



UOC Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione

UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale

PERCORSO ASSISTENZIALE  
DIABETE GESTAZIONALE

Azienda ULSS 8 Berica



**3 ottobre 2024**

**PDTA DIABETE GESTAZIONALE DELLA ULSS8 BERICA:  
LA PRESA IN CARICO DELLA GESTANTE,  
DALLA DIAGNOSI AL POST PARTO**

Codifica	DET-OVEST-PDTA-001
Preparazione	Coordinatore GdL Dott.ssa Simonetta Lombardi
Verifica	Referente Qualità Dott. Marcello Mezzasalma f.to
Approvazione	Direttore Sanitario Dott.ssa Romina Cazzaro f.to
	Direttore Servizi Socio Sanitari Dott. Achille Di Falco f.to
Rev. 0	Data 23/10/2019
Rev. 1	Data 14/02/2023
Riconferma	Responsabile Data 14/02/2023

**Simonetta Lombardi**

***UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale***  
**ULSS8 BERICA**



## PERCHE' UN PDTA PER IL DIABETE GESTAZIONALE?



- Mancata condivisione dei criteri di screening e degli obiettivi specifici fra tutti gli operatori sanitari
- Ritardo di diagnosi di diabete gestazionale
- Ridotta efficacia nella prevenzione delle complicanze materno-fetali
- Perdita dell'opportunità di lavorare per la prevenzione del diabete e CVD dopo il parto



Medico di  
Assistenza Primaria

Diabetologo

Ostetrica

Ginecologo

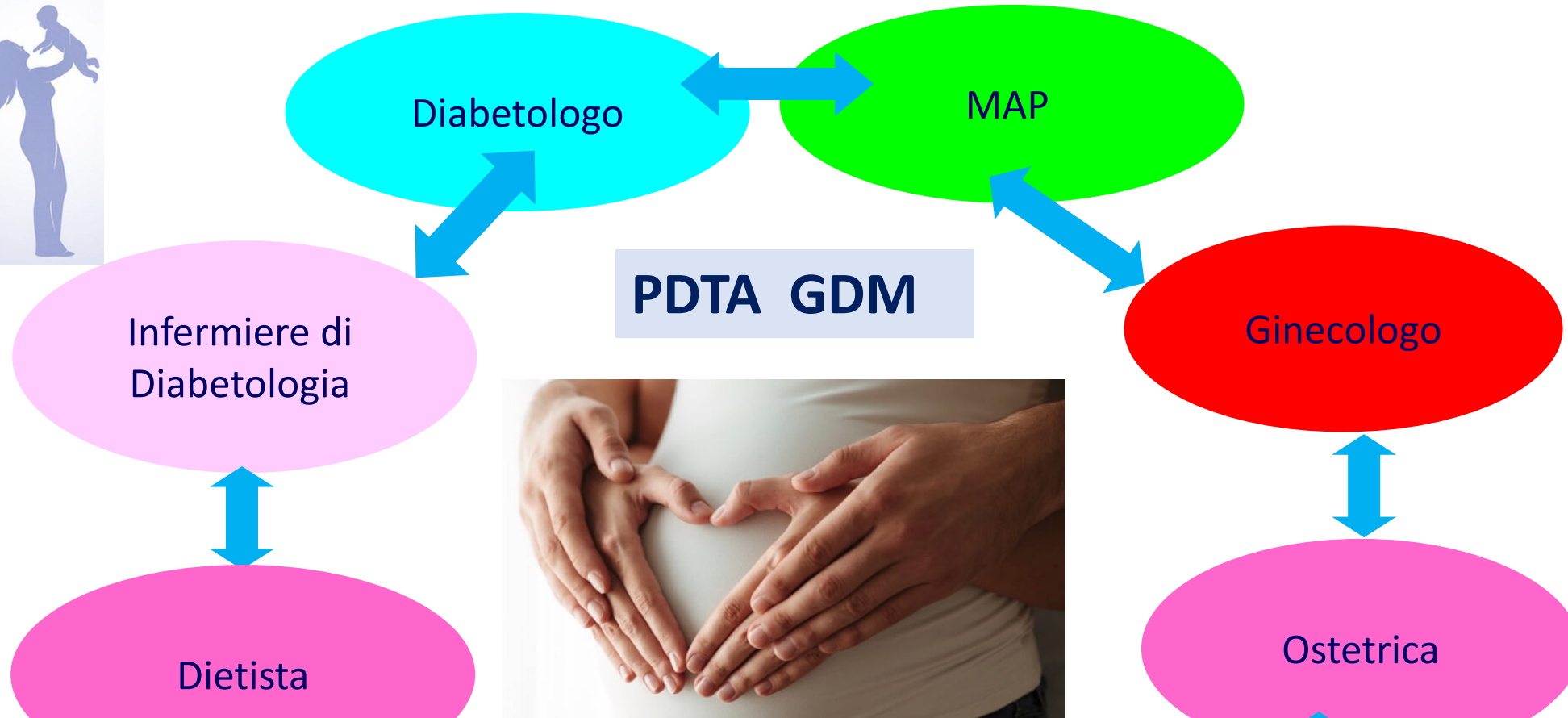
Infermiere

Medico

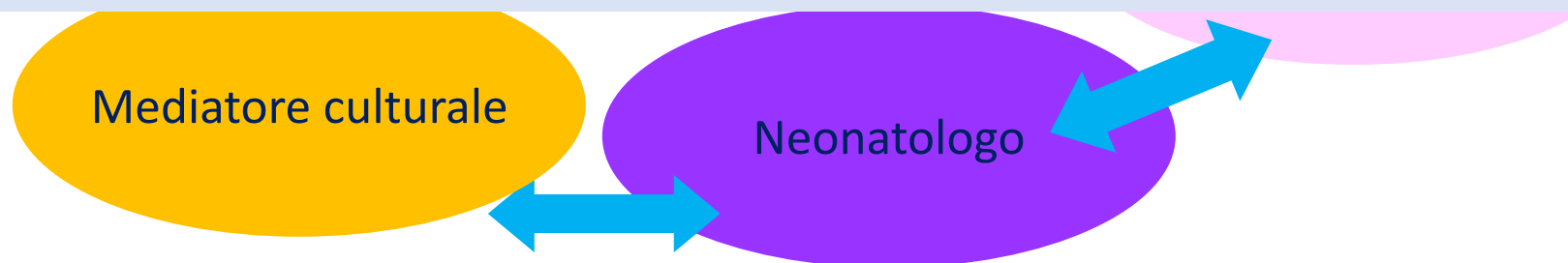


Pediatra territoriale

***Il Diabete gestazionale richiede una organizzazione dell'assistenza che non deve essere considerata come la sommatoria di singoli episodi di cura ...ma è da intendersi come " un unico processo di cura che va dallo screening, alla diagnosi, al management metabolico, ostetrico e neonatologico "***



*Il superamento dei singoli episodi di cura sostituita dalla **logica del processo**, permette una **migliore comunicazione tra i professionisti** e **garantisce la centralità della gestante e del suo partner***





## PD TA GDM QUALI OBIETTIVI:



- **Assicurare alle gravide con alterazioni glucidiche un parto sicuro per la madre ed il nascituro**
- **Individuare precocemente** le gravide affette da **GDM**
- **Condividere** la procedura di **screening GDM con Medici di Assistenza Primaria e Ginecologi ospedalieri e territoriali**
- **Garantire la continuità delle cure** nel passaggio della gravida da una struttura all'altra
- **Condividere le attività** fra tutti i soggetti coinvolti
- **Redigere l'algoritmo di trattamento** delle gravide con GDM
- **Condividere il follow up** della donna con **pregresso GDM con i Medici di Assistenza Primaria**



