con ricorso più frequente al ricovero in NICU.
- e. La carenza di centri di riferimento dedicati e di un PDTA che metta in relazione le figure che ruotano intorno alla paziente (medico di medicina generale, diabetologo, ginecologo, ostetrica, infermiere, dietista) fa sì che la situazione italiana sia ancora lontana dagli standard ottimali indicati dalla Dichiarazione di S.Vincent: rendere l'outcome della gravidanza diabetica simile a quella della gravidanza fisiologica.





Comitato di coordinamento
del Gruppo di Studio
Diabete e Gravidanza
e del board del D.A.W.N.
Pregnancy Italy

STUDIO DAWN ITALIA

IL DIABETE IN GRAVIDANZA



- f. Il diabete gestazionale è un importante fattore di rischio per l'insorgenza di diabete di tipo 2 dopo la gravidanza ed il follow-up post-partum, pur indispensabile, è comunque un momento che i Servizi di Diabetologia non riescono ad affrontare dal punto di vista organizzativo.
- g. La presenza di un numero crescente di donne provenienti da paesi stranieri, che si rivolgono ai servizi di diabetologia nel corso della loro gravidanza, impone la stutturazione di ambulatori dedicati con personale particolarmente addestrato, per far sì che le prescrizioni mediche siano correttamente eseguite



Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017

STUDIO DAWN ITALIA

IL DIABETE IN GRAVIDANZA



CALL TO ACTION

1. Formare gli operatori sanitari per la realizzazione di un PDTA per il diabete gestazionale.
2. Realizzare campagne informative, anche attraverso organi di stampa e mass-media, per sensibilizzare le donne alla problematica dello screening, della diagnosi e del follow-up post-partum
3. Creare in ogni regione una rete di assistenza per diabete in gravidanza con collegamenti fra i diversi centri operanti a livello territoriale
4. Sviluppare protocolli condivisi, finalizzati a ridurre i parti pre-termine, i tagli cesarei e l'eventuale sviluppo del diabete tipo 2 negli anni successivi al parto
5. Inserire l'argomento "gravidanza" nei comuni piani educativi per tutte le pazienti diabetiche in epoca fertile (accanto alla gestione della dieta, delle ipoglicemie, dell'autocontrollo) .
6. Migliorare la comunicazione tra pazienti, mediatori culturali e operatori sanitari, per ottimizzare l'outcome materno-fetale nelle gestanti diabetiche migranti nel nostro paese.



Oggi la gestione corretta del diabete in gravidanza deve trovare sempre più il concetto di integrazione specialistica tra lo specialista diabetologo, quello in ostetricia e un ruolo

importante potrà essere giocato dall'inserimento di figure professionali di supporto psicologico.

Oggi bisogna garantire alla donna diabetica di avere una gravidanza con i minori rischi possibili, e per far questo bisogna che la donna possa contare su un team multidisciplinare,

in grado di assicurare parti nella massima sicurezza, su ambulatori dedicati per garantire il migliore controllo durante il periodo pre e post-parto, consentendo alla donna di poter continuare a svolgere una vita quotidiana serena.



Perché un ambulatorio dedicato e congiunto

Difficile seguire le pazienti in un ambulatorio diabetologico “classico”:

1) si tratta di gravidanze a rischio, che necessitano di una attenta valutazione metabolica per un tempo ridotto, con una alta frequenza di incontri, per le quali è necessario un intervento tempestivo e mirato rispetto alla fase di gravidanza. **E' impossibile definire liste di attesa per queste pazienti.**

2) E' controindicato fare attendere le pazienti in gravidanza nella **sala di attesa di un ambulatorio diabetologico insieme con pazienti diabetici**: entrerebbero, infatti, in contatto con tutte le difficoltà, in termini di complicanze e di terapia, che sia associano al diabete e ciò aumenterebbe le loro preoccupazioni..



