

INDICAZIONI E PROCEDURE PER IVG

INDICAZIONI E PROCEDURE PER IVG

INDICE

1. Premessa
2. Raccomandazioni per il percorso organizzativo
3. La visita post I.V.G. e la contraccezione
4. Metodi abortivi
5. Servizio I.V.G. GOM "B.M.M." di Reggio Calabria

6. Bibliografia

7. Allegati:
 - ✓ Certificati
 - ✓ Consenso informato all'interruzione di gravidanza
 - ✓ Informazioni alle gestanti che accedono
 - ✓ Scheda di sintesi

1. PREMESSA

L'interruzione volontaria di gravidanza I.V.G. è regolata dalla legge n°194 del 1978. Il luogo istituzionale di applicazione della legge è il Consultorio Familiare mentre l'Ospedale è il luogo istituzionale per l'esecuzione dell'intervento. La legge istitutiva dei Consultori familiari 405/75 assegna un ruolo centrale e strategico ai consultori nella promozione e tutela della salute della donna su obiettivi prioritari quali, tra gli altri, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG). La complessità del comportamento sessuale individuale e della corretta applicazione dei metodi contraccettivi implicano che una parte di gravidanze indesiderate sia inevitabile: l'IVG rimane pertanto una necessità assistenziale che deve essere garantita dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nel territorio di nostra competenza, purtroppo, la connessione tra Consultorio e Ospedale non è ben strutturata come, invece, sarebbe auspicabile per la corretta applicazione della Legge. Ci si augura che in tempi brevi, grazie anche alla nuova razionalizzazione delle strutture sanitarie presenti sul territorio, si giunga ad una realizzazione di modalità operative dei Servizi Consultoriali e Ospedalieri più efficaci.

2. RACCOMANDAZIONI PER IL PERCORSO ORGANIZZATIVO

Alla luce di quanto sopra premesso, pertanto, si ritiene indispensabile:

- La presa in carico della donna da parte della struttura consultoriale (o di eventuali strutture particolarmente dedicate come i consultori giovani) in quanto referente principale di tutte le azioni di tipo socio sanitario previste dal percorso sul territorio;

- La presenza in ogni sede consultoriale e ospedaliera di personale non obiettore che permetta la completa applicazione della legge 194/78.
- La gratuità delle prestazioni richieste.
- La creazione di protocolli operativi interservizi, preferibilmente interni alle A.S.L., per la rapida attivazione delle figure professionali non presenti nella dotazione dell'equipe consultoriale (es. psicologo, assistente sociale, educatore professionale).
- Il coordinamento rapido e facilitato tra gli operatori con integrazione tra le diverse competenze professionali
- La competenza territoriale unica nel caso di minore residente in altro luogo (nel caso in cui nell'equipe di consultorio non sia presente l'assistente sociale o l'educatore professionale è necessario concordare con il servizio sociale la competenza territoriale della presa in carico).
- Il raccordo tra i consultori e le strutture autorizzate all'intervento.
- La produzione e diffusione alla popolazione di materiale informativo sul percorso offerto dalle strutture pubbliche.

La relazione utente/operatori nel percorso assistenziale

Va ribadita l'importanza dell'accoglienza e del primo colloquio. Dopo aver ascoltato le motivazioni alla base della richiesta e averle valutate insieme alla donna/coppia va accertata la volontà di ricorrere all'IVG. A tale scopo è preliminarmente necessario che il Servizio Sociale Ospedaliero effettui i colloqui/consulenze necessari al supporto delle pazienti richiedenti IVG. In sede di colloquio gli operatori del Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) avranno modo di realizzare un percorso di sostegno alla donna sia prima della decisione (illustrando ed informando sulle possibili soluzioni alternative e sui percorsi amministrativi e clinici previsti dalla legge), sia dopo l'intervento, per l'elaborazione dell'accaduto e le possibilità di prevenzione e sostegno sociale: sarà quindi redatta a cura del SSO una scheda/relazione per ogni donna, scheda che verrà inviata al reparto di competenza.

