

Gravidanza e diabete a Torino: Luci ed ombre da dati di real life

Francesca Garino, Cristina Gottero, Marcella Balbo, Tiziana Fiorito, Loredana Bussone, Felicia Visconti, Daniela Sansone, Salvatore Oleandri

SC Endocrinologia e malattie Metaboliche - ASL Città di Torino
francesca.garino@ascittaditorino.it

INTRODUZIONE E SCOPO

Dal 2021 è attivo nell'ASL città di Torino un PSDTA dedicato alle donne con diabete mellito tipo1 (DM1) o tipo 2 (DM2) che intraprendono una gravidanza e a quelle che in corso di gravidanza sviluppano il diabete gestazionale (GDM) o vengono a conoscenza di un diabete preesistente; vista la sempre maggiore multiculturalità della città abbiamo deciso di valutare da questo punto di vista le pazienti che sono entrate in questo percorso.

MATERIALI E METODI

Sono stati raccolti dalla cartella clinica informatizzata i dati relativi alle donne afferite all'ambulatorio diabete e gravidanza dal 1/10/2022 al 30/09/2023 stratificando la provenienza, il quadro di presentazione all'accesso all'ambulatorio diabetologico e il tipo di terapia effettuata in base al tipo di diabete.

RISULTATI SU 304 PAZIENTI SEGUITE IN 12 MESI

	%	Italiane	Estere	Gravidanza programmata	Gravidanza trascurata	HbA1c alla prima visita	HbA1c al terzo trimestre
GDM	90	33	67	47	18	-	-
DM1	3	89	11	66	11	6,2%	6,3%
DM2	4	15	85	31	32	7,4%	6,7%
DMIG	2	17	83	28	50	6,9%	6,1%
MODY	<1	-	-	-	-	-	-

GDM: diabete gestazionale, DM1: diabete mellito di tipo 1, DM2: diabete mellito di tipo 2; DMIG: diabete manifesto in gravidanza

Terapia e suo monitoraggio/gestione:

- GDM: insulinica 31% (di cui multi-iniettiva <30%), metformina 5%
- DM2 insulinica 100% (di cui multi-iniettiva 68%, associata metformina in 20%); utilizzo di sensore glicemico in continuo in 48% delle pazienti
- DMIG: insulinica 50% (multi-iniettiva 50%)
- DM1: 1 paziente in terapia multi-iniettiva e monitoraggio capillare; 2 pazienti in terapia multi-iniettiva con sensore glicemico; 3 pazienti in microinfusore e sensore glicemico; 3 pazienti con sistema integrato sensore-microinfusore

DISCUSSIONE

A fronte di dati ISTAT che indicano per il nord Italia una provenienza straniera per il 26% delle neomamme, la popolazione entrata nel nostro PSDTA risulta nettamente più "sbilanciata" a favore delle donne straniere per quanto riguarda GDM e ancor più DM2 e DMIG, mentre viceversa queste sono poco rappresentate tra i tipi 1. Le gravidanze programmate risultano la maggioranza nelle donne con DM1, mentre si riducono nella popolazione con GDM e ancor più con DM2 o DMIG; in queste ultime due categorie inoltre è rilevante la quota di gravidanze trascurate. I dati di compenso glicemico sono migliori nelle donne con DM1 (seppure con una tendenza all'attenuazione del dato a fine gravidanza), con un importante utilizzo in questa popolazione delle tecnologie.

CONCLUSIONI

Da questi dati risultano importanti disegualianze nell'accesso delle pazienti al PSDTA ma più in generale al percorso nascita, con ancora percentuali significative di gravidanze non programmate o addirittura trascurate per le donne con DM2 e DMIG (che sono per la gran parte straniere). Se la maggior percentuale di straniere nel gruppo con GDM potrebbe essere imputabile almeno in parte alla maggior quota di donne italiane che optano per un percorso al di fuori del SSN, viceversa è di più difficile interpretazione la quota "mancante" di donne straniere con DM1. Sarebbero utili valutazioni analoghe in altre realtà italiane per verificare se questi dati siano confermati e nel caso avere gli strumenti per ipotizzare strategie correttive.