

Indagine sulle opinioni, i desideri e le necessità dei pazienti

Giulio Corgatelli

Coordinatore Commissione Nazionale Accreditamento, SIMG

La *Clinical Governance* applicata alla Medicina Generale (MG) apre un orizzonte nuovo nella gestione del proprio paziente: la *customer satisfaction*. Il significato di tale termine è legato alla valutazione della qualità percepita da parte del paziente.

Sempre più frequentemente si inserisce nella MG il concetto di “servizio alla salute”, e quindi si evidenzia il profondo mutamento di prospettiva per chi opera nell’ambito sanitario. Viene introdotto il concetto di utente/cliente, termine economicistico, che sostituisce la parola paziente, termine più classico.

Sono vocaboli nuovi e ancora poco utilizzati nel mondo pragmatico della MG, ma sono concetti a cui presto ci dovremo abituare. L’origine di questi termini proviene dal mondo aziendale e dalle società di servizio, ed è il loro trasferimento nella pratica della salute e della malattia a costituire la novità. Questi nuovi vocaboli implicano, per i Medici di Medicina Generale (MMG), delle variazioni sia culturali sia pratico-organizzative per le conseguenze che avranno sui comportamenti che andranno rivisti e magari migliorati. Questo significa pensare a colui che curiamo non soltanto come paziente, ma come utente o cliente. Significa considerare il paziente non più come un soggetto passivo che subisce l’atto medico, ma un soggetto più attivo che esprime liberamente il suo accordo.

È importante comprendere quali possono essere i concetti che stanno alla base della *customer satisfaction*, in quanto determinano un mutamento della prospettiva con la quale siamo abituati a vedere il rapporto con il paziente, che percepisce ciò che viene fatto per lui come qualità delle cure. È la condizione della salute nella malattia, cioè il momento in cui un malato si sente bene perché è coinvolto nel percorso della propria cura e pertanto è responsabilmente collaborante. Egli non subisce più il percorso terapeutico, ma ne diventa attore a tutti gli effetti, esprimendo il proprio parere. I pazienti ritengono che venga valorizzata la loro soggettività, che vengano poste le basi per un discorso dialogico, in quanto sono messe a loro disposizione le conoscenze mediche in maniera differente rispetto al consueto. Ciò che apprezzano maggiormente è la condivisione di un percorso senza alcuna imposizione di volontà da parte del medico che, poiché depositario del sapere, deve decidere per il malato. Qualcuno afferma che ritrova se stesso nelle cure a cui si sottopone, e addirittura qualcuno ritiene di aver contribuito alla realizzazione della cura di se stesso. Questo comporta una ridistribuzione di responsabilità, che ha come effetto quello di contenere la regressione che ogni malato vive nella malattia e nella sofferenza.

La *customer satisfaction* ha significato di qualità non solo per il paziente, ma anche per il medico. Quest’ultimo ha la possibilità di valorizzare la riflessione sul proprio modo di agire nei confronti dei pazienti, trovando occasioni di consapevolezza ma cogliendo quegli aspetti dell’incontro con il paziente che quasi sempre non è solo clinico, ma anche relazionale. Può riflettere, rivedere e modulare il linguaggio che adotta perché è difficile sia trasferire informazioni sia ottenerle adeguatamente. Infine, scopre che la soddisfazione del proprio assistito è una componente degli *outcomes*.

Gli *outcomes* pongono il problema degli indicatori di qualità. A tal proposito ci sono diverse critiche, anche nella MG, su quali possano essere, su quali sia giusto considerare e su come debbano essere misurati. Si sostiene che sia difficile individuare indicatori significativi, che tali indicatori poi misurino solo alcuni aspetti qualitativi e non tutti. In alcuni casi si sostiene che un’attività relazionale non possa essere ridotta soltanto a numeri, e che spesso tentare di oggettivare una relazione non permetta di evidenziare le vere implicazioni di una richiesta di aiuto da parte del paziente. Lo sforzo che tutti dovrebbero cercare di attuare è quello di suddividere il proprio modo di lavorare in minuscoli atti parcellari tanto da poter essere valutato meglio.

