



RETE CURE SICURE FVG



ASUFC
Azienda Sanitaria
Universitaria
Friuli Centrale



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

LEGÀMI e non LEGACCI

Gabriella Bellini

A.s.P. La Quiete, Udine - ASUFC

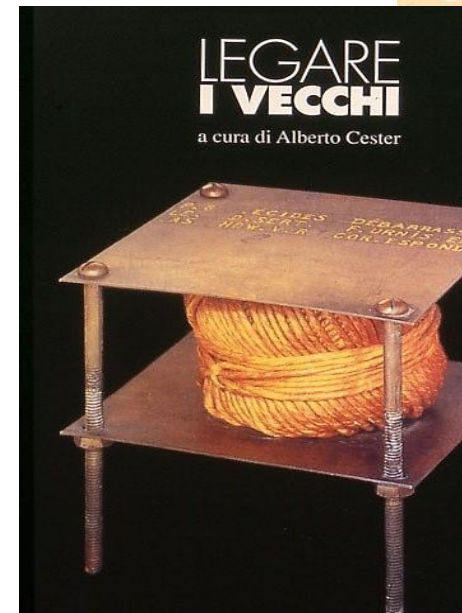
Codice evento ASUFC_23603

Auditorium "A. Comelli", Udine
Martedì 12 dicembre 2023

La CONTENZIONE

è un fenomeno

- **ANTICO**
- ma la contempo **ATTUALISSIMO**
- **COMPLESSO**
- **CONTROVERSO**
- **DIFFUSO**
- **affrontato e gestito in modo DISOMOGENEO**
da strutture e professionisti



RICORSO ai MEZZI di CONTENZIONE in OSPEDALE

tra il 4% e il 22%

→ fino al 68% se si considerano anche le sponde per il letto.

Bibliografia

de Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T (2004) *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59 (9), M922-923;

Irving K (2004) *Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals*. Aust J Adv Nurs, 21 (4), 23-27;

Minnick AF, Mion LC, Leipzig R et al. (1998) *Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting*. J Nurs Adm, 28 (11), 19-24;

Gallinagh R, Slevin E, McCormack B (2002a) *Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue*. J Nurs Manag, 10 (5), 299-306.

RICORSO ai MEZZI di CONTENZIONE nelle RESIDENZE per ANZIANI non AUTOSUFFICIENTI (R.S.A.)

tra il 3% e l'83%

→ fino al 98% se si considerano anche le sponde per il letto.

Bibliografia

de Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T (2004) *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59 (9), M922-923;

Feng Z, Hirdes JP, Smith TF et al. (2009) *Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study*. Int J Geriatr Psychiatry, 24 (10), 1110-1118 ;

Karlsson S, Bucht G, Eriksson S et al. (2001) *Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings*. J Am Geriatr Soc, 49 (12), 1722-1728;

Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A (1997) *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries*. AgeAgeing, 26 (Suppl 2), 43-47.

Contenzione

- **MANUALE**
per intervento diretto del personale sanitario allo scopo di “bloccare” manualmente la persona e vincerne le resistenze;
- **CHIMICA/FARMACOLOGICA**
mediante la somministrazione di farmaci (es. psicotropi), in alcuni casi anche forzata, che modificano il comportamento;
- **AMBIENTALE**
mediante cambiamenti apportati all’ambiente in cui vive la persona al fine di controllarne o limitarne i movimenti;



- **FISICA/MECCANICA**

mediante presidi applicati alla persona che ne riducono o controllano i movimenti:

- ✓ mezzi di contenzione **per il LETTO**
- ✓ mezzi di contenzione **per la SEDIA**
- ✓ mezzi di contenzione **per SEGMENTI CORPOREI**
- ✓ presidi che costringono a una **POSTURA OBBLIGATA**



MOTIVAZIONI	EVIDENZA della REALE UTILITÀ
PREVENIRE le CADUTE	NO
PREVENIRE il VAGABONDAGGIO	SI, ma a spese della libertà del residente
CONTROLLARE l'AGITAZIONE	NO, aumenta l'agitazione
EVITARE AZIONI LEGALI	NO
CONTROLLO POSTURALE	In alcuni casi
SODDISFARE lo STAFF e l'AMMINISTRAZIONE	SI
MISURA PUNITIVA a seguito di un comportamento non idoneo in un residente con deficit cognitivo	CERTAMENTE PUNITIVA, ma non vi è evidenza che essa produca una modificazione appropriata del comportamento
PROTEGGERE lo STAFF e gli ALTRI RESIDENTI da COMPORAMENTI VIOLENTI	Nella maggior parte dei casi sono possibili ALTRI INTERVENTI (es.: spazi appositamente dedicati a questi pazienti)
SOMMINISTRARE un TRATTAMENTO MEDICO senza interferenza del paziente	In alcuni casi è necessario, ma si dovrebbero PROVARE prima INTERVENTI ALTERNATIVI

I **fattori PREDITTIVI** sono:

- l'età avanzata;
- la compromissione della mobilità;
- la dipendenza nelle A.D.L.;
- la presenza di deficit cognitivi;
- il rischio di cadute;
- il basso numero di operatori dedicati alle cure assistenziali.