# PDTA Diabete Gestazionale

## LE AZIONI



**definizione del ruolo dei professionisti  
ovvero  
chi fa cosa, quando e come...**





# PDTA Diabete Gestazionale

## Ruolo del MAP e/o Ginecologo-Ostetrica

### Al primo controllo in gravidanza



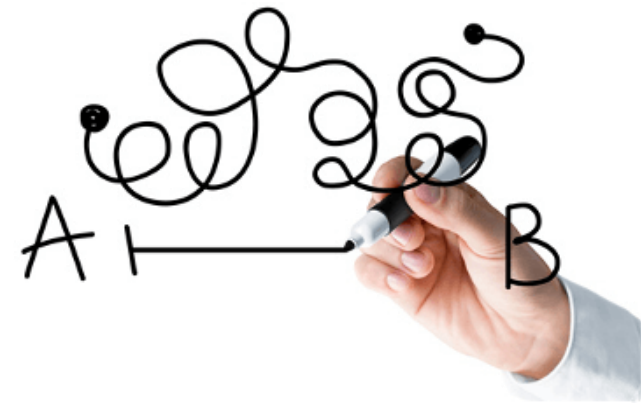
1. Identificazione delle donne con diabete pre-esistente alla gravidanza
2. Prevenzione del diabete gestazionale (GDM)
3. Identificazione dei fattori di rischio per GDM e timing screening GDM
4. Invio della donna alla consulenza diabetologica



## ***CRITICITA' nella pratica clinica: timing dello screening GDM***



***TROPPO PRESTO...TROPPO TARDI...***

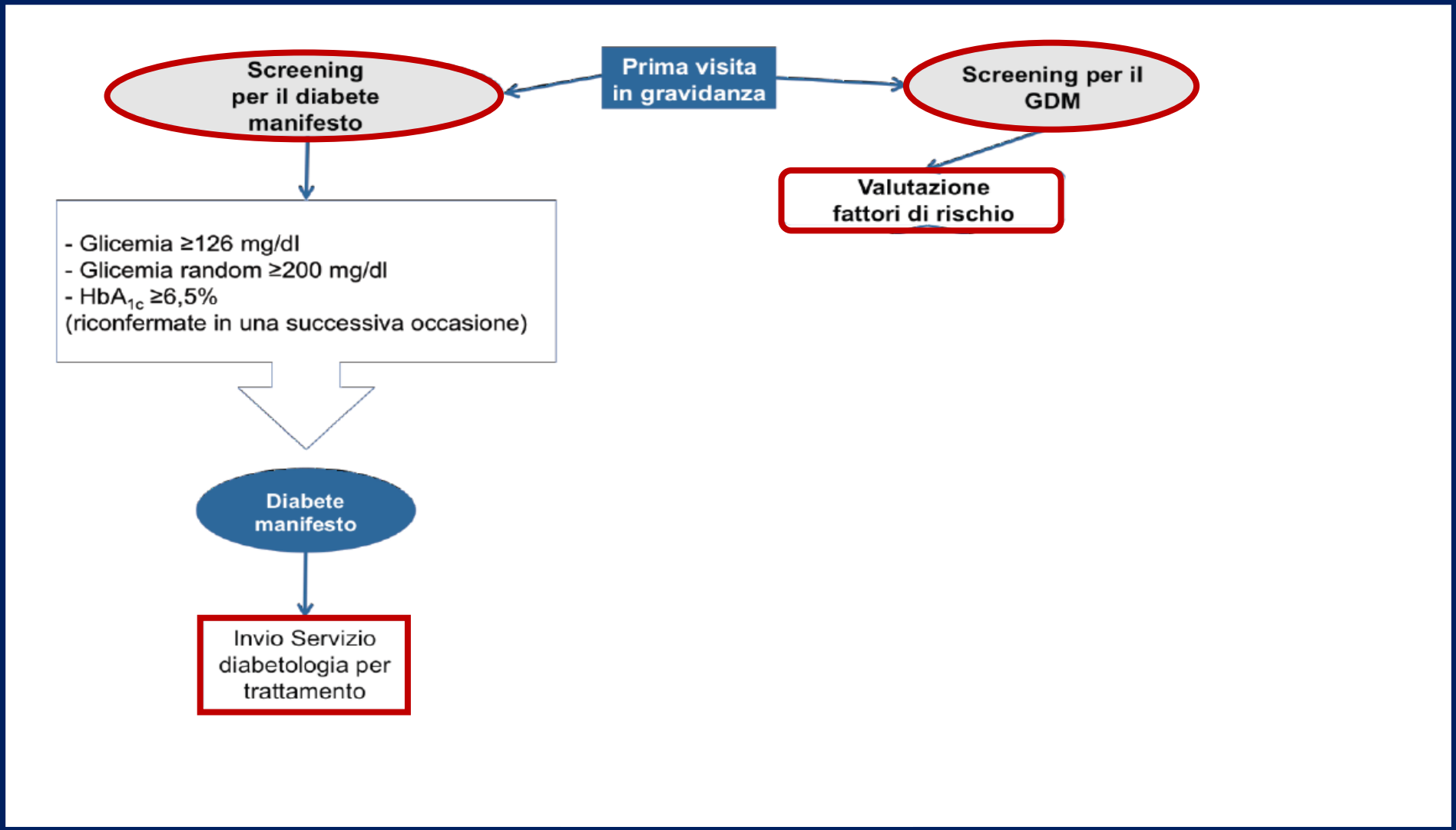


- Gravida inviata a visita diabetologica alla 10°- 12°s.g. per riscontro di glicemia a digiuno 95 mg/dl o in altri casi 105 mg/dl
- Gravida inviata a visita diabetologica alla 30°- 34°s.g. per OGTT suggestivo di GDM eseguito tra la 24°-28°s.g. perché hanno atteso l'appuntamento dal ginecologo o dal curante per far visionare la curva...
- Gravida alla 34°- 36°s.g. inviata a visita diabetologica dopo esecuzione di OGTT richiesto dopo che alla 32°- 33°s.g. l'ecografia ostetrica ha riscontrato macrosomia...

