

S.P.D.C.

**SERVIZIO PSICHIATRICO
DI DIAGNOSI E CURA**

COSA E'?

REPARTO SPECIALISTICO INSERITO NELL' AMBITO
DI UN OSPEDALE GENERALE PUBBLICO ADIBITO
AL RICOVERO DI CHIUNQUE ESPRIMA
PROBLEMATICITA' DI TIPO PSICHICO NON
GESTIBILE NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA
ABITUALE

FUNZIONI

- ❑ GESTIONE DI ACUZIE, ESORDI, URGENZA ED EMERGENZA PSICHIATRICA
- ❑ VALUTAZIONE CLINICO-DIAGNOSTICA
- ❑ IMPOSTAZIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE
- ❑ CONSULENZA PSICHIATRICA AL PRONTO SOCCORSO E AI REPARTI

E' IL LUOGO CHE ACCOGLIE IL SOGGETTO IN
CRISI, INTESA COME ACCADIMENTO CHE
SPEZZA TEMPORANEAMENTE LA CONTINUITA'
DEL FLUIRE DELLA SUA ESISTENZA E LO
INTRODUCE O RICONDUCE ALLA DIALETTICA
DELLA CURA

CRISI

E' UN CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO
CHE DETERMINA LA ROTTURA DI UN
EQUILIBRIO PSICOLOGICO

SI TRATTA DI UN EVENTO ACUTO NELLA CUI
EVOLUZIONE SI RICONOSCONO TRE DIVERSE
FASI: PRECRISI, PICCO, SOLUZIONE

COME FRONTEGGIARLA ?

- ❑ ELABORANDO UNA SCALA DI PRIORITA' D'INTERVENTO (PIANIFICAZIONE)
- ❑ VALUTANDO LE NECESSITA' DEL PAZIENTE (VALUTAZIONE CLINICA/FUNZIONALE)
- ❑ VALUTANDO I BISOGNI DEL SISTEMA DI SUPPORTO (ASCOLTO DEI SOGGETTI COINVOLTI)

IL RICOVERO IN SPDC

**E' NECESSARIO CHE SI CONFIGURI
COME UN PRODUTTIVO INCONTRO
DI SOGGETTI:**

- IL SOGGETTO DA CURARE
- IL SOGGETTO FAMILIARE
- IL SOGGETTO SOCIALE
- IL SOGGETTO ISTITUZIONALE
PREPOSTO ALLA CURA

**...AFFINCHE'NON SIA VISSUTO COME IL
CONTROPRODUCENTE LUOGO E TEMPO**

- DEL CONTROLLO
- DELL'ETICHETTAMENTO
- DELL'ISOLAMENTO
- DELLA NORMALIZZAZIONE

L'ACCESSO AL RICOVERO

- DIRETTO
- INVIO DA SPECIALISTA TERRITORIALE
- INVIO DA M.M.G
- INVIO DA FORZE DELL'ORDINE

REGIME DI RICOVERO


T.S.V. TRATTAMENTO SANITARIO VOLONTARIO

- STATISTICAMENTE LA MAGGIORANZA DEI RICOVERI
- INDICE QUALITATIVO RISPETTO A:
SOGGETTO CON SE STESSO

SOGGETTO CON ISTITUZIONI




**CONSAPEVOLEZZA
DEL PROPRIO
DISAGIO**



**FIDUCIA NEI
CONFRONTI DEI
SERVIZI**

D.H. DAY HOSPITAL

COSTITUISCE UN REGIME DI ASSISTENZA SEMI-RESIDENZIALE PER PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A BREVE E MEDIO TERMINE

 **T.S.O.** TRATTAMENTO SANITARIO
OBBLIGATORIO (L.833/78 ART. 33 – 35)
ATTO COMPOSITO DI TIPO MEDICO E GIURIDICO

CONDIZIONI

- PRESENZA DI ALTERAZIONI PSICHICHE TALI DA RICHIEDERE URGENTI INTERVENTI TERAPEUTICI
- RIFIUTO DELLE CURE (ART. 32 COST. E ART. 54 C.P.)
- ASSENZA DI CONDIZIONI E DI CIRCOSTANZE CHE PERMETTANO DI ADOTTARE TEMPESTIVE E IDONEE MISURE SANITARIE EXTRA-OSPEDALIERE.

