



sweet digital pregnancy

BOLOGNA

14 Febbraio 2025

Hotel NH Bologna Villanova



Dichiarazione dei conflitti d'interesse

- **Nessun conflitto**



sweet digital
pregnancy



B O L O G N A

14 Febbraio 2025

Hotel NH Bologna Villanova
Via Villanova, 29/8

Dati Puliti e Qualità dell'assistenza al Diabete Gestazionale

Valeria Manicardi

Consigliere Nazionale Fondazione AMD

Coordinamento Annali AMD

Linee Guida per il GDM -2010

- Hapo Study - 2008 → OGTT 75 gr tra la 24°- 28° settimana
- L' "International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups" (IADPSG), a Pasadena (USA) - 2008
- Criteri IADPSG per lo screening e la diagnosi, accolti nel marzo 2010 dal Gr di Studio AMD-SID su «diabete e Gravidanza»

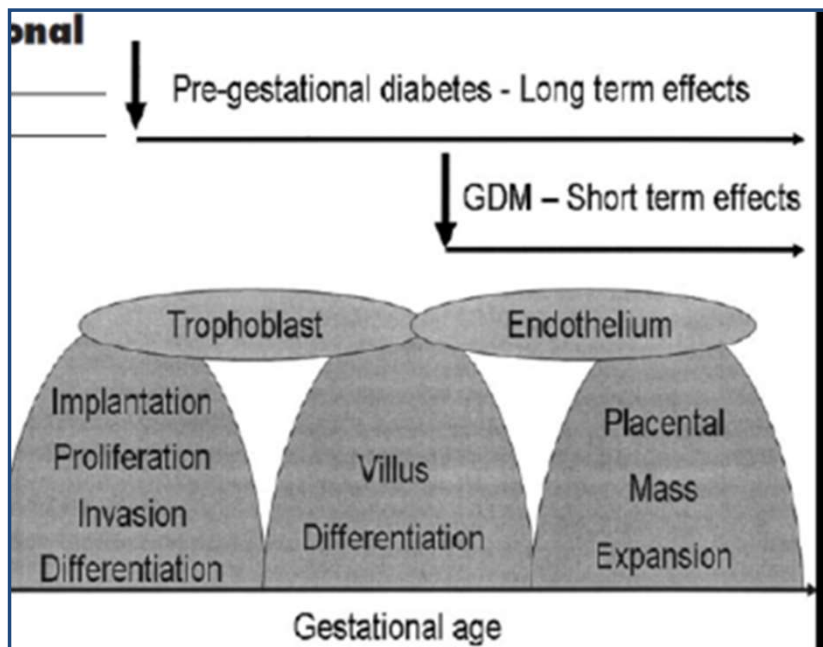


**CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO
PER
RACCOMANDAZIONI E IMPLEMENTAZIONE DELLE NUOVE LINEE
GUIDA PER LO SCREENING E LA DIAGNOSI DEL DIABETE
GESTAZIONALE (GDM)**

La Conferenza Nazionale di Consenso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale, convocata dal Gruppo di Studio "Diabete e Gravidanza" SID-AMD, composta dai delegati di tutte le società scientifiche e professionali e dagli esperti interessati alla cura e allo studio del diabete gestazionale a tergo riportati, riunita a Roma in data 27 marzo 2010



Linee Guida per il GDM -2010-2011



DIABETE GESTAZIONALE

Rischi per la madre	Rischi per il feto e il neonato
Disordini ipertensivi	Macrosomia (peso alla nascita > 4000 gr)
Infezioni ricorrenti del tratto urinario e genitale	Morte intrauterina
Parto strumentale o T.C.	Distocia di spalla
Ricorrenza di GDM in una successiva gravidanza	Morbilità post-natale: -Immaturità polmonare (nei prematuri) -Ipoglicemia -Ipocalcemia -Iperbilirubinemia
Rischio di DM tipo II in futuro	

**Linee
Guida 2011**



AMD-SID e SNLG-ISS Linea Guida Gravidanza Fisiologica

Screening e diagnosi del GDM

A) screening: fattori di rischio

B) diagnosi: OGTT 75 g

FdR per GDM:

- 1 - Età > 35 anni
- 2 – BMI pregravid > 25
- 3 – Pregresso GDM
- 4 – Pregressa Macrosomia (> 4500 gr)
- 5 – Famigl. 1° gr per Diabete
- 6 – Etnie ad elevato rischio per GDM (*Asia del Sud, Pakistan...*)

Screening GDM – basato sui FdR

OGTT 75 gr – 16°-18° sett

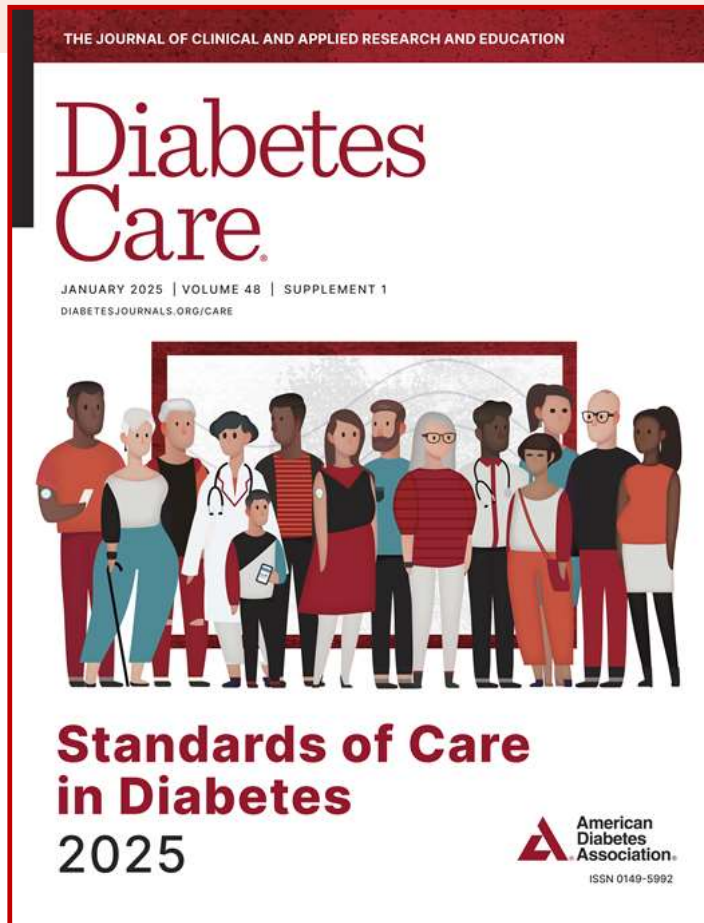
- BMI pregravidico ≥ 30
- Pregresso GDM
- *(IFG, IGT prima della gravidanza → Diabete Pregestazionale)*

