



Ospedale Apuane Massa

U.O Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Tel. 0585/498236(8-14) 0585/498337 (14-20)

Etichetta modulo anamnestico

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO, EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (D.M. 02/11/2015 – G.U. N°300 del 28/12/2015)

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali", La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell' idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l' adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all' eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l' acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.

L' indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità.

L' indirizzo e mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all' art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l' esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

Il Titolare del trattamento è: Direttore Generale Azienda Sanitaria Toscana Nord Ovest.

Il Responsabile del trattamento è il Direttore della Unità Operativa ove avviene la donazione.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

| acconsento  | non acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili. Modalità di consegna referti:  | FSE App Toscana Salute

Data \_\_\_\_\_ Firma del donatore \_\_\_\_\_

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome e nome \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dati anagrafici del donatore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_ Altri Recapiti \_\_\_\_\_

Codice fiscale (facoltativo) \_\_\_\_\_ Medico curante \_\_\_\_\_

## Questionario anamnestico

### 1. Stato di salute pregresso (queste domande possono essere omesse per il donatore periodico)

- |         |   |      |      |
|---------|---|------|------|
| 1.1.    | E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché? _____   | [SI] | [NO] |
| 1.2.    | E' stato mai affetto da:  |      |      |
| 1.2.1.  | malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  | [SI] | [NO] |
| 1.2.2.  | malattie infettive, tropicali, tubercolosi  | [SI] | [NO] |
| 1.2.3.  | ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  | [SI] | [NO] |
| 1.2.4.  | malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici  | [SI] | [NO] |
| 1.2.5.  | malattie respiratorie   | [SI] | [NO] |
| 1.2.6.  | malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero   | [SI] | [NO] |
| 1.2.7.  | malattie renali   | [SI] | [NO] |
| 1.2.8.  | malattie del sangue o della coagulazione  | [SI] | [NO] |
| 1.2.9.  | malattie neoplastiche (tumori)  | [SI] | [NO] |
| 1.2.10. | diabete   | [SI] | [NO] |
| 1.2.11. | Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza?   | [SI] | [NO] |
| 1.3.    | Ha mai avuto shock allergico?   | [SI] | [NO] |
| 1.4.    | Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando? _____ | [SI] | [NO] |
| 1.5.    | E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?   | [SI] | [NO] |
| 1.6.    | In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob ("malattia della mucca pazza")?                                     | [SI] | [NO] |
| 1.7.    | Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?   | [SI] | [NO] |
| 1.8.    | E' vaccinato per l'epatite B?   | [SI] | [NO] |

### 2. Stato di salute attuale

- |       |  |      |      |
|-------|--|------|------|
| 2.1.  | E' attualmente in buona salute?  | [SI] | [NO] |
| 2.2.  | Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?  | [SI] | [NO] |
| 2.3.  | Se no, quali malattie ha avuto e quando? _____   |      |      |
| 2.4.  | Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?         | [SI] | [NO] |
| 2.5.  | Ha attualmente manifestazioni allergiche?  | [SI] | [NO] |
| 2.6.  | Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?  | [SI] | [NO] |
| 2.7.  | Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?  | [SI] | [NO] |
| 2.8.  | Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?  | [SI] | [NO] |
| 2.9.  | Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)? | [SI] | [NO] |
| 2.10. | Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?  | [SI] | [NO] |

### 3. Solo per le donatrici

- |      |  |      |      |
|------|--|------|------|
| 3.1. | E' attualmente in gravidanza?                            | [SI] | [NO] |
| 3.2. | Ha partorito negli ultimi 6 mesi?                        | [SI] | [NO] |
| 3.3. | Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi? | [SI] | [NO] |

### 4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso

- |        |   |      |      |
|--------|---|------|------|
| 4.1.   | Ha assunto o sta assumendo:   |      |      |
| 4.1.1. | farmaci per prescrizione medica   | [SI] | [NO] |
| 4.1.2. | farmaci per propria decisione   | [SI] | [NO] |
| 4.1.3. | sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata | [SI] | [NO] |
| 4.2.   | Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?  | [SI] | [NO] |
| 4.3.   | E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?  | [SI] | [NO] |
| 4.4.   | Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?  | [SI] | [NO] |
| 4.5.   | Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti?  | [SI] | [NO] |

