



REGIONE PUGLIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

Consorziale Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare 11 – 70124 Bari

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 351 del 20 aprile 2023

OGGETTO: Recepimento D.G.R. n. 244/2023, avente ad oggetto “Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) – Modifica e integrazione della D.G.R. n. 678/2017. Monitoraggio parti cesarei secondo classificazione di Robson”- Adozione piano “Misure efficaci per ridurre le procedure dei tagli cesarei”

UNITÀ OPERATIVA PROPONENTE:

DIREZIONE SANITARIA

Bilancio _____

N° Centro di costo _____

N° Conto Economico _____

Ordine n° _____ del _____

Budget assegnato (euro) _____

Budget già utilizzato (euro) _____

Conto presente atto (euro) _____

Disponibilità residua di budget (euro) _____

Spesa finanziata (FESR, Progetti da DIFE ecc...)

Non comporta ordine di spesa

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Proposta n. 1050115 del 19/04/2023

*Il Responsabile dell'Istruttoria/Procedimento: **Dott.ssa Gilda Cirillo***

*Il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria: **Dr. Francesco Paolo Lisena***

Il giorno ~~20/04/2023~~ 23 Direttore Generale, Dr. Giovanni Migliore, assistito dal Direttore Amministrativo, Dr. Gianluca Capochiani, e dal Direttore Sanitario, Dr.ssa Rosa Porfido, adotta la presente deliberazione sulla base della proposta di seguito riportata:

Il Dirigente Medico **Dott. Francesco Paolo Lisena**

Premesso che :

- La Regione Puglia con D.G.R. n. 678 del 09/05/2017, ha istituito il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) –Abrogando il punto 4 della D.G.R. n. 131 del 31/01/2011 e del punto 3 della D.G.R. n.1659 del 26/10/2016. Revocando la D.G.R. n. 550/2011, e la D.G.R. n. 1009 del 28/05/2013;
- La Regione Puglia con D.G.R. n. 191 del 20/02/2018 ha approvato la riqualificazione percorso Nascita e riduzione della quota di parti cesarei primari in attuazione all’Accordo Stato-Regioni n.137/CU del 16/12/2010, procedendo alla costituzione della Task Force punti nascita per la riduzione dei tagli cesarei;
- La Regione Puglia con D.G.R. n. 882 del 15/05/2019, ha approvato il “Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) della Regione Puglia di accompagnamento all’evento nascita e dell’Agenda della gravidanza”, procedendo alla modifica e all’integrazione della D.G.R. n. 678 del 09/05/2017;
- La Regione Puglia con D.G.R. n.1868 del 14/12/2022, ha approvato lo schema di Regolamento Regionale procedendo alla definizione di modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022.

CONSIDERATO che :

- La Regione Puglia con:
 - nota prot n. 24758-P /2011 del Ministero della Salute, ha istituito il Comitato Percorso Nascita rappresentato da tutte le Aziende Sanitarie / Ospedaliere ed Enti, ove insistono i Punti Nascita;
 - D.G.R. n. 244/2023 avente per oggetto: “Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) – ha provveduto alla modifica ed integrazione della D.G.R. n 678/2017. Monitoraggio parti cesarei secondo classificazione di Robson”;
 - nota prot n. AOO/5042/2023 ha richiesto ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, entro 30 giorni dalla notifica della predetta D.G.R., l’adozione un piano per il contenimento della percentuale di tagli cesarei primari da realizzarsi inderogabilmente entro il 31/12/2023, nel rispetto degli standard ministeriali;
- E’ obiettivo della Regione Puglia ridurre la percentuale tagli cesarei, attraverso l’attività di monitoraggio trimestrale e l’utilizzo della classificazione Robson.

DATO ATTO che:

- La Direzione Sanitaria in ottemperanza a quanto richiesto dalla suddetta D.G.R., ha invitato i Direttori delle UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia Universitaria I e Ginecologia e Ostetricia Universitaria II, a predisporre un piano per il contenimento della percentuale di tagli cesarei primari, da realizzarsi inderogabilmente entro il 31/12/2023, in coerenza agli standard ministeriali nonché alle disposizioni regionali.

ACCERTATO che:

- È stato acquisito agli atti della Direzione Sanitaria con prot n. 38557 del 19/04/2023 il documento avente ad oggetto “*Misure efficaci per ridurre la percentuale dei Tagli Cesarei UU.OO.CC. di*

Ginecologia e Ostetricia” elaborato dal Direttore della U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia Universitaria I, Prof. Ettore Cicinelli e il Direttore della U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia Universitaria II, Prof. Edoardo Di Naro.

EVIDENZIATO che:

- Il PNE rileva una eterogeneità inter-regionale, a dimostrazione di come persista ancora oggi una certa tendenza alla sottovalutazione dei benefici e dei rischi connessi alle diverse modalità di parto.

RITENUTO necessario :

- Alla luce delle disposizioni della D.G.R. 244/2023, adottare il documento *”Misure efficaci per ridurre le procedure dei tagli cesarei”*, che costituisce parte integrante della presente (Allegato A).