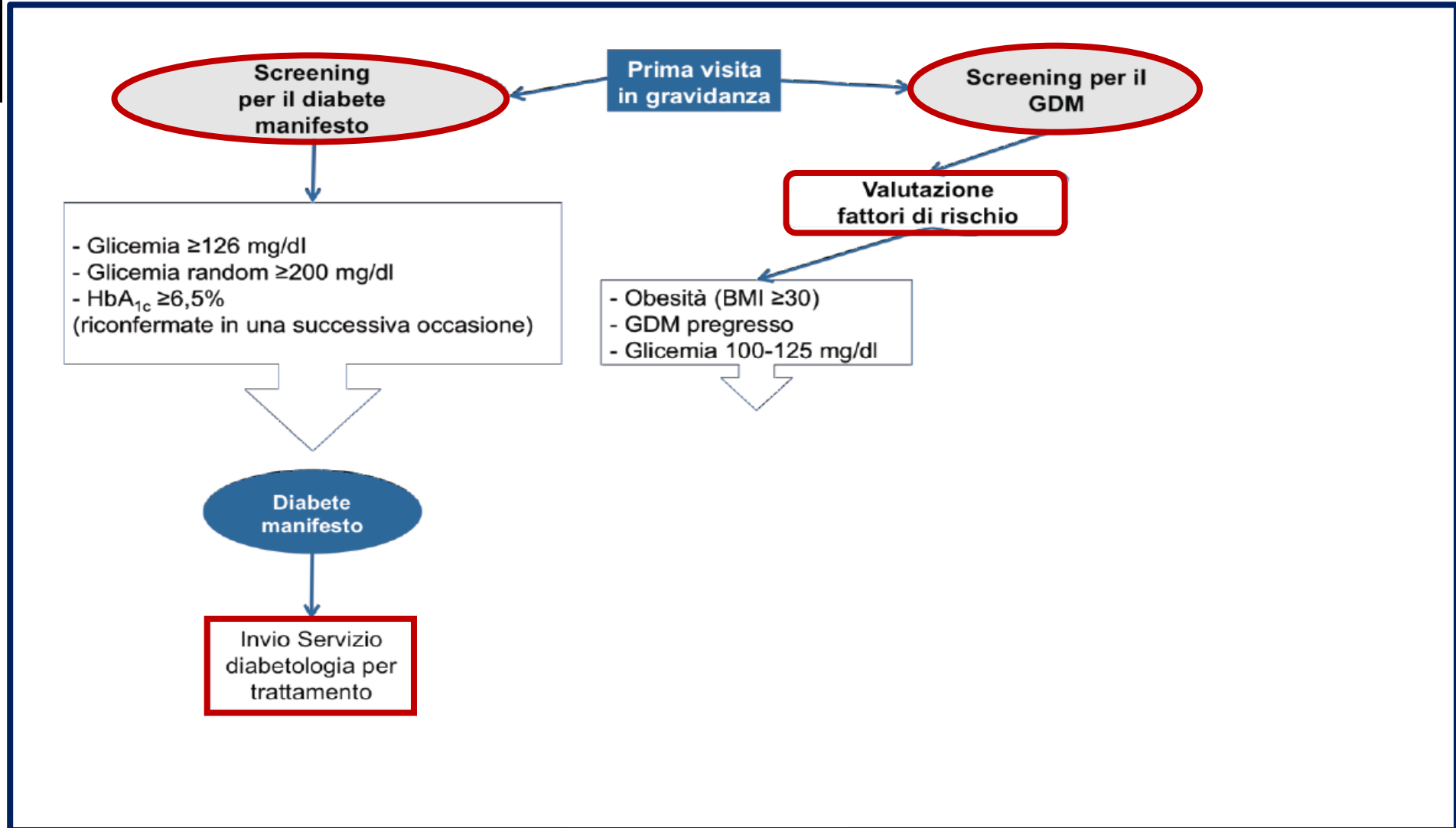




# Screening GDM: (MAP o Ginecologo)

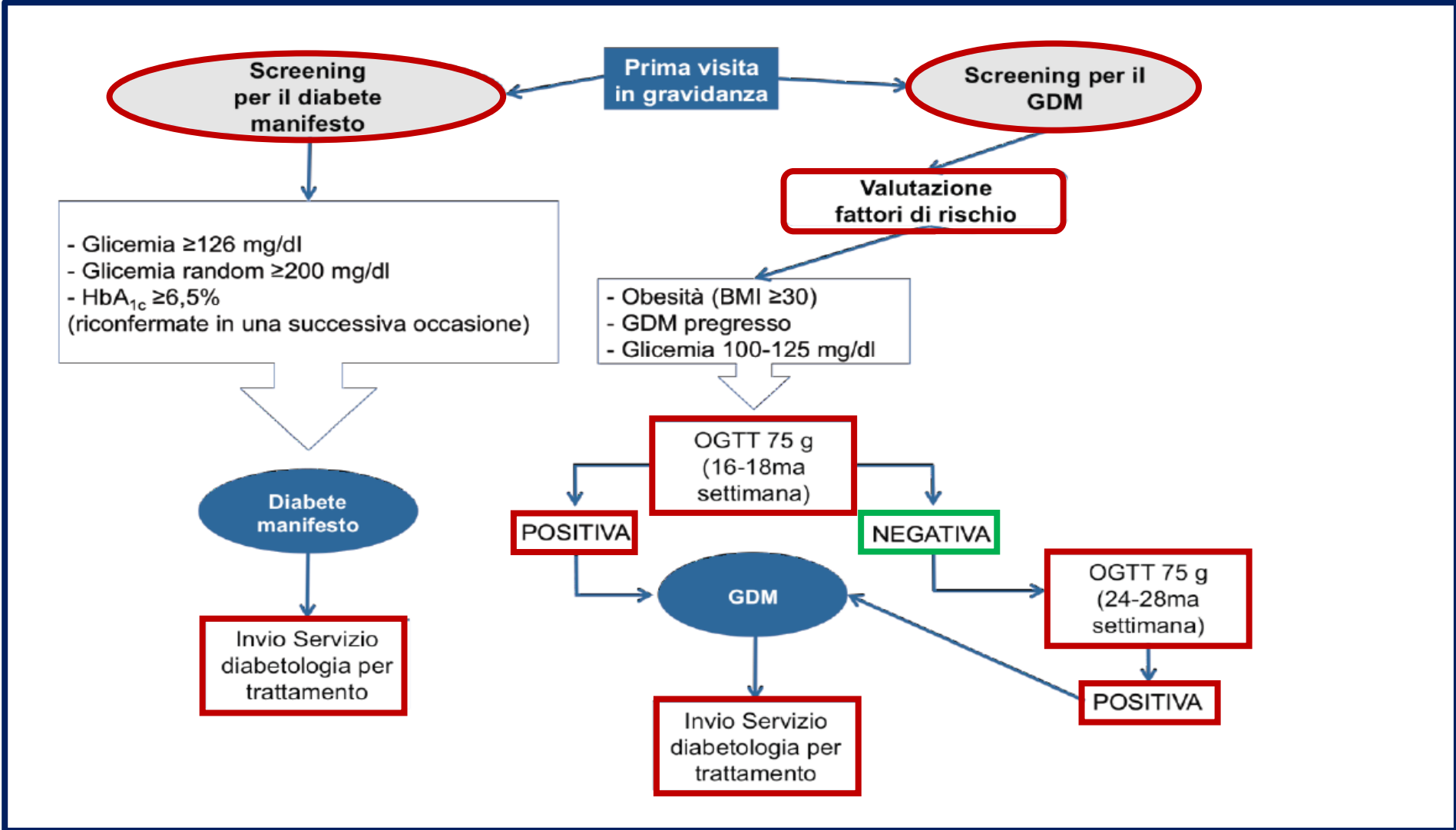


# Screening GDM: (MAP o Ginecologo)



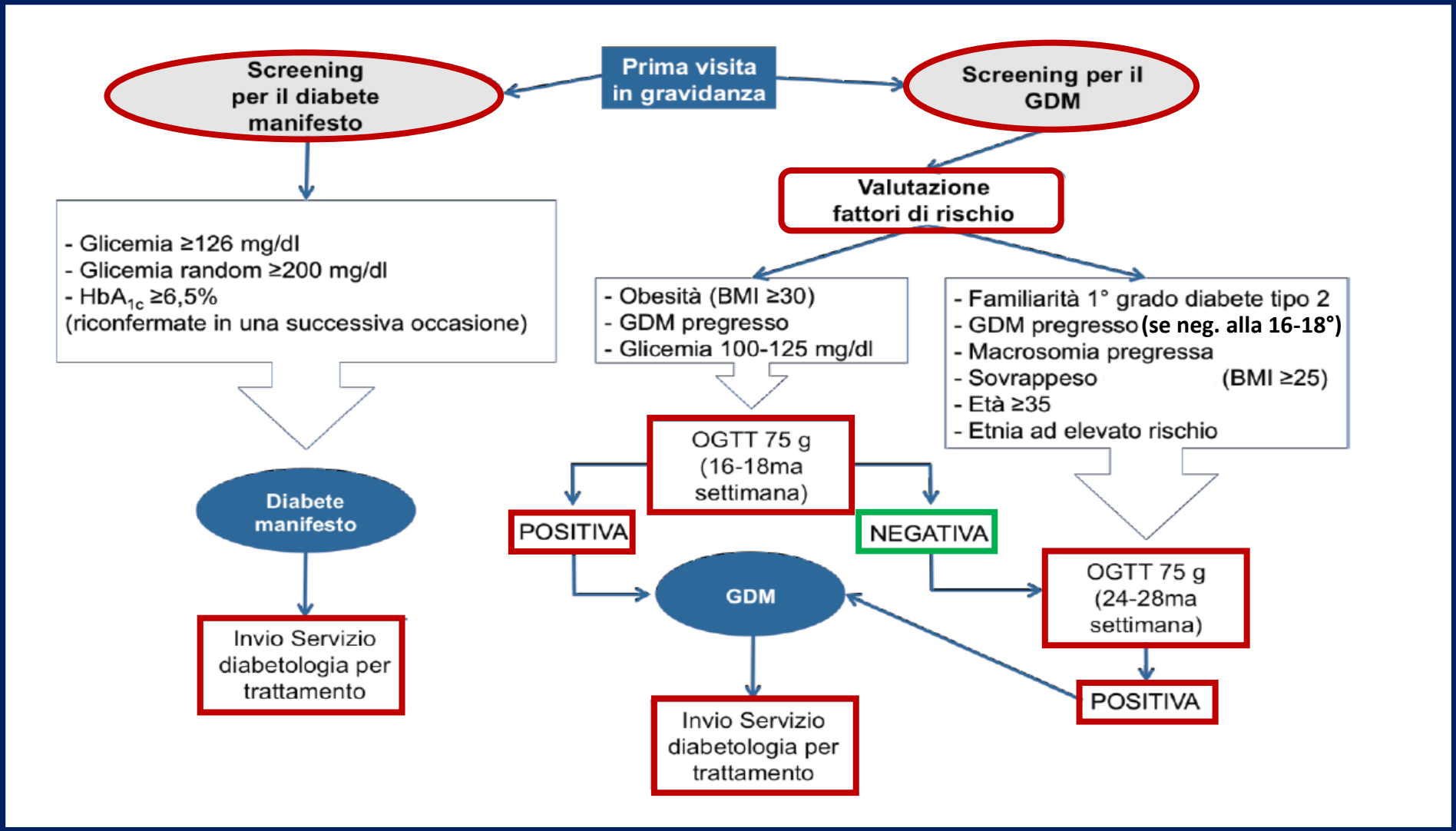


# Screening GDM: (MAP o Ginecologo)

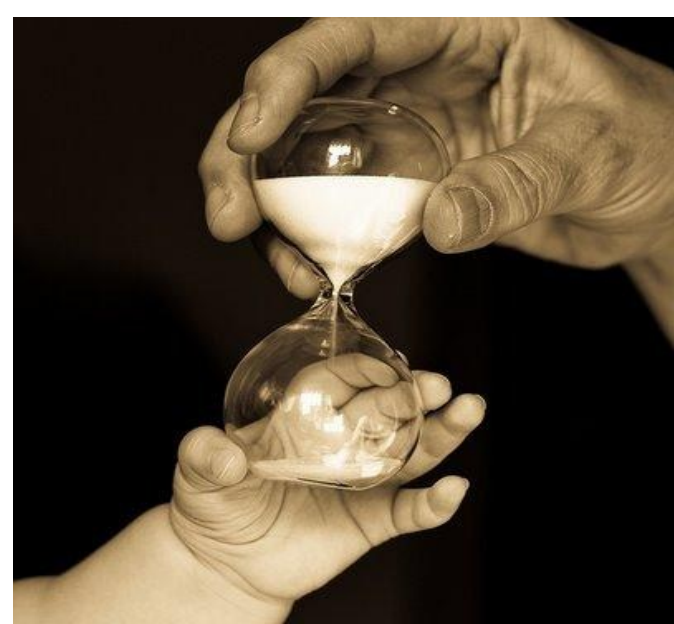




# Screening GDM: (MAP o Ginecologo)



**Etnia ad elevato rischio:** Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), popolazione di origine africana, Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto)



## MAP e/o Ginecologo

Tempi	OGTT diagnostico (75 g) glicemia su plasma venoso (mg/dl)
0 min	$\geq 92$
60 min	$\geq 180$
120 min	$\geq 153$



**se diagnosi di GDM**



**Invio a consulenza diabetologica  
per presa in carico della gestante**



# PDTA Diabete Gestazionale

## Ruolo del Team Diabetologico



1. Presa in carico della gestante con GDM
2. Gestione metabolica e monitoraggio della gravida con GDM in dietoterapia
3. Gestione metabolica e monitoraggio della gravida con GDM in trattamento insulinico
4. Follow up metabolico nel post parto e riaffido al MAP



# Team diabetologico

Diabetologo

Infermiera di  
Diabetologia

Dietista

Visita diabetologica

Educazione  
terapeutica

- Informazioni generali sulla malattia