### 5. Esposizione al rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione

- |      |  |      |      |
|------|--|------|------|
| 5.1. | Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili. | [SI] | [NO] |
| 5.2. | Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?   | [SI] | [NO] |

- |        |  |      |      |
|--------|--|------|------|
| 5.3.   | Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo ?   | [SI] | [NO] |
| 5.4.   | Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo ?  | [SI] | [NO] |
| 5.5.   | Ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ?   | [SI] | [NO] |
| 5.6.   | Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore dei virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ?  | [SI] | [NO] |
| 5.7.   | Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner ?   | [SI] | [NO] |
| 5.8.   | Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali): |      |      |
| 5.8.1. | con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS  | [SI] | [NO] |
| 5.8.2. | con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali   | [SI] | [NO] |
| 5.8.3. | con un partner occasionale   | [SI] | [NO] |
| 5.8.4. | con più partner sessuali   | [SI] | [NO] |
| 5.8.5. | con soggetti tossicodipendenti   | [SI] | [NO] |
| 5.8.6. | con scambio di denaro o droga  | [SI] | [NO] |
| 5.8.7. | con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo ?                 | [SI] | [NO] |
| 5.9.   | Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:  |      |      |
| 5.9.1. | ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B, e dell'epatite C?  | [SI] | [NO] |
| 5.9.2. | E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ?                    | [SI] | [NO] |
| 5.9.3. | Si è sottoposto a :  |      |      |
|        | a) somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili   | [SI] | [NO] |
|        | b) agopuntura con dispositivi non monouso  | [SI] | [NO] |
|        | c) tatuaggi  | [SI] | [NO] |
|        | d) piercing o foratura delle orecchie  | [SI] | [NO] |
|        | e) somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasmaderivati  | [SI] | [NO] |
| 5.9.4. | Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue ?   | [SI] | [NO] |
| 5.9.5. | E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?   | [SI] | [NO] |

*Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione, e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue e/o di emocomponenti per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione.*

## 6. Soggiorni all'estero/province italiane

- |      |   |      |      |
|------|---|------|------|
| 6.1. | E' nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero ?<br>Se sì, in quale/i Paese/i _____  | [SI] | [NO] |
| 6.2. | I suoi genitori sono nati in paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico ?   | [SI] | [NO] |
| 6.3. | Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996 ?  | [SI] | [NO] |
| 6.4. | E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980 ?  | [SI] | [NO] |
| 6.5. | Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro ?  | [SI] | [NO] |
| 6.6. | Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in Paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)?<br>Se sì, dove _____ | [SI] | [NO] |

## 7. Dichiarazione

Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data \_\_\_\_\_

Firma del donatore \_\_\_\_\_

Firma del sanitario \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO ALLA  
DONAZIONE DI SANGUE INTERO,  
EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI, CELLULE STAMINALI PERIFERICHE**

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Nato/a** \_\_\_\_\_ **il:** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**dichiara di**

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma del/della donatore/donatrice** \_\_\_\_\_

**Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso: Cognome e nome** \_\_\_\_\_

**Qualifica:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**Cartella sanitaria del donatore (cartacea e/o informatica a cura del medico del trasfusionale)**

**1. Parametri fisici del donatore**

Eta' .....Peso(Kg).....Pressione arteriosa (mmHg) max..... min.....  
Frequenza (batt/min)..... Emoglobina(g/dL).....  
Eventuali altri parametri richiesti per specifiche tipologie di donazione.....  
.....

**2. Valutazione clinica/anamnestica**

Valutazione delle condizioni di salute del donatore.....  
.....  
Note anamnestiche rilevanti/raccordo anamnestico .....  
.....  
.....