PRECISATO che:

- il documento *“Misure efficaci per ridurre le procedure dei tagli cesarei”* ha la finalità di migliorare le performace del Percorso Nascita dell’AOU Policlinico di Bari con interventi relativi a:
 - organizzazione del personale;
 - ammodernamento delle strutture e degli impianti;
 - adozione e utilizzo della "Classificazione di Robson" come parte integrante della cartella clinica.
- il suddetto documento intende porre in essere i seguenti provvedimenti:
 - monitoraggio mensile degli outcomes ostetrici;
 - miglioramento del teamwork (lavoro di equipe);
 - briefing ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato;
 - miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiocografici;
 - training ostetrico periodico sulle skills tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi;
 - revisione dei protocolli clinici;
 - introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente pre cesarizzata;
 - introduzione di un nuovo partogramma con curve cervimetriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi e delle classi di Robson in cartella;
 - implementazione di una nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla cosiddetta "gestione omnicomprensiva" del travaglio.

PROPONE

per i motivi espressi in premessa, che si intendono qui riportati:

- di approvare e adottare il documento *“Misure efficaci per ridurre le procedure dei tagli cesarei”* (Allegato A), del presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il presente provvedimento con allegato il documento in argomento:
 - ai Direttori delle UU.OO.CC. di Ginecologia e Ostetricia dell’AOU Policlinico di Bari, affinché ne sia data la massima diffusione a tutto il personale interessato;
 - al Responsabile del Procedimento di pubblicazione per l’inserimento dello stesso, come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza, sul Portale Regionale della Salute e sulle Pagine Aziendali, Sezione Percorsi diagnostici terapeutici;

- alla Regione Puglia, Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'Offerta.

Il Dirigente Medico di Direzione Sanitaria
Dott. Francesco Paolo Lisena

Sul presente atto viene espresso

Il PARERE FAVOREVOLE del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gianluca Capochiani

Il PARERE FAVOREVOLE del
DIRETTORE SANITARIO
Dr.ssa Rosa Porfido

IL DIRETTORE GENERALE

- vista la proposta di deliberazione che precede e che qui si intende riportata e trascritta;
- preso atto dei pareri sopra espressi e richiamati;
- ritenuto di condividerne il contenuto;

DELIBERA

- di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata dal Dirigente Responsabile della struttura proponente.

Il Direttore Generale
Dott. Giovanni Migliore

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito web www.sanita.puglia.it – Portale della Salute (sezione Policlinico di Bari – Ospedale Giovanni XXIII) dal giorno di adozione.

U.O. Segreteria e Affari Generali
Il Dirigente Responsabile
F.to Dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

Bari, 13 Aprile 2023

Prot. n. 367

AZIENDA OSPEDALIERA
UNIVERSITARIA
POLICLINICO DI BARI
DIREZIONE SANITARIA

19 APR 2023

ARRIVO

0038557|19/04/2023
|AOUCPG23|UDG|A

Alla Direzione Sanitaria
A.O.U. - Policlinico

SEDE

Oggetto: Misure efficaci per ridurre la percentuale dei Tagli Cesarei - UU.OO.CC. di Ginecologia e Ostetricia.

Alla luce dei dati dell'ultimo report del Programma Nazionale Esiti (PNE 2022) in data 06/03/2023, con deliberazione n. 244 (Codice CIFRA: SGO/DEL/2023/00014 avente per oggetto: Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) – Modifica e integrazione della DGR n. 678/2017. Monitoraggio parti cesarei secondo classificazione di Robson)", la Giunta Regione Puglia al fine del contenimento dei tagli cesarei primari in linea con quanto previsto dagli standard ministeriali ha preso atto delle azioni di miglioramento previste dalla Aziende Sanitarie per la riduzione della percentuale di primi cesarei e ha richiesto che i Direttori Generali adottino formalmente, entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento, un piano per il contenimento della percentuale di tagli cesarei primari, da realizzarsi inderogabilmente entro il 31/12/2023, nel rispetto degli standard ministeriali.

Nel presente documento si elencano le iniziative da intraprendere nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Premessa:

Come riportato nel Programma Nazionale Esiti 2022, nonostante la proporzione di parti con T.C. primario in Italia sia fortemente diminuita rispetto ai primi anni duemila (quando era intorno al 40%), le percentuali osservate nell'ultimo periodo rimangono ancora al di sopra della soglia del 10-15% che, secondo quanto indicato dall'OMS nel 1995, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e per il bambino.

Il DM 70/2015 ha fissato la quota massima di T.C. primari al 25% per i punti nascita con più di 1.000 parti annui e al 15% per quelle con volumi inferiori. Se si escludono le strutture con meno di 500 parti/anno, di cui si prevedeva la chiusura già con l'Accordo Stato-Regioni del 2010 e



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

che nella maggior parte dei casi sono interessate da un elevato ricorso al parto chirurgico, nel 2021 solo il 14,1% dei punti nascita con meno di 1.000 parti e il 69,7% dei punti nascita con volumi superiori a 1.000 hanno fatto registrare proporzioni in linea con il DM 70/2015.

Tali valori hanno segnato comunque un lieve miglioramento rispetto al 2020 (con proporzioni rispettivamente pari a 10,1% e 62,8%). Lo stesso documento del PNE rileva inoltre una marcata eterogeneità inter-regionale, con uno spiccato gradiente Nord-Sud, nonché una variabilità intra-regionale, a dimostrazione di come persista ancora oggi una certa tendenza alla sottovalutazione dei benefici e dei rischi connessi alle diverse modalità di parto.

