**FONDAZIONE OSPEDALE**

**GIUSEPPE ARAGONA**

**Istituto Geriatrico e Riabilitativo ONLUS**

**CARTA DEI SERVIZI**

 **Decima edizione**

#

# Allegato 5

| Fondazione Ospedale Giuseppe AragonaIstituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus | **MODULO RECLAMI - ENCOMI** | Mod. 17.11Rev. 0 |
| --- | --- | --- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Disfunzione Suggerimento Reclamo Encomio |  scritto verbale |  posta/email di persona telefono |
| Del Sig./Sig.ra |  |
| abitante a |  | Telefono |  |
|  ospite Famigliare Associazione Anomimo |
|  RSA Cure Intermedie CDI  Servizio di Fisioterapia Laboratorio analisi Poliambulatori |
| Oggetto della segnalazione: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data |  |  | Firma |
| Ai sensi del D.Lgs. 30/06/03 n. 196 così come modificato dal D.Lgs. 101/18 e, in particolare, del nuovo Regolamento Europeo n. 679/2016, si informa che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo |
| **(compilazione a cura dell’URP)****N. progressivo ………………….. Codice…………………..** |
| Ricevuto il …………………. |  direttamente tramite urna telefonicamente email |
| da |  |
| **Trasmesso a**:Data …………….. |  Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Altro ……………………………………………………………………… |
| **Azioni intraprese** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data |  |  | Firma |
| **Chiusura reclamo** |  |
| Tipo di risposta: |  |
|  |
|  |
| Motivi mancata risoluzione: |  |
|  |
|  |
|  |
| Data |  |  | Firma |

# Allegato 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus | QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL’UTENTEDEI SERVIZI SANITARI E POLIAMBULATORIALI | MPURP.4Rev0 |

|  |
| --- |
| **Ambulatoriale** |
| Data compilazione (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Reparto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DD01 | Come ha prenotato? Telefonicamente □ Allo sportello □ Internet □ Altro □ Non so □ Nessuna prenotazione □ |
| **Quanto è soddisfatto dei seguenti aspetti?** | (indicare da 1 a 7) |
| D02 | Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D03 | Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D04 | Servizio di accettazione amministrativa e pagamento ticket (attesa allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D05 | Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D06 | Rispetto degli orari previsti |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D07 | Attenzione ricevuta dal personale medico (accuratezza della visita, cortesia) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D08 | Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D09 | Attenzione ricevuta dal personale infermieristico e/o tecnico (accuratezza, cortesia, informazioni) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D10 | Rispetto della riservatezza personale |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D11 | Complessivamente quanto e’ soddisfatto del nostro servizio? |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| D12 | Consiglierebbe ad altri questa struttura? |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | Per niente soddisfatto Molto soddisfatto |
| A13 |  Sesso F □ M □ |
|  |
| A14 | Età  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |
|  |
| A15 |  Scolarità: nessuna □ Scuola dell’obbligo □ Scuola Superiore □ Laurea □  |
|  |  |
| A16 | Nazionalità Italiana □ Europea □ Expraeuropea □ |

# Allegato 7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fondazione Ospedale Giuseppe AragonaIstituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus | **QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE****Dell’Ospite in RSA/Cure Intermedie** | MPURP.2Rev0 |

Gent.le Sig.ra/Sig.re

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni e suggerimenti dagli Ospiti e dalle loro famiglie, per valutare la soddisfazione dei servizi offerti.

La Vostra opinione è importante per migliorare la qualità della permanenza dell’ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Potrà restituire il questionario depositandolo nei raccoglitori di reparto o nella cassetta rossa all’ingresso della Struttura.

Il questionario è anonimo.

Grazie per la collaborazione.