La relazione tra operatori e utente deve essere improntata in tutte le sue fasi ad una logica di:

• **aiuto/sostegno**

- *alla scelta* nel proseguimento o meno della gravidanza e, nel caso di minori, anche nella comunicazione o meno ai genitori

- *alla gestione* delle fasi del percorso assistenziale, delle emozioni suscitate nella donna dall'evento, delle dinamiche relazionali tra la donna e gli altri soggetti coinvolti (partner, genitori in caso di minori, ecc.).

• **trasparenza**

- *nel percorso*, con un aggiornamento puntuale sulle azioni da seguire

- *nella tempistica*, con la definizione precisa dei tempi delle varie fasi del percorso

Nel caso di minori è fondamentale l'identificazione, da parte dell'equipe consultoriale, di un *tutor* che segua tutti i passaggi del percorso assistenziale e che rappresenti un punto di riferimento non esclusivo, ma facilitante per la minore.

L'equipe del consultorio deve avere rapido accesso all'ausilio di mediatori culturali per consentire alle donne straniere, qualora la situazione lo richieda, la facilitazione della relazione.

La presa in carico

Nel Consultorio la donna deve sempre essere presa in carico: qualunque operatore riceva la richiesta (telefonica o diretta) deve fissare nel più breve tempo possibile - non oltre 3 giorni per i consultori con apertura quotidiana e comunque non oltre 7 giorni per tutti - un appuntamento per il colloquio di accoglienza e l'eventuale rilascio della documentazione necessaria (documento o certificazione),

ricordando alla donna che dovrà presentarsi con l'esito scritto del test di gravidanza . Deve rimanere documentazione scritta del colloquio di accoglienza.

In occasione del primo appuntamento verrà rilasciata la documentazione necessaria.

Sarebbe auspicabile che ogni singola A.S.L., come previsto dalla normativa per la distribuzione diretta dei farmaci, mettesse a disposizione delle strutture consultoriali i kit per l'esecuzione dei test immunologici di gravidanza.

Anche le donne straniere devono essere accolte in ogni consultorio seguendo l'iter suddetto.

Qualora non siano in possesso della tessera sanitaria o di altra assicurazione o del codice STP (straniero temporaneamente presente) vanno indirizzate agli uffici ISI competenti per territorio, ove presenti; la singola A.S.L. deve comunque permettere l'accesso alla prestazione. Sarebbe auspicabile che gli uffici ISI autorizzassero gli operatori dei consultori al rilascio di codici STP .

Il percorso assistenziale in consultorio

Lo sviluppo temporale del percorso è strettamente correlato all'epoca gestazionale e ai termini previsti dalla legge (90 giorni) per eseguire l'intervento. Le azioni previste dal percorso devono tener conto delle esigenze organizzative della donna e si devono, di norma, svolgere nella sede consultoriale.

3.LA VISITA POST IVG E LA CONTRACCEZIONE

Le donne che hanno affrontato un aborto sono a rischio di un'altra gravidanza indesiderata.

Il ricorso ai metodi contraccettivi, inclusa la contraccezione d'emergenza, per la prevenzione di gravidanze indesiderate, deve essere facilitato. Vanno individuate le eventuali resistenze all'utilizzo dei contraccettivi ed attivate procedure per il loro superamento.

La scelta contraccettiva post aborto

Ogni donna deve essere informata che la ripresa dell'ovulazione dopo l'I.V.G. può avvenire precocemente, anche prima che compaia il ciclo successivo.

In generale, l'età anagrafica non costituisce ragione medica per negare un metodo contraccettivo all'adolescente. Per ciascun metodo vanno fornite informazioni dettagliate, vanno valutate le precedenti scelte contraccettive e le motivazioni che ne hanno portato al fallimento.

Quando sussiste il rischio di trasmissione di Infezioni Sessualmente Trasmesse, deve essere fortemente raccomandato l'uso del profilattico da solo o in associazione ad un altro sistema contraccettivo (la cosiddetta "doppia protezione").

Particolare attenzione deve essere posta ai successivi appuntamenti in consultorio per il monitoraggio del metodo scelto al fine di valutare l'adesione alla scelta contraccettiva, il grado di soddisfazione, eventuali problemi ed effetti collaterali o le mutate esigenze della donna.

