



# 1° RAPPORTO ANNUALE SULLA FARMACIA

## Questionario per le Farmacie



## Introduzione

Cittadinanzattiva e Federfarma, nell'ambito di un'ormai consolidata e pluriennale collaborazione, hanno deciso di produrre insieme un "Rapporto annuale sulla Farmacia".

Il questionario è finalizzato alla raccolta di informazioni sui servizi offerti dalle farmacie e sulle relative modalità organizzative, con l'obiettivo di tracciare una panoramica delle attività svolte dalle farmacie italiane, con particolare riferimento all'assistenza ai malati cronici e con un approfondimento riguardante le Aree interne, cioè le aree disagiate del territorio nelle quali la farmacia rappresenta spesso l'unico presidio sanitario a disposizione delle persone, in gran parte anziane, che vi risiedono.

La presente copia PDF del questionario è utile per prendere visione delle domande e raccogliere le informazioni necessarie, prima di procedere alla compilazione del Questionario on line, mediante accesso dal sito Federfarma.

Il termine per la compilazione on line è il 10 ottobre 2018.

Il format on line permette di procedere per step, salvando i dati inseriti. Le domande contrassegnate da \* richiedono sempre una risposta, senza la quale il sistema non consente di proseguire.

Nel format cartaceo: Gli elenchi a risposta singola sono contrassegnati con il simbolo

Gli elenchi a risposta multipla sono contrassegnati con il simbolo

In caso di dubbi sulla compilazione è possibile inviare una mail al seguente indirizzo [me.morreale@cittadinanzattiva.it](mailto:me.morreale@cittadinanzattiva.it)



## TEMI DI INDAGINE

Individuati alla luce della Carta della Qualità della Farmacia<sup>1</sup>

<b>A. Anagrafica della farmacia</b>
<b>B. Presa in carico e aderenza terapeutica nelle patologie croniche</b>
<b>C. Servizi erogati in farmacia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Servizio CUP</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prestazioni analitiche di prima istanza</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Servizi di secondo livello con dispositivi strumentali</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Servizi di Telemedicina</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Standard di qualità di strumenti e test</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Servizio ADI</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prestazioni erogate da altre figure professionali</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Campagne di prevenzione ed educazione sanitaria</li></ul>
<b>D. Informazione e comunicazione</b>
<b>E. Farmacovigilanza</b>
<b>F. Formazione dei farmacisti</b>
<b>G. Buone pratiche</b>

<sup>1</sup> [www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Carta-della-qualita-della-farmacia.aspx](http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Carta-della-qualita-della-farmacia.aspx)

ANAGRAFICA DELLA FARMACIA	
<b>1</b>	<b>Informazioni anagrafiche</b>
1.1	Codice identificativo univoco della farmacia (inserire numero di tracciabilità) <sup>2</sup>
1.2	Denominazione della farmacia
1.3	Indirizzo
1.4	Città
1.5	Provincia
1.6	Regione
1.7	Sito web
1.8	Indirizzo email
1.9	Telefono
1.10	Nominativo del referente della farmacia per la compilazione dei dati
<b>2</b>	<b>Collocazione della farmacia</b>
	<input type="radio"/> Area metropolitana <sup>3</sup>
	<input type="radio"/> Urbana
	<input type="radio"/> Rurale (Comuni con meno di 5000 abitanti)
	<input type="radio"/> Rurale sussidiata (Comuni con meno di 3000 abitanti)
<b>3</b>	<b>Orari di apertura e accessibilità</b>
3.1	La farmacia è aperta H24 per 365 giorni l'anno? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>
	Se no, indicare:
3.1.1	Effettua servizio anche notturno? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>
3.1.1.1	se sì, il turno notturno è:
	<input type="radio"/> obbligatorio
	<input type="radio"/> volontario
3.1.2	È aperta anche sabato mattina? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>
3.1.2.1	Se sì, il turno del sabato mattina è:
	<input type="radio"/> obbligatorio
	<input type="radio"/> volontario
3.1.3	È aperta anche sabato pomeriggio? <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>

<sup>2</sup> Il codice identificativo univoco (codice tracciabilità) è il codice che il fornitore (grossista o industria) deve indicare obbligatoriamente per effettuare forniture alle farmacie, ed è assegnato dal Ministero della Salute ([http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_8\\_0.jsp?lingua=italiano&label=servizionline&idMat=TF&idAmb=FA&idSrv=RCU&flag=P#procedura](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?lingua=italiano&label=servizionline&idMat=TF&idAmb=FA&idSrv=RCU&flag=P#procedura)).