 IL DIRETTORE SANITARIO

### PARTE PRIMA

1. **Lei è ospite della Fondazione in:**

**□ Cure Intermedie**

**□ RSA** da: □ mesi, □ anni, □ non risposto

|  | images29SAXTE8.jpg |  |  | Triste |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Molto soddisfatto | soddisfatto | accettabile | Non soddisfatto | Non so |
| **ACCOGLIENZA** |
| 1. Ritiene che le informazioni ricevute al momento dell’ingresso siano complete ed esaustive?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta la cortesia e disponibilità del personale di accoglienza?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta il grado di riservatezza mantenuto dal personale nei sui confronti?
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con i famigliari
 |  |  |  |  |  |
| **ASSISTENZA** |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta la qualità delle cure riservate all’igiene personale
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica l’assistenza medica fornita
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica l’assistenza infermieristica fornita
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta gli interventi di riabilitazione
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta le attività educative/animative
 |  |  |  |  |  |
| **GIORNATA/ORGANIZZAZIONE** |
| 1. Come valuta gli orari di vita dei reparti (sveglia, alzata e messa a letto)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta gli orari dei pasti
 |  |  |  |  |  |
| **SERVIZI OFFERTI** |
| 1. Come valuta il servizio offerto dalla parrucchiera
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica il livello di pulizia della biancheria piana (lenzuola, asciugamani, ecc.....)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta il livello del servizio interno di lavanderia (per i capi personali)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta la qualità e varietà del cibo
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta il servizio di distribuzione dei pasti e l’aiuto all’alimentazione
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta i servizi amministrativi (orario pubblico e informazioni
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta l’assistenza religiosa
 |  |  |  |  |  |
| **STRUTTURA** |
| 1. Come giudica il comfort della camera da letto e del bagno (accessibilità, comodità d’uso)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica il comfort degli spazi comuni
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta il “microclima” (temperatura, umidità, aerazione, ecc.....)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica il livello di pulizia della camera e dei servizi igienici
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale...)
 |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica la facilità di accesso agli ambienti (ascensori, segnaletica, ecc.)
 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Osservazioni e suggerimenti** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data di compilazione  |  |  |  |

# Allegato 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus | **QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE del famigliare/caregiver dell’ospite RSA** | Mod. 17.10Rev.1 |

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione in Casa di Riposo. L’obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell’ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.

Grazie per la collaborazione.

 IL DIRETTORE SANITARIO

PARTE PRIMA

1. **Lei è:**

□ parente. Grado di parentela ……………………….., □ caregiver □ non risposto

1. **La persona che Lei viene a trovare, è ospite della Fondazione da:**

□ mesi, □ anni, □ non risposto

|  | Molto Buono | Buono | Sufficiente | Scarso | Molto scarso | non risposto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTE SECONDA** |
| 3. Ritiene che le informazioni che vengono fornite dall’Ufficio Accettazione al momento dell’accoglienza siano |  |  |  |  |  |  |
| 4. Ritiene che le informazioni ricevute al momento dell’ingresso circa l’organizzazione del Servizio siano… |  |  |  |  |  |  |
| 5. Come valuta la possibilità per i famigliari di ottenere informazioni sanitarie relative al loro congiunto |  |  |  |  |  |  |
| 6. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporto con gli ospiti |  |  |  |  |  |  |
| 7. Come valuta la modalità adottata dalla Fondazione per mantenere i rapporti con i famigliari |  |  |  |  |  |  |
| **PARTE TERZA**Che percezione ha, per quanto riferito dal proprio familiare rispetto ai seguenti aspetti: |
| 8. Qualità delle cure igieniche garantite agli ospiti: |  |  |  |  |  |  |
| 9. livello di pulizia della biancheria piana (lenzuola, asciugamani, ecc.....): |  |  |  |  |  |  |
| 1. Livello del servizio interno di lavanderia (per capi personali)
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta gli orari di vita dei reparti (sveglia, alzata e messa a letto):
 |  |  |  |  |  |  |
| 12. Qualità e varietà del cibo: |  |  |  |  |  |  |
| 1. Sorveglianza garantita agli ospiti sia adeguata?
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Assistenza medica fornita agli ospiti
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica l’assistenza infermieristica fornita agli ospiti:
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta gli interventi di riabilitazione:
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta le attività di animazione
 |  |  |  |  |  |  |
| **PARTE QUARTA** |
| 1. Come giudica il comfort della camera da letto e del bagno (accessibilità, comodità d’uso):
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Come giudica il comfort degli spazi comuni:
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. Come valuta il “microclima” (temperatura, umidità, aerazione, ecc.....):
 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:** |
|  |
|  |
| **Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:** |
|  |
| **Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:** |
|  |
| Data di compilazione  |  |  |  |

# Allegato 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus | **QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL’UTENTE DEL C.D.I.** | Mod. 17.05**Rev.3** |

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione nel Centro Diurno Integrato. L’obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell’ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.

Grazie per la collaborazione.