OGTT 75 gr – 24°-28° sett

Donne con almeno 1 FdR:

- Età > 35
- Pregressa Macrosomia (> 4500 gr)
- Familiarità x diabete
- Etnie ad alto rischio per GDM

LG ADA 2025 – Management of Diabetes in Pregnancy



Blood glucose goal	
GDM treated with insulin	GDM not treated with insulin
70–95 mg/dL (3.9–5.3 mmol/L)	<95 mg/dL (<5.3 mmol/L)
110–140 mg/dL* (6.1–7.8 mmol/L)	<140 mg/dL* (<7.8 mmol/L)
100–120 mg/dL (5.6–6.7 mmol/L)	<120 mg/dL (<6.7 mmol/L)

Diabetes Care Volume 48, Supplement 1, January 2025

Linee Guida –ADA 2025

POSTPARTUM CARE

Trattamento

Folic acid supplement (400–800 mg/day routine)

15.21 Metformin and glyburide, individually or in combination, should not be used as first-line agents for management of diabetes in pregnancy, as both cross the placenta to the fetus **A**

15.22 Metformin, when used to treat polycystic ovary syndrome and induce ovulation, should be discontinued by the end of the first trimester. **A**



Prevenzione del DT2

Post partum care

15.30 Screen individuals with a recent history of GDM at 4–12 weeks postpartum, using the 75-g oral glucose tolerance test and clinically appropriate nonpregnancy diagnostic criteria. **B**

15.31 Individuals with a history of GDM should have lifelong screening for the development of type 2 diabetes or prediabetes every 1–3 years. **B**

15.32 Individuals with overweight or obesity and a history of GDM found to have prediabetes should receive intensive lifestyle interventions and/or metformin to prevent diabetes. **A**

Acta Diabetologica
<https://doi.org/10.1007/s00592-023-02137-5>

POSITION STATEMENT



Position paper of the Italian Association of Medical Diabetologists (AMD), Italian Society of Diabetology (SID), and the Italian Study Group of Diabetes in pregnancy: Metformin use in pregnancy

Laura Sciacca^{1,2} · Cristina Bianchi^{1,3} · Silvia Burlina^{1,4} · Gloria Formoso^{1,5} · Elisa Manicardi^{1,6} · Maria Angela Sculli^{1,7} · Veronica Resi⁸

Received: 10 April 2023 / Accepted: 12 June 2023
© The Author(s) 2023

Abstract

Objective This document purpose is to create an evidence-based position statement on the role of metformin therapy in pregnancy complicated by obesity, gestational diabetes (GDM), type 2 diabetes mellitus (T2DM), polycystic ovary syndrome (PCOS) and in women undergoing assisted reproductive technology (ART).

Methods A comprehensive review of international diabetes guidelines and a search of medical literature was performed to identify studies presenting data on the use of metformin in pregnancy. The document was approved by the councils of the two scientific societies.

Results In condition affecting the fertility, as PCOS, metformin use in pre-conception or early in pregnancy may be beneficial for clinical pregnancy, even in ART treatment, and in obese-PCOS women may reduce preterm delivery. In obese women, even in the presence of GDM or T2DM, metformin use in pregnancy is associated with a lower gestational weight gain. In pregnancy complicated by diabetes (GDM or T2DM), metformin improves maternal glycemic control and may reduce insulin dose. Neonatal and infant outcomes related to metformin exposure in utero are lacking. Metformin use in women with GDM or T2DM is associated with lower birth weight. However, an increased tendency to overweight-obesity has been

Conclusions Metformin may represent a therapeutic option in selected women with obesity, PCOS, GDM, T2DM, and in women undergoing ART. However, more research is required specifically on the long-term effects of in utero exposition to metformin.

Linee di indirizzo sulla nutrizione nella gravidanza fisiologica o complicata da obesità e/o diabete

A cura di

Prof.ssa Annunziata Lapolla Università di Padova DIMED/ Cattedra Malattie del Metabolismo

Dr.ssa Maria Grazia Dalfrà Università di Padova DIMED/ Cattedra Malattie del Metabolismo

Dr. Giuseppe Marelli Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Erba (CO)

Dr. Mario Parrillo UOSD Endocrinologia e Malattie del Ricambio AO Sant'Anna e San Sebastiano Caserta

Prof.ssa Laura Sciacca Università di Catania Dipartimento Medicina Clinica e Sperimentale

Dr.ssa Maria Angela Sculli UOC Diabetologia e Endocrinologia GOM Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria

Dr.ssa Elena Succurro DPT Scienze Mediche Chirurgiche Università Magna Grecia Catanzaro

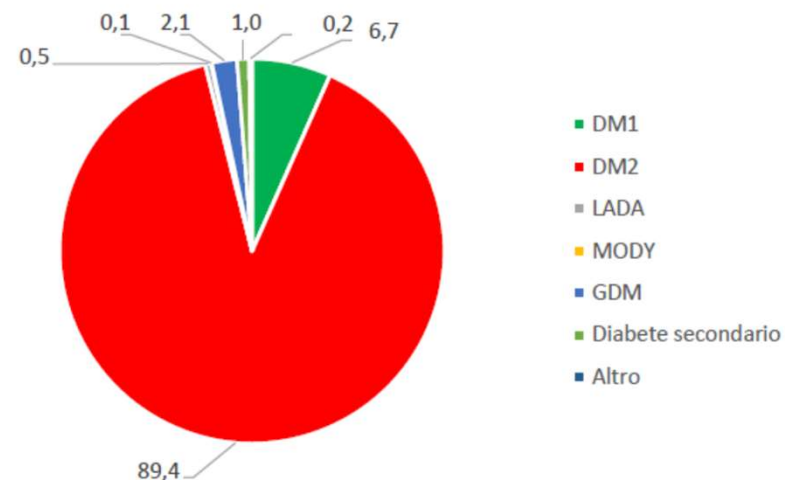
Dr.ssa Elisabetta Torlone Università di Perugia AOS S.Maria della Misericordia SC Endocrinologia e Metabolismo

Prof.ssa Ester Vitacolonna Università di Chieti Dipartimento di Medicina e Scienza dell'Invecchiamento