I metodi a nostra disposizione per analizzare la *customer satisfaction* sono riassunti nella Tabella I e vanno dai *focus groups* di pazienti a cui si chiedono giudizi e pareri, all’analisi del cosiddetto incidente critico in cui accade un fatto e conseguentemente si discute e si analizza con tutti gli attori ciò che ne è scaturito per individuarne i correttivi. Le interviste, i questionari telefonici, l’osservazione diretta e le ricerche sul campo sono possibili, ma per la loro fattiva realizzazione necessitano del coinvolgimento di figure esterne alla

TABELLA I
Metodi per analizzare
la customer satisfaction.

- Piccoli gruppi di pazienti (*focus groups*)
- Tecnica dell’incidente critico
- Osservazione diretta
- Analisi del contenuto di lettere e commenti
- Interviste
- Questionari telefonici
- Ricerche sul campo
- Questionari scritti

professionalità del medico per essere oggettivi. Ciò che invece è più facilmente realizzabile è il questionario scritto, perché è compilato dal paziente quando lo gradisce, è anonimo, e spesso, se proposto dal proprio medico, anche ben accetto.

Proprio con questi presupposti, alla fine del 1996, ho realizzato un'analisi di *customer satisfaction* sui miei pazienti. La motivazione fondamentale fu quella di conoscere il loro grado di soddisfazione nei confronti di ciò che facevo, e di osservare cosa avrei potuto o dovuto cambiare. Inoltre, era mia intenzione esplorare altre novità organizzative che avrei desiderato attuare.

Costruito un questionario, con l'aiuto di un amico ricercatore presso una società italiana di statistica, ne nacque una serie di domande che analizzavano diversi aspetti del mio lavoro. Gli obiettivi della mia indagine sono riportati nella Tabella II.

La significatività ai fini statistici per 1500 pazienti sarebbe stata raggiunta con almeno la restituzione di 175 questionari. Erano allora in carico 1521 pazienti. Unica spesa sostenuta fu la stampa tipografica dei questionari. Si stamparono e distribuirono 200 questionari ad altrettanti pazienti. La segretaria ebbe il compito di consigliare di compilarlo in studio o al proprio domicilio, riconsegnandolo però entro 7 giorni e introducendolo in un'urna appositamente dedicata, presente in sala d'attesa. Ne furono riconsegnati 198. Gli altri 2 furono consegnati dopo 2 settimane, ma furono esclusi.

La popolazione di assistiti era composta dal 52% di femmine e dal 48% di maschi. I questionari distribuiti e riconsegnati furono 198/200, pari al 99% del totale; il 61% era stato compilato da femmine e il 39% da maschi.

La suddivisione in fasce di età per i 1521 pazienti è riportata nella Tabella III.

Il questionario iniziava con alcune avvertenze per la compilazione in cui si spiegavano i concetti di fondo e cioè la franchezza delle risposte, il modo per compilarlo correttamente e dove riconsegnarlo. Una volta stabiliti gli obiettivi da indagare, la logica delle

TABELLA III
Suddivisione in fasce di età
per i 1521 pazienti.

Fino a 44 anni	28%	Questionario fino a 44 anni	12%
Da 45 a 64 anni	41%	Questionario da 45 a 64 anni	45%
> di 65 anni	31%	Questionario > 65 anni	43%