SALTO CULTURALE

□ VALUTAZIONE DI
GRAVITA' CLINICA E DI
URGENZA
**FINALIZZATA ALLA
TUTELA DELLA
SALUTE E DELLA
SICUREZZA DEL
PAZIENTE**

□ SOSTITUISCE IL
«RICOVERO COATTO»
BASATO SU CONCETTI
DI PERICOLOSITA' PER
SE E PER GLI ALTRI E/O
PUBBLICO SCANDALO
**FINALIZZATO E
ORIENTATO ALLA
DIFESA SOCIALE**

PROCEDURA

- ❑ PROPOSTA MOTIVATA DI UN MEDICO
- ❑ CONVALIDA DI UN SECONDO MEDICO APPARTENENTE A STRUTTURA PUBBLICA
- ❑ ORDINANZA DEL SINDACO DEL COMUNE IN CUI VIENE EFFETTUATA LA PROPOSTA (ENTRO 48h DALLA CONVALIDA)
- ❑ NOTIFICA DELL'ORDINANZA (ENTRO 24h) AL GIUDICE TUTELARE DI COMPETENZA ,AUTORITA' DELLA CONVALIDA DEFINITIVA DEL PROVVEDIMENTO (PREVIA RICHIESTA DI RELAZIONE CLINICA DETTAGLIATA)

- ❑ HA UNA DURATA MASSIMA DI SETTE GIORNI
- ❑ PUO' ESSERE REVOCATO O PROROGATO NEL CASO CESSINO O PERMANGANO LE NECESSITA' CLINICHE MOTIVATE

**IL TRATTAMENTO SANITARIO
OBBLIGATORIO PUO' TALORA
ESSERE PRECEDUTO DA UN
INTERVENTO PRETTAMENTE
TERRITORIALE:**

A.S.O. ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

- ❑ PROVVEDIMENTO VALUTATIVO DA EFFETTUARSI ANCHE CONTRO LA VOLONTA' DEL PAZIENTE
- ❑ PERMETTE DI ENTRARE IN CONTATTO CON UNA SITUAZIONE ALTRIMENTI INAVVICINABILE E PER LA QUALE VI E' IL FONDATO SOSPETTO DELLA PRESENZA DELLA PRIMA CONDIZIONE DI LEGGE PREVISTA PER IL TSO
- ❑ E' AVVIATO DA UNA SINGOLA CERTIFICAZIONE MEDICA

PROCEDURA

- ❑ INVIO DELLA **PROPOSTA MOTIVATA** DEL MEDICO ALL'AUTORITA' SANITARIA LOCALE
- ❑ EMISSIONE DELL'**ORDINANZA** D'INTERVENTO DA PARTE DEL **SINDACO** CON SPECIFICATI TEMPI, MODI E LUOGO DI ESECUZIONE
- ❑ NON SONO RICHIESTE NE' LA **CONVALIDA** DI UN MEDICO DEL SSN, NE' L' ESAME DEL GIUDICE TUTELARE
- ❑ **NON** CI SONO **LIMITI TEMPORALI**
- ❑ L'**ASO** NON PREVEDE IMPOSIZIONI TERAPEUTICHE

L'INFERMIERE IN SPDC E IL LAVORO D'EQUIPE

- E' UNO DEI SOGGETTI CURANTI CHE APPORTANO RISORSE UTILI AD OGNI PERCORSO DI CURA DIVERSIFICANDOLO E IMPEDENDONE IL RIDUZIONISMO
- RISPONDE ALL'ESIGENZA DI VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE PROFESSIONALI E INDIVIDUALI
- INTEGRA IL PROPRIO SAPERE E LE PROPRIE COMPETENZE RISPONDENDO RESPONSABILMENTE ALLA DOMANDA D'AIUTO
- SI ARRICCHISCE PROFESSIONALMENTE
- CONDIVIDE RESPONSABILITA' E VISSUTI