<sup>3</sup> Le città metropolitane sono quattordici: Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Messina, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Torino, Venezia. "Enti territoriali di area vasta" che hanno sostituito le province omonime. La Legge 7 aprile 2014 n.56 disciplina le dieci città metropolitane delle Regioni a statuto ordinario, i cui territori coincidono con quelli delle preesistenti province: Roma Capitale, Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria. A queste si aggiungono le quattro città metropolitane delle Regioni a statuto speciale: Cagliari, Catania, Messina, Palermo.

3.1.3.1	Se sì, il turno del sabato pomeriggio è:	
	<input type="radio"/> obbligatorio	
	<input type="radio"/> volontario	
3.1.4	È aperta anche domenica mattina?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.1.4.1	Se sì, il turno della domenica mattina è:	
	Se sì, indicare:	
	<input type="radio"/> obbligatorio	
	<input type="radio"/> volontario	
3.1.5	Indicare le ore settimanali di apertura della farmacia	n. _____
3.2	La farmacia è priva di barriere architettoniche <sup>4</sup> ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Numero di dipendenti farmacisti per fasce di età:</b>	
4.1	Numero farmacisti 25-34 anni	n. _____
4.2	Numero farmacisti 35-44 anni	n. _____
4.3	Numero farmacisti 45-54 anni	n. _____
4.4	Numero farmacisti 55-64 anni	n. _____
4.5	Numero farmacisti 65 anni o più	n. _____
<b>5</b>	<b>Presenza di Medicina di Gruppo nel territorio del Comune nel quale afferisce la farmacia (Aggregazioni Funzionali Territoriali –AFT e Unità Complesse di Cure Primarie -UCCP)</b>	
	<input type="radio"/> Sì	
	<input type="radio"/> No	
	<input type="radio"/> Non saprei	
5.1	Se sì, la farmacia/ il farmacista è coinvolto nella organizzazione ed erogazione dei servizi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<sup>4</sup> Barriera architettonica: qualunque elemento costruttivo che impedisca, limiti o renda difficoltosi gli spostamenti o la fruizione di servizi (specialmente per le persone con limitata capacità motoria o sensoriale).



PRESA IN CARICO		
6	Il farmacista propone all'utente la possibilità di ottenere una consulenza personalizzata, eventualmente anche su appuntamento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Sono presenti protocolli o procedure per personalizzare il consiglio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7.1	Se sì, per quali target?	
	<input type="checkbox"/> Anziani	
	<input type="checkbox"/> Bambini	
	<input type="checkbox"/> Migranti	
	<input type="checkbox"/> Patologie croniche	
	<input type="checkbox"/> Maternità/prima infanzia	
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
7.2	Se sì, indicare quali soggetti hanno validato i protocolli (Istituti, società scientifiche, etc):	
ADERENZA TERAPEUTICA NELLE PATOLOGIE CRONICHE		
8	La farmacia partecipa a progetti/iniziative che supportano l'aderenza terapeutica per persone affette da patologie croniche?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se sì, indicare:	
8.1	<b>Patologie croniche interessate:</b>	
	<input type="checkbox"/> Patologie respiratorie (es Asma, BPCO)	
	<input type="checkbox"/> Patologie endocrine (es Diabete)	
	<input type="checkbox"/> Patologie metaboliche es (Dislipidemie)	
	<input type="checkbox"/> Patologie cardiovascolari (es Ipertensione)	
	<input type="checkbox"/> Patologie renali (es Insufficienza renale)	
	<input type="checkbox"/> Patologie reumatiche (es artrite reumatoide)	
	<input type="checkbox"/> Patologie intestinali (es Crohn)	
	<input type="checkbox"/> Patologie neurodegenerative (es Parkinson)	