Il Diabete Gestazionale negli Annali AMD 2023



Distribuzione per tipo di diabete (%)



TIPO	Frequenza
DM1	42.611
DM2	573.164
LADA	3.112
MODY	425
GDM	13.542
Diabete secondario	6.496
Altro	1.521
TOTALE	640.871



Diabete Gestazionale negli Annali AMD

Indicatori descrittivi generali : luci ed ombre



2022 = 11.333; 9.968 diagnosi nell'anno



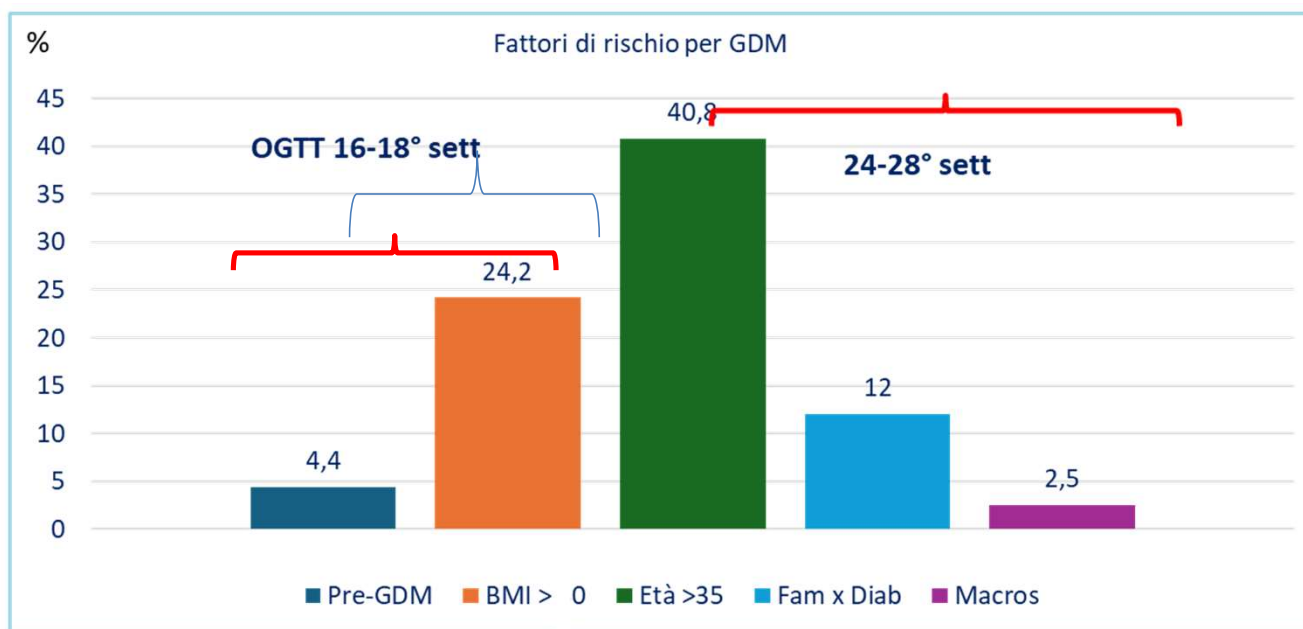
2023 = 13.542; 12.710 diagnosi nell'anno (+ 27,5%)

Variabile	N valutabili	Media $\pm$ ds o %
N		12.710
Età media (anni)	12.594	33,7 $\pm$ 5,4
Età in classi (%):		
<35 anni	2022=58.2%	59,2
35-40 anni	2022=30.4%	29,9
$\geq$ 40 anni	2022=11.3%	10,9
Settimana gestazionale media alla diagnosi	11.767	25,7 $\pm$ 5,7

% con prima gravidanza	5.493	23,0
Numero medio di gravidanze precedenti	5.492	1,6 $\pm$ 1,4
% con aborto precedente	4.841	34,0
Numero medio di aborti precedenti	1.646	1,4 $\pm$ 0,8
BMI medio pre-gravidanza (Kg/m ²)	8.678	26,4 $\pm$ 5,9
	68,2%	
Comorbidità (%):	12.710	
Iipertensione		2,0
Dislipidemia		0,1
PCOS		0,2
Disturbi della tiroide		2,1

Diabete Gestazionale

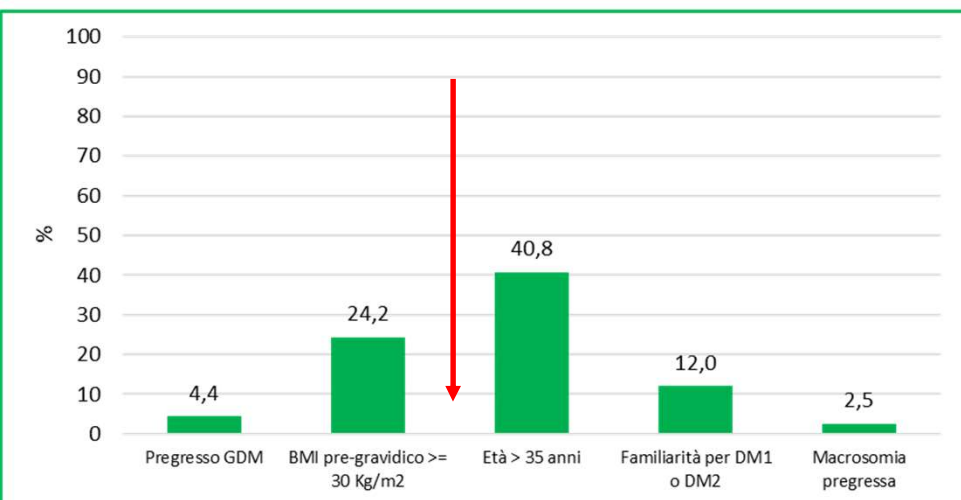
Fattori di Rischio per Diabete Gestazionale (GDM) : 12.710



FdR	Pregresso GDM	BMI> 30	Età > 35	Fam per Diabete	Macrosomia
2023	4,4	24,2	40,8	12	2,6
2022	3,0	23.5	41,8	5,7	2,5

Diabete Gestazionale (GDM)

Fattori di Rischio per GDM e settimana Gestazionale in cui è stato eseguito l'OGTT



