SID
fondata nel 1964
Società Italiana di Diabetologia

Via Pisa, 21
00162 Roma

Tel. +39 06.44240967
Fax. +39 06.44292060

www.siditalia.it

Comunicato stampa 2
Rimini, 28 ottobre 2026

31° Congresso della Società Italiana di Diabetologia (SID)

Diabete e gravidanza: dal pancreas artificiale al caldo estremo, le nuove sfide per mamma e bambino

- ***Al congresso nazionale della Società Italiana di Diabetologia (SID) si accendono i riflettori anche sulle nuove frontiere della salute materno-fetale***
- ***Dalle ondate di calore, ai farmaci antiobesità, dalle tecnologie che regalano fino a tre ore al giorno in più di glicemia nell'intervallo ottimale, alle nuove linee guida dell'OMS, dell'ADA e quelle congiunte ESE-Endocrine Society, fino alla frontiera dell'epigenetica***
- ***Ma su tutto, la professoressa Elena Succurro della Società Italiana di Diabetologia ricorda quanto sia fondamentale programmare la gravidanza e garantire cure personalizzate durante, ma anche dopo il parto***

Secondo il Ministero della Salute, circa il 6–7% delle gravidanze in Italia è complicato da una forma di diabete. Ma il diabete in gravidanza non è solo una questione di glicemia: ad ampliare la conversazione contribuiscono anche il riscaldamento globale, l'arrivo di farmaci rivoluzionari contro diabete e obesità (quelli basati sul GLP-1), i progressi del pancreas artificiale e le nuove conoscenze sui meccanismi biologici che influenzano la salute di mamma e bambino. A fare il punto sulle novità è la Società Italiana di Diabetologia (SID), in occasione del congresso nazionale (Rimini 28-31 Ottobre 2026), con il contributo dell'esperta, la professoressa **Elena Succurro**, ordinario di Endocrinologia presso l'Università Magna Graecia di Catanzaro e componente del Consiglio Direttivo della SID, che richiama l'attenzione su un dato preoccupante: secondo le stime internazionali, soltanto il 30-40% delle donne con diabete effettua una programmazione della gravidanza.

• NUOVE LINEE GUIDA SUL DIABETE IN GRAVIDANZA

La prevenzione comincia prima del concepimento.

Il diabete interessa circa una gravidanza su sei nel mondo, cioè circa 21 milioni di donne (tra diabete preesistente e gestazionale) ogni anno. Lo scorso novembre l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato le sue prime linee guida globali sulla gestione del diabete in gravidanza. A fine 2025 anche l'*American Diabetes Association* (ADA) ha rafforzato la raccomandazione di un approccio che integri pianificazione preconcezionale, individuazione precoce delle alterazioni glicemiche, monitoraggio e scelta individualizzata delle terapie. L'ADA indica come obiettivo ideale un'emoglobina glicata (HbA1c) inferiore a 6,5% prima della gravidanza, se raggiungibile in sicurezza. Durante la gestazione, l'obiettivo ideale è generalmente un'HbA1c inferiore al 6%, che può arrivare fino a < 7% se necessario per prevenire ipoglicemie significative. Infine, le European Society of Endocrinology e l'Endocrine Society, hanno pubblicato le loro linee guida congiunte nel luglio 2025, dedicate specificamente alle donne con diabete di tipo 1 o di tipo 2. già presente prima della gravidanza. Il documento sottolinea l'importanza di affrontare con il diabetologo il desiderio di maternità, per consentire una preparazione tempestiva e ottimizzare il controllo glicemico prima del concepimento. L'obiettivo è intervenire sui fattori modificabili e ridurre i rischi legati all'iperglicemia fin dalle prime fasi dello sviluppo embrionale.

"Programmare una gravidanza – commenta la professoressa Succurro - significa non solo raggiungere valori glicemici adeguati, ma anche preparare la donna ad affrontare i profondi cambiamenti metabolici che caratterizzano la gestazione. Le tecnologie possono rappresentare un alleato prezioso in questo percorso, ma devono essere accompagnate da formazione, educazione terapeutica e da un'assistenza specialistica integrata. È fondamentale costruire percorsi strutturati che accompagnino la donna dal preconcepimento, al postpartum, attraverso una stretta collaborazione tra diabetologo, ginecologo e team multidisciplinare. Per l'Italia la priorità e la sfida sono tradurre le indicazioni delle linee guida in percorsi strutturati e accessibili, omogenei in tutte le Regioni. Un impegno che deve accompagnare ogni donna dalla programmazione della gravidanza e proseguire a lungo nel periodo successivo alla nascita".