- Dieta e stile di vita
- Se inizio terapia insulinica: indicazioni sul corretto utilizzo delle penne, aghi, sedi di iniezione, gestione di eventuale ipoglicemia

Avvio del  
Monitoraggio  
Glicemico  
(SMBG)

- Modalità dei controlli
- Frequenza dei controlli
- Obiettivi glicemici

Altri esami  
di laboratorio,  
Ecografie ostetriche

- HbA1c
- Creatinina, eGFR
- Microalbuminuria
- Es.urine (chetoni)

# EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL GDM

REGIONE DEL VENETO  
ULSS8 BERICA

ITALIA

## INDICAZIONI ALIMENTARI IN GRAVIDANZA

The infographic features a hand holding a teddy bear and a small Italian flag, with several balloons containing dietary advice:

- Usare poco sale ma iodato
- Evitare succhi, bibite zuccherate, zucchero, dolci, creme, fritti, ecc...
- Preferire cotture semplici che non richiedano l'utilizzo di grassi.
- Fare sempre i 3 pasti principali e 2-3 spuntini al giorno.
- Condire le pietanze a crudo e con olio extravergine di oliva.
- Bere almeno 2-3 litri di acqua al giorno.
- Mangiare molta verdura a tutti i pasti.
- Preferire alimenti integrali
- Mangiare carboidrati a tutti i pasti.
- Non fumare
- Fare una regolare attività fisica.
- Non bere alcolici

