**QUESTIONARIO ADESIONE ENTE**

Giornate di Raccolta del Farmaco - 25° edizione

4-10 febbraio 2025

| Cognome e Nome Volontario di Banco Farmaceutico che rileva i dati:  |
| --- |
| Telefono: | e-mail: |

* 1. **Sezione 1: informazioni anagrafiche dell’ente**

| Codice Fiscale:  |
| --- |
| **Tipologia di Ente:**1. Associazione □
2. Fondazione / Ente morale □
3. Gruppo parrocchiale, Gruppo Caritas, ecc. □
 | 1. Ente ecclesiastico / Ente di culto □
2. Organizzazione non Governativa (Ong) □
3. Cooperativa Sociale □
 |
| Nome Ente (per esteso):  |
| Acronimo:  | Anno di costituzione:  |
| Sito Web:  |
| Legale Rappresentante: Cognome Nome  |
| ***Sede Legale:*** Via/Piazza n°  |
| Città: | Provincia: | CAP  |
| Telefono:  | Fax  |
| e-mail:  |
| ***Sede Operativa (compilare solo se diversa dalla sede legale):*** |
| Via/Piazza  | n°  |
| Città:  | Provincia:  | CAP  |
| Telefono:  | Fax  |
| e-mail:  |

* 1. **Sezione 2: informazioni generali sull'ente**

**Breve descrizione delle attività:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **Livello territoriale in cui l’Ente svolge la sua attività (è possibile barrare più di una casella):*** Quartiere □
* Comune □
* Provincia □ Se sì, indicare in quante è presente /\_\_\_\_\_\_/ Quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Regione □ Se sì, indicare in quante è presente /\_\_\_\_\_\_/ Quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nazione □
* Estero □ Se sì, indicare in quante nazioni è presente /\_\_\_\_\_\_/ Quali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| --- |

**Sezione 3: informazioni relative al rapporto dell’ente con Banco Farmaceutico**

| Tipo Distribuzione **(1)** | □ Diretta | □ Indiretta |
| --- | --- | --- |
| Presenza Medico/Farmacista (solo se distribuzione indiretta) | □ Sì  | □ No |
| Indicare se l’ente ha necessità di un volontario farmacista **(2)** | □ Sì | □ No |

**L'Ente è affiliato e/o aderente ad un organismo operante su scala più ampia?** Sì □ No □

**Se sì, indicare per esteso il nome di tale organismo:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **Referente Ente** **(3)** Cognome e Nome:  |
| --- |
| Telefono:  | Cellulare:  |
| e-mail:  |
| **Responsabile Sanitario** Cognome e Nome:  |
| Tel. Resp. Sanitario:  | Cell. Resp. Sanitario:  |
| e-mail Resp. Sanitario:  |
| Professione Resp. Sanitario: |

**Sezione 4: informazioni relative alle attività svolte dall’ente e alla tipologia dei suoi assistiti**

***Tipologia del Servizio erogato*** *(sono possibili risposte multiple)*

| 1. Servizio mensa o distribuzione cibo e pacchi alimentari 
 |
| --- |
| 1. Assistenza infermieristica 
 |
| 1. Assistenza medica 
 |
| 1. Distribuzione farmaci 
 |
| 1. Dormitorio 
 |
| 1. Casa di accoglienza o comunità 
 |
| 1. Distribuzione abbigliamento 
 |
| 1. Servizi per l’igiene (docce) 
 |
| 1. Erogazione di contributi monetari o pagamento utenze (bollette e altro) 
 |
| 1. Servizio di segretariato sociale e ascolto 
 |
| 1. Accompagnamento 
 |
| 1. Sportello lavoro 
 |
| 1. Servizio legale 
 |
| 1. Altro (specificare)
 |

***Tipologia di Assistiti***

| **Totale Assistiti n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** che hanno usufruito di farmaci (provenienti da qualsiasi tipo di donazione, quindi non solo di Banco Farmaceutico) da parte dell’ente negli ultimi 12 mesi (in Italia e all’estero).*(Si intende il numero di singoli individui. Una persona che ha effettuato più accessi alla struttura nel corso dell’anno va contata una sola volta).* |
| --- |

| Nazionalità assistiti | *Italiani %*  | *Stranieri %* |
| --- | --- | --- |
| Sesso Assistiti Italiani | *Maschi %*  | *Femmine %* |
| Sesso Assistiti Stranieri | *Maschi %* | *Femmine %* |

