

Egregio Signore, Gentile Signora,

la Regione Lombardia ha promosso un progetto per rilevare i bisogni assistenziali e i costi sociali ed economici che l'assistenza alle persone con malattia rara comporta per le famiglie.

Per raggiungere gli obiettivi di progetto si è deciso di realizzare un'indagine rivolta alle persone affette da alcune patologie rare residenti in Lombardia. Ascoltare la voce delle persone con malattia rara è, infatti, di fondamentale importanza per capirne le necessità e ragionare sulle possibili modalità di intervento.

A questo scopo, se maggiorenne, Le chiediamo di voler gentilmente collaborare all'indagine rispondendo al presente questionario.

Le assicuriamo il rispetto della normativa vigente sulla privacy (L. 196/2003) e che l'elaborazione dei dati avverrà in forma anonima e aggregata. Le informazioni raccolte verranno utilizzate per perorare la causa delle persone con malattia rara e delle loro famiglie.

Fiduciosi nella Sua collaborazione all'iniziativa, La ringraziamo anticipatamente per la Sua disponibilità.  
Buona compilazione!

Cominceremo con il farLe alcune domande sull'insorgenza e sulla diagnosi della malattia rara.

1. Da che patologia rara è affetto/a? \_\_\_\_\_
  
2. A che età è stata formulata la diagnosi definitiva?
  - Alla nascita
  - Nel primo anno di vita
  - A |\_\_|\_\_| anni (in anni compiuti)
  
3. La diagnosi definitiva di malattia rara è stata formulata:
  - nella Regione di residenza
  - in altra Regione
  
4. La preghiamo ora di indicare il suo grado complessivo di autonomia (rispetto ad una persona di pari età)
  - Per nulla autonomo
  - Poco autonomo
  - Abbastanza autonomo
  - Completamente autonomo
  
5. Le caratteristiche della sua patologia richiedono un'assistenza continuativa (da parte di un familiare, di un parente e/o di un altro soggetto)?  
 SI     NO
  
6. Negli ultimi 12 mesi, Lei o la Sua famiglia ha pagato una o più persone per l'assistenza alla sua persona (cd. "badante"/"assistente familiare")?  
 SI     NO (vada alla d.7)  
Se sì, qual è l'ammontare della spesa sostenuta negli ultimi 12 mesi? € \_\_\_\_\_

Ora prendiamo in esame una serie di **servizi sanitari, socio-sanitari e sociali** di cui una persona con malattia rara può fruire in ragione dei bisogni assistenziali legati alla Sua patologia.

7. Per ogni servizio elencato in tabella, Le chiediamo di indicare se ne ha usufruito o meno negli ultimi 12 mesi e, nel caso ne abbia usufruito, se ha dovuto pagarlo, anche solo in parte. In caso di concorso al pagamento da parte Sua o della famiglia, Le chiediamo di indicare approssimativamente anche il costo sostenuto negli ultimi 12 mesi.

Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Sociali	Ha usufruito del servizio negli ultimi 12 mesi?	Qual è stata la spesa a carico suo o della famiglia negli ultimi 12 mesi per questo servizio?
a) Assistenza Domiciliare Sanitaria	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
b) Assistenza domiciliare sociale (fornita dai Comuni direttamente o per il tramite di soggetti delegati, cooperative, ...)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
c) Centro diurno	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
d) Terapia occupazionale e/o esercizi per svolgere le attività quotidiane	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
e) Orientamento / preparazione al lavoro	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
f) Interventi riabilitativi (fisioterapia, logopedia, fisiokinesiterapia)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
g) Attività culturali, ricreative e per il tempo libero, doposcuola	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
h) Psicoterapia per il malato raro	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
i) Assistenza psicologica ai familiari	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
j) Servizi di sollievo: soggiorni temporanei in residenze	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
k) Servizi da parte di interpreti del linguaggio dei segni o altri sistemi di comunicazione alternativi	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, sono in lista d'attesa <input type="checkbox"/> servizio non presente	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____

Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Sociali	Ha usufruito del servizio negli ultimi 12 mesi?	Qual è stata la spesa a carico suo o della famiglia negli ultimi 12 mesi per questo servizio?
l) Esami clinici e accertamenti diagnostici	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
m) Visite specialistiche	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
n) Protesi/ ausili /presidi sanitari	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
o) Farmaci/Medicinali	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
p) Integratori alimentari /alimenti particolari	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____
q) Altro ( <i>specificare</i> )	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> € _____