Perché un ambulatorio dedicato e congiunto

Impossibile seguire le pazienti in un ambulatorio ostetrico:

Necessità di confrontarsi continuamente con il team diabetologico rispetto alla gestione della patologia.



In un modello di patologia come quello del diabete in gravidanza, la qualità complessiva della assistenza può dipendere da **fattori strutturali e organizzativi**, che possono risultare più determinanti che non la acquisizione di linee-guida clinicamente e scientificamente corrette.

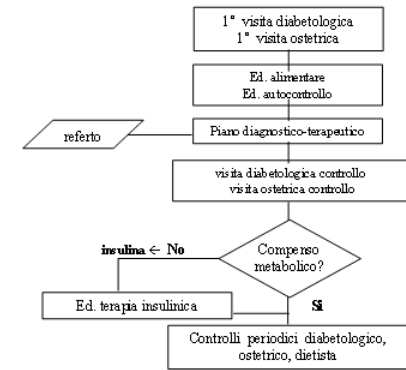
Per una razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'assistenza, è **importante favorire la nascita di servizi congiunti (con diabetologi, ostetrici, neonatologi)** per il monitoraggio ostetrico diabetologico finalizzato a garantire alla donna con diabete gestazionale indicazioni diagnostiche e valutazioni del rischio gravidico.



Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017

Ambulatorio dedicato e condiviso “Diabete e Gravidanza”,

- 1) delineare un Profilo di Cura
- 2) stabilire le responsabilità delle varie figure professionali nelle diverse fasi del profilo per evitare il sovrapporsi di azioni e motivare l'equipe alla ottimale realizzazione per percorso.
- 3) Importante è l'utilizzazione di una *cartella informatizzata* strutturata per raccogliere i dati relativi alla patologia diabetica in gravidanza *con aree dedicate alla diverse figure professionali*, che permetta la contemporanea consultazione di differenti aspetti della diagnosi e cura della patologia.



MATRICE di RESPONSABILITA'

Figura che svolge l'attività → ↓ Descrizione dell'attività	Diabetologo	Ginecologo	Infermiera	Ostetrica	Dietista	Pediatra	Altro
Educazione alimentare	C	-	-	-	R	-	-
Educazione autocontrollo	C	-	R	-	-	-	-
Educazione terapia insulinica	C	-	R	-	-	-	-
Piano diagnostico-terapeutico	R	R	-	-	-	-	C
Valutazione diabetologica successiva	R	-	C	-	-	-	-
Valutazione ostetrica successiva	-	R	-	C	-	-	-

R = Responsabile
C = Coinvolto





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

Sulla base dei dati di prevalenza nazionali ed europei, si stima che circa il 6-7% di tutte le gravidanze risulti complicato da diabete. Ogni anno in Italia oltre 40.000 gravidanze sono complicate da diabete gestazionale e circa 1.500 da diabete pregravidico. L'aumento dell'incidenza di diabete tipo 2 nelle donne in età fertile e il fenomeno dell'immigrazione da Paesi a elevata incidenza di DMT 2 porteranno, nei prossimi anni, a un progressivo aumento delle gravidanze in donne diabetiche, spesso non programmate.



Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

La programmazione della gravidanza è importante per ridurre la frequenza di outcome avverso materno e fetale ma, purtroppo, in Italia solo circa il 50% di tali gravidanze sono programmate. Questo dato spiega almeno in parte come l'incidenza di malformazioni congenite nella popolazione diabetica risulti 5-10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.



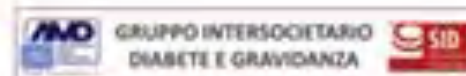
Ancona, Domus Stella Maris
1 Aprile 2017

Educare ad una maternità consapevole

Appropriata di un percorso educativo
per la donna con diabete

20 / 21 novembre 2014

The Church Palace Hotel
via Atralla, 481 - Roma



Scuola Permanente di Formazione Continua AMD