

assofarm
FARMACIE COMUNALI
AZIENDE E SERVIZI
SOCIO-FARMACEUTICI

Denominazione Azienda/Ente _____

Comune _____ Pv _____

Compilare in stampatello

SCHEDA (A)

INFORMAZIONI DI CARATTERE SANITARIO

- 1) L' Azienda assicura nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio sanitari la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza, a supporto delle attività del medico anche con l'obiettivo di garantirsi il corretto utilizzo dei medicinali prescritti ed il relativo monitoraggio, al fine di favorire l'aderenza dei medesimi alle terapie mediche?

NO

SI

Altro _____

- 2) L'Azienda collabora ai programmi di educazione sanitaria delle popolazioni realizzati a livello nazionale e regionale nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio sanitari?

NO

SI

Altro _____

- 3) L'Azienda realizza quanto previsto dai singoli piani regionali socio sanitari campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, anche effettuando analisi di laboratorio di prima istanza nei limiti e nelle condizioni stabilite dalla normativa in vigore?

NO

SI

Altro _____

- 4) L'Azienda consente nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari la prenotazione in farmacia di visita ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, anche prevedendo la possibilità del pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e del ritiro del referto in farmacia?

NO

SI

Altro _____

La richiesta di notizie di cui sopra è in coerenza a quanto previsto all'art.30 del collegato alla finanziaria e necessita alla Federazione anche al fine di impostare le proprie azioni per il rinnovo della convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Difatti, il provvedimento che ha ripristinato le agevolazioni per le farmacie rurali, ha disegnato l'auspicato ruolo delle farmacie quale presidio sanitario all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Il citato art.30 introduce la delega al Governo, ad emanare, entro tre mesi, uno o più decreti legislativi che trasformeranno le farmacie in sportello sanitario dove il cittadino potrà recarsi per usufruire dei servizi elencati nel

questionario di cui sopra. In sintesi, le farmacie utilizzeranno, fra l'altro, il proprio desk quale sportello per velocizzare i rapporti, anche burocratici, tra i cittadini pazienti ed il SSN.

Il tutto da remunerare senza ulteriori oneri per il SSN medesimo ma attingendo da economie che dovrebbero verificarsi nei presidi territoriali.

Più in dettaglio:

a) L'Azienda svolge campagna d'informazione sul corretto utilizzo di farmaci?

NO

SI

Altro _____

b) Quali delle seguenti autoanalisi vengono svolte nelle farmacie?

Misurazione peso corporeo;

Misurazione pressione arteriosa;

Misurazione udito/vista;

Altro _____

Nessuna delle attività di cui sopra;

c) L'Azienda svolge campagna di prevenzione e di controllo di particolari patologie?

NO

SI

In caso affermativo, specificare quali _____

d) L'Azienda svolge campagne d'informazione sanitaria?

NO

SI

In caso affermativo, specificare quali _____

e) Con quali strumenti l'Azienda svolge la campagna d'informazione di cui al punto precedente?

Tramite opuscoli informativi distribuiti gratuitamente nelle farmacie

Attraverso l'acquisto di spazi su quotidiani o periodici locali

Altro _____

f) L'Azienda ha dotato le farmacie di un idoneo "angolo della salute"?

NO

SI

g) Presso le farmacie viene svolta attività di URP?

NO

SI

h) L'Azienda svolge attività di consegna del farmaco a domicilio?

NO

SI

i) La farmacia svolge attività legate alla diffusione delle tessere sanitarie quale strumento utile per l'adozione di un registro farmaceutico?

NO SI

j) L'Azienda svolge attività legate alla fidelizzazione del cittadino paziente?

NO SI

In caso affermativo, tramite:

- Opuscoli
- Offerte
- Auguri
- Utilizzo di fidelity card

k) L'Azienda ha dotato le farmacie di sistemi di pagamento elettronico (bancomat, carte di credito)?

NO SI

Altre informazioni

l) L'Azienda ha aperto o ha in programma l'apertura di parafarmacie?

NO SI

Altro _____

Qualora l'Azienda, abbia provveduto all'apertura di parafarmacie, indicare nello spazio sottostante i rispettivi indirizzi:

1) _____

2) _____

3) _____

m) L'Azienda opera attraverso strutture "sanitarie"?

NO SI

Altro _____

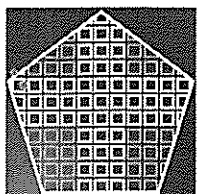
Si prega di restituire il presente questionario a mezzo fax ad A.S.SO.FARM.: 06/48976639 o via mail: assofarm@assofarm.it

Referente compilatore del presente questionario _____

N° telefonico _____ **n. fax** _____

indirizzo di posta elettronica _____

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Federazione o al seguente numero 345 2589565



assofarm
FARMACIE COMUNALI
AZIENDE E SERVIZI
SOCIO-FARMACEUTICI

Denominazione Azienda/Ente _____

Comune _____ Pv _____

Compilare in stampatello

Scheda (B)

QUESTIONARIO SULLE ATTIVITÀ DI CARATTERE SOCIALE DELLE ASSOCIATE A.S.SO.FARM.

L'Azienda/Ente/Istituzione ecc... svolge attività di carattere sociale in ambito non specificamente farmaceutico o sanitario?

NO

SI

1) Di quale tipo: segnare la sezione interessata

servizi per anziani

servizi cimiteriali

servizio mense

Altro (specificare):

servizio trasporto scolastico

2) Da quanto tempo svolge l'attività di cui sopra? Risposta aperta

4) Con quali modalità viene effettuata l'attività?

In proprio

Mediante conferimento "in house"

Mediante assegnazione con bando di gara

5) Numero di addetti

Si prega di restituire il presente questionario a mezzo fax ad A.S.SO.FARM.: 06/48976639 o via mail: assofarm@assofarm.it

Referente compilatore del presente questionario _____

N° telefonico _____

n. fax _____

indirizzo di posta elettronica _____

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Federazione o al seguente numero 345 2589565



Scheda (C)

QUESTIONARIO ORGANIZZATIVO PER L'ANAGRAFE A.S.SO.FARM.

INDIRIZZO SEDE LEGALE _____

N° DI FARMACIE _____

INDIRIZZO DELLE FARMACIE

DIRETTORE (nome e cognome)

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Allegato per altre farmacie.

Composizione dell'organismo amministrato

	Nome	Cognome	Indirizzo/e-mail	Telefono
Presidente/Amm.re Delegato				
Vice Presidente				
Consigliere				
Consigliere				
Consigliere				
Direttore				

Data di scadenza degli organi

	Nome	Cognome	Indirizzo	Telefono
Sindaco				
Assessore				
Direttore di farmacia				

Si prega di restituire il presente questionario a mezzo fax ad A.S.SO.FARM.: 06/48976639 o via mail: assofarm

Referente compilatore del presente questionario N° telefonico.....indirizzo di posta elettronica.....