8. Il costo di alcuni dei servizi sopra indicati è stato coperto da un'assicurazione sanitaria?  
 SÌ     NO (*vada alla d.9*)     non ho sostenuto costi per la fruizione dei servizi sopra indicati (*vada alla d.9*)  
 Se sì, che premio paga annualmente per l'assicurazione sanitaria in questione? € \_\_\_\_\_

9. Sono state sostenute spese per:

	1. Negli ultimi 12 mesi?	2. e in precedenza?
a) l'adattamento della casa (abbattimento barriere architettoniche, domotica, ... ..)?	<input type="checkbox"/> SÌ, _____ € <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
b) l'adattamento dell'automobile?	<input type="checkbox"/> SÌ, _____ € <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

10. *La preghiamo ora di compilare la tabella che segue con le informazioni relative alla sua persona:*

a) Anno di nascita	
b) Genere	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
c) Condizione occupazionale	<input type="checkbox"/> Studente
	<input type="checkbox"/> Occupato/a ( <i>vada alla d.13</i> )
	<input type="checkbox"/> Disoccupato/a alla ricerca di nuova occupazione ( <i>vada alla d.13</i> )
	<input type="checkbox"/> In cerca di prima occupazione ( <i>vada alla d.13</i> )
	<input type="checkbox"/> Casalingo/a ( <i>vada alla d.13</i> )
	<input type="checkbox"/> Pensionato ( <i>vada alla d.13</i> )
	<input type="checkbox"/> Ritirato/a dal lavoro ( <i>vada alla d.13</i> )
	<input type="checkbox"/> Inabile al lavoro ( <i>vada alla d.15</i> )
	<input type="checkbox"/> In altra condizione ( <i>specificare</i> ): _____ ( <i>vada alla d.13</i> )

Se studente

11. Lei frequenta:

- Scuola secondaria di secondo grado  
 Università  
 Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

12. E' in possesso delle seguenti certificazioni scolastiche?

a) Per integrazione scolastica (insegnante di sostegno; L.104/92, DPR 24/02/94)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In attesa di risposta
b) Per operatore addetto all'assistenza (L.104/92, DPR 24/02/94, art.3)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In attesa di risposta
c) Indennità di frequenza (L. 289/90)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In attesa di risposta

(*Vada alla domanda 15*)

Se la condizione occupazionale è DIVERSA da studente e da INABILE al lavoro

13. E' stata accertata la capacità lavorativa (L.68/99)?

- SI      NO      In attesa di risposta

14. A seguito della malattia, la Sua situazione lavorativa si è modificata?

- No, non lavoravo prima né lavoro dopo la malattia  
 No, ho continuato a lavorare come prima  
 Si, ho dovuto lasciare il lavoro  
 Si, ho dovuto ridurre l'intensità del lavoro  
 Si, ho dovuto cambiare lavoro  
 Si, altro (*specificare*)

15. Le sono state accertate le seguenti condizioni?

a) Presenza di handicap (comma 1, art.3, L.104/92)

- SI      No      In attesa di risposta

*Se si, le condizioni di gravità (comma 3, art.3, L.104/92)*

- SI      No      In attesa di risposta

b) Ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art.8, L.449/97)

- SI      No      In attesa di risposta

c) È stata accertata l'invalidità (L.118/71, L.18/80)?

- SI      No      In attesa di risposta

*Se si, grado di invalidità del:*

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> meno del 33% | <input type="checkbox"/> 66%-73% |
| <input type="checkbox"/> 33%-45%      | <input type="checkbox"/> 74%-99% |
| <input type="checkbox"/> 46%-65%      | <input type="checkbox"/> 100%    |

d) Le è stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento (L.18/80)?

- SI      No      In attesa di risposta

e) Ha delle esenzioni dal pagamento del ticket?

- SI      NO (*Vada alla d.16*)

*Se si, quali?*

- |                  |                             |                             |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Per patologia  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Per invalidità | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Per reddito    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

16. Ha usufruito di altri contributi economici da parte della Regione, della Provincia, dei Comuni e/o loro delegati negli ultimi 12 mesi (*es. assegno di cura, progetto di vita indipendente, contributi di sollievo, etc. etc.*)?