4. METODI ABORTIVI

Fino a qualche tempo fa, l'unico metodo abortivo utilizzato in Italia è stato quello chirurgico, con lo svuotamento dell'utero in anestesia generale (dilatazione strumentale del collo dell'utero con isterosuzione e/o raschiamento). Esso di norma viene eseguito dopo la 7^a settimana.

In alternativa è possibile interrompere la gravidanza con metodi farmacologici.

In condizioni ottimali l'IVG, comunque eseguita, è una pratica medica a basso rischio di complicanze.

Per le IVG precoci, prima della 7^a settimana (< 49 gg) il poter ricorrere a metodi farmacologici eviterebbe la dilatazione strumentale del collo dell'utero, necessaria per effettuare l'aborto chirurgicamente, che, se eseguita precocemente, comporta maggiori complicazioni.

Grazie alla precocità dei test di gravidanza in commercio, un numero crescente di donne scopre subito la propria gravidanza, già nei giorni del mancato flusso mestruale. Ciò permette di proporre alle donne il protocollo clinico "IVG con mifepristone (RU486) e misoprostol", con l'intenzione di offrire un'opportunità in più alle donne che possono ed intendono avvalersene.

E' una metodica semplice, ormai diffusa in tutto il mondo, con milioni di casi.

Deve però essere ben compresa dalla donna perché necessita di una sua collaborazione attiva, per cui occorre dissuadere quelle donne che abbiano difficoltà a capire il trattamento o che siano eccessivamente spaventate dallo sviluppo della sintomatologia che accompagna l'aborto (emorragie, dolori, nausea...).

L'ABORTO CHIRURGICO

Esso comporta la dilatazione strumentale del collo dell'utero, la successiva isterosuzione e il completamento della revisione della cavità uterina con curettage in anestesia generale.

L'intervento è preceduto dall'applicazione di prostaglandine per via vaginale.

Solitamente non lo si esegue prima della 7^a settimana per ridurre il rischio di complicazioni (aborti incompleti, sinechie, perforazioni, lacerazioni cervicali...).

L'ABORTO FARMACOLOGICO

L'aborto medico è considerato dall'OMS un metodo idoneo e sicuro per interrompere le gravidanze fino alla 9^a settimana (< 63 gg) di amenorrea, mentre, dopo la 9^a settimana aumentano l'incidenza di aborti incompleti, gli effetti collaterali e le complicazioni.

SE SI CAMBIA IDEA O SE LA GRAVIDANZA PROSEGUE

La donna può interrompere in qualsiasi momento il trattamento farmacologico, potendo decidere di proseguire la gravidanza o di abortire in un altro modo.

Se si sospende il trattamento dopo l'assunzione del primo farmaco (mifepristone) e la gravidanza prosegue, non vi sono rischi aggiuntivi di malformazioni e in pochi giorni il rischio di aborto diventa quello normale. Se invece la gravidanza prosegue, dopo l'assunzione del secondo farmaco (misoprostol), vi è una probabilità aggiuntiva di malformazioni alla nascita. Se viene confermata la scelta di abortire, o vi fosse una nuova richiesta, si proporrebbe l'aborto chirurgico.

EFFETTI COLLATERALI

Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale un po' più forti durante il periodo in cui avverrà l'espulsione del feto.

Come antidolorifici possono essere somministrati il paracetamolo, il paracetamolo+codeina o il ketorolac.

Mal di testa che si può verificare nel 2-30% dei casi.

Nausea nel 40-60% dei casi e **vomito** nel 20% dei casi.

Diarrea nel 10-20% dei casi, che però è transitoria.

Stato di debolezza nel 10% dei casi

Un **rialzo febbrile** che, in ogni caso, fino a 38° C è ritenuto normale.

Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto e ad eccezione del dolore per gli altri sintomi, normalmente non è necessario alcun trattamento.

Perdite di sangue possono persistere per una media di 8-9 giorni e, a volte, in forma ridotta per più tempo.

COMPLICANZE MAGGIORI.

In rari casi è possibile che il sanguinamento uterino nel momento dell'espulsione del prodotto abortivo sia tale da determinare un quadro di shock ipovolemico, che sarà trattato come di consueto con misure intensive di ripristino del circolo.

