



**2° SEZIONE**

**10. Esiste nell’Azienda/Farmacia la cd. “Farmacia dei servizi”? (1\*)**

- Sì
- No

**11. Se no, l’Azienda/Farmacia è orientata verso un progetto istitutivo della “Farmacia dei servizi”?**

- Sì
- No

**12. Se no – Sarebbe interessato ad approfondire l’argomento allo scopo di una eventuale trasformazione della sua farmacia in “Farmacia dei Servizi”?**

- Sì
- No

**13. L’Azienda/Farmacia è a conoscenza della presenza di una “Farmacia dei Servizi” privata nel territorio del suo comune di appartenenza?**

- Sì
- No

**14. Se sì, l’Azienda/Farmacia sarebbe in grado di fornire i seguenti dati sulla farmacia privata?**

**\* tipologia dei servizi forniti**

Amministrativi

---

---

---

Diagnostici

---

---

---

Assistenziali

---

---

---

Altro

---

---

---

**3° SEZIONE**

**15. Se sì alla domanda 10, l'Azienda/Farmacia potrebbe fornire i seguenti dati ed informazioni?**

a)

**Tipologia dei servizi forniti dalla Farmacia (1\*)**

Amministrativi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnostici

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assistenziali

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b)

**Rapporti con l'ASL**

- Quali dei servizi sopra indicati sono erogati in convenzione con l'ASL?

nessuno

oppure \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Per i servizi convenzionati l'Azienda/Farmacia potrebbe fornire il prezzo corrisposto dalla ASL per ogni prestazione (eventualmente allegare elenco/listino prezzi unitari)? (2\*)

Servizi	Prestazioni	Prezzo corrisposto dalla AUSL


- **Per tutti o alcuni dei servizi convenzionati è previsto anche un ulteriore contributo a carico dell'utente?**  
 si  
 no
- **Se sì, l'Azienda/Farmacia potrebbe fornire il dettaglio (tipo di prestazione e contributo richiesto)?**

Servizi	Prestazioni	Contributo utente


c)

**Volumi di attività**

- Per ciascun servizio fornito l'Azienda/Farmacia può indicare i volumi di attività (N° prestazioni erogate) e il corrispondente numero di utenti che ne hanno usufruito su base annua?

CONVENZIONATI AUSL		Anno 2012	
Servizi	Prestazioni	N° Prestazioni	N° Utenti
<input type="checkbox"/> amministrativi			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> diagnostici			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> assistenziali			

<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> altro			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

NON CONVENZIONATI AUSL		Anno 2012		Prezzo prestazione non in convenzione
Servizi	Prestazioni	N° Prestazioni	N° Utenti	
<input type="checkbox"/> amministrativi				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> diagnostici				

<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> assistenziali				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> altro				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

**4° SEZIONE**

**Costi di esercizio e dimensioni**

- Può indicare, in rapporto ad ogni tipo di servizio, la tipologia e il tempo/lavoro degli operatori dedicati (farmacista stesso o altra figura professionale)?

*Vedere esempio tabella 1 nota (3\*)*

	Figure professionali					
Servizi (3*)	Tempo pieno	Ore lavorat e/sett.				
<input type="checkbox"/> Amministrativi						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Diagnostici						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Assistenziali						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Altro						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

- Può indicare, conseguentemente, il costo annuo sostenuto?

*Vedere esempio tabella 2 nota (3\*)*

	Costo sostenuto
<b>Tipologia figure professionali</b>	



- Può indicare quali altri costi di esercizio lei sostiene per gestire i servizi di cui sopra) (4\*)

Tipologia di costo	Valore annuo

- Può indicare il numero di vani e i metri quadri corrispondenti utilizzati per l'erogazione dei servizi (se possibile articolando il dato per tipologia dei servizi amministrativi; diagnostici; assistenziali; altro)?

---

---

---

---

**16. Sulla base della sua esperienza può indicarci:**

- Quali siano state le criticità maggiori che ha incontrato e come le ha superate?

---

---

- Quale è il livello di soddisfazione espresso dalla utenza?

---

---

- Quali suggerimenti potrebbe fornire per replicare e, al limite, migliorare la sua esperienza in qualunque altra farmacia italiana?

---

---

*Grazie per la collaborazione*

MMG = Medici di Medicina Generale  
 ADI = Assistenza Domiciliare Integrata  
 A.D. = Assistenza Domiciliare

(1) N.B.: ai fini della presente indagine si intende, come peraltro è già noto, per "Farmacia dei Servizi" ogni farmacia al cui interno si erogano una o più servizi di natura amministrativa (ad esempio prenotazioni visite; pagamento ticket, etc.); diagnostica (ad esempio alcuni accertamenti analitici; telemedicina di vario tipo, etc.) assistenziale (ad esempio fornitura di infermieri professionali e/o terapisti della riabilitazione a domicilio; o di qualsiasi altra eventuale natura.

(2) N.B.: per prestazione si intende ogni intervento amministrativo, sanitario o assistenziale che connota l'articolazione della "offerta" di ciascun servizio; ad esempio prenotazioni prestazioni Cup per attività istituzionale o in libera professione; pagamento ticket, etc... nei servizi amministrativi; colesterolo, glicemia, transaminasi, etc. nel servizio laboratorio di analisi; elettrocardiogramma; spirometria; etc. nel servizio di telemedicina.

(3) N.B.: nel caso in cui operatori appartenenti ad una data figura professionale (ad esempio farmacista; addetto etc.; amministrativo; infermiere professionale; etc.) siano impegnati a tempo pieno in un servizio se ne indichi il numero; in caso contrario si indichi la percentuale (20%; 15%; 50%, ad esempio di tempo/lavoro da loro dedicato al servizio).

Esempio Tabella 1:

	Figure professionali					
	Farmacista		Infermiere		Terapista riabilitazione	
Servizi (3*)	Tempo pieno	Ore lavorate/sett.	Tempo pieno	Ore lavorate/sett.	Tempo pieno	Ore lavorate/sett.
<input type="checkbox"/> Amministrativi						
<input type="checkbox"/> cup		4				
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Diagnostici						
<input type="checkbox"/> autoanalisi		2				
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Assistenziali						
<input type="checkbox"/> adi			1			4
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Altro						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

Esempio Tabella 2:

Tipologia figure professionali	Costo sostenuto	
	Farmacista	Tempo pieno : 6h = stipendio annuo : x
Infermiere	Stipendio annuo lordo	
Terapista riabilitazione	Tempo pieno : 4h = stipendio annuo : x	

(4) N.B.: la domanda è aperta per registrare le voci di costo che ogni farmacia, autonomamente nella propria contabilità, imputa alla gestione dei servizi considerati (a titolo di esempio, si pensi al consumo energetico/utenze; ai beni fungibili impiegati; alla assicurazione; all'ammortamento delle attrezzature e apparecchiature; alla quota parte di affitto per i locali destinati alla attività; allo smaltimento dei rifiuti; etc...).