	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	
8.2	<p>I servizi svolti nei progetti/iniziative di supporto dell'aderenza terapeutica per persone affette da patologie croniche sono remunerati?</p> <p>Se sì da chi vengono remunerati (es, ASL case farmaceutiche...)</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8.3	Durata dei progetti/iniziative: (per ciascuno descrivere e quantificare, ad es. 3 settimane, 2 mesi, 1 anno...)	
8.4	Soggetti che partecipano ai progetti/iniziative di supporto dell'aderenza terapeutica per persone affette da patologie croniche:	
	<input type="checkbox"/> Regione	
	<input type="checkbox"/> Asl	
	<input type="checkbox"/> Medici di Medicina generale	
	<input type="checkbox"/> Società Scientifiche	
	<input type="checkbox"/> Case farmaceutiche	
	<input type="checkbox"/> Comuni	
	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	
8.5	Attività previste nei progetti/iniziative di supporto dell'aderenza terapeutica per persone affette da patologie croniche:	
	<input type="checkbox"/> Selezione e coinvolgimento di pazienti	
	<input type="checkbox"/> Informazione e formazione al paziente per aumentare la conoscenza dei medicinali	
	<input type="checkbox"/> Intervista anche tramite la somministrazione di questionari	
	<input type="checkbox"/> Attivazione del dossier farmaceutico nel Fascicolo Sanitario Elettronico, se presente	
	<input type="checkbox"/> Ricognizione farmacologica	
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio parametri	
	<input type="checkbox"/> Counseling personalizzato	
	<input type="checkbox"/> Pianificazione di follow-up	
8.5.1	Sono previste forme di tutoraggio alla persona per l'assistenza terapeutica?	
	<input type="checkbox"/> sì, tramite appuntamenti in farmacia	
	<input type="checkbox"/> sì, tramite call- telefoniche	
	<input type="checkbox"/> sì, tramite altra modalità, specificare:	
8.5.2	Sono previste modalità di reminder per ricordare di assumere la terapia:	
	<input type="checkbox"/> sì, tramite telefonata	
	<input type="checkbox"/> sì, tramite invio sms	
	<input type="checkbox"/> sì, arriva un alert tramite App	

8.6	Sono perviste procedure di comunicazione/interazione diretta con i medici in caso di criticità e/o scostamento dal piano terapeutico definito?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8.7	Presenza di strumenti tecnologici/innovativi per supportare l'aderenza terapeutica nelle patologie croniche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8.7.1	Se sì, specificare:	
8.8	Presenza di strumenti/modalità per supportare l'aderenza terapeutica di pazienti anziani e/o persone che non utilizzano le tecnologie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8.8.1	Se sì, specificare:	
<b>SISTEMA INFORMATIZZATO PER LA PRESA IN CARICO</b>		
9	La farmacia è dotata di connessione ad internet?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	La farmacia è dotata di un sistema informatizzato/piattaforma web?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se sì,	
10.1	il sistema permette di favorire l'approccio della presa in carico del cittadino, consentendo di:	
	<input type="checkbox"/> registrare i dati sanitari della persona (previa autorizzazione secondo la vigente normativa sulla privacy)	
	<input type="checkbox"/> visionare i dati sanitari e i parametri fisiologici	
	<input type="checkbox"/> stampare i referti	
	<input type="checkbox"/> altro (specificare)	
10.2	il sistema informatizzato è interconnesso con altri servizi della ASL/Regione (ad eccezione del CUP laddove attivato)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10.2.1	Se sì, specificare quali:	
11	<b>BUONE PRATICHE</b> <b>Progetti ed esperienze relative alla Presa in carico</b>	
	Descrizione ed eventuali link	