SERVIZIO I.V.G. GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "B.M.M." DI REGGIO CALABRIA

Presso l'U.O. del GOM "B.M.M." di Reggio Calabria si effettua l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (I.V.G.) con un percorso dedicato. L'intervento viene effettuato in day surgery e, nella maggioranza dei casi, in anestesia generale.

La day surgery è un ricovero giornaliero, limitato alle sole ore della giornata, dalle ore 7.30 alle ore 14.00, dedicato a interventi chirurgici programmati.

Il percorso avviene in tre tappe: inquadramento, durante il quale viene fatta una prima valutazione dell'idoneità della paziente all' I.V.G., la visita anestesiológica e la giornata dell'intervento vero e proprio.

È indispensabile, ai fini di una corretta riuscita dell'intervento, seguire attentamente le istruzioni.

Iniziare il percorso

Si accede alla giornata di inquadramento il martedì previa prenotazione (effettuata il martedì o il giovedì dalle

ore 09.00 alle ore 13.00). Recarsi al D.H. al V piano degli Ospedali Riuniti al Reparto Ginecologia.

Si accetta un numero limitato di pazienti al giorno: sarà inderogabilmente rispettata la sequenza del numero di arrivo.

Documenti necessari

- certificato del consultorio, o medico di base, o del ginecologo di fiducia, per richiesta di I.V.G. ed ecografia.
- eventuale documentazione clinica precedente, anche riferita ad altre patologie, incluse lettere di dimissione per precedenti ricoveri

- carta d'identità o altro documento di riconoscimento
- tessera di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (Carta Regionale dei Servizi o tessera sanitaria e codice fiscale)

Le pazienti non italiane appartenenti alla comunità europea devono presentare la tessera sanitaria europea (TEAM) o il Modello E112; le pazienti dei Paesi extracomunitari devono presentare la tessera sanitaria o la polizza assicurativa e l'eventuale permesso di soggiorno. Le pazienti minorenni dovranno essere accompagnate almeno da un genitore. Il genitore assente dovrà fornire apposito certificato di delega necessario per la firma del modulo di consenso.

Nel caso i genitori siano separati occorre l'assenso di entrambi. Le pazienti con l'autorizzazione del tribunale possono non essere accompagnate dai genitori, si consiglia comunque di presentarsi con un accompagnatore maggiorenne. E' necessario mostrare l'autorizzazione del tribunale nel corso della visita di inquadramento.

Nota importante per le pazienti minorenni

Le pazienti minorenni dovranno essere accompagnate almeno da un genitore. Il genitore assente dovrà fornire apposito certificato di delega necessario per la firma del modulo di consenso e gli allegati.

Nel caso i genitori siano separati occorre l'assenso di entrambi. Le pazienti con l'autorizzazione del tribunale possono non essere accompagnate dai genitori, si consiglia comunque di presentarsi con un accompagnatore maggiorenne. E' necessario mostrare l'autorizzazione del tribunale nel corso della visita di inquadramento.

Inquadramento

Dopo l'accettazione l'infermiera di turno provvederà ad organizzare il percorso dedicato.

In questo primo accesso verranno effettuati gli esami e le visite necessarie per valutare eventuali problematiche correlate all'intervento chirurgico (es.: visita ginecologica, ecografia, esami ematochimici). Le procedure potrebbero protrarsi sino alle ore 14.00. Su richiesta della paziente al termine delle procedure, potrà essere rilasciato un certificato giustificativo per l'eventuale assenza dal lavoro, che garantisce, comunque, la riservatezza sul motivo della presenza in ospedale.

Preparazione all'intervento

Nella fase pre-operatoria le pazienti devono:

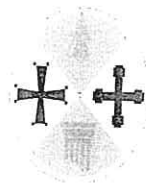
seguire attentamente le indicazioni fornite dal chirurgo specialista per l'assunzione di aspirina, antiaggreganti o antinfiammatori.

Il giorno prima dell'intervento occorre:

- fare la doccia
- consumare una cena leggera
- evitare di assumere cibi solidi dopo la cena
- non bere e astenersi dal fumo dalle ore 24.00

La mattina dell'intervento:

se la paziente segue terapie mediche, in particolare con antipertensivi (farmaci per la pressione), dovrà assumere la pillola alle ore 6.00 con pochissima acqua. Al momento dell'accettazione alla paziente verrà inserito un ovulo di Cervidil per la preparazione all'intervento.