**3. Giudizio di idoneità**

Il donatore risulta:

- **idoneo** a donare il seguente emocomponente:  
Tipo .....  
Volume.....
- **Escluso Temporaneamente** Motivo.....  
Durata.....
- **Escluso Permanentemente** Motivo.....

**Data:** ..... **Firma del medico responsabile della selezione**.....

## Materiale informativo-educativo relativo al rischio di infezione da HIV con indicazioni sulla disponibilità del test HIV presso strutture sanitarie diverse dai servizi trasfusionali

### LA INVITIAMO A LEGGERE PRIMA DI DONARE!

La lettura attenta del presente materiale informativo, nel suo interesse e nell'interesse dei pazienti, le permetterà di rispondere in modo CONSAPEVOLE E RESPONSABILE alle domande del QUESTIONARIO che le verrà somministrato prima della sua donazione di sangue. In tal modo la sua donazione risulterà sicura per le persone alle quali essa sarà destinata.

I più aggiornati dati epidemiologici ci informano che in Europa stanno riemergendo alcune infezioni sessualmente trasmesse; tra queste, particolare rilevanza assume l'HIV (virus responsabile dell'AIDS).

Sebbene in Italia l'incidenza dell'infezione da HIV sia in lenta ma costante diminuzione, ogni anno nuove diagnosi vengono ancora registrate con maggiore incidenza nelle **popolazioni a rischio**, cioè le persone che si espongono a comportamenti a rischio, soprattutto nella fascia d'età compresa tra **25 e 50 anni** (fonte Centro operativo AIDS, CoA-ISS).

La trasmissione sessuale rappresenta la modalità principale di diffusione dell'HIV in Italia. Inoltre, una parte significativa di persone scopre tardivamente di essere HIV positiva, quando è già in fase avanzata di malattia; questo può accadere perché le persone **non ritengono di essersi esposte** ad un contatto a rischio di trasmissione dell'HIV.

#### Le Modalità di trasmissione del virus HIV sono:

- i rapporti sessuali non protetti da preservativo;
- il passaggio del virus da madre HIV positiva a feto/neonato (durante la gravidanza, il parto, l'allattamento);
- l'utilizzo di materiale per iniezione non monouso contaminato da sangue infetto.

Analoghe modalità di trasmissione sono responsabili della trasmissione della sifilide, di epatite B ed epatite C.

### COMPORAMENTI SESSUALI A RISCHIO

La trasmissione del virus avviene attraverso il contatto tra liquidi biologici infetti (secrezioni vaginali, liquido pre-coitale, sperma, sangue) e mucose orali, vaginali ed anali, anche integre, durante i rapporti sessuali. Ulcerazioni e lesioni dei genitali causate da altre malattie possono far aumentare il rischio di contagio.

Sono quindi a rischio di trasmissione HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse i rapporti sessuali (vaginali, anali, orogenitali) non protetti dal preservativo, nonché il contatto diretto tra genitali in presenza di secrezioni. L'uso corretto del preservativo protegge dalla trasmissione dell'HIV e di altre infezioni sessualmente trasmesse. L'uso improprio o la rottura accidentale del preservativo riduce l'efficacia della protezione

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### COSA SUCCEDDE DOPO LA SUA DONAZIONE I TEST PER LA SICUREZZA DEL SANGUE

Per la sicurezza del paziente a cui è destinato, dopo ogni donazione, sul sangue donato vengono eseguiti i test per l'HIV, l'epatite B, l'epatite C e la sifilide. Questi test sono assolutamente sicuri ed accurati, purché il donatore non si trovi nel "periodo finestra" (cioè quel lasso di tempo che intercorre dal momento dell'infezione alla positivizzazione dei test di laboratorio).

Durante questo periodo il test può essere negativo pur essendo la persona infetta e quindi già in grado di trasmettere l'infezione.

**Le chiediamo**, pertanto di rispondere in modo **consapevole, e responsabile** al questionario pre-donazione e qualora **si riconoscesse** in uno dei comportamenti a rischio precedentemente illustrati, **le raccomandiamo di sottoporsi al test per l'HIV** in una delle strutture sanitarie accreditate dedicate.