PDTA Diabete Gestazionale 2022- AULSS8 BERICA

REGIONE DEL VENETO  
ULSS8 BERICA

ITALIA

## ESEMPIO ALIMENTAZIONE GIORNALIERA

	PROPOSTA DI BASE	POSSIBILI ALTERNATIVE
COLAZIONE	Caffè senza zucchero	→Tè o tisane senza zucchero
	+ Un bicchiere di latte	→Una fetta di prosciutto cotto o tacchino →Una fettina di formaggio o ricotta →yogurt bianco naturale
	+ pane integrale o di segale	→Fette biscottate integrali →Crackers →Flocchi di avena
METÀ MATTINA	Una porzione di frutta fresca (no spremute) + frutta secca (ad es. noci/mandorle/noccioline)	
PRANZO	Un piatto di pasta integrale	→Riso basmati o parboiled →Farro, orzo, quinoa, etc. →pane integrale
	+ Una porzione di pesce o carne bianca <i>Utilizzabile anche per condire il primo piatto.</i>	→Una porzione di formaggio magro →Una porzione di uova →Una porzione di legumi (piselli, fagioli, ceci, lenticchie).
	+ Abbondante <u>verdura</u> condita con l'olio di oliva extra-vergine.	
METÀ POMERIGGIO	Una porzione di frutta fresca (no spremute) + yogurt bianco naturale	
CENA	Pane integrale o di segale	→pasta integrale o riso →Minestra con pastina o crostini →patate
	+ Una porzione di pesce o carne bianca	→Una porzione di formaggio magro →Una porzione di uova →Una porzione di legumi (piselli, fagioli, ceci, lenticchie).
	+ Abbondante <u>verdura</u> condita con l'olio di oliva extra-vergine.	
PRIMA DI ANDARE A LETTO	Un bicchiere di latte	→Grana →Ricotta →Yogurt bianco
	+ 3 fette biscottate integrali	→Crackers/grissini integrali →Pane integrale →Flocchi di avena

PDTA Diabete Gestazionale AULSS8 BERICA

# EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER LA GESTANTE CON GDM



INDIA

## गर्भावस्था में भोजन निर्देश

- कम नमक का प्रयोग करें लेकिन आयोडाइड नमक का ही प्रयोग करें
- चीनी वाले द्रव्य पदार्थों, चीनी वाला दूध, जूस, मिठाईयाँ, आइस क्रीम, खजूर, शहद वगैरा .... में परहेज करें
- माधारण खाना पकाएं जिसमें चिकनाई वाले पदार्थों का उपयोग न होना हो: नले पदार्थों में बर्चै. स्वाद के लिये मसालों का प्रयोग करें
- जटिल कार्बोहाइड्रेट और प्रोटीन (मीट, मछली, दालें, चने, राजमाह, रोँगो, चने वगैरै... फोरमाज्जो (चीज) और अंडा हरेक भोजन में खाएं
- गर्भावस्था में वजन नहीं रखने की सलाह दी जाती है
- हमेशा दिन में तीन बार मुख्य भोजन करें और २-३ बार हल्का सा कुछ खाएं
- दिन में २-३ लिटर सिर्फ पानी पिएं
- सम्पूर्ण (इन्टैग्रल) भोजन को पहल दें
- हरक भोजन में अधिक मात्रा में सब्जियाँ खाएं: सब्जियों को तले नहीं
- मलाद या कच्ची सब्जियों के ऊपर जैतून का एकमट्टा डेरजने तेल डालें
- नियमित रूप से शारिरिक गतिविधियाँ करें
- अन्न परिमाणों अथवा डिन ग्रुप नवन केते हवे।
- प्रतिदिन ७ बेलाय प्रधन खावार केते हवे एवम् २-३ बार हलका नास्ता वा जलखावार केते हवे।
- प्रतिदिन कमपन्डे २-३ लिटार पानि पान करते हवे।
- प्रतिबेला खावार के साथे प्रचुर परिमाणे सबजि केते हवे। अतिरिक्त तेले भाजा सबजि खाओया वावे ना।
- हर्केखाण अर्थात् लाल आँटा वा मसुदा दिसे जेरि खावार केते हवे।
- रान्ना वा खावार के जन्य एक्स्ट्रा तार्जिन अलिउओयेल तेल ब्यावहार करते हवे --।
- दैनिक नियमित शारिरिक ब्यायाम करते हवे।



BANGLADESH

## গর্ভবতীকালীন সঠিক খাবারের নির্দেশাবলী

- চিনিযুক্ত পানীয়, চিনিযুক্ত দুধ, প্যাকেট জুস, মিষ্টি, আইসক্রিম, খেজুর, মধু ইত্যাদি জাতীয় খাবার ত্যাগ করতে হবে।
- ফ্যাট বা চর্বিযুক্ত খাবার না খেয়ে, সাধারণভাবে রান্না করা খাবার খেতে হবে, বেশি তেলে ভাজা খাবার এড়িয়ে চলুন। রান্নার বাদ বাড়ালের জন্য মশলা ব্যবহার করতে পারেন।
- প্রতিবেলা খাবারের সাথে কার্বোহাইড্রেড বা শর্করা এবং প্রোটিন ( মাংস, মাছ, বিভিন্ন ধরনের শিমের বিচি, পনির বা
- গর্ভবতী চলাকালীন রোজা না রাখার জন্য পরামর্শ নিয়া থাকে।
- রান্না বা খাবারের জন্য এক্সট্রা তার্জিন অলিউওয়েল তেল ব্যবহার করতে হবে --।
- দৈনিক নিয়মিত শারীরিক ব্যায়াম করতে হবে।
- অল্প পরিমাণে অথোডিন গ্রুপ নবন খেতে হবে।
- প্রতিদিন ৩ বেলায় প্রধান খাবার খেতে হবে এবং ২-৩ বার হালকা নাস্তা বা জলখাবার খেতে হবে।
- প্রতিদিন কমপক্ষে ২-৩ লিটার পানি পান করতে হবে।
- প্রতিবেলা খাবারের সাথে প্রচুর পরিমাণে সবজি খেতে হবে। অতিরিক্ত তেলে ভাজা সবজি খাওয়া যাবে না।
- হর্কেখাণ অর্থাৎ লাল আঁটা বা মসুদা দিছে জেরি খাবার খেতে হবে।
- রান্না বা খাবারের জন্য এক্সট্রা তার্জিন অলিউওয়েল তেল ব্যবহার করতে হবে --।
- দৈনিক নিয়মিত শারীরিক ব্যায়াম করতে হবে।



中文

## 怀孕中期饮食建议

- 避免饮用任何含糖饮料，如果汁；避免食用糖果、甜品、冰淇淋和奶油等食物
- 调味时，最好使用特级初榨橄榄油，并限制酱油的摄入
- 建议使用简单烹饪方法（避免油炸或翻炒）
- 每日至少要喝 2-3 升水
- 每餐都要摄入碳水化合物，最好使用全麦食品
- 经常参与锻炼
- 每日食用三餐和 2-3 次小食
- 一周最多只能吃 4 个鸡蛋
- 加大每餐蔬菜量的摄入
- 避免饮用任何含糖饮料，如果汁；避免食用糖果、甜品、冰淇淋和奶油等食物
- 调味时，最好使用特级初榨橄榄油，并限制酱油的摄入
- 建议使用简单烹饪方法（避免油炸或翻炒）
- 每日至少要喝 2-3 升水
- 每餐都要摄入碳水化合物，最好使用全麦食品
- 经常参与锻炼
- 每日食用三餐和 2-3 次小食
- 一周最多只能吃 4 个鸡蛋
- 加大每餐蔬菜量的摄入