domande ne ha seguito lo schema già indicato. La prima domanda (D1) ha voluto indagare la credibilità del campione nei confronti dell'intervistatore, valutando il numero degli accessi, il grado di fruizione del servizio dell'ultimo anno. Ne è scaturito che coloro che hanno risposto erano persone che avevano avuto accesso allo studio per vari motivi. Per quanto riguarda il gradimento in merito alla tipologia di accesso allo studio (D2), fu espresso il gradimento per l'opzione appuntamento (69%), ma 39 persone (20%) ritenne che non fosse così importante. La domanda D3 era una domanda di conferma, cioè aveva lo scopo di rafforzare quanto dichiarato nella domanda precedente e cioè se l'attuale modalità di accesso alla visita medica (misto: 2 di libero e 3 di appuntamento) fosse da confermare oppure no. Il 64% ritenne che andava bene così com'era, mentre il 36% chiedeva di anticipare l'orario del pomeriggio. Le altre domande (D3.1, D3.2, D3.3) servivano per valutare una precedente comunicazione risalente all'agosto 1987, inviata come informativa sulla nuova organizzazione dello studio, in cui veniva specificata la disponibilità telefonica del medico, la fascia di orario per fissare gli appuntamenti e gli orari di studio. Il 100% conosceva bene il numero di telefono di casa, ma anche quello dello studio era noto al 95% di loro. La domanda D3.3 voleva indagare sulle esigenze di orario pomeridiano di apertura dello studio, e il 93% chiese di avere un orario molto ampio dalle 14 o 15 alle 19. Nello studio medico erano presenti alcune attrezzature per poter sopperire a esigenze diagnostiche, che in caso di necessità venivano utilizzate. Fu indagato (D4.1, D4.2) quanti di loro fossero a conoscenza della disponibilità di poter utilizzare tali strumenti. L'indagine ne fornì un elenco preciso, e volle chiedere quali potevano essere importanti e quali fossero in uso. Ciò che venne individuato come strumento più importante fu l'ECG (70%), il meno importante il minidoppler per misurare l'indice di pressione sistolica (12%). Quelli conosciuti e forniti furono ECG, esami del sangue, esame delle urine e controllo periodico per i soggetti diabetici. Le percentuali di tali conoscenze risultarono molto basse e andarono dal 12% dell'ECG al 6% del controllo ai diabetici. La domanda (D4.3) volle ottenere un giudizio complessivo sui servizi offerti. I pazienti li giudicarono ottimi e buoni nell'87% e così così e insufficienti nel 13%. Le contraddizioni si riscontravano nelle risposte alle domande (D4.4 e D4.5) dove solo 13 e 12 persone su 198, pari al 6%, rispondevano affermativamente o negativamente alla richiesta se l'offerta dei servizi fosse completa. Chi rispondeva negativamente avrebbe dovuto indicarne qualcuno tra 3 indicati o esprimere liberamente un desiderio. Tutti e 12 (100%) richiedevano la ionoforesi e 3 di loro (25%) richiedevano Holter pressorio.

Le domande D5.1, D5.2, D5.3, D5.4 e D5.5 riguardarono la richiesta di un giudizio sul medico e sulla sua segretaria. I giudizi sul medico dovevano essere scritti liberamente e potevano essere espressi in un massimo di 3 (D5.1). Gli aggettivi più segnalati sono stati: disponibile (77%), competente (76%), gentile (74%). Fu richiesto per conferma quali potessero essere le qualità ideali di un medico di famiglia e quali fossero le qualità del proprio medico. Le qualità ideali (D5.2)

TABELLA II
Obiettivi dell'indagine.

- Accessibilità
- Orari di apertura dello studio
- Conoscenza dei numeri di telefono
- Orari di disponibilità telefonica
- Modificazione degli orari di apertura
- Importanza dei servizi offerti
- Conoscenza dei servizi realmente offerti
- Importanza attribuita
- Completezza
- Giudizio personale sui servizi ed eventuali suggerimenti
- Giudizio sul medico ideale e sul medico in particolare (io)
- Mansioni del collaboratore di studio
- Giudizio graduato sul collaboratore
- Quando il proprio medico è assente ...
- Modalità di sostituzione
- Rapporto medico-paziente-tirocinante
- Prime impressioni sulla presenza del tirocinante
- Parte riservata ai soli pazienti diabetici, ipertesi, dislipidemici con richiesta di voto di giudizio su alcuni indicatori
- Dati statistici personali

furono: disponibile (95%), comunicativo (90%), accessibile (87%), interessato (86%), responsabile (73%). Le qualità effettive del medico (D5.3) furono: comunicativo e disponibile (96%), impegnato (92%), interessato (88%), efficiente (84%).

Per il personale fu chiesto di indicare 5 delle 10 mansioni elencate ritenute come importanti, e successivamente si sarebbe dovuto attribuire un voto a ciascuna delle affermazioni proposte. Le mansioni più importanti furono (D5.4): accoglienza del paziente (87%), informazione organizzativa ai nuovi assistiti (68%), misurazione della pressione arteriosa (64%), ripetizione delle ricette (58%), gestione degli appuntamenti (41%). I voti attribuiti alle affermazioni (D5.5) possono essere riassunti così: 5 affermazioni trovarono accordo positivo nel 90% circa delle risposte (1, 3, 5, 6, 8) e accordo negativo (circa 90%) nelle restanti quattro (2, 4, 7, 9).