Alla luce dei sopra citati dati del PNE 2022 è opportuno segnalare che nelle due UU.OO.CC. di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico di Bari è stato rispettato lo standard ministeriale entro soglia per quanto concerne i tagli cesarei primari. Ciò nonostante si è registrato un aumento del tasso di T.C. primario rispetto agli anni precedenti in gran parte correlato alle conseguenze della recente pandemia Covid con la gestione contemporanea di 3 Sale da Parto, dal numero limitato di personale Ostetrico-Infermieristico senza limitazioni che non consente spesso quell'auspicabile rapporto "one to one" con la gestante, dalla consequenziale maggiore attuazione di procedure correlate alla "medicina difensiva" che ha, ad esempio, visto ridurre la percentuale dei VBAC (vaginal birth after caesarean section). Inoltre, i flussi informativi tra CEDAP, SDO e registro Sala Parto continuano a mostrare alcune discordanze, che inficiano in parte i risultati degli esiti al parto.

Le presenti proposte hanno la finalità di ridurre le suddette criticità e migliorare le performances del percorso nascita nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari con interventi relativi all'organizzazione del personale, ammodernamento delle strutture e degli impianti.

Nello specifico si propongono le seguenti iniziative da intraprendere:

1. Adozione e utilizzo della "Classificazione di Robson" come parte integrante della cartella clinica:

L'analisi dell'incidenza del taglio cesareo è strettamente correlata con la frequenza delle diverse indicazioni che portano all'esecuzione dell'intervento stesso. È quindi importante definire gruppi di categorie mutuamente esclusivi e totalmente inclusivi, rilevanti da un punto di vista clinico, al fine di rendere possibile una comparazione di risultati di una stessa unità operativa nel tempo o tra più unità operative. La classificazione di Robson risponde a queste caratteristiche. I parti sono suddivisi in 10 categorie usando i principali parametri utilizzati in ostetricia, presenti al momento del parto: presentazione fetale, parità, pregresso TC, numero di feti, travaglio ed età gestazionale (1-4).

La classificazione di Robson riportata nella seguente tabella permette di capire se:

- a) le diverse percentuali di taglio cesareo dipendono dalla diversa composizione della popolazione tra le varie strutture;



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA
 Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

- b) in quale classe si abbia la percentuale maggiore ricorso al T.C. e come questa classe contribuisca al totale dei parti e se ci sono margini e provvedimenti di miglioramento;
 c) permette il confronto fra strutture differenti.

Classe	Descrizione
1	madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo.
2a	madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto.
2b	madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, taglio cesareo TC di elezione ¹ .
3	madri multipare (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo.
4a	madri multipare (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto.
4b	madri multipare (non precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, taglio cesareo TC di elezione ¹ .
5	precedente parto cesareo, feto singolo, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane.
6	madri nullipare, presentazione podalica
7	madri multipare (incluse donne con precedente cesareo), presentazione podalica
8	gravidanze multiple (incluse donne con precedente cesareo)
9	presentazioni anomale (incluse donne con precedente cesareo)
10	nati pretermine (≤ 36 settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse donne con precedente cesareo).

Nello standard assistenziale attuale delle 2 UU.OO.CC. di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico di Bari la classificazione dei tagli cesarei secondo le classi di Robson non è contenuta nella cartella clinica e pertanto la classificazione viene effettuata in sede di revisione e controllo dell'attività di sala parto in un tempo successivo all'evento parto.

L'implementazione della tabella con le classi di Robson nell'interno della cartella clinica permetterà di implementare l'impiego della classificazione nella normale attività clinica e l'inserimento della classificazione nella diagnosi del cesareo e pertanto faciliterà il monitoraggio delle indicazioni e la valutazione della correttezza delle stesse.



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

BIBLIOGRAFIA

- 1) WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
- 2) Betrán AP, Torloni MR, Zhang J, Gülmezoglu AM, for the WHO Working Group on Caesarean Section. Commentary: WHO Statement on caesarean section rates. BJOG. 2016;123(5):667-70
- 3) Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review. 2001;12(1):23-39.
- 4) Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. PLoS ONE. 2011;6(1):e14566.

2. Controllo e verifica dell'accuratezza nella compilazione dei certificati di assistenza al parto (CAP) con inserimento delle classi di Robson:

Il vantaggio di utilizzare la classificazione di Robson è legato anche alla disponibilità di tutte queste informazioni nel Certificato di Assistenza al Parto (CAP) che viene compilato per ogni parto da tutti punti nascita a livello nazionale. A tale scopo è necessario che le variabili inserite nel CAP siano di buona qualità. L'impegno sulla qualità dei dati deve riguardare tutte le variabili del Certificato di Assistenza al Parto la cui compilazione, oltre ad essere un obbligo di legge, rappresenta il punto cardine del sistema di sorveglianza perinatale nazionale.

3. Pianificazioni di Audit settimanali/mensili per il monitoraggio e la sorveglianza delle indicazioni dei tagli cesarei eseguiti sulla base delle classi di Robson e confronto tra tutti i professionisti sulla base dei risultati raggiunti.

Tale azione si prefigge lo scopo di descrivere con maggior precisione le caratteristiche della popolazione ostetrica, individuando le motivazioni e, quindi, le criticità che con maggior frequenza conducono al taglio cesareo e per valutare l'efficacia degli interventi attuati al fine di ridurre i T.C. e confrontare i risultati in periodi diversi temporalmente. Identificazione, a riguardo, di uno/o più Referente Ostetrico e di una Coordinatrice/Referente Ostetrica in grado di motivare il team work e organizzare briefing ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione dei tagli cesarei eseguiti.