# 3 PASTI PRINCIPALI E 3 SPUNTINI AL GIORNO

## COLAZIONE

50 gr di pane  
integrale  
+ latte

## PRANZO

80 gr di pasta  
integrale  
+ verdura  
+ secondo

## CENA

80 gr di pane  
integrale  
+ verdura  
+ secondo

# 3 PASTI PRINCIPALI E 3 SPUNTINI AL GIORNO

Un frutto  
+ frutta  
secca

**SPUNTINO  
MATTINA**

Un frutto  
+ yogurt  
bianco

**SPUNTINO  
POMERIGGIO**

30 gr di pane  
integrale  
+ latte

**SPUNTINO  
SERALE**

**COLAZIONE**

50 gr di pane  
integrale  
+ latte

**PRANZO**

80 gr di pasta  
integrale  
+ verdura  
+ secondo

**CENA**

80 gr di pane  
integrale  
+ verdura  
+ secondo

# ALTERNATIVE PER LA COLAZIONE

LATTE+ FETTE BISCOTTATE INTEGRALI

GLICEMIA



CRACKERS O CROSTINI INTEGRALI + RICOTTA MAGRA

GLICEMIA



TOAST CON PROSCIUTTO COTTO O FORMAGGIO

GLICEMIA



BRUSCHETTINA INTEGRALE CON FORMAGGIO E VERDURE

GLICEMIA



# ALTERNATIVE DI SPUNTINO SERALE

**25 GR CARBOIDRATI + 10 GR PROTEINE**

*(Standard italiani 2018)*

3 FETTE  
BISCOTTATE  
INTEGRALI  
+  
1 bicchiere  
di LATTE

1 pacchetto  
di CRACKER  
INTEGRALI  
+  
20 gr di  
GRANA

1 pacchetto  
di CRACKER  
INTEGRALI  
+  
10  
MANDORLE

30 gr. di PANE  
INTEGRALE  
+  
30 gr. di  
RICOTTA

# Obiettivi glicemici durante la gravidanza

STANDARD ITALIANI  
PER LA CURA DEL  
DIABETE MELLITO  
2018



U.O.S.D. DIABETOLOGIA ed ENDOCRINOLOGIA TERRITORIALE  
Responsabile Dott.ssa Simonetta Lombardi  
Arzignano Tel. 0444 - 459572 (dalle ore 10 alle ore 12 dal lunedì al venerdì)  
Valdagno Tel. 0445 - 423329 (dalle ore 10 alle ore 12 dal lunedì al venerdì)  
email: diabetologia\_territoriale@aulss8.veneto.it

**Tabella VI.B2** Obiettivi glicemici in gravidanza  
(sangue capillare intero).

A digiuno	≤ 90 mg/dl
1 ora dopo il pasto	≤ 130 mg/dl
2 ore dopo il pasto	≤ 120 mg/dl

DATA	PRIMA DI COLAZIONE obiettivo glicemico tra 70 – 90 mg/dl		1 ORA DOPO COLAZIONE♣ obiettivo glicemico tra 100 – 130 mg/dl		1 ORA DOPO PRANZO ♣ obiettivo glicemico tra 100 – 130 mg/dl		1 ORA DOPO CENA♣ obiettivo glicemico tra 100 – 130 mg/dl	
	Glicemia	Cosa ho mangiato?	Glicemia	Cosa ho mangiato?	Glicemia	Cosa ho mangiato?	Glicemia	Cosa ho mangiato?

♣ 1 ora dall' inizio del pasto

Se il valore della glicemia capillare, dopo il pasto, è inferiore a 100 mg/dl oppure è superiore a 130 mg/dl scrivere cosa ha mangiato al pasto

# GDM quando l'insulina ?

**L'autocontrollo glicemico deve essere iniziato immediatamente dopo la diagnosi di diabete gestazionale. Nelle forme trattate con sola dieta o con sola insulina lenta serale possono essere utilizzati schemi semplificati a "scacchiera", mentre protocolli intensificati, del tutto analoghi a quelli indicati per il diabete pregestazionale, devono essere utilizzati in tutte le forme di diabete insulino-trattato. **VI B****

**Nelle donne con diabete gestazionale la terapia insulinica deve essere iniziata prontamente se gli obiettivi glicemici non sono raggiunti entro 2 settimane di trattamento con sola dieta. **VI B****

**Nel diabete gestazionale gli schemi insulinici devono essere individualizzati: sono possibili schemi a 1 o 2 iniezioni, tuttavia può essere necessario ricorrere al trattamento insulinico intensivo per raggiungere l'ottimizzazione della glicemia. **VI B****

# Monitoraggio del GDM: visita diabetologica di controllo

Diabetologo

Infermiera di  
Diabetologia

Dietista



## TELEMEDICINA



Alla **visita diabetologica di controllo 3 settimane dopo la prima visita**, visionati gli esami ematochimici richiesti, **confermata l'efficacia della dieta e della attività fisica** o rinforzati i consigli dietetici in caso di necessità, il monitoraggio proseguirà con lo stesso schema di monitoraggio glicemico (a scacchiera con almeno 3 profili completi a settimana) ed i successivi controlli saranno prevalentemente in **TELEMEDICINA ogni 20 giorni** (ad eccezione di quelle gestanti straniere "meno autonome")

**NB: La gestante viene informata che se risconterà almeno 2 valori di glicemia fuori range in una settimana, dovrà contattare il Servizio (telefono o mail) per una rivalutazione clinica.**



# **PDTA Diabete Gestazionale**

**Ruolo del Ginecologo e Ostetrica  
nell'ambulatorio della «Gravidanza a rischio»**



**1. Presa in carico della gravida con GDM**

**2. Management ostetrico della gravida con GDM intra partum**



# PDTA Diabete Gestazionale

## Ruolo del Team Diabetologo/Ginecologo/MAP



### Nel post-parto

1. Presa in carico della gestante con GDM
2. Monitoraggio glicemico della gravida con GDM in dietoterapia
3. Monitoraggio glicemico della gravida con GDM in trattamento insulinico
4. **Follow up metabolico nel post-parto e riaffido al MAP**



# GDM: FOLLOW UP METABOLICO DOPO IL PARTO

DOPO 40 GIORNI DAL PARTO

OGTT 75 g

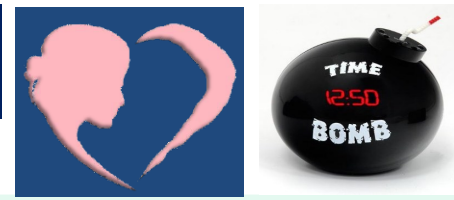


**Meno del 30 - 40 % delle donne  
partecipa al follow up  
dopo il parto**

(Standard Italiani per la Cura del diabete  
mellito AMD-SID 2018)

Ogni 3 an

# DIABETE GESTAZIONALE: EVOLUZIONE



RESEARCH ARTICLE

Increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus, a target group in general practice for preventive interventions: A population-based cohort study

Barbara Daly<sup>1</sup>, Konstantinos A. Toulis<sup>2</sup>, Neil Thomas<sup>2</sup>, Krishna Gokhale<sup>2</sup>, James Martin<sup>2</sup>, Jonathan Webber<sup>3</sup>, Deepi Keerthy<sup>2</sup>, Kate Jolly<sup>2</sup>, Ponnusamy Saravanan<sup>4</sup>, Krishnarajah Nirantharakumar<sup>2†\*</sup>