Indicatore	N valutabili	X $\pm$ ds o %
valori OGTT disponibili	8.688	68,4
(% rispetto a 12710)		2022= 66 %
Settimane gestazionali al momento dell'OGTT (%):		
<16 settimane		5,6
16-18 settimane	2022= 12.6%	13,9
18.1-23.9 settimane		13,9
24-28 settimane		52,2
>28 settimane	2022= 15.3%	14,4
Settimana gestazionale media all'esecuzione dell'OGTT	8.688	23,9$\pm$4,8

Atteso:

24-28,6% OGTT tra 16 e 18° sett
52,8 - 55% OGTT tra 24 e 28°sett

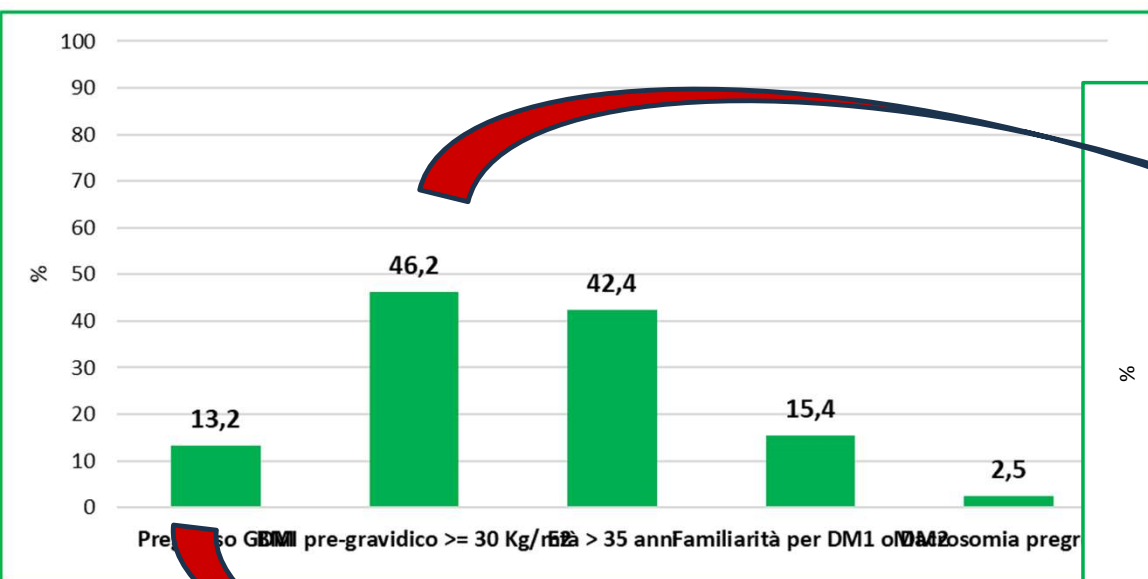
Real World:

19,5 % OGTT $\leq 18^\circ$ sett
52,2 % OGTT tra 24 e 28° sett
14,4 % OGTT $> 28^\circ$ sett = diagnosi tardive

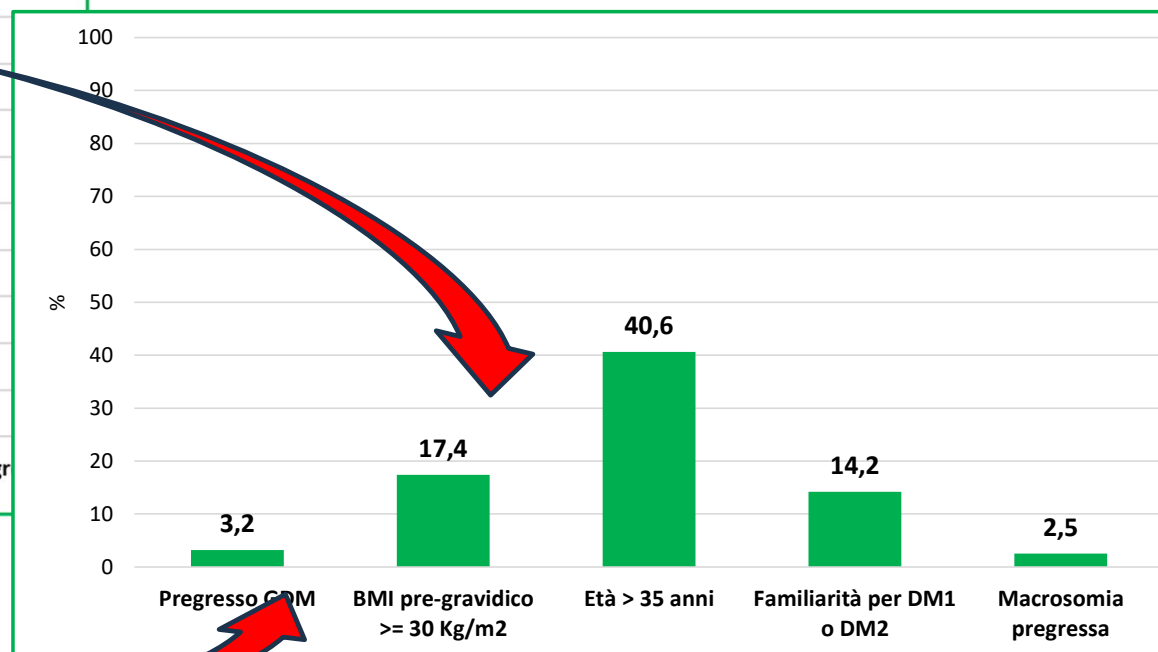
Diabete Gestazionale (GDM)

Fattori di Rischio per GDM e settimana gestazionale

OGTT eseguito fino a 18 settimane



OGTT eseguito oltre le 18 settimane



Diabete Gestazionale

GDM - Indicatori di processo

Luci ed ombre ?