Follow-up post-partum.

Per le neomamme, il rischio-diabete non si esaurisce con la fine della gravidanza. "Il diabete gestazionale non deve essere considerato un problema limitato ai nove mesi della gravidanza – ammonisce la professoressa Elena Succurro -. Anche quando la glicemia torna normale dopo il parto, queste donne mantengono un rischio significativamente aumentato di sviluppare diabete tipo 2 negli anni successivi: una donna su 5 di quelle che hanno avuto il diabete gestazionale, ha un rischio aumentato di sviluppare diabete di tipo 2, entro 10 anni dal parto. La diagnosi di diabete gestazionale deve quindi diventare un'opportunità per avviare un percorso di prevenzione a lungo termine. Per questo è fondamentale eseguire la curva da carico orale di glucosio a 4-12 settimane dal parto e proseguire con controlli periodici".

● IL BOOM DEI SISTEMI A "ANSA CHIUSA" (PANCREAS ARTIFICIALE)
Garantiscono fino a tre ore in più al giorno di glicemia nel range ideale.
Un ruolo crescente nella gestione del diabete in gravidanza è riconosciuto alle tecnologie. L'OMS raccomanda il monitoraggio continuo del glucosio (sensore) nelle gestanti con diabete di tipo 1, dove fattibile. Le linee guida ESE–Endocrine Society suggeriscono inoltre, nel diabete di tipo 1, l'impiego di sistemi ibridi di somministrazione automatizzata dell'insulina ('pancreas artificiale'), precisando che la scelta deve tenere conto dell'idoneità dello specifico sistema alla gravidanza e avvenire sotto la guida di un'équipe esperta.

I sistemi automatizzati di somministrazione dell'insulina (AID), che integrano sensori, microinfusori e algoritmi, stanno trasformando la gestione del diabete di tipo 1 in gravidanza. Nello studio AiDAPT hanno aumentato di circa 2,5 ore al giorno il tempo trascorso nell'intervallo glicemico raccomandato (63-140 mg/dL); nello studio CIRCUIT il vantaggio ha raggiunto circa tre ore. Lo studio CRISTAL ha invece documentato benefici soprattutto sul controllo notturno e sulla riduzione delle ipoglicemie. "In gravidanza gli obiettivi glicemici sono particolarmente stringenti – ricorda la professoressa Succurro - e il fabbisogno insulinico cambia rapidamente per effetto delle modificazioni ormonali. Raggiungere e mantenere questi obiettivi richiede un impegno quotidiano intenso. I risultati di questi studi dimostrano che l'automazione possa offrire un supporto concreto, ampliando le possibilità di personalizzare la terapia nelle donne con diabete di tipo 1. Le tecnologie avanzate stanno trasformando le possibilità di cura ma è necessario utilizzare solo dispositivi appropriati (attualmente in Europa sono tre i sistemi AID — indicati per l'impiego nella gravidanza con diabete di tipo 1) e sotto la guida di équipe esperte, idealmente già nella fase preconcezionale".

● INCRETINE
Semaglutide e tirzepatide: grandi alleate della gravidanza prima, ma non (ancora) durante.
Un nuovo consenso internazionale pubblicato nel settembre 2026 su *The Lancet Obstetrics, Gynaecology & Women's Health* evidenzia le potenzialità delle terapie incretiniche nel migliorare peso e compenso metabolico prima del concepimento. Una metanalisi su oltre 42.000 gravidanze esposte a questi farmaci (le donne in terapia co incretine prima del concepimento, inconsapevolmente hanno continuato ad assumerle nelle primissime fasi della gravidanza) non ha rilevato un aumento statisticamente significativo di malformazioni congenite. Risultati tranquillizzanti, dunque, in caso di esposizione accidentale, ma non sufficienti a dimostrare la sicurezza dei farmaci durante la gestazione. In caso di gravidanza programmata, per ora resta l'indicazione di sospendere semaglutide almeno due mesi prima del concepimento e tirzepatide almeno un mese prima.

"La Società Italiana di Diabetologia – ricorda la professoressa Succurro - richiama l'attenzione su un messaggio fondamentale: questi farmaci possono contribuire a migliorare le condizioni metaboliche della donna prima della gravidanza, ma il loro utilizzo richiede una programmazione preconcezionale

accurata e una gestione specialistica personalizzata. Il documento pubblicato su *The Lancet* suggerisce che il trattamento con GLP-1 RA prima della gravidanza possa favorire il raggiungimento di un'emoglobina glicata inferiore al 6,5% e una riduzione del peso corporeo superiore al 5–10%, obiettivi che possono contribuire a migliorare le condizioni di salute della donna in vista del concepimento. I risultati di questa metanalisi, tuttavia, non modificano le attuali indicazioni sull'impiego dei farmaci incretinici durante la gravidanza.