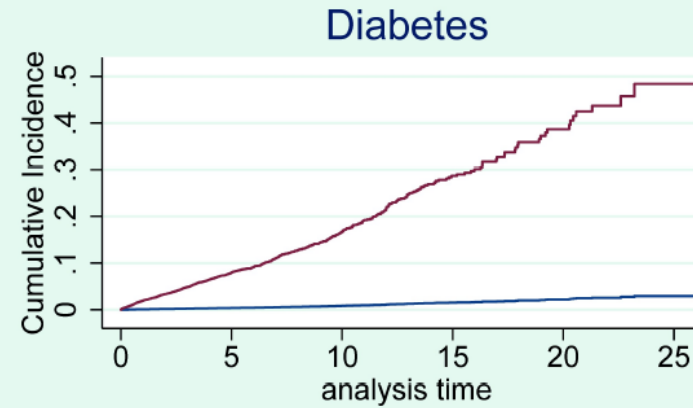
1 School of Nursing, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Auckland, New Zealand, 2 Institute of Applied Health Research, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom, 3 Department of Diabetes, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, United Kingdom, 4 Diabetes, Endocrinology & Metabolism, Division of Health Sciences, Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, United Kingdom

PLOS Medicine | <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002488> January 16, 2018

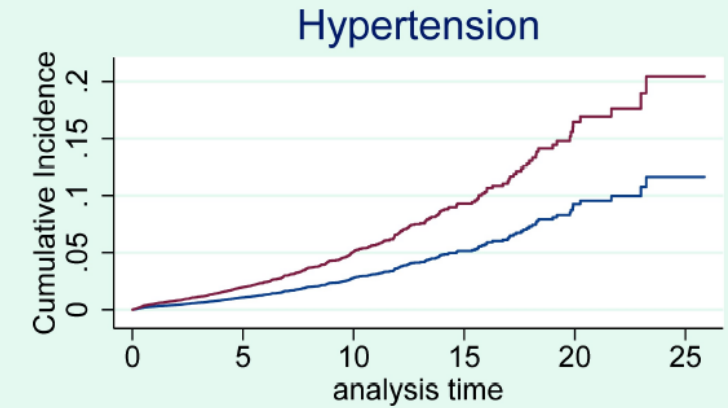


L'espletamento del parto è generalmente seguito dalla normalizzazione della tolleranza glucidica ma... la comparsa del diabete gestazionale rappresenta una **condizione ad elevato rischio per lo sviluppo di DM2** negli anni successivi che si manifesta **nel 30 - 50%** di queste donne e **persino entro la prima decade post-parto** e di **un rischio cardio-vascolare due volte maggiore**

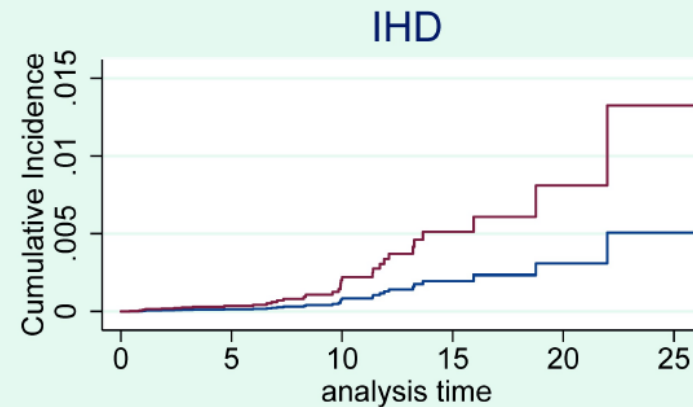
Kramer et al. «Gestazionale diabetes and the risk of cardiovascular disease in women. *Diabetologia* 2019;62(6): 905-914.



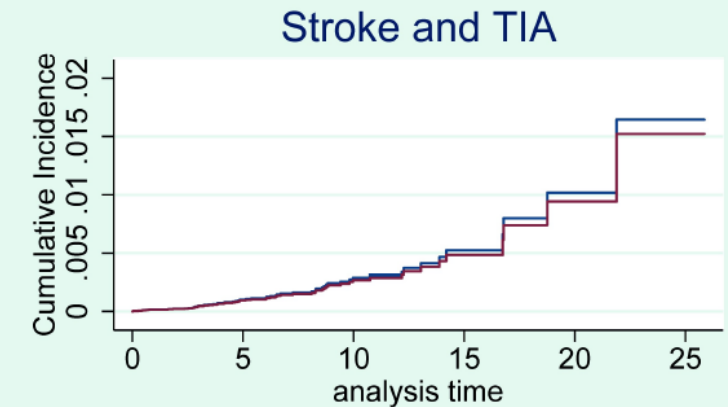
Control GDM



Control GDM



Control GDM



Control GDM

Fig 2. Cumulative incidence of diabetes, hypertension, IHD, and stroke or TIA for women with GDM and control women. The analyses for diabetes and hypertension are adjusted for age, Townsend quintile, BMI, and smoking. The analyses for IHD and stroke or TIA are adjusted for the above covariates, prescribed lipid-lowering medication, and hypertension. BMI, body mass index; GDM, gestational diabetes mellitus; IHD, ischemic heart disease; TIA, transient ischemic attack.

