

La persona con diabete nel team diabetologico: i modelli ideali e la realtà

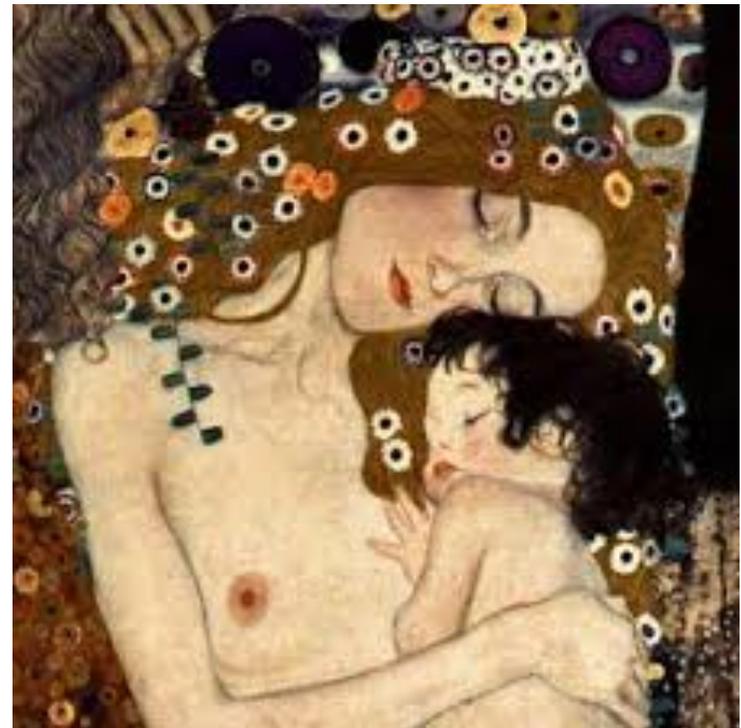
DIABETE E GRAVIDANZA

Dott.ssa ANGELA DEL PRETE

Centro di Diabetologia

AUSL Viterbo

UOSD Medicina Civita Castellana





Diabete pregestazionale: preesistente la gravidanza, 80%
DMI, 20% DM2

Diabete manifesto: preesistente ma misconosciuto,
diagnosticato in occasione della gravidanza; più spesso si
tratta di DM2;

Diabete gestazionale: alterazione glicemica diagnosticata
con uno screening la cui modalità è stata ridefinita nel 2011
(OGTT 75 g da eseguire tra la 24° e la 28° sett; nelle donne
maggiormente a rischio (pregresso DMG e/o obesità e/o
IFG/IGT) tale screening va effettuato tra la 16 e la 18°
settimana e ripetuto, se negativo, tra la 24° e la 28°).
Il 10-25% delle gravidanze è complicato da DMG.
Generalmente si risolve dopo il parto.
Rischio di diabete tipo 2 dopo 5-10 anni dal parto.

Ogni anno in Italia:

- Oltre 40.000 gravidanze sono complicate da DMG
- Circa 1500 gravidanze con diabete pregestazionale

Incidenza in aumento a causa di:

- ✓ Aumento **obesità**
- ✓ **Età** sempre più avanzata del concepimento
- ✓ Sempre più frequente ricorso a **tecniche di fecondazione assistita** – gravidanze gemellari
- ✓ **Flussi migratori** da aree ad alta prevalenza di diabete: Asia Meridionale (India, Pakistan, Bangladesh)
Caraibi, Medio Oriente (Arabia Saudita, Emirati Arabi, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto)



IPERGLICEMIA in gravidanza

Ipertensione
Preecl/Eclampsia
Infezioni
Nel preegest:
progressione
compl cr

Fetal
Programming

**NEL I
TRIMESTRE**

**NEL II e III
TRIMESTRE**

**MALFORMAZIONI
ABORTIVITA'
precoce**

**MACROSOMIA
MORTE ENDOUTERINA
IPOGLICEMIA
IPOCALCEMIA
ITTERO
SINDROME DA DISTRESS RESP
POLIAMNIOS
PARTO PRETERMINE
MICROSOMIA**