Bibliografia

Ouslander J.G., Osterweil D., Morley J.: Medical care in the nursing home. McGraw Hill, New York, 1991; Chapter 10: 129-133

La **CONTENZIONE**

è un **ATTO non TERAPEUTICO**

che utilizza **mezzi MANUALI, CHIMICI, FISICI o AMBIENTALI**
applicati direttamente all'individuo
o al suo spazio circostante per **limitarne i MOVIMENTI.**



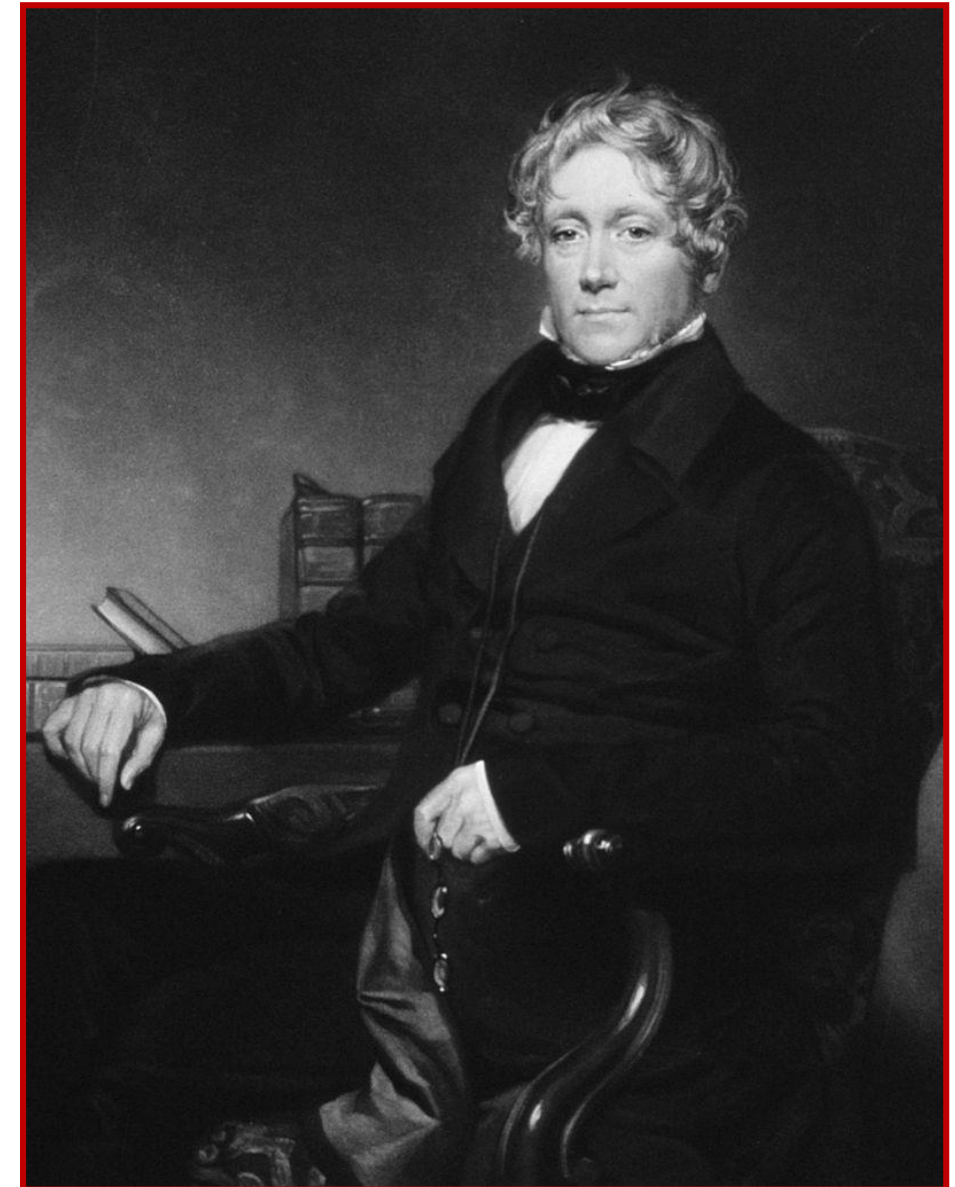
Bibliografia

Gruppo di Lavoro Istituto Superiore di Sanità Bioetica COVID-19. *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*. Rapporto ISS COVID-19 • n. 6/2021, Versione del 10 marzo 2021, 15-18.

«*Se si permette
che mani e piedi vengano legati,
in breve si riscontrerà nel paziente
un totale processo di regressione
e si darà **avvio a ogni genere di
trascuratezza e tirannia**, fino a che
la REPRESSIONE diventerà l'abituale
sostituto dell'**ATTENZIONE**, della
PAZIENZA, della **TOLLERANZA**
e della **GESTIONE CORRETTA**.»*

Bibliografia

Conolly J, The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints, 1856



CURA

è quando guardi al **paziente/residente/ospite**
non come a un «**OGGETTO da RATTOPPARE**»,
o come a una **PERSONA che va solo «LAVATA e GESTITA»**
ma **come** a una **PERSONA**
con la sua AUTODETERMINAZIONE.