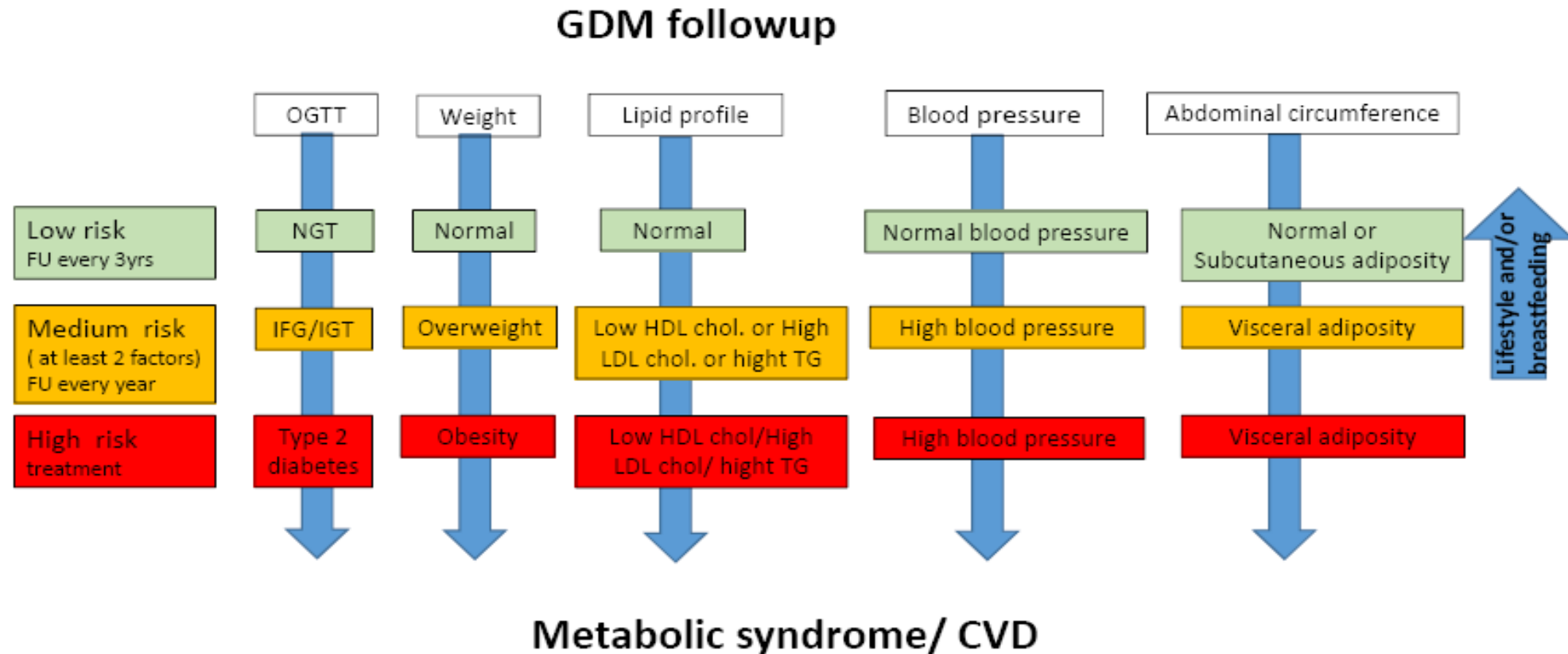


## Long-term cardio-metabolic effects after gestational diabetes: a review

S. Burlina, M. G. Dalfrà and A. Lapolla

Department of Medicine – DIMED, University of Padova, Padova, Italy

### Stratification of the cardio-metabolic risk of women with previous GDM





JAMA Insights | **WOMEN'S HEALTH**

## Gestational Diabetes and Long-Term Cardiometabolic Health

Kartik K. Venkatesh, MD, PhD; Sadiya S. Khan, MD, MSc; Camille E. Powe, MD

**JAMA** Published online August 10, 2023

Individuals who experience a pregnancy complicated by GDM and their offspring exposed in utero are at higher risk of poor cardiometabolic health.

Recognizing the lifetime and intergenerational risks associated with GDM requires greater awareness by clinicians, patients, and researchers.

It is critical to highlight that **GDM is a window into future cardiometabolic health, not merely an isolated complication of pregnancy that ends with delivery.**

A life course perspective provides a critical clinical and public health opportunity to address implementation gaps in evidence-based screening, diagnosis, and therapeutic interventions to prevent adverse outcomes associated with T2D and CVD in individuals with a pregnancy complicated by GDM.

# PDTA Diabete Gestazionale

## FOLLOW UP METABOLICO DOPO IL PARTO IN TELEMEDICINA

Durante l'ultima visita (in presenza o in telemedicina), prima della data presunta del parto ( 37 sett.), il diabetologo redige impegnativa per OGTT da eseguire 6 settimane dopo il parto e stila il promemoria di quanto ci deve inviare.

La signora entro 2 mesi dal il parto esegue l'**OGTT** e ci invia per mail il referto assieme alla **lettera di dimissione dall'ostetricia** e alla **copia del libretto del neonato** per l'inserimento in cartella elettronica;

successivamente il diabetologo contatta la signora telefonicamente per spiegarle la sua situazione metabolica, quindi redige il referto che le verrà inviato per mail assieme alla **lettera di riaffido al MAP con il timing del successivo follow up.**

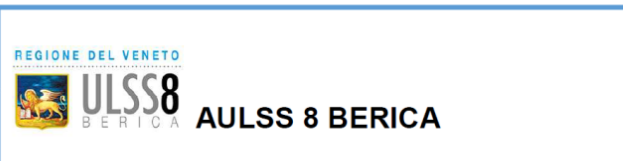




## CONCLUSIONI:



- **il PDTA GDM rappresenta un modello di assistenza in cui diverse figure professionali affiancano la donna dal concepimento al puerperio, ed anche in tempi successivi al parto**
- **uno screening del GDM efficace e un monitoraggio puntuale durante la gestazione può ridurre la morbilità materno-fetale**
- **il follow up post partum è fondamentale per prevenire sia lo sviluppo del diabete che le malattie cardiovascolari nella donna con pregresso GDM**



**UOC Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione**  
**UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale**

**PERCORSO ASSISTENZIALE  
DIABETE GESTAZIONALE**  
**Azienda ULSS 8 Berica**

Codifica	DET-OVEST-PDTA-001
Preparazione	Coordinatore GdL Dott.ssa Simonetta Lombardi f.to
Verifica	Referente Qualità Dott. Marcello Mezzasalma f.to
Approvazione	Direttore Sanitario Dott.ssa Romina Cazzaro f.to
	Direttore Servizi Socio Sanitari Dott. Achille Di Falco f.to
Rev. 0	Data 23/10/2019
Rev. 1	Data 14/02/2023
Riconferma	Responsabile Data 14/02/2023

## GRUPPO DI LAVORO

Dott.ssa Simonetta Lombardi – Responsabile GdL UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale  
 Dott.ssa Silvia Burlina – UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale  
 Dott.ssa Paola Costa - Cure Primarie Est  
 Dott.ssa Silvia Manea – Cure Primarie Ovest  
 Dott.ssa Michela Biasio – Cure Primarie Ovest  
 Dott. Marco Strazzabosco - UOC Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione  
 Dott.ssa Silvana Costa – UOC Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione  
 Dott.ssa Rachele Reitano - Casa di Cura Villa Berica  
 Dott.ssa Mariarosa Carta - UOC Laboratorio Analisi  
 Dott.ssa Margherita Andretta - UOC Farmacia Territoriale  
 Dott. Ernesto Zanetel - Direzione Medica Arzignano  
 Dott. Marco Benetti - MAP Distretto Ovest  
 Dott. Mauro Loison - MAP Distretto Est  
 Dott.ssa Michela Marchesini – UOC Ginecologia ed Ostetricia Vicenza  
 Dott.ssa Rosita Vassallo – UOC Ginecologia ed Ostetricia Arzignano  
 Dott.ssa Leila Lo Zito - UOC Ginecologia ed Ostetricia Valdagno  
 Lucia Dalla Pozza - Ostetrica UOC Ginecologia ed Ostetricia Vicenza  
 Laura Tregnago - Ostetrica UOC Ginecologia ed Ostetricia Vicenza  
 Giulia Tridello - Ostetrica UOC Ginecologia ed Ostetricia Arzignano  
 Ostetrica UOC Ginecologia ed Ostetricia Valdagno Pingitore Michela  
 Dott.ssa Carla Morando – UOC Pediatria Vicenza – Valdagno - TIN  
 Dott.ssa Marta Donà – UOC Pediatria Arzignano  
 Dal Corno Anna – Coordinatore TIN Vicenza  
 Fin Tiziana – Coordinatore UOC Pediatria Arzignano  
 Dott. Domenico Montevecchi – Dirigente medico Consultorio distretto  
 Dott.ssa Rita Sartori – Dirigente medico Consultorio distretto OVEST  
 Chiara Nicoletto - Ostetrica Consultorio distretto EST  
 Ilenia Barbieri -Ostetrica Consultorio distretto OVEST  
 Sabrina Cozza - Coordinatore UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale  
 Violeta Urukalo - Coordinatore UOC Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione  
 Dott.ssa Serena Sarti – Dietista UOSD Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale  
 Dott.ssa Lara Cenzone – Dietista UOC Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione  
 Dott. Giorgio Gentilin - Presidente Associazione Diabetici Distretto Ovest  
 Maria Luisa Carlotto - Associazione Diabetici Distretto Est



*“Coming together is a beginning.  
 Keeping together is a progress.  
 Working together is success”  
 (Henry Ford 1863-1947)*



***“ To accomplish great things  
we must not only act,  
but also dream,  
not only plan,  
but also believe !***