Indicatori di processo

% con 1 misurazione dell'HbA1c

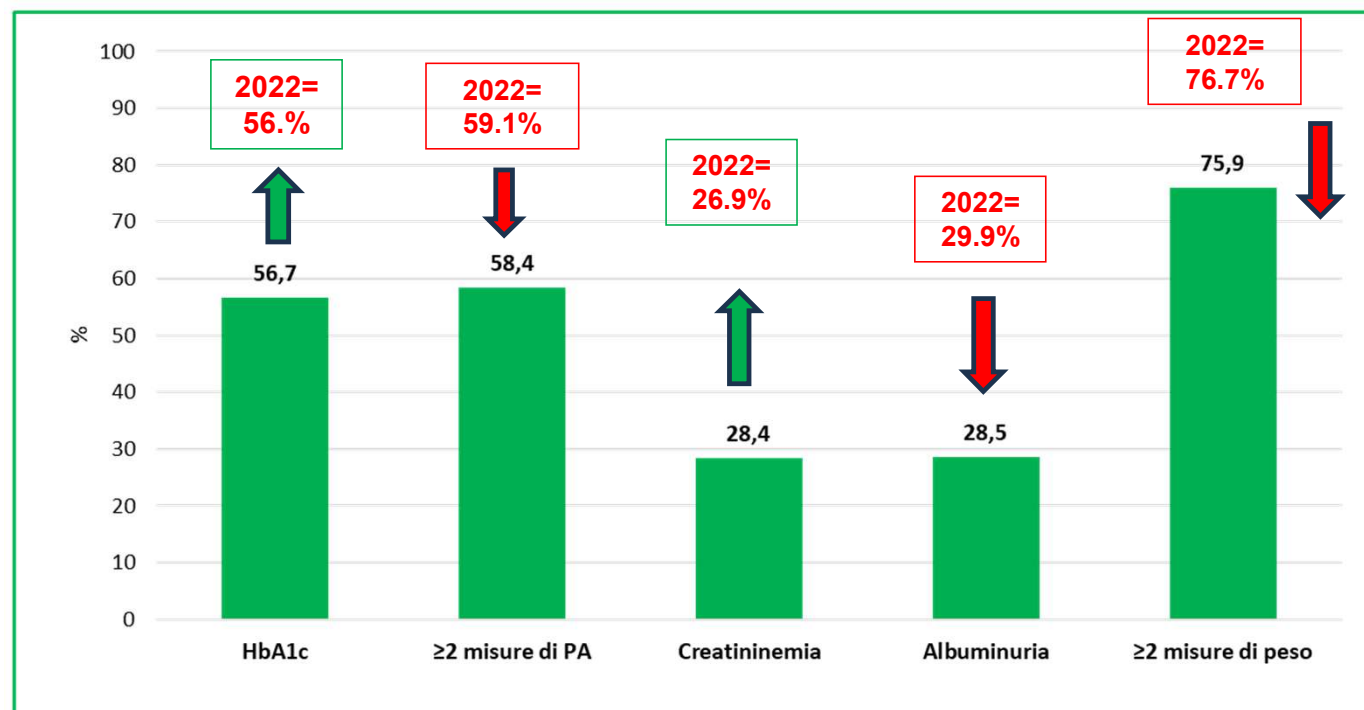
% con almeno 2 misurazioni della PA

% con 1 valutazioni della creatinina

% con almeno 1 valutazione dell'albuminuria

% con almeno 2 valutazioni del peso

% di prestazioni OGTT a <16 settimane, 16-18 settimane, 24-28 settimane, >28 settimane



Rischi x la madre con GDM o Diabete pregestazionale

IPERTENSIONE – PRE-ECLAMPSIA

Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies

Emily Bartsch,¹ Karyn E Medcalf,¹ Alison L Park,² Joel G Ray³ on behalf of the High Risk of Pre-eclampsia Identification Group

There were 25 356 688 pregnancies among 92 studies.

Antiphospholipid Antibody Syndrome,
Prior Pre-eclampsia,
Chronic Hypertension,
Pregestational Diabetes,
Assisted Reproductive Technology,
Bmi >30

MOST STRONGLY ASSOCIATED WITH A HIGH RATE OF PRE-ECLAMPSIA, SUGGESTING THAT THE PRESENCE OF ANY ONE MIGHT SUFFICE TO DESIGNATE A WOMAN AS "HIGH RISK"

CONCLUSIONS

There are several practical clinical risk factors either alone or in combination, might identify women in early pregnancy who are at "high risk" of pre-eclampsia. These data can inform the general clinical prediction model for pre-eclampsia and use of aspirin prophylaxis in pregnancy.

[thebmj](#) | *BMJ* 2016;353:i1753 | doi:10.1136/bmj.i1753

Diabete Gestazionale e PreGestazionale Complicanze ostetriche: La Pre-eclampsia

Tabella I - Principali fattori di rischio per lo sviluppo di preeclampsia

Preconcezionali	Correlati alla gravidanza
a. nulliparità/primi parità	Gravidanza multipla
a. Specifici materni	
Età < 20 e > 35 anni	
Obesità (BMI > 30)	
Familiarità per preeclampsia	
Precedente preeclampsia, HELLP, eclampsia	
b. Patologie croniche	
Iipertensione cronica	
Patologie renali	
Trombofilie o condizioni trombotiche	
Insulinoresistenza, diabete gestazionale, diabete mellito tipo I	

Tabella II: fattori di rischio maggiori per preeclampsia

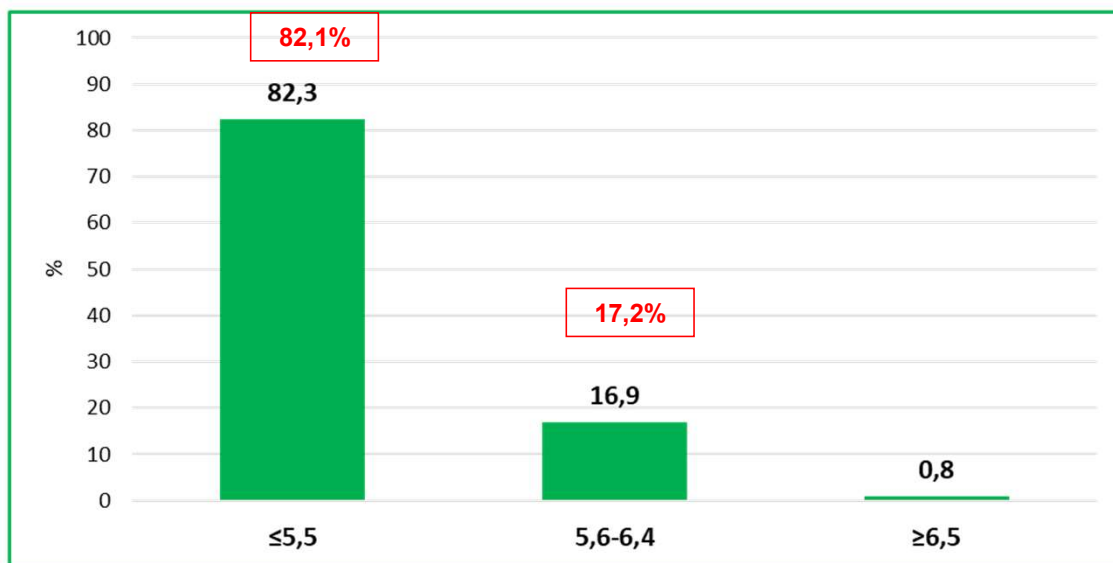
- Presenza di anticorpi antifosfolipidi
- Pregressa preeclampsia
- **Diabete pregravidico**
- Iipertensione preesistente alla gravidanza
- Gravidanza plurima
- Patologia renale preesistente alla gravidanza