4. Monitoraggio settimanale/mensile sulla corretta compilazione delle SDO e controllo puntuale delle SDO con TC inappropriato.

Il lavoro di revisione e controllo delle SDO e CEDAP rappresenta un punto di non secondaria importanza poiché tutte le valutazioni esiti si basano sulla qualità dei dati immessi. Viste la persistenza del non perfetto allineamento tra i dati tra SDO, CEDAP e registro di sala parto ancora riscontrati tra le 2 UU.OO.CC. si focalizzerà l'attenzione dei referenti medici per la qualità su questo aspetto con verifiche settimanali sui casi di taglio cesareo.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

5. Prosecuzione e potenziamento dei corsi di accompagnamento al parto e training prenatale Online già esistenti.

Presso l'Azienda Policlinico di Bari è attivo da circa 2 anni un corso in educazione sanitaria e di orientamento al parto aperta alle gestanti Online con supporto informatico di piattaforma aziendale Webex Cisco. I corsi sono mirati a dare corrette informazioni alle gestanti sulla gravidanza e puerperio e ad orientarle verso il parto spontaneo spiegando i vantaggi del parto per via vaginale rispetto al cesareo. Il corso prevede lezioni teoriche e pratiche da parte di specialisti ostetrico-ginecologi, neonatologi, anestesisti e ostetriche.

6. Riattivazione dopo chiusura COVID dell'ambulatorio per il VBAC (parto vaginale dopo cesareo).

Presso le UU.OO.CC. di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico di Bari, dopo la parentesi COVID, è stato riattivato l'ambulatorio per le gravide precedentemente cesarizzate che desiderano affrontare il parto per via vaginale e per sensibilizzare tutte quelle che hanno remore e paure nel cimentarsi con tale esperienza dopo parto cesareo. Da sempre i direttori delle due UU.OO.CC. di Ginecologia ed Ostetricia hanno spinto in quella direzione. Infatti hanno preso parte ad uno studio a respiro europeo per la riduzione dei tagli cesarei, lo studio Optibirth. Tale studio coinvolgeva un gruppo di operatori, in gran parte ginecologi ed ostetriche, epidemiologi, statistici di diversi paesi europei, che ha coinvolto 8 paesi, 10 sedi universitarie e 15 Maternità in Italia, Irlanda e Germania, paesi del sud Europa con un più basso numero di VBAC, dove sono state reclutate complessivamente circa 2002 donne. In Italia hanno partecipato le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di cinque sedi universitarie (Genova, Torino, Bologna, Napoli e Bari), contando sul sostegno di Opinion leader, nazionali e locali, ginecologi e ostetriche.

Attualmente presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, è in programma uno studio osservazionale dal titolo Partorire dopo un taglio cesareo: follow up dell'impatto sugli operatori a cinque anni dallo studio RCT europeo OptiBIRTH: "Improving the organisation of maternal health service delivery, and optimising childbirth, by increasing vaginal birth after caesarean section (VBAC) through enhanced women-centred care". Lo scopo dello studio è di comprendere se e come sono cambiate le attitudini dei professionisti della salute verso il parto dopo taglio cesareo a 5 anni di distanza dallo studio europeo OptiBIRTH "Improving the organisation of maternal health service delivery, and optimising childbirth, by increasing vaginal birth after caesarean section (VBAC) through enhanced women-centred care". Si tratta di uno studio osservazionale, che si svolgerà presso i 5 Centri Sperimentali italiani precedentemente coinvolti nello studio OptiBIRTH, e che si propone di studiare le correlazioni tra gli esiti e i cambiamenti culturali, clinici ed educativi sugli operatori. Lo studio prevede infine di indagare se e come le varie fasi della pandemia da Sars Cov-2 hanno impattato questi cambiamenti, e con quali eventuali conseguenze.

7. Verifica e aggiornamento dei protocolli di induzione del travaglio di parto:

Tali iniziative sono mirate a migliorare la valutazione e selezione delle donne da sottoporre a induzione del travaglio di parto (ITP), anche mediante calcolo multifattoriale personalizzato per stimare la percentuale di successo dell'induzione, migliore definizione e management della



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALEPOLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

