



2° RAPPORTO ANNUALE SULLA FARMACIA: QUESTIONARIO PER I CITTADINI 2019

Gentilissima/o, le saremmo grati se potesse dedicare qualche minuto del suo tempo per rispondere ad un breve questionario anonimo riguardo la sua conoscenza ed esperienza, negli ultimi 24 mesi, dei nuovi servizi che si trovano all'interno della farmacia ai fini del miglioramento del servizio offerto alla cittadinanza.

Per saperne di più visita: <https://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/12433-rapporto-annuale-sulla-farmacia-presidio-del-servizio-sanitario-nazionale-ii-annualita.html>

1. Regione di residenza *Contrassegnare solo un ovale.*

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Abruzzo | <input type="radio"/> Molise |
| <input type="radio"/> Basilicata | <input type="radio"/> Piemonte |
| <input type="radio"/> Calabria | <input type="radio"/> Puglia |
| <input type="radio"/> Campania | <input type="radio"/> Sardegna |
| <input type="radio"/> Emilia Romagna | <input type="radio"/> Sicilia |
| <input type="radio"/> Friuli Venezia Giulia | <input type="radio"/> Toscana |
| <input type="radio"/> Lazio | <input type="radio"/> Trentino Alto Adige |
| <input type="radio"/> Liguria | <input type="radio"/> Umbria |
| <input type="radio"/> Lombardia | <input type="radio"/> Veneto |
| <input type="radio"/> Marche | <input type="radio"/> Valle d'Aosta |

2. Genere *Contrassegnare solo un ovale.*

- Maschio
- Femmina

3. Fascia d'età *Contrassegnare solo un ovale.*

- Meno di 18 anni
- Tra 18 e 30 anni
- Tra 31 e 50 anni
- Tra 51 e 70 anni
- Oltre 70 anni

4. Di norma, quante volte al mese si reca in farmacia, per sé e/o per i suoi familiari? *Contrassegnare solo un ovale.*

- Massimo una volta al mese
- 2-3 volte al mese
- 4 volte al mese o più
- Non sa quantificare/varia molto da periodo a periodo

5. Come sceglie la farmacia dove recarsi? *Contrassegnare solo un ovale.*

- Ha una farmacia di fiducia e quando può cerca di andare sempre in quella
- Non ha una farmacia di fiducia e ne sceglie una a seconda della comodità del momento

6. In base alla sua esperienza, l'immagine che ha attualmente del Farmacista si avvicina di più a: *Contrassegnare solo un ovale.*

- Una PERSONA ADDETTA ALLA VENDITA di farmaci e presidi sanitari
- Una FIGURA PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO che dispensa consigli importanti per la nostra salute

7. In base alla sua esperienza, l'immagine che ha attualmente della Farmacia si avvicina di più a: *Contrassegnare solo un ovale.*

- Un ESERCIZIO COMMERCIALE specializzato nella vendita di prodotti farmaceutici e sanitari
- Un IMPORTANTE PRESIDIO, integrato nella rete dei servizi DEL SISTEMA SANITARIO

8. E' a conoscenza che da alcuni anni le farmacie sono abilitate ad erogare una serie di nuovi servizi per il cittadino?

Contrassegna solo un ovale.

- SI
- NO

I SERVIZI IN FARMACIA

9. Negli ultimi 6 mesi lei o un suo familiare ha usufruito IN FARMACIA di qualcuno dei seguenti servizi, e quanto li ritiene/riterebbe utili: *Contrassegnare solo un ovale per ogni riga.*

	Non posso giudicare, non ho usufruito di questo servizio	Non ne ho usufruito, e lo ritengo un servizio inutile, non lo userei	Non ne ho usufruito ma mi piacerebbe provare, lo ritengo un servizio utile	Ne ho usufruito, ma lo ritengo un servizio inutile	Ne ho usufruito e continuerò, poiché lo ritengo un servizio utile
Misurazione di peso e/o pressione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esecuzione di altri test (test glicemia, trigliceridi, esame delle urine,....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servizi di telemedicina (elettrocardiogramma a distanza, holter pressorio, teleconsulto cardiologico,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilità di aderire a campagne di screening/prevenzione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenotazione esami e/o visite tramite CUP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventuali altri servizi CUP (pagamento ticket, ritiro referti, scelta del medico/pediatra,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possibilità di ricevere la consulenza di altre figure professionali presenti in farmacia (psicologo, nutrizionista,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raccolta medicinali scaduti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. I farmacisti a cui si rivolge (possibile spuntare più risposte): *Selezionare tutte le voci applicabili.*

- Sanno qual è il suo medico di famiglia o l'eventuale specialista che l'ha in cura
- Conoscono le eventuali patologie sue o dei suoi familiari
- Sanno quali farmaci prende abitualmente (per sé o per i suoi familiari)
- Le raccomandano di fare attenzione nei dosaggi o nelle modalità di assunzione quando le consegnano un farmaco
- La informano quando sono in corso particolari campagne di prevenzione che potrebbero riguardare lei o la sua famiglia
- Le propongono di effettuare in farmacia servizi utili per lei o i suoi familiari (per esempio misurare il peso o la pressione o la glicemia...)
- Le consegnano talvolta opuscoli o altre informazioni utili in base alle sue esigenze personali/familiari
- Nessuna delle precedenti

CAMPAGNE DI PREVENZIONE E SCREENING

11. Le è capitato di essere coinvolto dalla farmacia in iniziative volte alla prevenzione, per individuare precocemente patologie e fattori di rischio? *Contrassegnare solo un ovale.*

- SI
- NO *Passare alla domanda 14.*

12. A che tipo di campagne ha aderito (possibile spuntare più risposte) *Selezionare tutte le voci applicabili.*

- Campagne su stili di vita salutari (es contrasto al fumo/alcool, corretta alimentazione, attività fisica...)
- Campagne per Individuazione precoce di patologie croniche (es diabete, asma, ipertensione...)
- Screening organizzati da ASL/Regione (es test HPV, sangue occulto)

13. Quanto ritiene utile poter partecipare a campagne di prevenzione in farmacia? *Contrassegnare solo un ovale.*

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

SERVIZIO DI SUPPORTO PER L'ADERENZA ALLA TERAPIA

14. Ha usufruito di un servizio di supporto da parte della farmacia per aumentare l'ADERENZA ALLE TERAPIE prescritte? (per aderenza si intende quanto il paziente segue le raccomandazioni del medico su dosi, tempi, e frequenza di assunzione del farmaco per l'intera durata della terapia) *Contrassegnare solo un ovale.*

- SI
- NO *Terminare la compilazione.*

15. Come è stato coinvolto nel programma di supporto per l'aderenza terapeutica in farmacia? *Contrassegnare solo un ovale.*

- mi è stata presentato e proposto dal farmacista
- sono stato indirizzato dal mio medico di base / dal medico specialista verso questo servizio
- mi sono candidato in farmacia dopo aver saputo di questa possibilità attraverso altri canali informativi

16. Seguendo tale programma, è migliorata la sua aderenza alla terapia? *Contrassegnare solo un ovale.*

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

17. Per le seguenti attività di supporto all'aderenza terapeutica, può indicare quanto le ha trovate utili? *Contrassegnare solo un ovale per ogni riga.*

	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Non so, non ne ho usufruito
Consulenza e tutoraggio effettuato dal farmacista	<input type="radio"/>				
Compilazione di questionari/diari	<input type="radio"/>				
I promemoria inviati (telefono, sms, mail) per ricordarle di assumere la terapia	<input type="radio"/>				
Il controllo dei parametri in farmacia	<input type="radio"/>				