

## **Questionario Aderenza al trattamento**

L'Asl Lanciano Vasto Chieti è impegnata a fornire cure di alta qualità per tutti i pazienti e per assicurarci che questo accada, chiediamo ai pazienti che utilizzano i nostri servizi il loro punto di vista.

Stiamo cercando di capire quanto lei sia stato coinvolto nel decidere di aderire o continuare ad aderire ai trattamenti e alle raccomandazioni fornite dal **Professionista sanitario che ha eseguito la prescrizione del farmaco**. Vorremmo anche sapere se la sua condizione e i possibili trattamenti sono stati chiaramente spiegati e se è stata data informazione adeguata sui farmaci e sulle raccomandazioni, prima che siano stati prescritti.

Se ha preso una medicina per molto tempo ci piacerebbe sapere se ha avuto incontri regolari con i professionisti sanitari (medico, infermiere o farmacista) per parlare dei suoi farmaci.

**Se è possibile, si prega di dedicare un paio di minuti per rispondere a queste domande.**

Le informazioni qui contenute rimarranno confidenziali. Se si decide di non rispondere, ciò non pregiudica l'attenzione che riceverà dai professionisti sanitari dell'Asl Lanciano Vasto Chieti, in alcun modo.

Useremo i risultati del questionario per saperne di più circa la cura che forniamo ed eventuali aree in cui possiamo migliorare.

Se avete domande o volete maggiori informazioni, potete contattare la sua Infermiera di Famiglia e Comunità.

**Codici per Carepy: Domande da fare da **Nurse** o da **Pharma****

**Nurse:** Una buona comunicazione tra lei e il suo professionista sanitario è importante. Vogliamo assicurarci che lei abbia avuto la possibilità di prendere decisioni circa i suoi farmaci:

	Sì	No
1. Il suo medico ha controllato se lei ha un problema di udito o alla vista, se è in grado di leggere, parlare e capire l'italiano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il suo medico ha controllato se esiste una disabilità fisica o di apprendimento, o se ha avuto un altro problema che ha reso difficile per lei spiegare la sua condizione o eventuali problemi con il trattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lei è soddisfatto del modo in cui il medico le ha spiegato la sua condizione e i possibili trattamenti alternativi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pharma:** Il professionista sanitario che ha prescritto il farmaco:

	Sì	No
Le ha spiegato chiaramente la sua malattia o condizione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'ha incoraggiata a porre domande circa la sua condizione e il trattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha spiegato chiaramente come un farmaco vi aiuta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha parlato circa i pro e i contro del farmaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha chiesto che vantaggio si spera di ottenere con l'uso del farmaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha offerto informazioni su ogni farmaco prima di prescriberlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Se Sì:**

	Sì	No
L'informazione è stata chiara e facile da capire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha verificato se lei ha compreso bene le informazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha suggerito dove può trovare ulteriori informazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nurse:** Lei dovrebbe essere coinvolto in ogni decisione relativa al trattamento, sulla base delle informazioni che le hanno dato.

	Sì	No
1. Il medico le ha chiesto se è d'accordo nel sottoporsi ad un trattamento piuttosto che ad un altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il personale sanitario:		
· Le ha chiesto se conosceva già il farmaco e come può aiutarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Le ha chiesto se ha qualche preoccupazione nell'assunzione del farmaco (per esempio effetti collaterali o di dipendenza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha avuto la possibilità di parlare delle sue preoccupazioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha avuto abbastanza occasioni per far valere le sue decisioni in merito all'uso dei farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La decisione sulla prescrizione farmaceutica è stata fatta congiuntamente con il suo medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha mai deciso di non prendere un farmaco che il medico le ha prescritto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nurse:** Quando si dispensano i farmaci, il farmacista dovrebbe verificare di avere tutte le informazioni necessarie per aiutarvi a prenderle nel modo giusto.

	Sì	No
Il farmacista ospedaliero, o il farmacista delle farmacie private e aperte al pubblico, che le ha dato il farmaco ha controllato se era informato sulla sua assunzione (per esempio quando e quanto prenderne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nurse:** Il suo professionista sanitario le ha detto che dovrebbe tenere un elenco di tutti i farmaci che sta assumendo?

- Se 'Sì, l'elenco comprende:

	Sì	No
Farmaci prescritti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci che ha acquistato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note su eventuali allergie o altri effetti dannosi che ha avuto dopo l'assunzione di farmaci o integratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine, minerali o integratori a base di erbe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pharma:** Se assume un farmaco per un lungo periodo di tempo, un professionista sanitario dovrebbe parlare con lei sulla terapia di volta in volta.

	<b>Sì</b>	<b>No</b>
Lei assume farmaci per un lungo periodo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Se sì, quali farmaci?**

	<b>Le è capitato di dimenticare di assumerlo?</b>	<b>Ha ridotto o smesso di assumerlo senza dirlo al suo medico?</b>	<b>Ha difficoltà a prendere il farmaco?</b>
<b>Nome farmaco</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pharma:** Un professionista sanitario le ha parlato dei farmaci negli ultimi 12 mesi?

- Se 'Sì', chi era (per esempio un, medico, infermiere o farmacista)? \_\_\_\_\_

**Nel corso di questo colloquio le hanno chiesto:**

	<b>Sì</b>	<b>No</b>
Ciò che sapeva già del medicinale e come pensava che funzionasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha avuto preoccupazioni sull'assunzione dei suoi medicinali (ad esempio, sugli effetti collaterali o di diventarne dipendente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha avuto problemi con l'apertura della bottiglietta o della confezione, o con il costo della prescrizione, o altri problemi che hanno reso difficile per lei prendere le sue medicine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lei avesse dimenticato una dose del farmaco di recente, o se vuole ridurre o interrompere la sua assunzione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>