- SI      NO (*Vada alla d.17*)

*Se si, Qual è l'importo complessivamente percepito negli ultimi 12 mesi? € \_\_\_\_\_*

**Passiamo ora a farLe alcune domande sul presidio di riferimento la segue**

17. Ha un presidio di riferimento/centro clinico specialistico per la patologia a cui fa riferimento?

- Non ho un presidio di riferimento (*vada alla d.24*)  
 Si, ho un presidio di riferimento

18. Il Presidio di riferimento si trova?

- nella città di residenza (*vada alla d.20*)  
 nella provincia di residenza  
 in Lombardia  
 in altra regione  
 all'estero

19. Quanti km circa dista il presidio di riferimento da casa Sua? (indicare i km di distanza per il solo viaggio di andata)?  
Km \_\_\_\_\_
20. Negli ultimi 12 mesi, con quale periodicità sono stati eseguiti i controlli presso il Presidio di riferimento?  
 Più di una volta al mese  
 Mensile  
 Trimestrale  
 Semestrale  
 Annuale  
 Mai  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_
21. Nel caso di controlli presso il Presidio di riferimento fuori città, è stato necessario pernottare fuori?  
 SI     NO (vada alla d.22)  
 Se sì, può indicare approssimativamente il costo sostenuto globalmente negli ultimi 12 mesi per le spese di viaggio, alloggio, vitto, ecc.: € \_\_\_\_\_
22. Ha avuto bisogno di essere accompagnato al presidio di riferimento per i controlli?  
 SI     NO (vada alla d.24)
23. Negli ultimi 12 mesi, chi l'ha accompagnata al presidio di riferimento, ha dovuto assentarsi dal lavoro?  
 Sì, tutte le volte  
 Sì, la maggior parte delle volte  
 Sì qualche volta  
 No, mai (vada alla d.24)

Se sì,

Se l'accompagnatore è LAVORATORE DIPENDENTE	Se l'accompagnatore è LAVORATORE AUTONOMO
L'assenza è stata retribuita dal datore di lavoro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ↓ Se sì, in che maniera? (è possibile indicare più di una risposta) <input type="checkbox"/> Permessi L. 104/1992 <input type="checkbox"/> Ferie <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	L'assenza dal lavoro ha comportato una perdita economica? <input type="checkbox"/> Sì, abbastanza rilevante <input type="checkbox"/> Sì, poco rilevante <input type="checkbox"/> No

24. \*Negli ultimi 3 mesi, è stato/a ricoverato/a in un ospedale, in un istituto di cura accreditato (convenzionato) o in casa di cura privata (al di fuori dei controlli al presidio di riferimento)?  
 SI     NO
25. \*Negli ultimi 3 mesi, ha fatto ricorso:  
 a) al Pronto soccorso?     SI     NO  
 b) alla Guardia Medica?     SI     NO
26. In generale, quanto si ritiene soddisfatto dell'assistenza socio-sanitaria ricevuta?  
 Indichi il grado della sua soddisfazione in una scala di 1 a 5.  
 Per nulla soddisfatto    1    2    3    4    5    Molto soddisfatto
27. Le verrà elencata ora una lista di soggetti/ organizzazioni con cui Lei e la Sua famiglia entra o può entrare in relazione. Le chiedo di indicare per ogni figura quanto si ritiene soddisfatto del rapporto attuale.  
 Per rispondere utilizzi una scala di giudizio da 1 a 5 dove 1 = per nulla soddisfatto e 5 = molto soddisfatto

	Soddisfazione (1=per nulla; 5=molto)
a. Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (medico/pediatra di famiglia)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
b. Distretto socio-sanitario / Azienda Sanitaria Locale (ASL)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
c. Presidio di riferimento per la malattia	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
d. Servizi sociali (del comune o di soggetti delegati)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

a) C'è una persona che si occupa di coordinare tutti i servizi e i soggetti coinvolti nella sua assistenza?

SI     NO (vada alla d.28)

Se sì, indichi chi:

- Medico del presidio di riferimento
- Medico di medicina generale / Pediatra di libera scelta
- Operatore sociale
- Altro operatore sanitario (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

28. È iscritto ad un'associazione di pazienti e/o famigliari di pazienti affetti dalla malattia rara?

SI     NO (vada alla d.29)

Se sì, Quanto si ritiene soddisfatto delle attività promosse dall'associazione?

Per nulla soddisfatto    1     2     3     4     5     Molto soddisfatto

Ora Le verranno poste alcune domande relative alla **persona che si occupa principalmente dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con malattia rara.**

29. In famiglia è presente una persona che si occupa dell'organizzazione della sua assistenza?

- Sì
- No (vada alla d.33)
- No, non ne ho bisogno (vada alla d.33)

30. La preghiamo ora di indicare, per la persona che si occupa principalmente dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con malattia rara, le informazioni richieste nella tabella.