REQUISITI DESIDERABILI

- ❑ COMPETENZA NEL FORNIRE AIUTO
- ❑ CAPACITA' DI ACCOGLIERE
- ❑ CAPACITA' DI RICONOSCERE I BISOGNI
- ❑ CAPACITA' DI OSSERVARE
- ❑ CAPACITA' DI ASCOLTARE
- ❑ MODALITA' EMPATICHE DI INTERAZIONE
- ❑ SINTONIA E SINCRONIA
- ❑ ARMONIA TRA I MEMBRI
- ❑ STABILITA' TRA I MEMBRI
- ❑ NON INTRUSIVITA'
- ❑ COERENZA DELLE RISPOSTE FORNITE

IL SOGGETTO DI CURA INFERMIERE:

E' RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA VOLTA AL RIPRISTINO DELL'AUTONOMIA SECONDO IL MODELLO CONCORDATO E RITENUTO PIU' CONSONO AL CONTESTO OPERATIVO DI APPARTENENZA

COME ? (D.M. 739/94)

- ❑ IDENTIFICANDO I BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA
- ❑ FORMULANDO I RELATIVI OBIETTIVI
- ❑ PIANIFICANDO, GESTENDO E VALUTANDO GLI INTERVENTI
- ❑ GARANTENDO CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICHE

CARATTERISTICHE DELL'INFERMIERE IN S.P.D.C.

- ❑ GESTIONE DELLE PROPRIE EMOZIONI
- ❑ COMPETENZE RELAZIONALI
- ❑ MATURITA' PERSONALE/PROFESSIONALE
- ❑ CAPACITA' DI LAVORO IN EQUIPE
MULTIPROFESSIONALE

A QUALE SCOPO?

- INSTAURARE **RELAZIONI** CHE ASSUMANO VALENZE **TERAPEUTICHE** E CHE RAPPRESENTINO VALIDI **STRUMENTI DI LAVORO**

IL MODELLO DELLE PRESTAZIONI IN S.P.D.C.

(M.Cantarelli)

E' UN MODELLO MANAGERIALE CHE SI FONDA SU AUTONOMIA E MOTIVAZIONE E SEGNA IL PASSAGGIO DA UN'ASSISTENZA SPESSO TECNICA E STANDARDIZZATA AD UNA PER PRESTAZIONI PIU' PERSONALIZZATA E PROFESSIONALE CON IL VANTAGGIO DI POTER ESSERE DOCUMENTATA E MISURATA CON PRECISIONE ED ACURATEZZA

FINALITA' DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

INDIRIZZO

GUIDA

SOSTEGNO

COMPENSAZIONE

MONITORAGGIO

INDIRIZZO

- ❑ INTERVENTO EDUCATIVO TEORICO
INDIRIZZATO AL PAZIENTE E/O FAMILIARI.
- ❑ ORIENTAMENTO ALL'ACQUISIZIONE DI
CONOSCENZE.
- ❑ LA PERSONA, ACQUISITE DETERMINATE
CONOSCENZE, E' IN GRADO DI SODDISFARE I
PROPRI BISOGNI

GUIDA

- ❑ INTERVENTO EDUCATIVO PRATICO
INDIRIZZATO AL PAZIENTE E/O FAMILIARI
- ❑ ACQUISIZIONE ABILITA'
- ❑ LA PERSONA, ACQUISITE SPECIFICHE ABILITA',
E' IN GRADO DI AGIRE EFFICACEMENTE PER
SODDISFARE I PROPRI BISOGNI

SOSTEGNO

- LA PERSONA, MESSA NELLE CONDIZIONI PER POTERLO FARE, MANTIENE O METTE IN ATTO LE CONOSCENZE E LE ABILITA' ACQUISITE PER SODDISFARE IL BISOGNO

COMPENSAZIONE

- PARZIALE SOSTITUZIONE NELLO SVOLGERE LE ATTIVITA' COLLEGATE AL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO

SOSTITUZIONE

- ❑ TOTALE SOSTITUZIONE ALLA PERSONA ANCHE MEDIANTE L'IMPIEGO DI AUSILI, PRESIDI...
- ❑ ESPLETAMENTO DI UNA O PIU' FUNZIONI IN VECE DELLA PERSONA