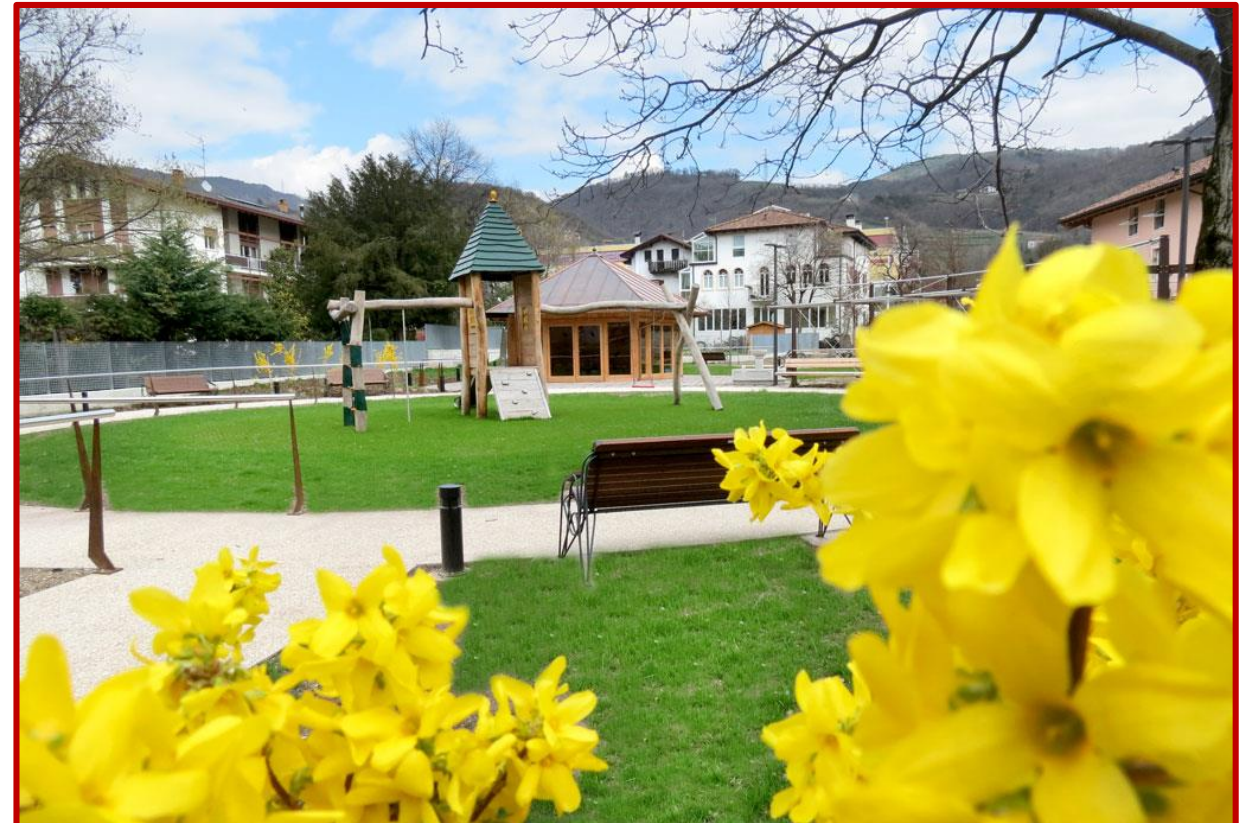
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona – A.P.S.P. «Abelardo Collini» – PINZOLO (TN) Val Rendena



- ✓ **R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale**
 - Posto letto di sollievo
 - Centro demenze
- ✓ **CASA SOGGIORNO**
- ✓ **ACCOGLIENZA DIURNA e NOTTURNA**
- ✓ **SERVIZI alla COMUNITÀ**
 - Preparazione e distribuzione di pasti a domicilio
 - Fisioterapia per esterni
 - Centro Ascolto Alzheimer

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona – A.P.S.P. «Giovanni Endrizzi» di LAVÌS (TN) Val d'Adige

- ✓ **R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale**
 - **Nucleo Alzheimer C.A.S.A. (Con Allegria Siamo Assieme)**
- ✓ **CASA SOGGIORNO**
- ✓ **ALLOGGI PROTETTI e SEMIPROTETTI**
- ✓ **SERVIZI alla COMUNITÀ**
 - **Fisioterapia per esterni**
 - **Preparazione e distribuzione di pasti a domicilio**
 - **Prestito ausili**



Augusto Gallucci

Direttore Sanitario della A.P.S.P.