Semaglutide, tirzepatide e gli altri agonisti recettoriali del GLP-1 non sono attualmente raccomandati durante la gravidanza, a causa dell'insufficienza di dati sulla sicurezza materno-fetale, soprattutto in caso di esposizione prolungata oltre il primo trimestre. Il periodo successivo al parto rappresenta un altro momento da attenzionare: particolare cautela è necessaria durante l'allattamento. Alcuni piccoli studi farmacocinetici hanno rilevato un trasferimento nel latte materno assente o molto basso per determinate molecole, ma non sono ancora disponibili dati sufficienti per stabilire con certezza la sicurezza dell'esposizione del lattante e gli eventuali effetti a lungo termine".

● CALDO ESTREMO

I cambiamenti climatici disturbano anche la gravidanza.

Le ondate di calore rappresentano una minaccia crescente per la salute materno-fetale, con evidenze crescenti di una loro associazione con complicanze, quali il parto pretermine. Alcuni studi osservazionali suggeriscono inoltre un possibile aumento del rischio di diabete gestazionale (+ 28%) nelle donne esposte a temperature elevate, soprattutto in determinate fasi della gravidanza. Non è stato ancora dimostrato un rapporto causale, ma il tema apre nuove prospettive di ricerca. Nelle donne già con diabete, inoltre, il caldo può favorire disidratazione e rendere più complessa la gestione della glicemia. "Studi recenti hanno dimostrato un'associazione tra l'esposizione prolungata al caldo estremo durante la gravidanza e un aumento del rischio di diabete gestazionale – ricorda la professoressa Succurro **-** L'esposizione durante finestre critiche (in particolare tra la 11° e la 18° settimana di gestazione) altera la regolazione degli zuccheri nel sangue e aumenta l'insulino-resistenza. Protezione dalle temperature estreme, idratazione attenta e adeguata, stretto monitoraggio metabolico diventano quindi strumenti importanti di prevenzione".

● EPIGENETICA

Nel DNA nuovi indizi sul rischio di diabete gestazionale.

"Nel corso della gestazione – ricorda la professoressa Succurro – l'organismo materno deve adattarsi a una progressiva riduzione della sensibilità all'insulina. Quando la produzione di insulina non riesce a compensare questa maggiore richiesta, può comparire il diabete gestazionale. Accanto ai fattori di rischio già riconosciuti, la ricerca sta approfondendo il possibile contributo dei meccanismi epigenetici (cioè di quei fattori in grado di regolare l'attività dei geni, senza modificarne la sequenza) ai processi che regolano il metabolismo del glucosio". Alcune modificazioni epigenetiche sono state osservate già prima della diagnosi di diabete gestazionale e potrebbero aiutare, in futuro, a identificare

precocemente le donne più vulnerabili. Non è però ancora chiaro se siano causa o conseguenza delle alterazioni metaboliche. "Il consiglio per le donne resta però concreto: prendersi cura della salute metabolica prima del concepimento, seguire un'alimentazione equilibrata, svolgere attività fisica adeguata alla gravidanza e aderire allo screening raccomandato – sottolinea l'esperta – Comprendere il ruolo dell'epigenetica potrà arricchire in futuro questo percorso, orientando una prevenzione sempre più personalizzata e attenta alle condizioni di vita di ogni donna, ma al momento non esistono test epigenetici validati per lo screening clinico".

IL TAKE HOME MESSAGE DELLA SID. "La gravidanza nelle donne con diabete – afferma la professoressa **Raffaella Buzzetti**, presidente della SID - deve essere preparata, accompagnata e seguita nel tempo. Le innovazioni farmacologiche e tecnologiche offrono opportunità senza precedenti, ma il vero progresso sarà renderle accessibili attraverso percorsi integrati tra diabetologi, ginecologi e medicina territoriale. La SID richiama l'attenzione sull'importanza di rendere omogenei i percorsi di screening e follow-up nelle diverse Regioni italiane, promuovendo sistemi di raccolta dei dati che consentano di misurare l'effettiva adesione ai controlli e di individuare eventuali disuguaglianze nell'accesso all'assistenza. Proteggere la salute metabolica della madre significa investire anche nel futuro del bambino".

Ufficio Stampa SID – Società Italiana di Diabetologia
Maria Rita Montebelli - +39 335 318642 – mariarita.montebelli@gmail.com
Andrea Sermonti - +39 334 1181140 – an.sermonti@gmail.com