SERVIZI EROGATI IN FARMACIA		
SERVIZIO CUP		
12	Presenza del servizio CUP <sup>5</sup> in farmacia:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se sì:	
12.1	A quanto ammonta il contributo per questo servizio da parte del cittadino (in euro, 0 se gratuito)	€: _____
12.2	A quanto ammonta il contributo per questo servizio a carico della ASL (in euro, 0 se ASL non contribuisce)	€: _____
12.3	Il Servizio CUP è: <input type="radio"/> sempre disponibile nei giorni ed orari di apertura della farmacia <input type="radio"/> è disponibile solo in alcuni momenti o giorni della settimana	
12.4	Presenza di una postazione dedicata al CUP in farmacia e ben visibile	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12.5	Possibilità di prenotazione disdetta e spostamento di prestazioni specialistiche e ambulatoriali in strutture pubbliche e accreditate	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12.5.1	Se sì, indicare il numero medio di prenotazioni a settimana	N: _____
12.6	Possibilità di pagamento ticket	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12.7	Possibilità di ricezione e consegna referti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12.8	Possibilità di attivazione della Carta Sanitaria Elettronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	La farmacia aderisce a una piattaforma CUP PRIVATA per la prenotazione di prestazioni a carico dei cittadini?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESTAZIONI ANALITICHE DI PRIMA ISTANZA: TEST ED ESAMI DIAGNOSTICI		
14	Si effettuano test ed esami diagnostici	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14.1	Se sì indicare quali:	
	<input type="checkbox"/> Beta HCG	
	<input type="checkbox"/> Colesterolo totale	
	<input type="checkbox"/> Glicemia	
	<input type="checkbox"/> Trigliceridi	
	<input type="checkbox"/> Emoglobina	
	<input type="checkbox"/> Emoglobina glicata	
	<input type="checkbox"/> Creatinina	
	<input type="checkbox"/> Transaminasi	
	<input type="checkbox"/> Ematocrito	
	<input type="checkbox"/> Esame dei componenti dell'urina	

<sup>5</sup> Questa sezione fa riferimento al servizio Cup pubblico, mentre la domanda 13 si riferisce ad eventuali servizi Cup privati.

	<input type="checkbox"/> Test colon-retto (rilevazione di sangue occulto nelle feci)
	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:
14.2	Per ciascuno dei test/esami sopra selezionati, indicare quali sono in convenzione con SSR/ASL e l'eventuale remunerazione:
15	<b>BUONE PRATICHE</b> <b>Progetti ed esperienze relative alle prestazioni analitiche di prima istanza</b>
	Descrizione ed eventuali link
<b>SERVIZI DI SECONDO LIVELLO CON DISPOSITIVI STRUMENTALI</b>	
16	Si effettuano esami strumentali: <span style="float: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></span>
16.1	Se sì indicare quali:
	<input type="checkbox"/> Misurazione della pressione arteriosa
	<input type="checkbox"/> Monitoraggio della pressione nelle 24 ore con utilizzo Holter pressorio
	<input type="checkbox"/> Misurazione della capacità polmonare tramite auto - spirometria
	<input type="checkbox"/> Misurazione con modalità non invasiva della saturazione percentuale dell'ossigeno
	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:
16.2	Per ciascuno degli esami strumentali sopra selezionati, indicare quali sono in Convenzione con SSR/ASL e l'eventuale remunerazione (in euro):
17	<b>BUONE PRATICHE</b> <b>Progetti ed esperienze relative ai servizi di secondo livello con dispositivi strumentali</b>
	Descrizione ed eventuali link