Centro Residenziale Abelardo Collini – PINZOLO (TN)



... solida giustificazione al suo ricorso

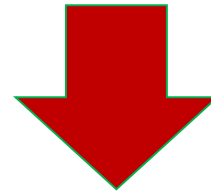
- casi di **assoluta e inderogabile necessità clinica** (“*stato di vera necessità*”) → di fatto, **atto di natura ECCEZIONALE**
- **condizionata** dal **dovere di tutela della salute dei pazienti** → protezione e controllo dei gesti auto- ed etero-aggressivi eventualmente posti in essere per prevenirne l’attuazione o ridurne le conseguenze dannose;
- **mai ammissibile** in “*via precauzionale*”
- **mai lasciata alla decisione autonoma del personale** socio-sanitario e/o infermieristico.

... ci troviamo di fronte a un PARADOSSO

Nei convegni e nei corsi di formazione
TUTTI ci proclamiamo **CONTRARI** alla contenzione ...

... in realtà il ricorso a sistemi di contenzione
resta ancora una **PRATICA** ancora **molto DIFFUSA**
in **numerosi AMBITI ASSISTENZIALI**
e **regolata** da **PROTOCOLLI** non **sempre condivisi**

Il **RISCHIO** di **CADUTE** e i **DISTURBI** del **COMPORTAMENTO** restano



- le **problematiche** di **gestione + difficile**
- molto **“sentite”** dagli **operatori**
- motivo di **ricorso** a **sistemi di contenzione**

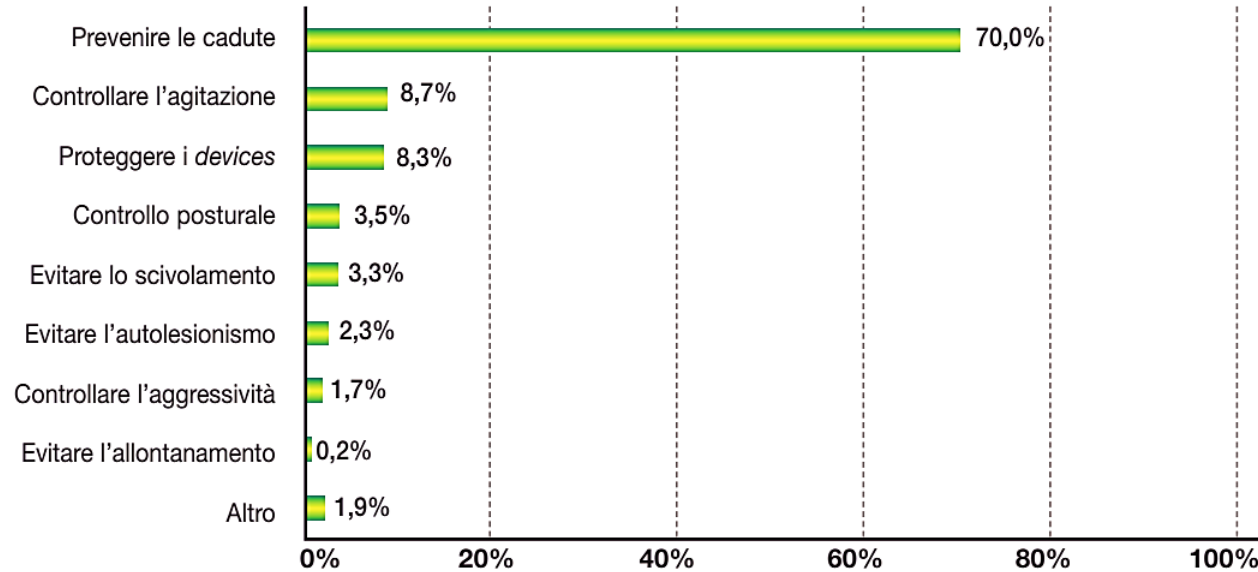
L'**utilizzo** delle **SPONDINE**
non si associa
ad una **riduzione di cadute dal letto**
e, per contro,
la **loro rimozione non** è associata
ad un **aumento di cadute** tra gli anziani
istituzionalizzati.



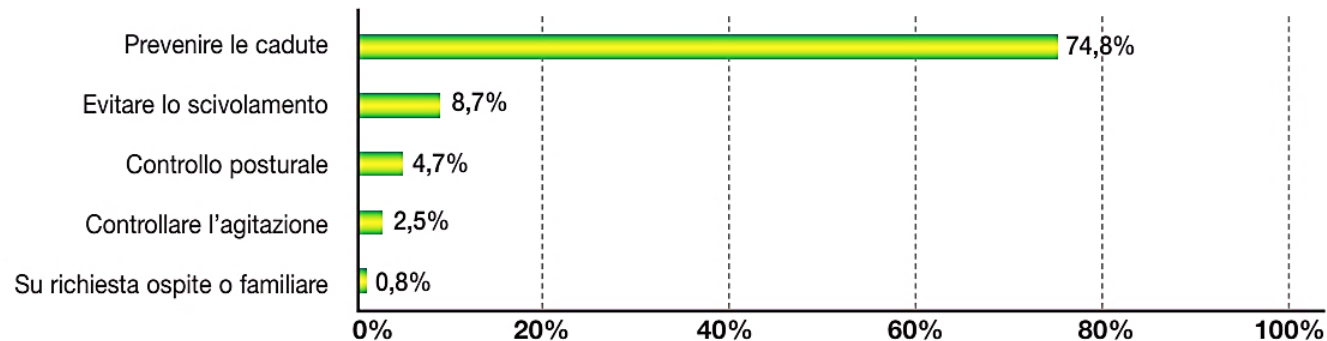
Bibliografia

Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. , *Side rail use and bedrelated fall outcomes among nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society. 2002 Jan;50(1):906

Motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica negli ospedali



Motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica nelle RSA



Bibliografia

Zanetti E et al. (2012) *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. *L'infermiere*,49:2 e29-e38.

