

TEMA 6

Il diabete gestazionale e i processi di presa in carico

Ultimo tema che viene trattato nel presente *Special Issue*, dedicato alla gestione dei percorsi clinici relativi alla patologia del diabete, è rappresentato dal diabete gestazionale, *topic* a volte trascurato, ma assolutamente importante per le donne in gravidanza.

Infatti, si possono identificare due casistiche: il diabete gestazionale manifestato da una donna che già ne soffre e rimane incinta, oppure da una donna sana alla quale viene diagnosticata tale patologia nel solo periodo della gravidanza. In ogni caso, il diabete gestazionale rappresenta una problematica importante sia per la mamma sia per il bambino: se non correttamente diagnosticato e trattato, viene associato a un'elevata morbilità materno-fetale (parti pretermine, malformazioni congenite, macrosomia fetale, tagli cesarei, etc).

D'altro canto, vi sono alcuni studi che riportano i risultati incoraggianti: per la prima categoria di donne (ossia quelle che già soffrono di diabete) è possibile una gravidanza senza complicanze per il feto e per la madre e con la possibilità di un parto naturale (senza ricorso al taglio cesareo). Ciò a patto che vi sia una consapevolezza da parte di tutti (professionisti sanitari, gravida, partner e intero nucleo familiare): sia dalla fase del concepimento (o preferibilmente dalla pianificazione di una gravidanza) fino ad una gestione costante del controllo glicemico, che può essere effettuata in autonomia dalla donna stessa.

Nella seconda categoria di donne (ossia quelle che manifestano diabete solo nel periodo della gravidanza), si riscontrano alcuni possibili fattori di rischio quali: valori di indice di massa corporea (IMC) anomali, familiarità con tale patologia (parenti di primo grado che presentano diabete tipo 2) oppure famiglia d'origine proveniente da territori ad alta prevalenza di diabete (per esempio: Asia meridionale, Caraibi, etc) oppure ancora presenza di diabete gestazionale in una gravidanza precedente.

Per questa seconda categoria di donne, il diabete gestazionale può essere curato molto spesso con l'intervento precoce sullo stile di vita, rispettando un rigido regime dietetico e facendo attività fisica. Se queste due azioni non sono sufficienti, è imprescindibile la terapia insulinica: questa condizione si verifica nel 10%- 20% delle gravide.

A tal proposito quindi si rende necessaria la formazione sul tema del diabete gestazionale in primis a favore della donna in gravidanza, al fine di approfondire le conoscenze, ma anche le abilità e competenze per una gestione responsabile del proprio stato di salute. In secondo luogo, la formazione deve essere anche a favore di chi assiste e cura la donna ossia non solo del ginecologo o dell'ostetrica, ma sarebbe opportuno istituire un modello organizzativo in cui sia presente un team multiprofessionale (ginecologo, ostetrica, diabetologo, dietista,

medico di medicina generale pediatra, neonatologo), che possa operare con un approccio coordinato e integrato ai fini di migliorare la qualità delle cure e l'organizzazione del servizio, agevolandone l'accessibilità. Difatti, se non controllato, il diabete gestazionale può portare non solo a conseguenze da un punto di vista clinico, ma anche da un punto di vista organizzativo.

Avere una popolazione di gravide con diabete gestazionale (e viste le previsioni di aumento del diabete nella popolazione mondiale, di conseguenza anche la sottopopolazione con diabete gestazionale aumenterà) cambia il profilo di gestione dell'UO di Diabetologia con un aumentato carico assistenziale e clinico all'interno dei percorsi diagnostico terapeutici (incremento negli interventi di monitoraggio e assistenziali in gravidanza e durante il parto): ogni

tipo di soluzione organizzativa o tecnologica in grado di efficientare il percorso e di fornire un positivo contributo per la risoluzione delle problematiche relative alle pazienti deve essere attentamente valutata e proposta, ai fini di garantire una adozione su ampia scala.

I due contributi della presente sezione propongono alcuni suggerimenti e spunti di ottimizzazione e riflessione, partendo da contesti ambientali differenti: nel caso del Friuli Venezia Giulia, si consolida una best practice già esistente, nella proposta invece di Roma si vuole proporre l'inserimento di una figura professionale che può fungere da risolutore soprattutto in questi contesti multiculturali ove le barriere linguistiche non consentono la completa conoscenza e corretta gestione della terapia e delle azioni di prevenzione.