a) Anno di nascita	
b) Genere	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
c) Relazione con la persona con malattia rara	<input type="checkbox"/> Coniuge/Convivente <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Figlio/Figlia <input type="checkbox"/> Altro (Specificare):
d) Titolo di studio	<input type="checkbox"/> Nessuno/licenza elementare <input type="checkbox"/> Licenza media inferiore <input type="checkbox"/> Diploma scuola media superiore o diploma di scuola professionale <input type="checkbox"/> Laurea o superiore
e) Condizione occupazionale	<input type="checkbox"/> Occupato/a (compresa CIG) <input type="checkbox"/> Disoccupato/a alla ricerca di nuova occupazione (compresa mobilità) <input type="checkbox"/> Casalingo/a <input type="checkbox"/> Pensionato/a <input type="checkbox"/> Ritirato/a dal lavoro <input type="checkbox"/> In altra condizione non lavorativa (specificare):

31. Nei primi 3 anni successivi all'insorgenza dei sintomi della malattia, il prendersi cura della persona con malattia rara, ha comportato, per la persona che si occupa dell'organizzazione dell'assistenza, dei problemi rispetto al lavoro?

SI     NO (vada alla d.32)

Se sì, si prega di specificare (indicare una risposta per ogni domanda)

- a. Ha ridotto l'orario di lavoro  SI     NO
- b. Ha dovuto cambiare lavoro per essere più vicino  SI     NO
- c. Ha dovuto far ricorso ai due anni di congedo straordinario previsti per l'handicap (frazionando o meno il periodo)  SI     NO
- d. Si è ritirata dal lavoro  SI     NO
- e. Ha avuto difficoltà a mantenere il lavoro  SI     NO
- f. Altri problemi (specificare):  SI     NO

32. E negli ultimi 12 mesi, (solo per chi lavorava 12 mesi fa e per diagnosi formulate da almeno 4 anni) il prendersi cura della persona con malattia rara, ha comportato a questa persona dei problemi rispetto al lavoro?
- SI     NO    (vada alla d.33 )

Se sì, si prega di specificare se negli ultimi 12 mesi:

- |   |   |
|---|---|
| a. Ha ridotto l'orario di lavoro  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b. Ha dovuto cambiare lavoro per essere più vicino  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c. Ha dovuto far ricorso ai due anni di congedo straordinario previsti per l'handicap (frazionando o meno il periodo) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d. Si è ritirata dal lavoro   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e. Ha avuto difficoltà a mantenere il lavoro  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| f. Altri problemi (specificare):  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
- 

33. In caso di necessità, quanta difficoltà ha a trovare un supporto per l'assistenza da parte delle figure indicate in tabella:

	Grado di difficoltà ad avere un supporto in caso di necessità (1=per nulla; 5=molto)
a. Altri famigliari	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
b. Parenti	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
c. Amici	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
d. Vicini	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

34. Le chiediamo, ora, di indicarci quali potrebbero essere a Suo avviso le proposte utili a migliorare l'assistenza al malato raro e alla sua famiglia in Regione Lombardia?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Infine Le faremo alcune domande di tipo socio-demografico sul Suo nucleo familiare**

35. Vive da solo/a

SI                      (vada alla d. 36)  
 NO

Se no, con chi vive?

- |  |   |
|--|---|
| a) Con coniuge/convivente  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) Con figli/e   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) Con madre   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| d) Con padre   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| e) Con fratello/sorella  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| f) In struttura (es. comunità alloggio, residenza protetta etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| g) Con altre persone (specificare) _____                         | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

36. Provincia di Residenza:

Bergamo     Brescia     Como     Cremona     Lecco     Lodi  
 Mantova     Milano     Monza     Pavia     Sondrio     Varese  
 Altra Regione (specificare) \_\_\_\_\_

37. \*L'abitazione in cui vive è:

di proprietà  
 in affitto  
 in usufrutto  
 a titolo gratuito  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

38. \*Con le risorse finanziarie a disposizione, come arriva a fine mese la sua famiglia?
- Molto facilmente
  - Abbastanza facilmente
  - Con qualche difficoltà
  - Con molte difficoltà
39. Negli ultimi 12 mesi, per far fronte alle necessità di assistenza, Lei o la sua famiglia ha avuto bisogno di aiuti finanziari?
- no
  - sì, da Istituti di Credito (prestiti, cessioni del quinto, etc...)
  - sì, da parenti e/o amici
  - sì, da gruppi/associazioni di volontariato
  - sì, altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
40. Ci sono altre cose che non Le sono state chieste nel questionario e che ritiene opportuno segnalarci rispetto ai costi economici e sociali dell'assistenza alla persona con malattia rara?
- NO       SÌ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Il questionario è terminato.  
Grazie per la collaborazione!**