La **PREVENZIONE delle CADUTE** resta la motivazione più frequente di ricorso ai sistemi di contenzione in tutte le istituzioni sanitarie

Non esistono **prove documentate**
che l'uso della **CONTENZIONE FISICA**
riduca l'incidenza di **CADUTE**
e la **loro gravità** (anzi!)
o **diminuisca** il livello di **AGITAZIONE** del **paziente**.

Bibliografia

Joanna Briggs Institute. Best Practice. *Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review*. 2002, Vol. 6 Issue 3.

Joanna Briggs Institute. Best Practice. *Physical Restraint – Part 2: Minimization in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review*. 2002, Vol. 6 Issue 4.

Shorr RI, GuillenMK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. *Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients*. Journal of the American Geriatrics Society 2002 Mar;50(3):5269.

Erica Devigili

**Infermiera responsabile del Nucleo Alzheimer
della A.P.S.P. Giovanni Endrizzi – LAVÌS (TN)**



La pratica clinica e numerose ricerche sull'argomento hanno dimostrato l'**inefficacia** della **CONTENZIONE FISICA** nel **prevenire le cadute**, confermando che **essa stessa è fattore di rischio di cadute traumatiche.**

Bibliografia

Capezuti E, Evans L, Strumpf N et al. (1996) *Physical restraint use and falls in nursing home residents*. J Am Geriatr Soc, 44 (6), 627-633

Evans D, Wood J, Lambert L et al. (2002) *Physical restraint in acute and residential care: a systematic review*. Joanna Briggs Institute, Adelaide.

Ejaz FK, Jones JA, Rose MS (1994) *Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs*. J Am Geriatr Soc, 42 (9), 960-964.

Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ et al. (1999) *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*. J Am Geriatr Soc, 47 (10), 1202-1207.

Werner P, Cohen-Mansfield J, Koroknay V et al. (1994) *The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents*. Geriatr Nurs, 15 (3), 142-146.

Gabriele Mostosi
O.S.S. della
A.P.S.P. Giovanni Endrizzi – LAVIS (TN)

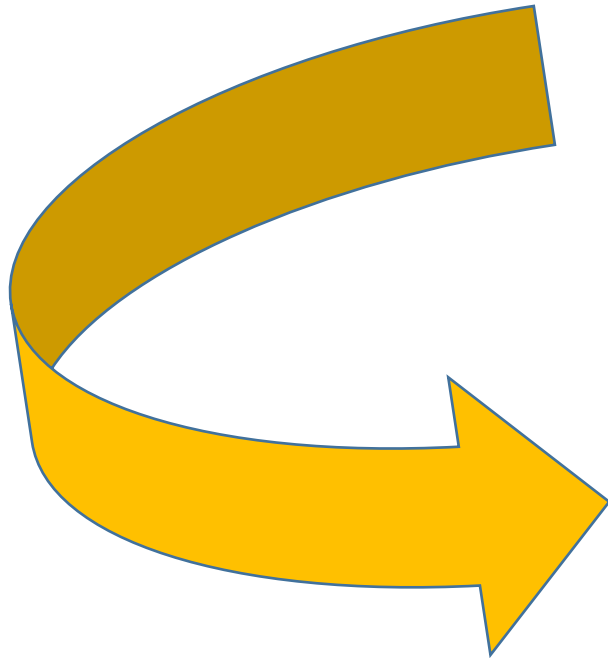


La **CONTENZIONE** solleva importanti **questioni ETICO-GIURIDICHE**.
Oltre a ledere i **diritti fondamentali dell'individuo** costituzionalmente protetti, può concretizzare diverse **fattispecie di REATO** tra cui:

- **ABUSO di MEZZI di CORREZIONE o di DISCIPLINA (art. 571 c.p.);**
- **MALTRATTAMENTI (art. 572 c.p.);**
- **SEQUESTRO di PERSONA (art. 605 c.p.);**
- **VIOLENZA PRIVATA (art. 610 c.p.);**
- **LESIONI PERSONALI COLPOSE (art. 589 c.p.);**
- **OMICIDIO COLPOSO (art. 590 c.p.).**



Data la **potenzialità** di **ABUSO** e di **MALTRATTAMENTI**,
l'utilizzo di **mezzi di contenzione**
resta un **campo di particolare preoccupazione**
del **GARANTE NAZIONALE** dei **DIRITTI** delle **PERSONE** private della **LIBERTÀ**.