Per saperne di più sull'infezione da HIV, sulle altre infezioni sessualmente trasmesse e sulle strutture dove effettuare i test la invitiamo a consultare il **sito web del Ministero della Salute** <http://www.salute.gov> seguendo il percorso:

**HOME - LA NOSTRA SALUTE - ENCICLOPEDIA  
SALUTE - INFEZIONI SESSUALMENTE  
TRASMESSE - HIV E AIDS**

Vi troverà informazioni dettagliate e potrà usufruire di ulteriori strumenti informativi come il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse



che offre un servizio di *counselling* telefonico, **anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00**


Le ricordiamo che tutte le informazioni che fornirà sono riservate e la stessa riservatezza è garantita in ogni momento del percorso della donazione. Ulteriori chiarimenti potranno essere richiesti al personale sanitario del Servizio Trasfusionale e delle Unità di Raccolta dove effettuerà la donazione.

### ATTENZIONE

Ai fini della donazione di sangue ed emocomponenti, in caso di qualunque rapporto sessuale con:

- Partner diversi da quello abituale
- Nuovo partner e/o partner occasionale
- Più partners

è prevista una sospensione di 4 mesi dall'inizio del nuovo rapporto o dal rapporto occasionale **ANCHE SE È STATO UTILIZZATO IL PRESERVATIVO**

 <p>Ambito Territoriale Massa Carrara</p>	<p><b>COMPORAMENTI DA TENERE DOPO LA DONAZIONE</b></p>	<p>All. n. 4 Rev. 06 <b>del 15/03/2020</b></p> <p><b>Pag. 1 di 1</b></p>
--	--	--

## **COMPORAMENTI DA TENERE DOPO LA DONAZIONE DI SANGUE**

- Dopo la donazione è pregato di restare nella poltrona per alcuni minuti, sarà assistito dal Personale sanitario nel momento in cui si alza dalla poltrona.
- Dopo la donazione è consigliabile mangiare e bere qualcosa. E' raccomandata l'assunzione di almeno 200 ml di liquidi ( acqua, succo di frutta, ecc.).
- Informi immediatamente il Personale di assistenza se avesse qualche reazione inaspettata: nausea, sudorazione, brividi di freddo, pallore o sensazione di svenimento. Il personale addetto si prenderà cura di lei.
- Beva più liquidi del solito durante le successive 4 ore ( alcolici esclusi).
- Si astenga dal fumo per almeno 1 ora dopo la donazione.
- In caso di sanguinamento dal punto di prelievo sollevi il braccio, faccia pressione sul punto stesso e ritorni in sala prelievi.
- Se avverte sensazione di vertigine o di svenimento, si sdrai o si sieda immediatamente ovunque si trovi e chiami qualcuno per farsi assistere. Nel caso in cui persista tale sensazione, se possibile ritorni al Servizio Trasfusionale o si rivolga al suo Medico di Famiglia.
- Nelle successive 12 ore eviti sforzi fisici eccessivi e di dedicarsi ad attività che possano mettere a rischio se stesso o altri ( guida mezzi pubblici, manovrare gru, uso di scale, lavoro su ponteggi, escursioni, immersioni, pilotaggio aerei, ecc. ).
- Contatti i nostri Medici se ha qualche problema relativo a questa donazione
- E' pregato di informare un Medico del servizio Trasfusionale anche nel caso in cui si ammali nei giorni successivi alla donazione, o ritenga di avere dimenticato o non riferito, durante il colloquio prima della donazione, comportamenti a rischio o altro, che possa compromettere la sicurezza della sua donazione nei confronti del ricevente. In particolare se ha una sintomatologia influenzale con tosse, rinite, febbre nei 14 giorni successivi la donazione. In questi casi potrebbe essere necessario bloccare il suo sangue evitandone l'uso trasfusionale. TEL. 0585 498236 ( 8-14) 0585 498337 ( 14-20)

**GRAZIE PER LA SUA DONAZIONE  
ARRIVEDERCI A PRESTO**