Altro argomento importante affrontato fu quello delle sostituzioni del medico. La domanda D6.1 indagò la possibilità di rivolgersi al sostituto oppure di attendere il proprio medico in caso di urgenza, e il 92% espresse la preferenza di attendere. La domanda successiva (D6.2) volle indagare quale fosse stata più gradita come modalità di sostituzione, e il 90% preferì il sostituto scelto dal proprio medico e presente negli stessi orari di studio; solo il 10% preferì una lista di più medici presso i quali recarsi. Sulla tipologia del sostituto (D6.3) i giudizi si divisero tra coloro che preferivano un medico già noto e stimato (45%) e un medico conosciuto e indicato dal proprio medico (50%).

La realtà della Medicina Generale vede quasi costantemente presente il medico in formazione (tirocinio pre-esame di stato, formazione specifica). Fu chiesto di segnalare se fosse loro capitato di trovare un giovane medico che seguiva la visita, e l'89% rispose affermativamente. A costoro fu chiesto di descrivere la reazione che provarono, e il 76% affermò di aver provato imbarazzo iniziale, ma che poi la visita era andata bene come al solito; solo il 12% affermò di non aver avuto problemi e il 6%, oltre all'imbarazzo, non confidò ciò che voleva. Un altro 6% non rispose a questa domanda.

La fine del questionario fu riservata a un box dedicato ai soli pazienti con diabete, ipertensione e dislipidemia, a cui risposero 41 persone. Due persone avevano dichiarato di soffrire di tutte e tre le patologie, 10 erano diabetici e ipertesi, 18 erano ipertesi e 11 erano diabetici. Fu chiesto di esprimere un voto da 1 a 10 su 12 indicatori riportati nel box, e i risultati ottennero tutti la sufficienza. I servizi offerti sui richiami mensili e quadrimestrali, insieme alle informazioni comportamentali, alla discussione sui risultati e alla discussione sulla modifica della terapia, ricevettero un voto pari a 8. Un 9 pieno fu ottenuto dal richiamo verbale della misurazione della pressione arteriosa (PA), dal controllo referti specialistici, dai controlli annuali per diabetici e dalla compilazione di certificati necessari. Il massimo dei voti (10) fu ottenuto dalla registrazione dei dati e dalla ripetizione delle ricette. Nota dolente fu il giudizio sulle informazioni alimentari, dove solo 23 persone su 41 (56%) espressero un voto di 7.

Conclusioni e riflessioni

L'analisi di questa indagine generò una riflessione sullo stile di lavoro che coinvolge anche la mia segretaria.

Le considerazioni emerse portarono a rivedere alcuni atteggiamenti da tenere nei confronti dei pazienti. Alcuni furono confermati come ottimali, ma altri furono rivisti. Le revisioni che comportarono maggior impegno furono i messaggi del tipo "consigli alimentari e

comportamentali", che ancora oggi sono fonte di continua revisione. Le conferme vennero dalle modalità di accesso allo studio, dove la forma mista di ricezione delle visite per appuntamento 3 giorni su 5, e per accesso libero 2 giorni su 5, fu la più gradita (ad oggi è ancora così). Lo "stile di approccio" del medico e della segretaria fu giudicato complessivamente adeguato. Dal giudizio sulle mansioni della segretaria emerse che solo il 41% era soddisfatto che la gestione degli appuntamenti fosse una mansione della sola segretaria; pertanto fu introdotta la novità che anche il medico, prima di dedicarsi alle visite domiciliari, potesse ricevere alcune chiamate, in modo tale da avere un rapporto diretto con il paziente e quindi la facoltà di decidere il bisogno sanitario per poter differire le visite al giorno successivo. L'inizio fu caratterizzato da molta titubanza, perché convinti di togliere tempo ai malati a domicilio, ma presto ci si rese conto che non era così e che il vantaggio di poter sapere con anticipo ciò che ci si sarebbe aspettati nel pomeriggio o la mattina successiva permetteva di programmare meglio il tempo.

