DIABETE IN MOVIMENTO - PARAFRASI DELLE NUOVE LINEE GUIDA

Quanto ti senti preparato/a a valutare il valore clinico ed economico delle terapie innovative nel diabete?

1. Poco



2. Abbastanza



3. Molto



4. Per nulla



Nella tua esperienza, la dimensione economica, intesa come "value-based healthcare" o come "Health Technology Assessment - HTA", influenza le decisioni cliniche quotidiane?

1. In parte

2. Molto

3. Poco

4. Per nulla


In quali ambiti senti maggiore bisogno di competenze economiche nell'accezione data sopra?

1. Dialogo con le direzioni / decisori



2. Organizzazione dei percorsi di cura



3. Scelte prescrittive



4. Valutazione degli esiti nel tempo



Ritieni utile che AMD e SID investano in formazione strutturata sull'economia sanitaria applicata alla diabetologia?

1. Si



2. Sì, ma solo per alcuni profili



3. Non prioritario



GESTIONE CLINICA DEL DIABETE IN GRAVIDANZA - DIABETE IN MOVIMENTO

GESTIONE CLINICA DEL DIABETE IN GRAVIDANZA - DIABETE IN MOVIMENTO

1. Nella tua esperienza, l’uso del CGM in gravidanza è oggi:

1. Standardizzato lungo tutto il percorso (preconcezionale-gravidanza-post-partum)



1. Limitato a casi selezionati



3. Presente ma variabile tra pazienti e contesti



4. Ancora difficile da integrare nella pratica quotidiana



GESTIONE CLINICA DEL DIABETE IN GRAVIDANZA - DIABETE IN MOVIMENTO

2. Nella tua esperienza qual è oggi il momento più fragile nella gestione della gravidanza nel diabete?



GESTIONE CLINICA DEL DIABETE IN GRAVIDANZA - DIABETE IN MOVIMENTO

Nel tuo contesto, il percorso diabete–gravidanza è:

1. Strutturato e condiviso tra diabetologia e ginecologia



2. Non formalizzato



3. Definito ma dipendente dalle singole persone



4. Frammentato, senza ruoli chiari



GESTIONE CLINICA DEL DIABETE IN GRAVIDANZA - DIABETE IN MOVIMENTO

3. Per rendere davvero efficace l’uso della tecnologia in gravidanza, secondo te, la priorità è:

1. Rafforzare la formazione dei team



2. Potenziare telemonitoraggio e contatti programmati



3. Migliorare l’accesso e l’equità



4. Definire standard minimi di percorso



PERSONA AL CENTRO
educazione terapeutica e supporto psicologico per una cura più equa

1. Nel tuo centro è presente uno psicologo nel team diabetologico?

1. No



2. Si condiviso con altri specialisti



3. Si dedicato



In quali fasi del percorso del paziente senti maggiore bisogno di supporto psicologico?

1. Quando la Persona con diabete lo richiede



2. Al momento della diagnosi



3. Quando l’operatore in Diabetologia lo richiede



4. Alla comparsa di una complicanza



5. Nella fase di transizione



6. Nella fase di proposta della tecnologia



LA PERSONA AL CENTRO - DIABETE IN MOVIMENTO

3. Ti sembra opportuno creare una rete regionale di psicologi in diabetologia?

1. Si



2. Non ne vedo l’opportunità



LA PERSONA AL CENTRO - DIABETE IN MOVIMENTO

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE: ATTIVITA' FISICA E STRATEGIE INTEGRATE PER LA SALUTE DEL PIEDE – DIABETE IN MOVIMENTO

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE: ATTIVITA' FISICA E STRATEGIE INTEGRATE PER LA SALUTE DEL PIEDE - DIABETE IN MOVIMENTO

1. Nel tuo contesto, la valutazione del piede diabetico prima di consigliare esercizio fisico è:

1. Occasionale



2. Spesso effettuata, ma non sistematica



3. Raramente o mai effettuata



4. Sempre effettuata e documentata



2. Come viene oggi consigliato esercizio fisico ai pazienti con diabete e rischio di ulcerazioni al piede?

1. Indicazioni generiche adattate caso per caso

2. Consigli non strutturati

3. Prescrizione personalizzata in base al rischio del piede

4. Evitata per timore di complicanze


PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE: ATTIVITA' FISICA E STRATEGIE INTEGRATE PER LA SALUTE DEL PIEDE - DIABETE IN MOVIMENTO

3. Nel tuo servizio esiste un percorso strutturato che integri: valutazione del piede + prescrizione dell'esercizio fisico?

1. Non esiste un percorso formalizzato



2. Parzialmente, dipende dalle persone



3. No, i due aspetti sono separati



4. Sì, definito e condiviso



4. Per migliorare la prevenzione del piede diabetico attraverso l'esercizio fisico, la priorità è:

1. Rendere sistematica la valutazione del piede

2. Integrare diabetologia, podologia e attività motoria

3. Formare i professionisti sulla prescrizione sicura del movimento fisico

4. Rafforzare la continuità territoriale


TECNOLOGIE E EDUCAZIONE
DIABETE IN MOVIMENTO

TECNOLOGIE E EDUCAZIONE - DIABETE IN MOVIMENTO

1. Quanto spesso, nella tua pratica, i dati (CGM/SMBG/lab/clinici) vengono letti partendo dai bisogni della persona (non solo dagli obiettivi numerici)?

1. Sempre

2. Spesso

3. A volte

4. Raramente


2. Nel tuo ambulatorio, qual è l'ostacolo principale che impedisce di trasformare i dati in decisioni davvero condivise?

1. Poco tempo in visita



2. Percorso organizzativo non strutturato (follow-up, ruoli, ecc.)



3. Scarsa alfabetizzazione ai dati (paziente/caregiver)



4. Scarsa formazione/strumenti del team



5. Dati troppi/complessi (report, piattaforme, overload)



3. Quando devi scegliere “cosa fare” partendo dai dati, qual è la priorità più frequente nella scelta condivisa con la persona?

1. Ridurre ipoglicemie



2. Migliorare qualità di vita/ansia da dato



3. Aumentare tempo in range



4. Semplificare terapia/tecnologia



5. Ridurre iperglicemie post-prandiali



4. Nel modulo, quale output ti sarebbe più utile portarti a casa per applicarlo subito?

1. Una “mini-checklist” per leggere i dati in 5 minuti



2. 2 indicatori/obiettivi da concordare sempre con la persona



3. Un esempio di report “essenziale” (meno è meglio)



4. Frasi/strategie per fare decisione condivisa in visita breve



5. Quando ritieni prioritario rivalutare l'educazione tecnologica?

1. Annualmente o durante le transizioni di vita



2. Solo se gli obiettivi clinici non sono raggiunti



3. Solamente quando si cambia/aggiorna la tecnologia



4. Esclusivamente alla diagnosi iniziale





Views

234

Impressions

1,276

Unique viewers

107