MONITORAGGIO

- ❑ FINALITA' TRASVERSALE
- ❑ ASPETTO PIU' TECNICO E INDIPENDENTE DAL LIVELLO DI AUTONOMIA DELLA PERSONA

BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

1. RESPIRARE
2. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE
3. ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE
4. IGIENE
5. MOVIMENTO
6. RIPOSO E SONNO
7. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA
8. AMBIENTE SICURO
9. INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

DISAGIO PSICHICO E ASSISTENZA


IL DISAGIO PSICHICO E' CAUSA NEL SOGGETTO
DI CARENZE E INCAPACITA' DI FAR FRONTE AI
COMPITI LEGATI ALLA QUOTIDIANITA'.

DAI PIU' SEMPLICI:

A QUELLI RICHIESTI DAL
RUOLO OCCUPATO:



PRENDERSI CURA DI
SE'
AUTOCONSERVARSI



FAMIGLIA LAVORO
SCUOLA
CONTESTO SOCIALE

PRIMO PASSO

**RACCOLTA DATI
E
IDENTIFICAZIONE
DEI BISOGNI**

IN S.P.D.C. L'INFERMIERE DEVE FARE I CONTI CON

- ❑ LA DIFFICOLTA' DEL PAZIENTE A RICONOSCERE, COMPRENDERE E MANIFESTARE IL BISOGNO
- ❑ LA POSSIBILITA' DI UNA DISLOCAZIONE DEI BISOGNI CORPORALI RISPETTO A QUELLI DI ALTRA NATURA
- ❑ LA DIFFICOLTA' A FAR ACCETTARE L'INTERVENTO
- ❑ LA CRONICITA'

ASSICURARE LA RESPIRAZIONE

TABAGISMO

ISTERIA

SOFFOCAMENTO

FARMACI

ANSIA

ASSICURARE L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE

- ALIMENTAZIONE SCORRETTA**
- FARMACI**
- INAPPETENZA**
- DELIRIO**
- DISTURBI AFFETTIVI**
- D.C.A.**

ASSICURARE L'ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE

FARMACI

(STIPSI, RITENZIONE, POLIURIA, E
NURESI...)

INCONTINENZA URINARIA DA SEDAZIONE

ASSICURARE L'IGIENE

- MANCANZA/DIMINUITA/ECCESSIVA
CURA DI SE'**
- DELIRIO E/O ALLUCINAZIONI**
- DISTURBI AFFETTIVI**
- COMPORAMENTI
FOBICI/OSSESSIVI**
- SCARSA AUTOSTIMA**

ASSICURARE IL MOVIMENTO

- FARMACI**
- RALLENTAMENTO PSICO-MOTORIO, CATATONIA**
- ANSIA E AGITAZIONE PSICO-MOTORIA**
- MANIACALITA'**
- POSTUMI DA T.S.**
- RITIRO AUTISTICO**

ASSICURARE IL RIPOSO E IL SONNO

- ❑ **DISTURBI DEL SONNO** (insonnia, ipersonnia, alterazioni ritmo sonno/veglia)
- ❑ **AGITAZIONE PSICO-MOTORIA**
- ❑ **FATTORI AMBIENTALI**
- ❑ **FARMACI**

ASSICURARE LA FUNZIONE CARDIO-CIRCOLATORIA

FARMACI

**ANSIA, ANGOSCIA PSICOTICA,
ATTACCHI DI PANICO**

TABAGISMO

ALIMENTAZIONE DISORDINATA

ASSICURARE UN AMBIENTE SICURO

- RISCHIO DI SUICIDIO**
- AUTOLESIONISMO**
- AGGRESSIVITA' ETERODIRETTA
(COSE, PERSONE)**
- DISCONTROLLO DEGLI IMPULSI**
- RISCHIO CADUTE ACCIDENTALI
(SCALA DI CONLEY)**
- RISCHIO D'ABUSO SOSTANZE**