Diabete Gestazionale

GDM – Indicatori di Esito Intermedio

	N valutabili	% Media $\pm$ ds
HbA1c	7.204 (56,6%)	5,2$\pm$1,6

Andamento per 3 classi dell'HbA1c (%)



Diabete pre - gravidico →

Nessun dato sull'autocontrollo glicemico

Indicatore	N valutabili	Media $\pm$ ds o %
Valori glicemici all'OGTT a 16-18 settimane (mg/dl):	(1207)	
	13,9%	
Valore basale	1.140	92,3$\pm$9,1
Dopo 60 minuti	1.061	156,9 $\pm$ 35,3
Dopo 120 minuti	1.056	128,1 $\pm$ 32,6
Valori glicemici all'OGTT a 24-28 settimane (mg/dl):	(4535)	
	(52,2%)	
Valore basale	4.449	89,0 $\pm$ 10,4
Dopo 60 minuti	4.297	168,4$\pm$32,6
Dopo 120 minuti	4.312	142,0$\pm$31,7
Donne con glicemia basale all'OGTT ≥ 126 mg/dl (%)	5.421	0,4
		(22)
Donne con glicemia dopo 120 minuti all'OGTT ≥ 200 mg/dl (%)	5.204	2,9
		(150)

Diabete Gestazionale

Utilizzo dei farmaci nelle donne con GDM (%)

Indicatore	N valutabili	Media $\pm$ ds o %
Distribuzione per tipo di trattamento anti-iperglicemico (%):	9.867 (77,6%)	
Nessuna prescrizione di insulina		62,6
Solo insulina basale	(25,7)	 27,8
Solo insulina rapida	6,4%	5,0
Insulina basale + rapida	5,4%	 4,6
Settimana gestazionale media all'avvio dell'insulina	3.694	28,0$\pm$5,0
Dose media di insulina basale (UI)	2.705	6,4 $\pm$ 3,3
Dose media di insulina rapida (UI)	264	4,4 $\pm$ 0,9
Trattamento antiipertensivo (%)	12.710	2,0

Nessun dato su questi trattamenti

Acido folico (%)
Inositolo (%)
Trattamento con levotiroxina (%)
Tipo di monitoraggio del glucosio (glucometro, FBG)

Ultima visita prima del parto:

parametri clinici

Indicatore	denominatore: 7675	N valutabili	Media $\pm$ ds
Peso (Kg)		6.930 (90,2 %)	78,2 $\pm$ 15,6
Incremento di Peso (Kg)		2.130	9,1 $\pm$ 5,1
Pressione arteriosa sistolica (mmHg)		5.501	112.4 $\pm$ 13.2
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)		5.490	71.1 $\pm$ 9.3

Diabete Gestazionale

Indicatori di ESITO FINALE

Indicatori di esito finale	N° 7875	X o %
Settimana gestazionale al parto (media e ds)	Sett parto - 2015	38,9+/-1,3
Tipo di parto (spontaneo, indotto, taglio cesareo) (%)	Parto - n. 550	6,9%
% parto gemellare	% p gemellare	-----
Outcome avverso della madre (mortalità, ipertensione indotta da eclampsia, aborto spontaneo, aborto terapeutico, taglio cesareo)	Outcome Madre	-----
Outcome neonatale (Nessuna complicanza, macrosomia >4000 g, piccolo per età gestazionale, distress respiratorio, distocia, ittero, ipoglicemia neonatale, policitemia, malformazione, necessità di te morte neonatale)	Outcome Neon n. 134	-----
Sviluppo di disglicemia post-parto entro 12 settimane (IFG, IGT, IF)	OGTT post	-----
OGTT normale 12 settimane dopo parto = NGT (%)	Neonato -n.1129 (14,3)	50,2% M
Caratteristiche del bambino (distribuzione per genere, peso medio Apgar)		-----
Dislipidemia post-partum (%)		-----
Allattamento al seno esclusivo (%)		-----

Diabete Gestazionale: cosa fare subito

Ciò che possiamo migliorare da subito nella raccolta dati

Registrazione:

1° visita:

Data Ultima mestruazione
Paese di origine
Peso pregravidico (ALT)
F d Rischio x GDM
OGTT: sett esecuzione e
valori glicemici
HbA1c, Creat, Alb
Terapia

Ad ogni visita:

PA e Peso ad ogni visita
Profili glicemici /scarico
sensori
Terapia

Corsi Dati Puliti

**Slide Kit su Diabete e
Gravidanza**
(Pisanu, Rocca, Suraci)

Registrazione: ultima visita

Peso
PA
valori glicemici/scarico sensori
Creat, Alb
Terapia
Richiesta OGTT post-partum



Indicatori

BMI pregravidico; fecondazione assistita; uso acido folico

Ordinamento Default

Diario Anamnesi Occhio Rene Cuore Vasi periferici Nervi periferici Piede Vasi periferici Altro Dieta Cute Genitali Tiroide Celiachia Gravidanza Bambino Fegato

Gravidanza Anche per la Gravidanza nella donna con Diabete

13/01/2022 Nuova Gravidanza

Gravidanza

Data ultima mestruazione 13/01/2022 Data presunta parto 20/10/2022 Gravidanza programmata

Peso pregravidico [Kg] 63,00 Fecondazione Naturale Attività fisica precedente alla gravidanza No

Ultima altezza rilevata [cm] 165 Contraccezione Estroprogestinici Attività fisica in corso di gravidanza No

BMI pregravidico 23,14 Dieta Vegetariana Informazione / Educazione Generica

Acido folico Si mg Inositolo Si Mesi prima del concepimento Mesi dopo il concepimento

Diabete Pre-Gestazionale

Nessuna codifica di Diabete presente in Anamnesi Diabetologica

Diabete gestazionale

in corso Si Data 02/05/2022 Insulina

Pregresso

Data Insulina

Termine gravidanza

Data effettiva termine gravidanza Settimana gestazionale

Induzione parto Aborto

Tipo parto Tipo aborto

Gravidanza

uso inositolo proposto come indicatore

Annulla Salva

Selezione delle classificazioni

Stato

Non valorizzato ✓ Allerta Patologico Normale

Fattori di rischio Screening per fattori di rischio AMD-SID ISS-SNLG 2011 Diagnosi (AMD-SID ISS-SNLG 2011) Complicanze Parto Follow up Tutte