Il ***ricorso alla contenzione***, in ogni sua forma, nelle strutture residenziali socio sanitarie e assistenziali, **non deve essere**

- una ***modalità di gestione ordinaria della persona***,
- né il ***risultato*** di un ***risparmio di risorse umane***,
- tantomeno una ***soluzione*** per la ***gestione*** di un'***emergenza organizzativa***.

Bibliografia: Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà.
Relazione al Parlamento 2020, p. 61.

3 CATEGORIE di DANNI POTENZIALI

TRAUMI MECCANICI

Strangolamento, asfissia, lesioni tessuti molli

Malattie FUNZIONALI e ORGANICHE

Decondizionamento psicofisico, declino della mobilità, incontinenza, lesioni da decubito, infezioni

Sindromi SFERA PSICOSOCIALE

Stress, alterazioni del tono dell'umore, paura, sconforto, umiliazione

Bibliografia

- Dube A, Mitchell E (1986) *Accidental strangulation from vest restraints*. JAMA, 256 (19), 2725-2726 .
- McLardy-Smith P, Burge PD, Watson NA (1986) *Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint*. J Hand Surg, 11 (1), 65-67.
- Scott TF, Gross JA (1989) *Brachial plexus injury due to vest restraints*. N Engl J Med, 320 (9), 598.
- Miles SH, Irvine P (1992) *Deaths caused by physical restraints*. Gerontologist, 32 (6), 762-766.
- Parker K, Miles SH (1997) *Deaths caused by bedrails*. J Am Geriatr Soc, 45 (7), 797-802.
- JCAHO, Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations (1998) *Preventing restraint deaths*. Sentinel Event Alert, Issue 8.
- Langslow A (1999) *Safety and physical restraint*. Aust Nurs J, 7 (2), 34-35.
- Evans D, Wood J, Lambert L et al. (2002) *Physical restraint in acute and residential care: a systematic review*. Joanna Briggs Institute, Adelaide.
- Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H (2008) *Fatalities related to medical restraint devices – asphyxia is a common finding*. Forensic Sci Int, 178 (2-3), 178-184.

Valeria Giovannini
Direttrice della A.P.S.P.
Centro Residenziale Abelardo Collini – PINZOLO (TN)



Perché la PERSONA «FRAGILE» continua ad essere un soggetto a RISCHIO di CONTENZIONE ?

- per **CARENZE CULTURALI**
- per **ASSENZA** di **ALTERNATIVE** alla contenzione
- per **«CARENZE»** di **PERSONALE**
- perché la **CONTENZIONE**
è **percepita** come l'**ATTO** più **SEMPLICE**
per **GESTIRE** il **PROBLEMA** della **SICUREZZA** del paziente/residente
e c'è una **grande DISPONIBILITÀ** di mezzi di contenzione

Francesca Ricottilli

Fisioterapista della
A.P.S.P. Giovanni Endrizzi – LAVÌS (TN)



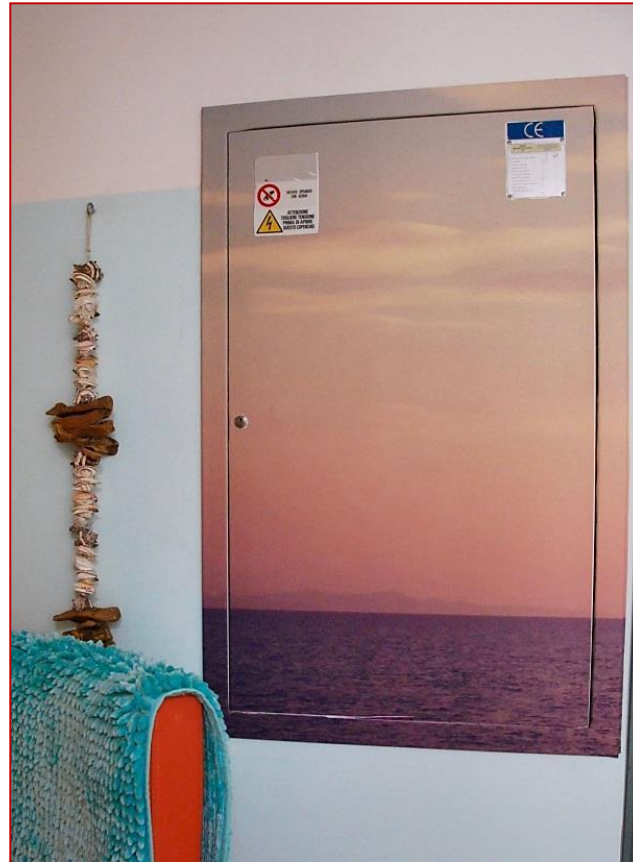
... si può **SUPERARE** la
CONTENZIONE?

... COME?