URGENZA IN PSICHIATRIA

IMPROVVISA INSORGENZA O ESACERBAZIONE
DI UNA SINTOMATOLOGIA PSICHIATRICA
SI RICONOSCONO TRE ELEMENTI DISTINTIVI:

- ❑ ACUZIE
- ❑ GRAVITA'
- ❑ NECESSITA' DI UN TRATTAMENTO IMMEDIATO

URGENZA IN S.P.D.C.: MODALITA' DI INTERVENTO

ESACERBAZIONE SINTOMI DEPRESSIVI

EVITARE TENTATIVI SUICIDARI

DECOLPEVOLIZZARE IL PAZIENTE

RITIRARE OGGETTI POTENZIALMENTE
PERICOLOSI

MODIFICAZIONI AMBIENTALI

.

□ ESACERBAZIONE SINTOMI ANSIOSI

MANTENERE TRANQUILLITA'

ESSERE RASSICURANTI

NON SVALUTARE IL VISSUTO DEL PAZIENTE

CONTROLLARE I PARAMETRI VITALI

SMORZARE LA TENSIONE PRESENTE

NELL'AMBIENTE

□ ESACERBAZIONE SINTOMI PSICOTICI (DELIRIO, ALLUCINAZIONI...)

ASCOLTO

NON OPPORSI NE' CONTRASTARE IL DELIRIO MA
ACCETTARE LA SOFFERENZA CHE VI SOTTENDE

DISTRARRE DAL MONDO ALLUCINATORIO

ADOPTARE ATTEGGIAMENTI CHIARI, LINEARI, PRIVI DI
CONTRADDIZIONI E AMBIGUITA'

FAVORIRE LA RICOSTRUZIONE DEL CONTATTO CON IL
REALE SOLLECITANDO L'ADESIONE ALLA REALTA'

CRISI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA

ESSERE CALMI, ASSERTIVI

- RISPETTARE LO SPAZIO DEL PAZIENTE
- ASCOLTARE LE SUE MOTIVAZIONI
- EVITARE CONFUSIONE

AGGRESSIVITA': CHE FARE?

PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE!

- CONOSCERE LA STORIA DEL PAZIENTE
- IDENTIFICARE I SOGGETTI A RISCHIO
- VALUTARE TEMPESTIVAMENTE LA PRESENZA DI SEGNI E SINTOMI DI ECCITAZIONE/STIMOLAZIONE
- INTERVENIRE SULL'AMBIENTE

- ❑ EVITARE ATTEGGIAMENTI CHE POSSANO ESSERE FRAINTESI
- ❑ PARLARE CON TONO PACATO, CALMO, RASSICURANTE E RISPETTANDO LA DISTANZA SPAZIALE
- ❑ ACCOGLIERE LA RABBIA E LE CRITICHE DEL PZ.
- ❑ DARE RINFORZI AI COMPORTAMENTI POSITIVI
- ❑ ACCETTARE I PROPRI LIMITI E CHIEDERE AIUTO

QUANDO LA PREVENZIONE NON BASTA

SE IL RISCHIO E' SIGNIFICATIVO:

- ATTUARE MISURE DI AUTOPROTEZIONE
- INFORMARE IL PAZIENTE CHE LA VIOLENZA NON E' ACCETTABILE
- PROPORRE FARMACI
- INFORMARLO CHE, SE NECESSARIO, SI RICORRERA' A MEZZI DI CONTENZIONE

CONTENZIONE

RELAZIONALE

FARMACOLOGICA

FISICA

CONTENZIONE FISICA

- ❑ INTERVENTO ECCEZIONALE E TEMPORANEO RESTRITTIVO DELLA LIBERTA' E DELLA DIGNITA' PERSONALE
- ❑ MAI TOLLERABILE COME MISURA PUNITIVA O PER SOPPERIRE A CARENZE ORGANIZZATIVE
- ❑ OGNI MEZZO DI COSTRIZIONE FISICA DELLA LIBERTA' DI MOVIMENTO DELLA PERSONA O DEL NORMALE ACCESSO AL PROPRIO CORPO