Descrizione	Cod ICD9CM
Nessuno	
▲ Familiarità (1° grado)	
Diabete tipo 1	
Diabete tipo 2	
▲ Obesità	
Sovrappeso (BMI 25-28)	
Obesità (BMI > 28)	
Pregresso GDM	
▲ Macrosomia (>=4.000 g)	
Materna	
Fetale	
Iperensione indotta gravidanza	
Preeclampsia	
Eclampsia	
Malformazioni	

fattori di rischio materni; indicatore «% pazienti con familiarità di I grado per diabete di tipo 1/tipo2, macrosomia, etc»

- Diagnosi (classificazione)
- Normale tolleranza glucidica
 - 16°-18° Settimana Gestazionale
 - 24°-28° Settimana Gestazionale
 - ▲ Diabete manifesto
 - glicemia a digiuno (>=126 mg/dl) da riconfermare
 - glicemia random (>=200 mg/dl) da riconfermare
 - HbA1c (>=6,5% entro la 12° settimana gestazionale)
 - ▲ Diabete gestazionale - OGTT 75 gr (1 valore >=140 mg/dl)
 - 16°-18° Settimana Gestazionale
 - 24°-28° Settimana Gestazionale

Selezione delle classificazioni

Stato

Non valorizzato ✓ Allerta Patologico Normale

Fattori di rischio Screening per fattori di rischio AMD-SID ISS-SNLG 2011 Diagnosi (AMD-SID ISS-SNLG 2011) Complicanze Parto Follow up Tutte

Descrizione

Cod ICD9CM

Normale tolleranza glucidica

16°-18° Settimana Gestazionale

24°-28° Settimana Gestazionale

▲ Diabete manifesto

glicemia a digiuno (>=126 mg/dl) da riconfermare

glicemia random (>=200 mg/dl) da riconfermare

HbA1c (>=6,5% entro la 12° settimana gestazionale)

▲ Diabete gestazionale - OGTT 75 gr (1 valore >=140 mg/dl)

16°-18° Settimana Gestazionale

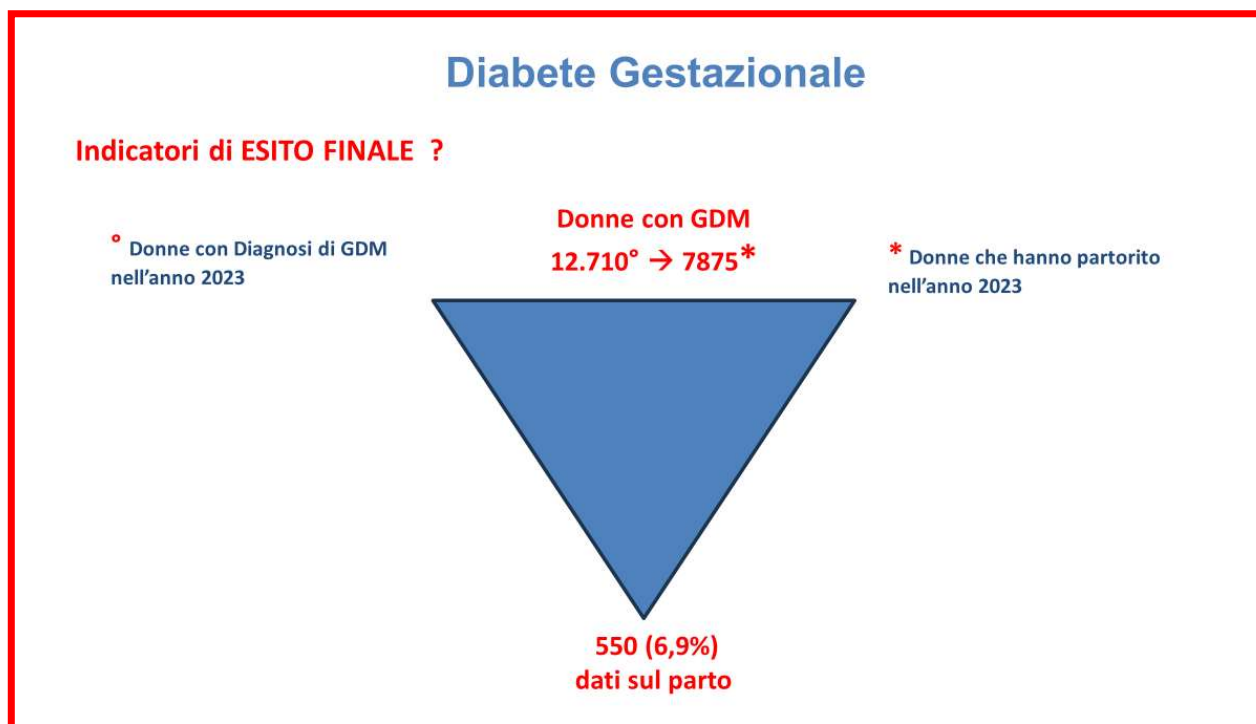
24°-28° Settimana Gestazionale

Inserire la diagnosi secondo LG e riportare i valori dell'OGTT nella sezione esami (i valori vengono raccolti nel File Dati per individuare le pazienti con 1 o più valori alterati)

Annulla

Punti critici : che non dipendono solo da noi

- 1- Timing corretto esecuzione OGTT : MMG – Ostetrica – Ginecologo → **PDTA**
- 2 – Dati di Esito : recupero dati che non arrivano a noi direttamente
 - Settimana parto, tipo di parto - Dati Neonato