- **Adattamenti dell'AMBIENTE «FISICO»**

- ❖ attenzione nella scelta dei **COLORI** di SPAZI FISICI e ARREDI;
- ❖ attenzione ai **SUONI/RUMORI**;
- ❖ attenzione alle **TEMPERATURE** ambientali;
- ❖ cura negli **impianti di ILLUMINAZIONE** → luminosità, luci «solari» ...;
- ❖ attenzione alle **PAVIMENTAZIONI** (sia interne che degli spazi esterni) → piani, no dislivelli, antisdrucciolo, non riflettenti, asciutti, a tonalità calda ...;
- ❖ presenza di **PUNTI di SOSTA**;
- ❖ mascheramento di **VIE di FUGA** e di **LUOGHI** potenzialmente «**PERICOLOSI**» ;
- ❖ **RICONOSCIBILITÀ** degli SPAZI con opportune **SIMBOLISTICHE**;
- ❖ **DOMESTICITÀ** degli ambienti di vita.

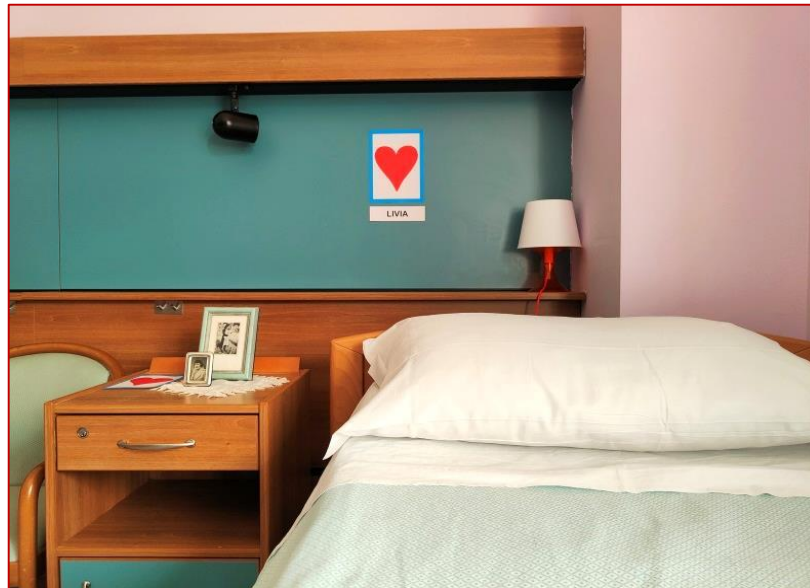


Esempi di mascheramento di porta,
ascensore e pannello elettrico

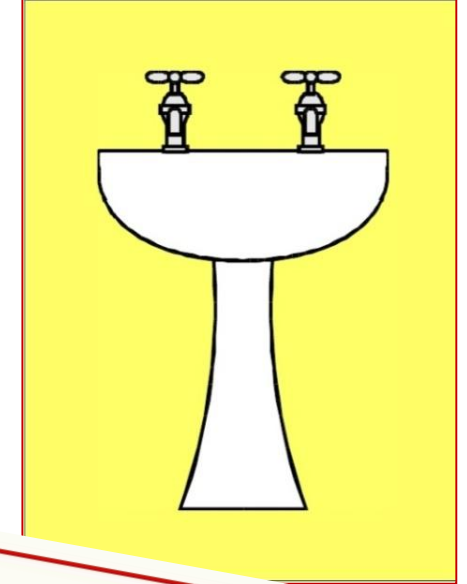




MARIO



BIANCA





**I RICORDI
di una VITA
in un PANNELLO**



- **Adattamenti dell'AMBIENTE «FISICO»**
 - ❖ **LETTI ALZHEIMER** a mezza sponda;
 - ❖ **TAPPETI morbidi** sul pavimento a fianco del letto;
 - ❖ **SENSORI** a pavimento o in prossimità delle vie di fuga.



- **Cambiamento CULTURALE
con il superando i FALSI MITI legati alla contenzione**
 - ❖ non ci sono alternative alla contenzione;
 - ❖ la mancata adozione di contenzione pone il personale e l'organizzazione a rischio legale;
 - ❖ l'inadeguatezza dello staff rende necessaria la contenzione;
 - ❖ ho il dovere di «proteggere» i miei pazienti/ residenti;
 - ❖ per un anziano la contenzione non è traumatica;
 - ❖ i mezzi di contenzione riducono l'incidenza delle cadute ...

Fino a quando
nelle organizzazioni delle istituzioni sanitarie e nelle menti dei loro professionisti
continueranno a sopravvivere questi MITI
non si potrà avviare un percorso di «CONTENIMENTO della CONTENZIONE»

- **Adattamenti dell'AMBIENTE «UMANO»**

- ❖ adozione di nuovi Modelli Assistenziali basati su
 - ✓ un'attenta **OSSERVAZIONE** e **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE** dei **BISOGNI** (... dolore, ausili, device non indispensabili ...)
 - ✓ un'alta **PERSONALIZZAZIONE** → rispetto di ritmi, tempi, modi, abitudini, scelte, gusti, preferenze, motivazioni della persona
 - ✓ **P.A.I. aggiornati periodicamente**
 - ✓ orientati al **BENESSE** della persona
 - ✓ un'elevata **DINAMICITÀ** e **FLESSIBILITÀ**
 - ✓ un **approccio INTEGRATO** → frutto di un lavoro di squadra
 - ✓ un **approccio RIABILITATIVO/di STIMOLAZIONE**
 - ✓ la costituzione di **RELAZIONI TERAPEUTICHE efficaci (ÉQUIPE e FAMIGLIA) → UMA-NIZZAZIONE delle CURE**

...