Il secondo grosso problema fu quello del sostituto. Ancora oggi "la sostituzione per ferie" crea problemi perché purtroppo, di fatto, non esiste una vera continuità assistenziale se non nella realtà organizzata della Medicina di Gruppo. L'analisi del questionario fornì lo stimolo per pensare a una forma organizzativa che potesse collegare diversi professionisti, ovviamente medici di famiglia, che potessero interscambiarsi, senza grossi problemi, per periodi non troppo lunghi (ferie di 15 o 20 giorni al massimo), garantendo la loro presenza nello studio del medico assente. Si gettarono pertanto le basi per la costruzione di una "medicina in rete" condivisa con altri 5 colleghi, e ciò portò alla realizzazione di quanto appena affermato con soddisfazione non soltanto degli assistiti, ma anche dei pazienti degli altri medici.

I colleghi che fossero interessati a ripetere questa esperienza conoscitiva sui propri pazienti possono contattarmi per ulteriori eventuali spiegazioni. Pregherei inoltre costoro di trasmettermi i dati della loro indagine, per poter costituire nel tempo una base di dati utile per conoscere la media delle opinioni dei nostri pazienti e consentire inoltre ai colleghi un utile confronto con i propri dati personali (corgatelli.giulio@simg.it).

Bibliografia di riferimento

Bobbio M, Pinna Pintor P. *L'applicazione degli indicatori di qualità dei prodotti sanitari nella nuova gestione del sistema sanitario*. L'Arco di Giano 1997;13:56-67.

Bonaldi A, Focarile F, Torreggiani A. *Curare la qualità, manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria*. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati 1994.

Donabedian A. *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1990.

Donabedian A. *The quality of care: How can it be assessed*. JAMA 1988;260:1743-8.

Drago S, Murgia V, Schiavano P, Bernuzzi M, Funghi C. *La soddisfazione dell'utente per il servizio di pediatria di famiglia nel Veneto*. Padova: G. Battagin Editore 1995.

Spinsanti S. *Stagioni dell'etica e modelli di qualità in medicina*. Psicologia della Salute 1998;1:49-60.

Venturelli L, Caso G, Marengoni B, Carrara G. *La pratica di gruppo in pediatria ambulatoriale. Un'esperienza in corso a Bergamo*. Medico e Bambino 1995;3:139-43.

Appendice

Indagine sulle opinioni, i desideri e le necessità dei pazienti

Alcune avvertenze importanti

Nella compilazione del questionario che segue vogliate tenere presenti le seguenti considerazioni:

- Non esistono risposte positive, né risposte negative. Noi desideriamo che le vostre risposte siano franche: i risultati saranno utili solo se rifletteranno le vostre opinioni personali.
- Se una domanda vi crea imbarazzo, o non vi riguarda o non desiderate rispondere, passate a quella successiva. Per rispondere è sufficiente tracciare un cerchio intorno alla o alle risposte scelte.
- Le domande non hanno tutte le stesse risposte. Le avvertenze vi serviranno d'aiuto, precisando ogni volta il modo in cui dovrete rispondere. Ad esempio: una sola risposta, fino a un massimo di tre risposte, una risposta per riga, ecc.
- Le informazioni personali (età, sesso ...) al termine del questionario sono indispensabili per permettere l'analisi delle risposte suddividendole per grandi categorie di persone; senza di esse il questionario non potrà essere preso in considerazione.
- Dopo aver compilato il questionario, vi saremo grati se vorrete inviarcelo nel più breve tempo possibile, oppure depositarlo nell'apposita urna presente nella sala d'attesa.

D1. Nel corso dell'ultimo anno, cioè dall'autunno del 1995 a oggi, quante volte si è recato dal medico per ...?

	N. volte
• Visite mediche	
• Visite periodiche di controllo	
• Ripetizione di ricette	
• Altro (specificare).....	

D2. In generale lei preferisce recarsi dal medico ...

• Dopo aver preso appuntamento	1
• Nei giorni e negli orari di accesso libero	2
• Indifferentemente come capita	3

D3. Attualmente l'orario per le visite è il seguente:

Lunedì e giovedì: dalle ore 10.00 alle 11.30 accesso libero

Martedì, mercoledì e venerdì: dalle ore 16.00 alle 19.00 per appuntamento

Per le sue esigenze questo orario va bene o dovrebbe essere modificato?