**TAGLIO CESAREO
DISTOCIA DI
SPALLA**



Outcome materno-fetale

- Peggior nella gravidanza complicata da diabete rispetto alla gravidanza fisiologica
- Incidenza di malformazioni: 5-10 volte maggiore nella gravidanza con diabete pregestazionale rispetto alla gravidanza fisiologica
- Maggior frequenza di TC, distocia di spalla, parto pretermine, ricovero in TIN, morte perinatale in diabete pregestazionale e in DMG

IL PIANO NAZIONALE DIABETE

Uno dei 10 obiettivi generali del piano è:

**‘ Nelle donne diabetiche in gravidanza
raggiungere outcome materni e del
bambino equivalenti a quelli delle
donne non diabetiche’**

(= Dichiarazione di Saint Vincent 1989)

La prevenzione delle malformazioni: PROGRAMMAZIONE DELLA GRAVIDANZA

- Cruciale il compenso glicemico nelle prime 6-7 settimane di gestazione
- **In Italia solo la metà delle gravidanze nelle donne diabetiche è programmata**
- **Programmare = ottimizzare il compenso glicemico, ottenere un calo ponderale in caso di obesità, sospendere fumo e farmaci teratogeni, iniziare acido folico, effettuare lo screening delle complicanze IN PREVISIONE DEL CONCEPIMENTO; ricorrere alla CONTRACCEZIONE quando la gravidanza non è desiderata e desiderabile**

Possibili soluzioni:

- **Counselling sistematico** presso il Servizio di Diabetologia
- **Incontri periodici** presso il Servizio di Diabetologia per gruppi di giovani donne con diabetologo, ginecologo, psicologo per parlare di sessualità, contraccezione e programmazione della gravidanza
- **Attivazione dell'Ambulatorio di Transizione**

Necessità di fornire una risposta assistenziale adeguata a una vasta utenza

‘Vengono segnalate frammentarietà e disomogeneità dell’assistenza che determinano risposte sanitarie difformi’
(BURL Reg Lazio 24/12/2015)

- realtà in cui il DMG è gestito dal solo ginecologo
- realtà in cui non esiste alcun contatto tra ginecologo e team diabetologico
- realtà in cui il diabetologo lavora da solo in Ambulatorio occupandosi saltuariamente di casi di gravidanza



Offerta sanitaria variabile, non standardizzata, che contempla **anche casi di ‘ipermedicalizzazione’ e spreco di risorse.**

Esempi: casi di donne a cui viene di routine prescritta la metformina; casi in cui viene richiesto di prassi sia il controllo dopo 1 che dopo 2 ore dal pasto; casi di OGTT con curva insulinemica in gravidanza e prescrizione di metformina per ‘iperinsulinemia’ in gravidanza (al di fuori di protocolli di ricerca); frequentissimi gli errori nel regime alimentare

**HO FINITO DI LEGGERE
QUEL LIBRO CHE PARLA
DELLA DIETA SENZA
PASTA, PANE E DOLCI.**

**ALLA FINE
LA PROTAGONISTA MUORE.**



to Ti Medico®

- ❖ Accesso rapido al SD (no lista di attesa, possibilità di controlli ravvicinati: ogni 1-3 settimane)
- ❖ Accesso alle tecnologie applicate al diabete
- ❖ Diagnosi di LADA e MODY
- ❖ **TEAM CONGIUNTO** che lavora con un **PDTA CONDIVISO**



❖ **PAC DIABETE IN GRAVIDANZA**

La cura della paziente extracomunitaria



- Uso sistematico di materiale divulgativo in lingua
- Mediatore culturale
- Conoscenza abitudini di vita (es. rispetto della dieta del paese di provenienza)

Perdita delle pazienti con DMG al follow up

- **Meno del 50% delle donne con pregresso DMG effettua l'OGTT post-partum**
- Si perde un'occasione di diagnosi precoce e prevenzione del diabete
- Spesso alla nuova gravidanza la donna con pregresso DMG non effettua l'OGTT di screening anticipato previsto dalle linee guida

