



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



TEMI DI INDAGINE

Individuati alla luce della Carta della Qualità della Farmacia¹

| |
|---|
| A. Anagrafica della farmacia |
| B. Presa in carico e aderenza terapeutica nelle patologie croniche |
| C. Servizi erogati in farmacia |
| ▪ Servizio CUP |
| ▪ Prestazioni analitiche di prima istanza |
| ▪ Servizi di secondo livello con dispositivi strumentali |
| ▪ Servizi di Telemedicina |
| ▪ Standard di qualità di strumenti e test |
| ▪ Servizio ADI |
| ▪ Prestazioni erogate da altre figure professionali |
| ▪ Campagne di prevenzione ed educazione sanitaria |
| D. Informazione e comunicazione |
| E. Farmacovigilanza |
| F. Formazione dei farmacisti |
| G. Buone pratiche |

¹ www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Carta-della-qualita-della-farmacia.aspx

| ANAGRAFICA DELLA FARMACIA | |
|---------------------------|--|
| 1 | Informazioni anagrafiche |
| 1.1 | Codice identificativo univoco della farmacia (inserire numero di tracciabilità) ² |
| 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 |
| 2 | Collocazione della farmacia |
| | <input type="radio"/> Area metropolitana ³ |
| | <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) |
| 3 | Orari di apertura e accessibilità |
| 3.1 | La farmacia è aperta H24 per 365 giorni l'anno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Se no, indicare: |
| 3.1.1 | Effettua servizio anche notturno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 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? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

² 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).

³Le 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 ⁴ ? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4 | Numero di dipendenti farmacisti per fasce di età: | |
| 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. _____ |
| 5 | 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) | |
| | <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"/> |

⁴ 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 | Patologie croniche interessate: | |
| | <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: | |
| SISTEMA INFORMATIZZATO PER LA PRESA IN CARICO | | |
| 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative alla Presa in carico | |
| | Descrizione ed eventuali link | |

| SERVIZI EROGATI IN FARMACIA | | |
|--|--|---|
| SERVIZIO CUP | | |
| 12 | Presenza del servizio CUP ⁵ 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 | |

⁵ 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative alle prestazioni analitiche di prima istanza |
| | Descrizione ed eventuali link |
| SERVIZI DI SECONDO LIVELLO CON DISPOSITIVI STRUMENTALI | |
| 16 | Si effettuano esami strumentali: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative ai servizi di secondo livello con dispositivi strumentali |
| | 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative ai Servizi di Telemedicina | |
| | Descrizione ed eventuali link | |
| ALTRI SERVIZI | | |
| 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative all'Assistenza Domiciliare Integrata | |
| | Descrizione ed eventuali link | |

PRESTAZIONI EROGATE DA ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

| | | |
|------|--|---|
| 39 | E' prevista la figura dell'Infermiere? | 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 | E' prevista la figura del Fisioterapista? | 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 | E' prevista la figura dello Psicologo? | 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 | BUONE PRATICHE 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 sensibilizzazione e informazione nei confronti di target specifici 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 Campagne di prevenzione/screening realizzate dalla ASL 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative alle Campagne di Prevenzione ed Educazione Sanitaria | |
| | Descrizione ed eventuali link | |

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



| 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative alla Farmacovigilanza | |
| | 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 | BUONE PRATICHE Progetti ed esperienze relative alla Formazione | |
| | Descrizione ed eventuali link | |
| 55 | Box per note, commenti e specificazioni | |
| | Utilizzare questo spazio per aggiungere note, osservazioni o specificazioni sulle varie risposte fornite, indicando per ciascuna il numero della relativa domanda. | |