• Dovrebbe essere esteso l'orario di accesso libero e ridotto l'orario di visite per appuntamento	1
• Dovrebbe essere esteso l'orario di visite per appuntamento e ridotto l'orario di accesso libero	2
• Va bene così come è adesso	3
• Dovrebbe essere anticipato l'orario del pomeriggio	4

D3.1 Lei ricorda o ha segnato da qualche parte i numeri di telefono ...

	Sì	No
... dell'abitazione del suo medico	1	2
... dello studio del suo medico	1	2

D3.2 Lei sa in quali orari è possibile telefonare per prendere appuntamento Se sì: E mi sa dire qual è questo orario? (dalle ore..... alle ore.....)

1 2

D3.3 Se si dovesse modificare l'orario pomeridiano dello studio, indichi, tra i seguenti, quello che più risponderebbe alle sue esigenze:

dalle 14.00 alle 17.00

dalle 14.30 alle 17.30

altro (specificare).....

D4. L'ambulatorio del medico di famiglia dovrebbe o potrebbe fornire una serie di servizi complementari ai propri pazienti.

D4.1 Quali dei servizi sottoelencati lei ritiene molto o abbastanza importanti e quali poco importanti?

D4.2 E quali di questi servizi vengono attualmente forniti dal suo medico?

Servizi	Dom. 4.1 Importanti		Dom. 4.2 Servizi attualmente forniti
	Sì	No	
Esami del sangue	1	2	1
Esame delle urine	1	2	2
Elettrocardiogramma	1	2	3
Audiometria (esame di screening dell'udito)	1	2	4
Spirometria (esame funzionalità respiratoria)	1	2	5
Indice di pressione sistolica	1	2	6
Controllo periodico per diabetici	1	2	7
Controllo periodico per ipertesi	1	2	8
Controllo periodico per "colesterolo alto"	1	2	9

D4.3 Nel complesso, come giudica i servizi attualmente offerti dall'organizzazione del suo medico?

- Ottimi 1 → *andare a D5.1*
- Buoni 2 → *andare a D5.1*
- Così così 3 → *andare a D4.4*
- Insufficienti 4 → *andare a D4.4*

D4.4 Ritieni che l'offerta di servizi del suo medico sia completa?

- Sì 1 → *andare a D5.1*
- No 2

D4.5 Se No, quali servizi dovrebbero essere prestati ambulatorialmente?

Ad esempio:

- Ionoforesi 1
- Misurazione pressione su 24 ore 2
- Cardiospia 3
- Altri (*specificare*).....

D5.1 Se lei dovesse descrivere a un suo amico/conoscente la figura del suo medico con tre aggettivi, quali userebbe?

- 1° aggettivo
- 2° aggettivo
- 3° aggettivo

Qui di seguito sono elencate alcune qualità ideali che un medico di famiglia dovrebbe avere.

D5.2 Quali sono, a suo giudizio, le qualità più importanti che un medico di famiglia dovrebbe possedere?

(*indicare un massimo di 5 tra quelle sottoelencate*)

D5.3 E quali sono, invece, le qualità più importanti che lei, per esperienza, attribuisce al suo medico di famiglia?

(*indicare un massimo di 5 tra quelle sottoelencate*)

	5.2 Qualità ideali di un medico di famiglia	5.3 Le principali qualità del suo medico
Impegnato	1	1
Interessato	2	2
Autonomo	3	3
Accessibile	4	4
Con risorse adeguate	5	5
Efficiente	6	6
Responsabile	7	7
Comunicativo	8	8
Accreditato	9	9
Etico	10	10
Esperto	11	11
Disponibile	12	12

D5.4 Nell'esercizio della professione il medico è coadiuvato da una assistente. Quali sono, a suo giudizio, le mansioni più importanti di una assistente? (indicare un massimo di 5 tra quelle sottoelencate)

Accoglienza del paziente	1
Gestione degli impegni del medico	2
Gestione degli appuntamenti	3
Ripetizione delle ricette	4
Misurazione della pressione arteriosa	5
Ritiro referti e documenti	6
Informazione organizzativa ai nuovi assistiti	7
Distribuzione di materiale di educazione sanitaria	8
Raccolta di dati epidemiologici	9
Registrazione dell'attività ambulatoriale	10

D5.5 Pensando alla sua esperienza personale, come giudica l'operato dell'assistente, dando un voto da 0 a 5 a ciascuna delle seguenti affermazioni (5 se siete pienamente d'accordo; 0 se non siete affatto d'accordo; i voti intermedi permettono di graduare il giudizio; per ogni frase cerchiare un numero)