Negli ultimi 12 mesi, rispetto al totale assistiti donne e uomini, qual è la composizione in termini percentuali rispetto all’età?

| ***Età*** | ***Donne******italiane*** | ***Donne******straniere*** | ***Età*** | ***Uomini*** ***italiani*** | ***Uomini*** ***stranieri*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Minori (da 0 a 17 anni) |  |  | Minori (da 0 a 17 anni) |  |  |
| Adulti (da 18 a 64 anni) |  |  | Adulti (da 18 a 64 anni) |  |  |
| Anziane (65 anni o più) |  |  | Anziani (65 anni o più) |  |  |
| **Totale** | 100% | 100% | **Totale** | 100% | 100% |

Distribuzione percentuale degli assistiti con necessità di farmaci/assistenza sanitaria in base alle seguenti tipologie:

| Individui con malattie croniche (degenerative e/o legate all’età, diabete, ecc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_%**  |
| --- |
| Individui che chiedono assistenza per un problema di salute temporaneo (malattie acute): \_**\_\_\_\_\_\_\_\_%** |

***Totale 100%***

***Eventuali note a cura del Tutor ente***

|  |
| --- |

**1)** I tipi di distribuzione possibili sono due.

* **Distribuzione indiretta:** l’ente è dotato di armadio farmaceutico, vi è la presenza di un medico e/o di un ambulatorio. L’ente provvede al ritiro di tutti i farmaci dalla farmacia e alla successiva dispensazione nella propria struttura.
* **Distribuzione diretta:** l’ente non è dotato di armadio farmaceutico idoneo alla custodia dei farmaci e non ha in organico personale sanitario, per cui, dopo aver ritirato in farmacia i coupon delle donazioni li distribuisce agli indigenti i quali, al bisogno, si recano in farmacia a ritirare il farmaco.

**2)** In base al protocollo d’intesa siglato tra Fondazione Banco Farmaceutico e FOFI (Federazione Ordini Farmacisti Italiani) entrambi i soggetti possono attivarsi per sensibilizzare i farmacisti iscritti all’ordine promuovendo attività di volontariato presso gli enti caritativi convenzionati con Banco Farmaceutico.

**3)** Inserire negli appositi campi i recapiti della persona di riferimento per i rapporti con Banco Farmaceutico, ovvero colui o colei che ha il controllo sulle attività di dispensazione ed approvvigionamento dei farmaci. Non è necessario che il referente coincida con il rappresentante legale dell’ente. È necessario che il referente firmi in calce il presente questionario.

**4)** Il questionario, debitamente compilato, deve essere consegnato ai volontari della sede locale di Banco Farmaceutico secondo le modalità indicate dagli stessi.

**Sezione 5: informazioni relative al fabbisogno farmaceutico per le Giornate di Raccolta del Farmaco 2025**

**Note per la compilazione:**

1. I nomi commerciali sopra utilizzati non rappresentano un consiglio di vendita; sono citati a titolo di esempio poiché si tratta di alcuni tra i farmaci più venduti delle rispettive categorie.
2. L’ente potrà suggerire forma farmaceutica (compresse, gocce, supposte, ecc.), dosaggio, oppure indicare il principio attivo.
3. Nella colonna “**n. farmaci per**” **è necessario specificare il numero di confezioni di farmaci richieste**.
4. La voce n. **25 Altro**, non deve superare il 10% delle richieste totali di prodotti farmaceutici.

*Ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR) nonché del D.lgs. 196/03 (“Codice Privacy”) e della normativa privacy nazionale vigente prendo atto che i dati personali che vi ho fornito verranno trattati attraverso strumenti elettronici e manuali in Italia. Presa visione dell’informativa sull’utilizzazione dei miei dati personali ne autorizzo il trattamento da parte delle persone autorizzate ai sensi dell’art. 29 GDPR e l’eventuale comunicazione a terzi che laddove necessario saranno nominati Responsabili del trattamento.*

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma referente Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**