SERVIZI DI TELEMEDICINA		
18	La farmacia effettua servizio di Telecardiologia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18.1	Se sì, il servizio permette:	
	<input type="checkbox"/> Trasmissione e refertazione a distanza di elettrocardiogramma	
	<input type="checkbox"/> Trasmissione e refertazione a distanza di ECG-HOLTER	
	<input type="checkbox"/> Trasmissione e refertazione a distanza di HOLTER pressorio	
	<input type="checkbox"/> Teleconsulto cardiologico	
19	La farmacia effettua servizio di Telepneumologia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19.1	Se sì, il servizio permette:	
	<input type="checkbox"/> Telemonitoraggio dei valori di saturazione arteriosa dell'ossigeno	
	<input type="checkbox"/> Teleconsulto pneumologico	
20	La farmacia effettua servizio di Telemonitoraggio pressione arteriosa	
21	Altri servizi di Telemedicina, specificare:	
22	Per ciascuno dei servizi di Telemedicina presenti, indicare quali sono in Convenzione con SSR/ASL e l'eventuale remunerazione (in euro)	
23	<b>BUONE PRATICHE</b> Progetti ed esperienze relative ai Servizi di Telemedicina	
	Descrizione ed eventuali link	
<b>ALTRI SERVIZI</b>		
24	La farmacia effettua raccolta di prelievi e/o campioni	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25	Sono presenti defibrillatori in farmacia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
26	La farmacia è di supporto alla distribuzione a domicilio di farmaci e parafarmaci rivolta a chi è solo e non è in grado di potersi recare in farmacia per inabilità, permanente o temporanea?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
27	La farmacia collabora nella raccolta di medicinali per i meno abbienti (Banco Farmaceutico)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
28	In farmacia si noleggia:	
	<input type="checkbox"/> Strumentazione per la prima infanzia (es tiralatte, bilancia neonatale)	
	<input type="checkbox"/> Holter pressorio	
	<input type="checkbox"/> Dispositivi per la deambulazione (es carrozzine, stampelle)	
	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	
29	Si effettua distribuzione di prodotti di assistenza integrativa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
30	Si effettua dispensazione per conto delle strutture sanitarie (DPC)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SPAZI INTERNI DEDICATI		
31	Presenza di spazi interni dedicati all'esecuzione di <u>test/esami diagnostici</u> , se effettuati:	
	<input type="radio"/> sono presenti	
	<input type="radio"/> non sono presenti	
	<input type="radio"/> non si effettuano test/esami diagnostici e strumentali	
32	Presenza di spazi interni dedicati a <u>prestazioni di altre figure professionali</u> , se presenti (ad es psicologo, nutrizionista etc)	
	<input type="radio"/> sono presenti	
	<input type="radio"/> non sono presenti	
	<input type="radio"/> la farmacia non eroga prestazioni effettuate da altre figure professionali	
33	Gli spazi/locali interni garantiscono il rispetto della <u>privacy e riservatezza</u> durante l'esecuzione di test e colloqui?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
34	Sono presenti posti a sedere per chi attende?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
35	Sono presenti servizi igienici, disponibili su richiesta anche al pubblico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
STANDARD DI QUALITA' DI STRUMENTI E TEST AUTODIAGNOSI		
36	Indicare la periodicità con la quale vengono effettuate le tarature degli strumenti che devono obbligatoriamente essere certificati:	
36.1	MENSILE per i seguenti strumenti: _____	
36.2	TRIMESTRALE per i seguenti strumenti: _____	
36.3	SEMESTRALE per i seguenti strumenti: _____	
36.4	ANNUALE per i seguenti strumenti: _____	
SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)		
37	La farmacia partecipa al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) territoriale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
37.1	Se sì, attraverso:	
	<input type="checkbox"/> Dispensazione e consegna a domicilio di farmaci o dispositivi medici, compreso ossigenoterapia	
	<input type="checkbox"/> Preparazione e/o dispensazione a domicilio di miscele per la nutrizione artificiale	
	<input type="checkbox"/> Preparazione e/o dispensazione a domicilio di medicinali antidolorifici	
	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:	
38	<b>BUONE PRATICHE</b> <b>Progetti ed esperienze relative all'Assistenza Domiciliare Integrata</b>	
	Descrizione ed eventuali link	

## PRESTAZIONI EROGATE DA ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

39	<b>E' prevista la figura dell'Infermiere?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
39.1	Se presente	
	<input type="checkbox"/> La presenza dell'infermiere è gestita in convenzione con SSR o ASL	
	<input type="checkbox"/> L'infermiere è disponibile presso la farmacia	
	<input type="checkbox"/> L'infermiere è disponibile a domicilio	
	<input type="checkbox"/> L'infermiere è presente a seguito di accordi con l'ordine professionale degli infermieri	
	<input type="checkbox"/> L'infermiere è presente a seguito di accordi tra il titolare e il singolo professionista	
40	<b>E' prevista la figura del Fisioterapista?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
40.1	Se presente	
	<input type="checkbox"/> La presenza del fisioterapista è gestita in convenzione con SSR o ASL	
	<input type="checkbox"/> Il fisioterapista è disponibile presso la farmacia	
	<input type="checkbox"/> Il fisioterapista è disponibile a domicilio	
	<input type="checkbox"/> Il fisioterapista è presente a seguito di accordi con l'ordine professionale dei fisioterapisti	
	<input type="checkbox"/> Il fisioterapista è presente a seguito di accordi tra il titolare e il singolo professionista	
41	<b>E' prevista la figura dello Psicologo?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
41.1	Se presente	
	<input type="checkbox"/> Lo psicologo è presente a seguito di accordi con l'ordine professionale degli psicologi	
	<input type="checkbox"/> Lo psicologo è presente a seguito di accordi tra il titolare e il singolo professionista	
42	<input type="checkbox"/> Altre figure professionali presenti, specificare:	
43	<b>BUONE PRATICHE</b> Progetti ed esperienze relative ad altre figure professionali	
	Descrizione ed eventuali link	