È attenta alle mie esigenze	5	4	3	2	1	0
A volte è un po' rigida, troppo burocratica	5	4	3	2	1	0
È sempre disponibile	5	4	3	2	1	0
È in grado di sostituire il medico in alcune mansioni	5	4	3	2	1	0
È efficiente nel suo lavoro	5	4	3	2	1	0
È un buon tramite tra me e il medico	5	4	3	2	1	0
Mi trasmette ansia	5	4	3	2	1	0
È una persona di cui ho fiducia	5	4	3	2	1	0
Non mi trovo a mio agio con lei	5	4	3	2	1	0

D6. In alcuni periodi dell'anno può capitare che il suo medico sia assente (per ferie, per malattia, perché partecipa a un congresso medico ecc.); in questi casi il suo medico si fa sostituire da un collega.

D6.1 Salvo casi urgenti, se il suo medico è assente, lei di solito ...? (una sola risposta)

- Preferisce attendere il rientro del suo medico 1
- Oppure si rivolge al sostituto senza problemi 2

D6.2 Quale, tra le seguenti modalità di sostituzione, è quella che preferisce? (una sola risposta)

- Il medico sostituto scelto dal mio medico dovrebbe essere presente nell'ambulatorio negli stessi giorni e orari del mio medico 1
- Dovrebbero essere indicati il nome, l'indirizzo e gli orari di un altro medico presso il quale recarsi 2
- Dovrebbe essere disponibile una lista di più medici presso i quali recarsi, in modo da poter scegliere tra più medici e tra diversi orari 3

D6.3 Il medico sostituto deve essere ...? (una sola risposta)

- Un medico che lei già conosce e stima 1
- Un medico che lei non conosce personalmente ma che sa dotato di lunga esperienza 2
- Un medico che lei non conosce, ma del quale si fida lo stesso, perché indicato dal suo medico 3

D7. I giovani medici, futuri medici di famiglia, hanno l'obbligo di un periodo di tirocinio. Per fare questo si recano presso lo studio di un medico esperto e assistono alle visite sviluppando così le loro capacità diagnostiche, prescrittive, relazionali ecc. Questo indispensabile periodo di tirocinio dura sei mesi.

D7.1 Recandosi a farsi visitare, le è capitato qualche volta di trovare presente un giovane medico che seguiva la visita medica?

- Sì 1 → andare a domanda 7.2
- No 2

D7.2 E come ha reagito alla presenza di questo medico? (una sola risposta)

- Si è sentito imbarazzato e non ha detto tutto quello che avrebbe detto al suo medico se fosse stato da solo 1
- Ha provato all'inizio un po' di imbarazzo ma poi la visita è andata bene come al solito 2
- Non le ha causato nessun problema 3

Riservato ai soli pazienti sofferenti di: diabete, ipertensione, dislipidemie

Lei soffre di:

	Sì	No
• diabete	1	2
• ipertensione	1	2
• dislipidemia (aumento dei grassi nel sangue)	1	2

D8. Per la cura di queste patologie sono necessari frequenti controlli dello stato di salute. Esprima il suo giudizio dando un voto da 1 a 10, come a scuola, sulla qualità dell'organizzazione dello studio del suo medico rispetto a:

	Voto									
Appuntamento mensile per glicemia/glicosuria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Richiamo verbale per misurazione pressione arteriosa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Appuntamento quadrimestrale per dislipidemie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Registrazione dati (glicemia, PA, colesterolo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ripetizione di ricette	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Controllo referti specialistici	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compilazione certificati eventualmente necessari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informazioni alimentari	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Informazioni comportamentali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pronta discussione dei risultati ottenuti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Discussione sulla modifica della terapia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Controlli annuali	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dati statistici

A tutti:

Le chiediamo, per terminare, di fornirci le seguenti informazioni, che ci sono indispensabili per poter analizzare le risposte suddividendole per raggruppamenti:

- A)** Sesso Uomo 1
 Donna 2
- B)** Età Fino a 44 anni 1
 Da 45 a 64 anni 2
 Oltre 65 anni 3

Abbiamo terminato

Grazie per la collaborazione
(ripiegare e mettere nell'urna)