“fallita induzione “ con possibilità di una maggiore attesa e una gestione più attiva. Sulla base di verifiche interne abbiamo notato un aumento delle induzioni in epoche precoci e prima della 39 settimane, anche per patologie in cui non è strettamente indicata e partendo da una condizione ostetrica sfavorevole. Questo incremento delle induzioni precoci è probabilmente correlabile ai risultati di un noto studio americano (trials multicentrico “Arrive”, N Engl J Med 2018) in cui l’induzione a 39 settimane in gravide a basso rischio sembrerebbe ridurre TC, sia pur in modo non statisticamente significativo, la mortalità perinatale e le complicanze ostetriche. Gli stessi risultati sono stati però oggetto di critiche, in considerazione dell’alta prevalenza di obesità (circa il 50%) e di altre complicanze nelle donne americane arruolate e per l’eccessiva medicalizzazione non necessaria. Anche l’analisi ad interim dei nostri dati non sembra confermare i vantaggi una larga implementazione della ITP precoce e ci proponiamo di rivedere i protocolli di IOTP alla luce delle recenti Linee Guida proposte dall’AOGOI sull’induzione di travaglio e di seguito riassunte, che potrebbero ridurre la percentuale di fallimento dell’induzione, migliorando la selezione e il timing delle gestanti da indurre e individuando le motivazioni e, quindi, le criticità che con maggior frequenza conducono al taglio cesareo. Al momento, nel periodo gestazionale tra 39 settimane e 0 giorni e 40 settimane e 6 giorni, il ricorso all’ITP resta controverso, soprattutto per le nullipare, per le quali, in caso di induzione senza indicazioni mediche, i benefici materno-fetali del ricorso all’ITP restano incerti. A riguardo della nostra esperienza, nello specifico, al fine di una corretta valutazione sull’efficacia prima di diffondere la procedura dell’induzione come metodo per ridurre il numero di tagli cesarei, è necessaria un’azione conoscitiva precisa sul tasso di insuccesso dell’ITP, l’adozione di un protocollo standard per l’induzione condiviso, sull’impiego della partoanalgesia, sulla definizione di distocia e di anomalie del battito, nonché analizzare, sempre e comunque, magari con lo strumento dell’audit clinico, ogni singolo fallimento dell’induzione.

Allegato: Sintesi Linee Guida Aogoi-Sigo 2022 su Induzione del travaglio di parto

L’ITP è un intervento medico messo in atto al fine di interrompere l’evoluzione della gravidanza. L’obiettivo primario è riuscire ad ottenere un travaglio attivo in condizioni di benessere fetale e materno. • Si consiglia di discutere i casi di fallimento dell’induzione e i casi che hanno comportato un esito avverso materno/neonatale all’interno del reparto.

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

- La donna deve essere informata sull’indicazione all’induzione, sul metodo di induzione e sui rischi della procedura. Il counselling e il consenso informato devono essere documentati in cartella. Le scelte della donna devono essere considerate parte integrante nel processo assistenziale.

ELEMENTI CHE CONDIZIONANO IL SUCCESSO/INSUCCESSO DELL’INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

- Per la valutazione clinica prima e durante un’ITP è raccomandato l’utilizzo dell’indice di Bishop.
- L’utilizzo routinario dell’ecografia trans-vaginale per valutare il grado di maturazione cervicale non è raccomandato.



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

FALLIMENTO DELL'INDUZIONE

- Si ritiene ragionevole definire l'induzione fallita qualora non si riesca a raggiungere una fase attiva del travaglio, intesa come attività contrattile efficace e regolare (2-4 contrazioni/10 min) con collo riaccurciato di almeno l'80% e con progressiva dilatazione dai 5 cm, dopo almeno 15 ore di infusione ossitocica e membrane rotte (spontaneamente o amniorexi).
- Qualora la donna rifiuti un ulteriore ciclo di maturazione cervicale o la prosecuzione dell'induzione con ossitocina, l'eventuale ricorso al taglio cesareo non è per "fallita induzione" ma per "rifiuto di proseguire o completare la procedura di induzione".

INDUZIONE ELETTIVA A 39 SETTIMANE NELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO

Non ci sono evidenze sufficienti per raccomandare l'induzione elettiva alla 39a settimana in assenza di comorbidità.

Gravidanza Post-termine e Prevenzione della Gravidanza protratta:

- Si ritiene opportuno offrire l'induzione al travaglio di parto a tutte le donne tra 41+0 e 42+0 settimane.

Rottura prematura delle membrane a termine (PROM ≥ 37 settimane di amenorrea):

- In caso di assenza di travaglio spontaneo e tampone vagino rettale negativo per SGB, dopo adeguato counselling e con adeguata profilassi antibiotica, sia la condotta di attesa che l'induzione immediata sono opzioni accettabili. Qualora, dopo adeguato counseling sui rischi di una PROM prolungata, la scelta verta su una gestione di attesa, un periodo di 12-24 h è ragionevole quando le condizioni cliniche materne e fetali sono rassicuranti.
- In caso di assenza di travaglio spontaneo e tampone vagino-rettale positivo per SGB, si raccomanda l'induzione immediata del travaglio.
- In caso di assenza di travaglio spontaneo e tampone vagino rettale sconosciuto, valutare eventuali fattori di rischio (febbre $>38^{\circ}\text{C}$; PROM >18 ore, colonizzazione materna da SGB nella precedente gravidanza, precedente neonato affetto da malattia da SGB ad esordio precoce o tardivo e urinocoltura positiva per SGB) che possano fare considerare la donna come potenzialmente positiva. In assenza di fattori di rischio e di segni evidenti di infezione o di compromissione fetale considerare la donna come negativa e comportarsi come raccomandato in precedenza.

Rottura prematura delle membrane pretermine:

Tra 34+0 e 36+6 settimane, in assenza di segni evidenti di infezione o di compromissione fetale, una condotta di attesa con sorveglianza del benessere materno e fetale dovrebbe essere perseguita, dopo adeguato counseling con la donna, salvo che la donna non desideri diversamente. In caso di condotta di attesa il parto non deve essere ritardato oltre le 37 settimane di gestazione.