 IL DIRETTORE SANITARIO

1. **Da quanto tempo frequenta il CDI.:**

□ mesi, □ anni, □ non risposto

1. **Ritiene che le informazioni circa l’organizzazione del Centro al momento dell’accoglienza siano:**

□ molto buone, □ buone, □ sufficienti, □ scarse, □ molto scarse, □ non risposto

1. **Come giudica gli orari di apertura e chiusura del C.D.I.:**

□ adeguati, □ non adeguati

|  | Molto Buono | Buono | Sufficiente | Scarso | Molto scarso | non risposto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’ACCOGLIENZA** |
| 4. Come considera il rapporto umano tra il personale e gli ospiti: |  |  |  |  |  |  |
| 5. Come considera i suoi rapporti con gli altri ospiti: |  |  |  |  |  |  |
| **IL TRASPORTO** (*da compilarsi se si fruisce del servizio*) |  |  |  |  |  |  |
| 6. Come valuta il sistema di trasporto del C.D.I.; |  |  |  |  |  |  |
| 7. Come valuta il tempo che trascorre sul pulmino?  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Come valuta la professionalità del personale che provvede al trasporto: |  |  |  |  |  |  |
| **LA CURA DELLA PERSONA** |
| 9. Come valuta la qualità delle cure igieniche garantite  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Come giudica il servizio offerto dalla parrucchiera: |  |  |  |  |  |  |
| 11. Come giudica la qualità del cibo? |  |  |  |  |  |  |
| 12. Come giudica il servizio di preparazione della tavola, presentazione e distribuzione dei pasti: |  |  |  |  |  |  |
| 13. Come valuta la sorveglianza garantita  |  |  |  |  |  |  |
| 14. Come considera la sollecitudine del personale nei confronti degli ospiti: |  |  |  |  |  |  |
| 15. Come giudica l’assistenza infermieristica  |  |  |  |  |  |  |
| **L’ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE** |
| 16. Come valuta gli interventi di riabilitazione |  |  |  |  |  |  |
| **L’ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE** |
| 17. L’attività di animazione Le sembra: |  |  |  |  |  |  |
| **IL CONTESTO:** |
| 18. Come giudica il comfort degli spazi comuni: |  |  |  |  |  |  |
| 19. Come valuta il “microclima” (temperatura, umidità, aerazione, ecc…..): |  |  |  |  |  |  |
| 20. Come valuta la qualità dell’ambiente nel suo complesso? |  |  |  |  |  |  |
| 21. Come giudica il livello di pulizia dei locali e dei servizi igienici del C.D.I.: |  |  |  |  |  |  |
| 22. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale): |  |  |  |  |  |  |
| **GLI “EFFETTI” DEL C.D.I.** |
| 23. Da quando frequenta il C.D.I. il suo livello di autonomia è:□ migliorato, □ peggiorato, □ invariato |  |  |  |  |  |  |
| 24. Da quando frequenta il C.D.I. la sua capacità di instaurare relazioni interpersonali è:□ migliorato, □ peggiorato, □ invariato |  |  |  |  |  |  |
| 25. Da quando frequenta il C.D.I. il suo umore è:□ migliorato, □ peggiorato, □ invariato |  |  |  |  |  |  |
| 26. Da quando frequenta il C.D.I. ritiene, nel suo complesso, di essere migliorato?□ si, □ no, □ in parte |  |  |  |  |  |  |
| **NEL COMPLESSO…..** |
| 27. Come giudica globalmente la professionalità del personale: |  |  |  |  |  |  |
| 28. Se dovesse fornire un giudizio complessivo, è soddisfatto dell’esperienza in atto: |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:** |
|  |
|  |
| **Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:** |
|  |
|  |
| **Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:** |
|  |
|  |
| Data di compilazione  |  |  |  |

# Allegato 10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fondazione Ospedale Giuseppe Aragona Istituto Geriatrico e Riabilitativo - Onlus | **QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL FAMIGLIARE/CAREGIVER degli utenti C.D.I.** | Mod. 17.06Rev.0 |

Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere dati per conoscere maggiormente le opinioni degli Ospiti e delle loro famiglie, per raccogliere suggerimenti ed eventuali stimoli al miglioramento rispetto alla presenza o partecipazione nel Centro Diurno Integrato. L’obiettivo di questo lavoro è finalizzato al miglioramento della qualità della permanenza dell’ospite in Struttura e alla creazione di un rapporto più costruttivo tra Fondazione e Famiglie. Il questionario può essere firmato o tenuto anonimo.

Grazie per la collaborazione.