CAMPAGNE DI PREVENZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA		
44	Negli ultimi 24 mesi la farmacia ha promosso o aderito ad iniziative di <b>sensibilizzazione e informazione</b> nei confronti di <b>target specifici</b> di popolazione (es persone sovrappeso, persone over-60, etc) per l'identificazione di fattori di rischio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se sì:	
44.1	Con quali dei seguenti soggetti ha collaborato:	
	<input type="checkbox"/> ASL	
	<input type="checkbox"/> Regione	
	<input type="checkbox"/> Comune	
	<input type="checkbox"/> Società scientifiche	
	<input type="checkbox"/> Federfarma	
	<input type="checkbox"/> Case farmaceutiche	
	<input type="checkbox"/> Organizzazioni civiche/Associazioni di pazienti	
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
44.2	Su quali ambiti:	
45	La farmacia aderisce alle <b>Campagne di prevenzione/screening realizzate dalla ASL</b> o dalla Regione?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se sì	
45.1	A quante campagne di prevenzione la farmacia ha preso parte negli ultimi 24 mesi:	N° totale ____
45.2	Attraverso quali attività:	
	<input type="checkbox"/> Pubblicizzando la campagna e fornendo informazioni	
	<input type="checkbox"/> Erogando anche servizi e prestazioni	
	<input type="checkbox"/> Altro, specificare	
46	<b>BUONE PRATICHE</b>	
	<b>Progetti ed esperienze relative alle Campagne di Prevenzione ed Educazione Sanitaria</b>	
	Descrizione ed eventuali link	

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE		
47	La farmacia offre informazioni semplici e trasparenti su:	
	<input type="checkbox"/> Servizi offerti	
	<input type="checkbox"/> Informativa (locandina; display etc) per comunicare all'utenza l'attivazione del servizio CUP	
	<input type="checkbox"/> Servizi eventualmente offerti da altre farmacie o da altri enti (ambulatori, Comune...)	
	<input type="checkbox"/> Eventuali figure professionali presenti, servizio offerto ed orari di presenza, all'interno della farmacia	
48	La farmacia è dotata di sito web?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
48.1	Se sì, il sito riporta orari di apertura, turni, servizi offerti?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
48.2	Se sì, il sito web ha accorgimenti (audio, video, sottotitoli) per essere fruibile anche da persone con disabilità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
49	La farmacia mette a disposizione dei cittadini (esponendo e/o distribuendo) materiale informativo riguardante:	
	<input type="checkbox"/> Corretta assunzione dei farmaci	
	<input type="checkbox"/> Conservazione, mantenimento e smaltimento dei farmaci	
	<input type="checkbox"/> Riduzione degli sprechi	
	<input type="checkbox"/> Prevenzione (screening organizzati dalla ASL)	
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
50	<b>BUONE PRATICHE</b> Progetti ed esperienze relative a Informazione e Comunicazione	
	Descrizione ed eventuali link	



FARMACOVIGILANZA		
51	Viene dedicata attenzione particolare all'attività di controllo sull'uso improprio/abuso di medicinali, in particolare per i farmaci da banco (Over The Counter)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
51.1	Se sì, attraverso quali modalità, specificare:	
52	<b>BUONE PRATICHE</b> <b>Progetti ed esperienze relative alla Farmacovigilanza</b>	
	Descrizione ed eventuali link	
FORMAZIONE		
53	Il personale della farmacia partecipa regolarmente a corsi di aggiornamento e formazione?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
53.1	Se sì, tali corsi vengono seguiti	
	<input type="radio"/> Esclusivamente dal titolare	
	<input type="radio"/> Prevalentemente dal titolare e sporadicamente da altri operatori	
	<input type="radio"/> Regolarmente da tutto il personale	
53.2	Quante ore all'anno, mediamente, il titolare della farmacia dedica alla formazione:	N ore:
53.3	Quante ore all'anno, mediamente, gli altri operatori della farmacia dedicano alla formazione: n°	N ore:
54	<b>BUONE PRATICHE</b> <b>Progetti ed esperienze relative alla Formazione</b>	
	Descrizione ed eventuali link	
55	<b>Box per note, commenti e specificazioni</b>	
	Utilizzare questo spazio per aggiungere note, osservazioni o specificazioni sulle varie risposte fornite, indicando per ciascuna il numero della relativa domanda.	