Possibili soluzioni:

- Prescrizione OGTT post-partum** all'ultima visita programmata presso il SD e rilascio appuntamento
- Recall** per chi non si è presentato e per gli anni successivi
- Sensibilizzazione della donna all'OGTT anticipato alla gravidanza successiva e alla programmazione della gravidanza in caso di obesità
- PAC post-partum; PAC sindrome metabolica**

Linee di intervento (Piano Regionale)

- Attuazione presso tutti i Punti Nascita e i Consultori Regionali dello screening per DMG secondo LG
- Predisposizione a livello delle AUSL di percorsi assistenziali che favoriscano l'integrazione tra tutte le figure professionali coinvolte (team diabetologico, ginecologo, ostetrica, neonatologo, MMG)
- Utilizzo del PAC per diabete gestazionale
- Predisposizione di procedure scritte per il follow up in gravidanza e la gestione di travaglio e parto
- Coinvolgimento del MMG nel follow up della donna con DMG
- Implementazione di un sistema di raccolta dati sul DMG e monitoraggio degli outcome materno-fetali



L'esperienza nella AUSL VITERBO

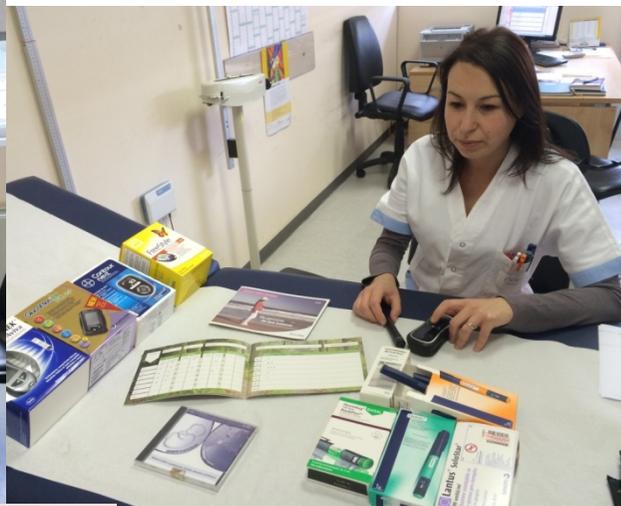
- Ambulatorio Congiunto Ostetrico-Diabetologico: attivo dal 2013 una mattina a settimana
- Sono state seguite circa 90 donne l'anno
- Al Team Diabetologico (Diabetologo, Infermiere, Dietista, Psicologo) si affiancano il Ginecologo e l'Ostetrica
- Controlli diabetologici (controllo incremento ponderale, compenso glicemico e stato delle complicanze d'organo)+ Controllo parametri ecografici di crescita e insulinizzazione fetale (peso, CA, AFI) con personalizzazione dei target glicemici e definizione condivisa del timing del parto

RESPONSABILITA'

Figura che svolge l'attività → ↓ Descrizione dell'attività	Diabetologo	Ginecologo	Infermiera	Ostetrica	Dietista	Pediatra	Altro
Accettazione	C	C	-	R	-	-	-
Appuntamento	-	-	-	R	-	-	-
Valutazione diabetologica	R	-	C	-	-	-	-
Valutazione ostetrica	-	R	-	C	-	-	-
Educazione alimentare	C	-	-	-	R	-	-
Educazione autocontrollo	C	-	R	-	-	-	-
Educazione terapia insulinica	C	-	R	-	-	-	-
Piano diagnostico-terapeutico	R	R	-	-	C	-	C
Espletamento parto	C	-	-	C	-	-	R
Valutazione neonato	C	-	-	C	-	R	-
Piano terapeutico post-partum	C	-	-	C	C	-	R
Dimissione paziente	C	-	-	C	C	-	R
Visita follow-up per DM12	R	-	C	-	C	-	-
Referto Ambulatorio	R	R	-	R	C	-	-

R = Responsabile

C = Coinvolto



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