 IL DIRETTORE SANITARIO

**Il compilatore è** : □ Familiare. Grado di parentela………………………………. □ Caregiver

1. **Da quanto tempo l’ospite frequenta il c.d.i.:**

□ mesi, □ anni, □ non risposto

**LA PRE-ACCOGLIENZA**

1. **Come giudica la documentazione necessaria per l’ammissione al C.DI.:**

□ semplice, □ complessa, □ non risposto

1. **Come giudica il tempo di attesa dell’ammissione:**

□ accettabile, □ eccessivamente lungo, □ non risposto

1. **Ritiene che le informazioni circa l’organizzazione del Centro al momento dell’accoglienza siano:**

□ molto buone, □ buone, □ sufficienti, □ scarse, □ molto scarse, □ non risposto

1. **Come giudica gli orari di apertura e chiusura del C.D.I.:**

□ adeguati, □ non adeguati

|  | Molto Buono | Buono | Sufficiente | Scarso | Molto scarso | non risposto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’ACCOGLIENZA** |
| 6. Come considera il rapporto umano tra il personale e gli ospiti: |  |  |  |  |  |  |
| 7. Come considera il rapporto umano tra il personale ed i parenti/caregiver: |  |  |  |  |  |  |
| 8. Come considera i rapporti degli ospiti tra di loro |  |  |  |  |  |  |
| **IL TRASPORTO** (*da compilarsi se si fruisce del servizio*) |  |  |  |  |  |  |
| 9. Come valuta il sistema di trasporto del C.D.I.; |  |  |  |  |  |  |
| 10. Come valuta il tempo che trascorre sul pulmino?  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Come valuta la professionalità del personale che provvede al trasporto: |  |  |  |  |  |  |
| **LA CURA DELLA PERSONA** |
| 12. Come valuta la qualità delle cure igieniche garantite agli ospiti |  |  |  |  |  |  |
| 13. Come giudica il servizio offerto dalla parrucchiera |  |  |  |  |  |  |
| 14. Come giudica la qualità del cibo? |  |  |  |  |  |  |
| 15. Come giudica il servizio di preparazione della tavola, presentazione e distribuzione dei pasti |  |  |  |  |  |  |
| 16. Come valuta la sorveglianza garantita agli ospiti  |  |  |  |  |  |  |
| 17. Come considera la sollecitudine del personale nei confronti degli ospiti |  |  |  |  |  |  |
| 18. Come giudica l’assistenza infermieristica fornita agli ospiti |  |  |  |  |  |  |
| **L’ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE** |
| 19. Come valuta gli interventi di riabilitazione |  |  |  |  |  |  |
| **L’ATTIVITÀ DI ANIMAZIONE** |
| 20. L’attività di animazione Le sembra… |  |  |  |  |  |  |
| **IL CONTESTO:** |
| 21. Come giudica il comfort degli spazi comuni |  |  |  |  |  |  |
| 22. Come valuta il “microclima” (temperatura, umidità, aerazione, ecc…..): |  |  |  |  |  |  |
| 23. Come valuta la qualità dell’ambiente nel suo complesso |  |  |  |  |  |  |
| 24. Come giudica il livello di pulizia dei locali e dei servizi igienici del C.D.I. |  |  |  |  |  |  |
| 25. Come giudica il livello di pulizia degli spazi comuni (corridoi, sale): |  |  |  |  |  |  |
| **GLI “EFFETTI” DEL C.D.I.** |
| 26. Da quando frequenta il C.D.I. il livello di autonomia dell’ospite è:□ migliorato, □ peggiorato, □ invariato |  |  |  |  |  |  |
| 27. Da quando frequenta il C.D.I. la sua capacità di instaurare relazioni interpersonali è:□ migliorato, □ peggiorato, □ invariato |  |  |  |  |  |  |
| 28. Da quando l’ospite frequenta il C.D.I. il suo umore è:□ migliorato, □ peggiorato, □ invariato |  |  |  |  |  |  |
| 29. Da quando frequenta il C.D.I. ritiene che l’ospite sia migliorato nel suo complesso?□ si, □ no, □ in parte |  |  |  |  |  |  |
| 30. In che misura l’ammissione dell’ospite al Centro ha contribuito a migliorare la qualità di vita Sua e della sua famiglia□ molto □ Abbastanza □ poco □ per nulla □ non so |  |  |  |  |  |  |
| **NEL COMPLESSO…..** |
| 31. Come giudica globalmente la professionalità del personale |  |  |  |  |  |  |
| 32. Se dovesse fornire un giudizio complessivo, è soddisfatto dell’esperienza in atto: |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Proposte positive per mantenere la Sua soddisfazione:** |
|  |
|  |
| **Elementi negativi o difficoltà da segnalare per migliorare il ns. servizio:** |
|  |
|  |
| **Eventuali proposte da realizzare per la Sua soddisfazione:** |
|  |
| Data di compilazione  |  |  |  |