**1 - PDTA
per GDM**

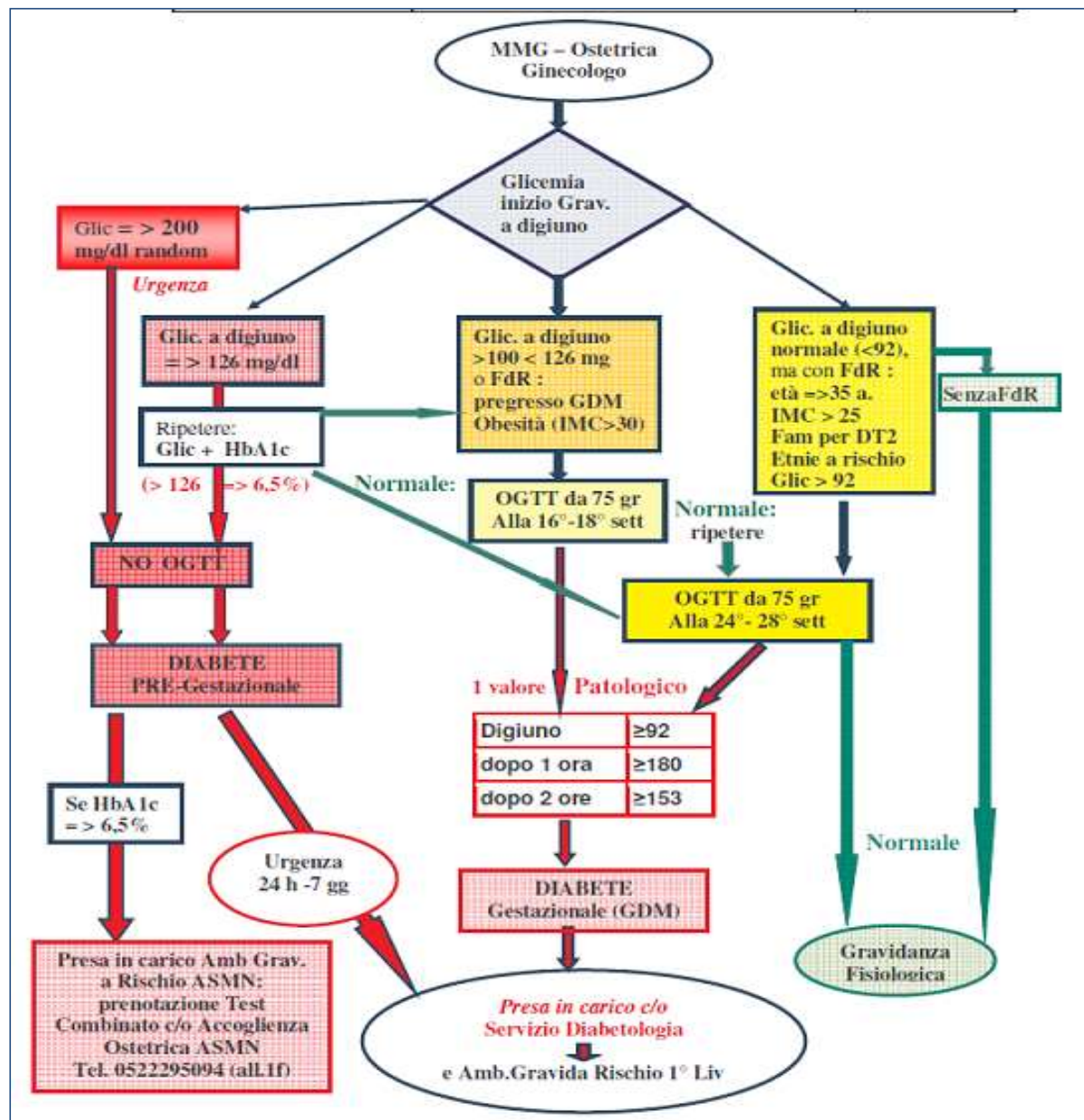
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	DOCUMENTO		Pagina 1 di 1
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale S. Maria Nuova	SCREENING DEL DIABETE GESTAZIONALE (GDM) E PDTA INTEGRATO per la DONNA DIABETICA in GRAVIDANZA		Codice DO25 Rev 1 del 15 Giugno 2013
AUSL di REGGIO EMILIA		Azienda ASMN	
Manicardi Valeria	SOC	UIMD	Coordinatore
1° Parte : DIABETE GESTAZIONALE (GDM) Diabete che compare durante la gravidanza Screening, diagnosi e terapia fino al parto 2° parte : DIABETE PREGESTAZIONALE Diabete sia di tipo 1 sia di tipo 2 pre-esistente alla gravidanza 3° Parte : IPOGLICEMIA NEONATALE Diagnosi e trattamento			
GRUPPO di LAVORO INTERAZIENDALE su DIABETE e GRAVIDANZA Documento redatto dal gruppo multidisciplinare e multiprofessionale delle aziende sanitarie della provincia di Reggio Emilia			



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

La Flow Chart Decisionale

La condivisione del PDTA ha migliorato molto la correttezza della esecuzione dell'OGTT



Diabete Gestazionale



2 - Ciò che dobbiamo recuperare: i dati di esito finale !

Come ?

- Scaricare dal repository aziendale la lettera di dimissione dall'ostetricia ?
- Farsi inviare dalle mamme la scheda del neonato ?
- Linkare i dati delle donne con GDM con le Schede CEDAP aziendali
- **Fare tornare a visita le donne dopo 1-2 mesi dal parto o**

→ CONTATTO in TELEMEDICINA

PROPOSTA – da strutturare

All'ultima visita dare un appuntamento con il medico /la dietista ad 1-2 mesi dalla data presunta del parto: → **anche on line → Telemedicina per**

- Recupero dati del parto: - sett parto - peso fine gravidanza – tipo di parto
- Dati del Neonato: sesso- peso-indice di Apgar
- Valutazione peso post-partum e indicazioni dietetiche
- Ricordare l'OGTT da fare entro le 12 settimane e/o Consegnare la richiesta per OGTT post-partum. Con impegno a inviarne copia del referto al servizio
- Chiusura Cartella Gravidanza

→ recupero dati per valutazione esiti → presa in carico della mamma e prevenzione diabete T2

Diabete Gestazionale (GDM)

**Conclusioni: Le LG sono certe , ma la raccolta dati presenta
più ombre che luci ? *Miglioramenti modesti***

Abbiamo iniziato un percorso che ci permetterà di migliorare nel tempo la qualità della assistenza erogata alle donne con diabete in gravidanza, con una sistematica maggiore attenzione alla **registrazione dei dati clinici**

ma anche con la **strutturazione di un sistematico recupero dei dati di esito della gravidanza**, da calare nella propria realtà aziendale.

Se non misuriamo gli esiti non sappiamo valutare la qualità della assistenza erogata, quindi il risultato del nostro lavoro.



sweet digital
pregnancy



B O L O G N A

14 Febbraio 2025

Hotel NH Bologna Villanova
Via Villanova, 29/8

Gli Annali AMD sono uno straordinario

AUDIT CLINICO NAZIONALE

#Attenzione, Metodo, Determinazione Con AMD

Grazie a tutti i soci AMD e a tutti voi !!!