ATTO TERAPEUTICO

LA RESPONSABILITA' DELLA PRESCRIZIONE E' DI
COMPETENZA MEDICA

L'APPLICAZIONE DELLA PRESCRIZIONE E IL
MONITORAGGIO DI COMPETENZA
INFERMIERISTICA

ASSISTENZA AL PAZIENTE CONTENUTO

**IL PAZIENTE CONTENUTO NON
DOVREBBE TRANQUILIZZARE
L'EQUIPE BENSÌ' INNALZARE IL
LIVELLO DI ATTENZIONE**

**SI TRATTA DI UN PAZIENTE AD ALTO RISCHIO,
SIA PER LE RAGIONI CHE HANNO RESA
NECESSARIA LA CONTENZIONE, SIA PER LA SUA
ESPOSIZIONE A POTENZIALI PERICOLI (FISICI
DIRETTI, INDIRETTI, PSICOLOGICI)**

**E' DA CONSIDERARSI TOTALMENTE INDIFESO E
TOTALMENTE DIPENDENTE NEI BISOGNI DI
ASSISTENZA**

**LE FINALITA' DEGLI INTERVENTI SONO DI
COMPLETA SOSTITUZIONE E DI MONITORAGGIO**

MONITORAGGIO

E' PREVISTO IL MONITORAGGIO INTENSIVO (OGNI TRENTA MINUTI) CON COMPILAZIONE DI SCHEDE DI RILEVAZIONE

- ❑ ASPETTO: STATO DELLA CUTE, COLORITO, IGIENE
- ❑ PARAMETRI VITALI: PA, FC, TC, RESPIRO
- ❑ FUNZIONE DI ELIMINAZIONE: ALVO, DIURESIS
- ❑ RIVALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE CHE HANNO PORTATO ALLA CONTENZIONE

ASSICURARE L'INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

L'INTERAZIONE E' IL LUOGO DOVE I VARI BISOGNI POSSONO EPRIMERSI E ALLO STESSO TEMPO IL MODO PER DAR LORO UNA RISPOSTA

- INTERAZIONE CON L'EQUIPE**
- INTERAZIONE CON L'AMBIENTE FAMILIARE E SOCIALE**
- FORMA E CONTENUTO DELLA COMUNICAZIONE**
- STATO EMOTIVO**

E ORA SI PIANIFICA... E SI VERIFICA

**SECONDO IL MODELLO DELLE
PRESTAZIONI LA FASE CHE SUCCEDE
ALL'IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI E' LA
PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CON
LE RELATIVE VERIFICHE DI EFFICACIA
(MIGLIORAMENTO NEL CONTINUUM
DIPENDENZA-AUTONOMIA
DELL'ASSISTITO)**

ASSICURARE LE PROCEDURE TERAPEUTICHE E DIAGNOSTICHE

- ❑ TERAPIE: PSICOFARMACI (OTTENERE COMPLIANCE)
- ❑ GARANTIRE SOMMINISTRAZIONE SICURA
- ❑ INDIVIDUARE LA MODIFICAZIONE DEL SINTOMO E GLI EFFETTI COLLATERALI
- ❑ RIFIUTO DELLE CURE, T.S.O, CONTENZIONE FISICA
- ❑ FARMACODIPENDENZA (IDENTIFICARE E CONTROLLARE L'ABUSO)

FINALMENTE FUORI!!! MA DOVE?

- AL DOMICILIO
- TRASFERIMENTO IN ALTRO SPDC
- INSERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA
- INSERIMENTO IN RSA

NON E' ANCORA FINITA

- SCHEDA DIMISSIONE INFERMIERISTICA
- RILEVAZIONE BISOGNI ASSISTENZA ANCORA PRESENTI
- INDICAZIONI E CONSIGLI A FAMIGLIARI O CARE GIVERS
- APPUNTAMENTO CONTROLLO AMBULATORIALE
- VERIFICA COMPrensione SCHEMA TERAPEUTICO E COMPLIANCE
- RELAZIONE INFERMIERISTICA D'INVIO A STRUTTURA RIABILITATIVA

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**