- In caso di tamponi vagino-rettali positivi per SGB nell'attuale o precedente gravidanza le donne potrebbero beneficiare di un'induzione immediata del parto



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

Disordini Ipertensivi

Si dovrebbe pianificare il parto sulla base dell'epoca gestazionale e delle condizioni materno-fetali secondo il seguente schema:

- ipertensione gestazionale o preeclampsia senza caratteristiche di severità diagnosticata de novo a 37 settimane o oltre di gestazione è raccomandato l'espletamento del parto piuttosto che la gestione di attesa;
- ipertensione gestazionale o preeclampsia senza caratteristiche di severità, in gravidanza in epoca pretermine è appropriata una continua osservazione sino al raggiungimento delle 37 settimane di gestazione;
- in caso di ipertensione gestazionale con pressione arteriosa ben controllata e monitoraggio fetale normale, se la donna lo desidera, dopo adeguato counselling, il parto può essere ritardato fino alle 39 settimane compiute; ipertensione gestazionale o preeclampsia senza caratteristiche di severità l'approccio dovrebbe essere conservativo, pianificando il parto al raggiungimento delle 37 settimane e indirizzando la donna ad un centro di riferimento per la medicina materno-fetale;
- preeclampsia a un'epoca gestazionale in cui il feto non è vitale, si raccomanda di eseguire counselling accurato alla donna che contempli l'eventuale possibilità di dover espletare il parto prima di aver raggiunto un'epoca gestazionale compatibile con la vitalità del feto se la madre va incontro a un rischio di vita o di gravi complicanze;
- preeclampsia con caratteristiche di severità < 34 settimane di gestazione, con condizioni materne e fetali stabili, è possibile considerare la condotta di attesa che deve essere personalizzata. La pianificazione del parto è necessaria in caso di comparsa di una o più delle seguenti complicazioni: Incapacità di controllare la pressione arteriosa materna nonostante l'utilizzo di tre o più classi di antiipertensivi in dosi appropriate; deterioramento progressivo delle funzioni epatiche o renali, evidenza di emolisi o diminuzione significativa della conta piastrinica; alterazioni neurologiche in atto come cefalea grave intrattabile, ripetuti scotomi visivi o eclampsia; distacco intempestivo di placenta; edema polmonare e/o ossimetria pulsata materna che dimostri una SatO₂ <90° percentile; restrizione della crescita fetale con alterazione del Doppler o CTG;
- ipertensione cronica le indicazioni per il parto sono simili a quelle della preeclampsia; in assenza di tali indicazioni, si può programmare il parto a 39 settimane; • dopo attacco eclamptico è raccomandato procedere sempre, dopo stabilizzazione materna, all'espletamento del parto, secondo la via più indicata, anche in caso di una apparente totale miglioramento delle condizioni materno fetali.

Restrizione della Crescita Fetale (FGR)/SGA

- Al fine di stabilire timing e modalità del parto è raccomandata la valutazione delle curve di crescita e del Doppler per l'inquadramento e la diagnosi differenziale dei feti SGA/FGR.
- L'induzione del travaglio è raccomandabile in sicurezza in caso di feto SGA e anche per i feti con FGR tardivo con doppler ombelicale normale.
- Vi è indicazione all'espletamento del parto mediante taglio cesareo in caso di FGR con alterazioni gravi (AREDV) del doppler ombelicale.



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

- In caso di SGA l'induzione del travaglio è raccomandata da 38 a 40 settimane, mentre per i casi di FGR con doppler regolare è ritenuto accettabile un'induzione a partire dalle 37 settimane.
- Rispetto alla modalità di induzione non vi sono dati conclusivi. I dati attualmente a disposizione consentono di raccomandare preferenzialmente l'utilizzo dei metodi meccanici o del Misoprostolo rispetto al Dinoprostone

Colestasi Gravidica

- Induzione tra le 35 e le 36 settimane di gestazione nel caso di valori di acidi biliari ≥ 100 micromoli/L.
- Induzione tra 37 e 38 settimane di gestazione per valori di acidi biliari tra 40 e 99 micromoli/L. Induzione a 39 settimane di gestazione per valori di acidi biliari Oligoamnios - Polidramnios.
- Ricercare sempre la causa del poliamnios e dell'oligoamnios e agire di conseguenza. Induzione e attesa dipenderanno dalla causa stessa.
- La posizione degli scriventi è che in caso di poliamnios idiopatico non severo sia la condotta di attesa che l'induzione sono scelte possibili. Se si decide per l'induzione, la stessa può essere effettuata a 39+0-39+6 settimane di gestazione, o prima se i sintomi materni diventano non tollerabili.
- L'amnioriduzione assume un senso nella gestione conservativa del poliamnios ad epoche gestazionali non avanzate. Viceversa non vi è alcuna ragione per effettuare un'amnioriduzione prima dell'induzione.
- In caso di oligoamnios idiopatico, i dati disponibili in letteratura non consentono di scegliere se procedere a induzione del travaglio o attendere, per cui entrambe le opzioni sono valide e vanno attentamente discusse con la donna.