ASCOLTARE
OSSERVARE
VALUTARE
CONDIVIDERE

...

Laura Molinari
Infermiera della
A.P.S.P. Giovanni Endrizzi – LAVÌS (TN)



- **Adattamenti dell'AMBIENTE «UMANO»**

- ❖ per controllare i DISTURBI
COMPORTAMENTALI MAGGIORI

(es. agitazione psicomotoria, aggressività fisica, tentativi di fuga, manifestazioni di auto-eterolesionismo) risulta particolarmente utile un **MIX** di equilibrato di **TERAPIE FARMACOLOGICHE** e **STRATEGIE non FARMACOLOGICHE** (es. doll therapy, musicoterapia, arteterapia, stimolazione psicosensoriale tipo Snoezelen, ecc.).



- **PERCORSI di FORMAZIONE/INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE**

- ❖ **DESTINATARI**

- ✓ personale sanitario e socioassistenziale di ospedali, R.S.A., residenze per anziani;
- ✓ familiari e caregiver formali;
- ✓ cittadinanza/collettività.

- ❖ **FINALITÀ e CONTENUTI**

- ✓ **ESPERIENZIALE**
- ✓ non limitata a un semplice TRASFERIMENTO di NOZIONI
- ✓ ma, prima di tutto, **finalizzata** a «*smantellare*» i pregiudizi/preconcetti/ stereotipi presenti fra i professionisti (e non solo) rispetto a questo tema.

- **CARE-GIVER o CARE-PATNER ? - Il ruolo della FAMIGLIA**

Va sempre coinvolta nei programmi di superamento della contenzione:

- fornendole un' **adeguata INFORMAZIONE** e **FORMAZIONE** ... in particolar modo sulle «**PATOLOGIE da CONTENZIONE**»;
- costruendo con lei **RELAZIONI EFFICACI** basate sulla **FIDUCIA**;
- co-progettando assieme a lei gli **INTERVENTI ASSISTENZIALI** che si intende adottare a favore del proprio congiunto.

Una FAMIGLIA
coinvolta, informata e formata è + CONSAPEVOLE,
diventa ALLEATA dell'ÉQUIPE

Una FAMIGLIA
non informata/formata e non co-protagonista
può rappresentare un OSTACOLO
al SUPERAMENTO della contenzione



RETE CURE SICURE FVG



OBIETTIVI 2023

**Superamento della
contenzione come previsto
dalla D.G.R. n. 1904/2016**



Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016

Componenti Gruppo Tecnico

Arnoldo Luca - ASUFC

Bellini Gabriella - AsP La Quiete, ASUFC

Bulfone Antonella - Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Cassin Catia - ASFO

Cecchini Francesco - ASUGI

Chimienti Emanuela - CRO

Cocconi Roberto - ASUFC

Compassi Susanna - ASUGI

Furlan Morena - Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Ganzini Claudia - Casa di Cura Città di Udine, ASUFC

Giacometti Luca - ASUFC

Giacomuzzi Paola - ARCS

Giuliani Claudia - ASUFC

Lavia Barbara - Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Longo Monica - ASFO

Mantello Gabriella - Umberto I, ASUFC

Mattioli Marina - ASUFC

Oretti Alessadra - ASUGI

Pegoraro Linda - Policlinico San Giorgio, ASFO

Pesel Giuliano - Policlinico Triestino, ASUGI

Pitacco Giuliana - Università Udine

Scarpis Enrico - ASUFC

Varone Viviana - ASUFC

Zanus Michiei Paola - ASUGI

Zuliani Paola - ASUFC

Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016

Linee annuali per la gestione 2024

- Coinvolgimento dirigenza medica
- Monitoraggio del fenomeno
- Linguaggio comune
- Formazione
- Sensibilizzazione dei pazienti/cittadini e dei caregiver
- Coinvolgimento associazioni di volontariato

IL SUPERAMENTO della CONTENZIONE ...

... è una **sfida**

- **COMPLESSA**
- **QUOTIDIANA**
- **COINVOLGIMENTO di TUTTA L'ORGANIZZAZIONE**
... **FAMIGLIARI inclusi**
- **CONDIVISIONE di OBIETTIVI ... ma anche di RISCHI**
- **COSTOSA**

... ma POSSIBILE e DOVEROSA

che concretamente può **condurre a CURE più SICURE e di QUALITÀ**



RINGRAZIAMENTI



- **dott. Massimo Giordani** - Direttore U.P.I.P.A.
- **dott.ssa Valeria Giovannini** - Direttrice della A.P.S.P. Centro Residenziale «Abelardo Collini» - PINZOLO (TN)
- **dott.ssa Delia Martielli** - Direttrice della A.P.S.P. «Giovanni Endrizzi» - LAVÌS (TN)

Gisella Stefani



OSS della APSP Centro Residenziale Abelardo Collini – PINZOLO (TN)

**Grazie
a tutti per
l'attenzione**