Diabete

- Nelle gravidanze con diabete pregravidico (tipo 1 e tipo 2) ben compensato è raccomandato offrire l'ITP tra 39+0 e 39+6 settimane.
- Nelle gravidanze con diabete pregravidico complicato* o non compensato** è raccomandato offrire l'ITP tra 37 e 38 settimane o secondo necessità anche prima.
- Nelle gravidanze con diabete gestazionale in trattamento dietetico ben compensato è raccomandato offrire l'ITP non prima delle 39 settimane e non oltre le 41 settimane.
- Nelle gravidanze con diabete gestazionale in trattamento insulinico ben compensato è raccomandato offrire l'ITP tra 39 e 40 settimane.
- Nelle gravidanze con diabete gestazionale in trattamento insulinico non compensato** è raccomandato offrire l'ITP personalizzando, dopo la discussione collegiale del caso. * Complicato: vasculopatia, nefropatia, pregressa MEF ** Non compensato: scarso controllo glicemico, polidramnios, peso stimato $>95^{\circ}$ centile

Eccessiva Crescita Fetale

- Le evidenze attuali non sono sufficienti per fare un bilancio rischio/beneficio dell'ITP in casi di sospetta eccessiva crescita fetale. Alla luce di ciò, consigliamo di discutere attentamente con la



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

donna i pro e i contro dell'ITP rispetto alla condotta di attesa, al fine di giungere a una decisione condivisa. • Qualora si decidesse di procedere a induzione è preferibile non effettuarla prima delle 39+0 settimane.

Gravidanza Gemellare

Se la gravidanza multipla non è complicata e la datazione ecografica è corretta, per ridurre il rischio di esito neonatale avverso severo, l'induzione al parto è indicata come di seguito:

- gravidanza BCBA è raccomandato il parto elettivo (ITP o TC se indicato) da 37+0 a 37+6 settimane di gestazione;
- gravidanza MCBA è raccomandato il parto elettivo (ITP o TC se indicato) da 36+0 a 37+0 settimane di gestazione; gravidanza MCMA è raccomandato il taglio cesareo da 32+0 a 33+6 settimane di gestazione;
- gravidanza trigemina è raccomandato il taglio cesareo da 34+0 a 35+0 settimane di gestazione.

Controindicazioni all'ITP •

Le controindicazioni all'induzione coincidono con quelle in cui è controindicato il parto vaginale.

METODI PER L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO

Prostaglandine

- L'utilizzo di PGE2 (Dinoprostone) è sicuro ed efficace, anche in caso di rottura prematura delle membrane e di gravidanza gemellare.
- Il dispositivo a rilascio controllato di Dinoprostone presenta il vantaggio di poter essere rimosso agevolmente laddove insorga il travaglio di parto o dove si manifestino ipertono o tachisistolia o altri eventi avversi.
- In caso di utilizzo di prostaglandine, insieme al controllo CTG, porre l'enfasi diagnostica sulla presenza o meno dell'attività contrattile che guiderà la necessità e le tempistiche di esecuzione del monitoraggio cardiocografico.
- Si raccomanda un intervallo di somministrazione di almeno 6 ore nel caso in cui si ritenga necessario l'uso di ossitocina dopo la somministrazione di dinoprostone.
- Rispetto alle altre classi di prostaglandine il misoprostolo mostra un'efficacia superiore. • Se dopo la somministrazione di misoprostolo si decide di somministrare ossitocina è bene attendere almeno 4 ore prima di cominciare la perfusione ossitocica.
- La tempistica del monitoraggio cardiocografico durante l'induzione con Misoprostolo può essere regolata dalla valutazione della risposta contrattile del viscere uterino. Non è richiesto sempre un monitoraggio continuo, a meno che la donna non sia in travaglio di parto.

Ossitocina

- In casi di IB favorevole (IB>6), per l'ITP si raccomanda di somministrare l'ossitocina seguendo schemi di provata efficacia. La scelta tra regime ad "alte dosi" o a "basse dosi" dovrebbe essere



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

contestualizzata e individualizzata, prediligendo il regime "a basse dosi" per la minor incidenza di tachisistolia.

- È raccomandato il monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale (FCF) e dell'attività contrattile uterina in corso di infusione con OT.
- L'OT, in considerazione dei potenziali effetti avversi conseguenti al non controllo adeguato della velocità di infusione, dovrebbe essere somministrata utilizzando pompe di infusione che permettano un preciso controllo del flusso-minuto.
- L'infusione di OT non deve essere necessariamente protratta fino all'espletamento del parto, ma dovrebbe essere sospesa una volta insorta la fase attiva del travaglio.
- L'OT può essere utilizzata con cautela in caso di pregresso TC e sotto stretta sorveglianza del benessere materno-fetale per l'incremento del rischio di rottura uterina, non superando la dose di 20 mU/min.

INDUZIONE AL TRAVAGLIO DI PARTO

Metodi meccanici

- I metodi meccanici considerati nel loro complesso, nei casi con IB sfavorevole possono essere utilizzati in alternativa alle PG per la maturazione cervicale.
- Si consiglia di offrire lo scollamento delle membrane amniotiche tra la 40+0 e la 41+0 settimane nelle nullipare e alla 41+0 settimane nelle multipare.
- In casi di pregresso TC con IB sfavorevole i metodi meccanici possono essere utilizzati per la maturazione cervicale.
- Attualmente non vi sono evidenze sufficienti per considerare l'amnioressi come metodo elettivo di induzione.

RISCHI ASSOCIATI ALL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

- L'equipe dell'area travaglio/parto dovrebbe avere a disposizione una procedura codificata per la gestione della tachisistolia/ipertono in corso di ITP.
- Per l'aumentato rischio di rottura d'utero, particolare attenzione e cautela dovrebbero essere dedicate alle ITP in caso di pregresso TC. L'equipe dell'area travaglio/parto dovrebbe essere preparata e avere a disposizione una procedura codificata per la gestione della rottura d'utero in corso di travaglio in donna precesarizzata.

REQUISITI CLINICI, LOGISTICI E ORGANIZZATIVI

- L'organizzazione di un piano di assistenza per l'induzione del travaglio di parto deve tenere conto dei bisogni e della situazione clinica della persona assistita e delle risorse/vincoli presenti nella singola struttura nella quale avviene il parto.
- È raccomandato compilare in modo corretto e completo la cartella al fine di consentire la comprensione del caso clinico e del progetto assistenziale.



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

SORVEGLIANZA MATERNO FETALE DURANTE L'INDUZIONE

- È raccomandato procedere con un monitoraggio CTG per 20-40 minuti prima dell'induzione (fino al raggiungimento della reattività fetale) e per un tempo che dovrà essere stabilito dai protocolli locali di ogni centro.
- La rivalutazione dell'IB andrebbe effettuata dopo 6 ore in caso di PG vaginali, dopo 24 ore in caso di applicazione di dispositivo a lento rilascio di PG e dopo 12-24 ore in caso di metodi meccanici con catetere transcervicale, a meno che non compaia attività contrattile.
- I parametri vitali materni dovrebbero essere monitorati e registrati a intervalli regolari secondo schemi prestabiliti.
- È raccomandato il monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina in corso di infusione con OT.

ASSISTENZA NEI CASI DI RIFIUTO DELL'INDUZIONE

- È necessario discutere con la donna e documentare in modo chiaro i rischi materno-fetali che una condotta di attesa può comportare nella specifica situazione.
- È necessario concordare con la donna un piano di sorveglianza del benessere materno-fetale in relazione alla specifica situazione clinica.

ASSISTENZA NEI CASI DI RINVIO DELL'INDUZIONE

- Nelle donne con gravidanza a termine che decidono o in cui si decida di rimandare l'induzione, dovrebbe essere offerto il monitoraggio cardiotocografico e la valutazione del liquido amniotico bisettimanale dopo le 41 settimane.
- La modalità di monitoraggio del benessere materno e fetale va personalizzata sulla base dell'indicazione all'induzione e deve essere chiaramente documentata sulla cartella clinica della donna.
- Qualora la paziente desideri proseguire il monitoraggio della gravidanza oltre il termine (oltre 42 settimane), ella dovrebbe essere edotta che l'incidenza della mortalità fetale è aumentata. Tuttavia, il rischio stimato è relativamente basso. Per tale motivo può essere assecondato tale desiderio, programmando un adeguato profilo di monitoraggio.

8. **Formazione professionale nell'ambito della Scuola di specializzazione, insegnamento di competenze cliniche-strumentali nell'ambito delle attività di Sala Parto.**
9. **Attività di aggiornamento del personale medico e sanitario con seminari e corsi di aggiornamento.**



REGIONE PUGLIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
 Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
 GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

TABELLA RIASSUNTIVA DEI PRINCIPALI PROVVEDIMENTI PER LA RIDUZIONE TAGLI CESAREI

- Monitoraggio mensile degli outcomes ostetrici
- Miglioramento del *teamwork* (lavoro di equipe)
- *Briefing* ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato
- Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiotocografici
- *Training* ostetrico periodico sulle *skills* tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi
- Revisione dei protocolli clinici
- Introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente pre cesarizzata
- Introduzione di un nuovo partogramma con curve cervimetriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi e delle classi di Robson in cartella
- Implementazione di una nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla cosiddetta
- "gestione omnicomprensiva" del travaglio

Bibliografia:

- World Health Organization. Appropriate technology for birth. The Lancet 1985; 326 (8452): 436-7
- Linea Guida 22 ISS: "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole." (seconda parte) 2012
- NICE Clinical Guidelines: Cesarean section. 2011
- Berghella V et al: Use and misuse of the term "elective" in obstetrics. Obstet Gynecol 2011;117(2); 372-376
- Spong C Y et al from The NICHD, SMFM ACOG: Preventing the first cesarean delivery. Obstet Gynecol 2012; 120 (5); 1181-1193
- Management of monochorionic twin pregnancy. RCOG Green-top Guideline No. 51
- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole Seconda parte (ISS) gennaio 2012
- Multiple pregnancy: the management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period NHS Settembre 2011
- SOGC Consensus Statement : " Management og Twin Pregnancies " No 91, 2000
- South Australian Perinatal Practice Guidelines " Department of Health, Governement of South Australia 2012
- ACOG Practice Bulletin No 56, October 2004



REGIONE PUGLIA
AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE POLICLINICO CONSORZIALE
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI

UNITA' OPERATIVE
GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Tel. 080 5592045 Fax 080 5478928

- National Guideline Clearinghouse " Multiple gestation: complicated twin,triplet and highorder multifetal pregnancy" , 2009
- WHO recommendation for induction of labour
- Programma Nazionale Esiti 2022
- Linee Guida Fondazione Confalonieri Ragonesi, SIGO, AOGOI, AGUI. Induzione al travaglio di parto.

Il Direttore
2^a U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia
Prof. Edoardo Di Naro



Il Direttore
1^a U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia
Prof. Ettore Cicinelli