L'intervento

L'accettazione al ricovero si effettua la mattina dell'intervento alle ore 7.30.

Recarsi al Day Hospital e rivolgersi all'infermiera di turno.

E' necessario portare con se' gli stessi documenti richiesti nel pre-ricovero.

E' opportuno presentarsi accompagnati, possibilmente da una sola persona.

Qualora non si possa evitare di portare i bambini è necessario una persona che li accudisca.

Privacy

In ottemperanza alle disposizioni in materia di privacy, nessuna informazione potrà essere fornita a parenti o accompagnatori, salvo preventivo consenso rilasciato dalla paziente (modulo di autorizzazione alla comunicazione di informazioni relative al ricovero).

Si chiede di lasciare sempre un numero di telefono di una persona da avvisare in caso di necessità.

Informazioni utili

Durante il soggiorno in Day Hospital, l'accompagnatore potrà attendere negli spazi comuni o nella stanza di degenza della paziente, avendo cura di non disturbare.

Prima dell'intervento è obbligatoria una visita con l'anestesista che verrà effettuata il venerdì precedente all'intervento.

In casi selezionati, l'anestesista potrebbe richiedere degli accertamenti che potranno far slittare la data dell'intervento di alcuni giorni, pur rimanendo nella tempistica utile per eseguire la procedura.

In alcuni casi può essere richiesto il ricovero di una notte.

Al momento dell'accoglienza in reparto comunicare al personale sanitario nomi e dosaggio dei farmaci in uso, evidenziando eventuali variazioni avvenute dopo il pre-ricovero. Durante la permanenza in ospedale la supervisione delle terapie è demandata al personale sanitario.

Consegnare i farmaci personali al momento della presa in carico. Le pazienti che assumono terapia anticoagulante orale (T.A.O.) seguiranno uno specifico percorso e dovranno attenersi attentamente alle istruzioni fornite dal personale sanitario nel corso dei vari contatti.

Non utilizzare lenti a contatto.

- Portare vestaglia, calzini, pantofole, cambi di biancheria intima e assorbenti.
- Niente smalto e trucco; se si hanno unghie ricostruite avvisare il personale.
- Eventuali ponti o protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse la mattina dell'intervento prima di entrare in camera operatoria; nei giorni precedenti l'intervento non utilizzare paste adesive specifiche.
- Non portare e/o indossare oggetti metallici (anelli, orecchini, piercing). Si suggerisce di controllare in tempo utile la possibilità di sfilare con facilità eventuali anelli, in caso contrario verranno tagliati in reparto, ma non sarà assolutamente permesso indossarli durante l'intervento.
- Riporre eventuali oggetti personali o documenti nell'apposito armadietto della stanza di degenza.

Si prega di informare il personale sanitario dell'eventuale necessità di certificazione, sia per il paziente che per l'accompagnatore.

Possibili rischi dell'interruzione volontaria di gravidanza

Infezioni genitali e pelviche 10%

Trauma del canale cervicale (collo uterino) 1%

Fallimento dell'aborto 2,3%

Perforazione dell'utero e altre lesioni genitali 1-4 %.

Nella maggior parte dei casi le lesioni sono modeste e guariscono spontaneamente o con un intervento chirurgico di lieve entità.

In rari casi le lesioni possono essere talmente gravi da richiedere un intervento anche immediato con l'asportazione dell'utero.

Rinuncia o rinvio

Nel caso di rinuncia o necessità di rinvio, si prega di avvertire appena possibile la segreteria del Day Hospital

tel. 0965397914

fax 0965397337

Il personale darà indicazioni in merito a un'eventuale riprogrammazione .

In caso di rinvio il giorno stesso dell'intervento tel. 0965397337

La rinuncia e il ticket sulle prestazioni

E' possibile scegliere di non procedere con l'I.V.G. fino a quando il procedimento di interruzione vero e proprio non ha avuto inizio.

Tutti gli accertamenti effettuati in pre-ricovero sono gratuiti e non è previsto il pagamento del ticket.

La dimissione

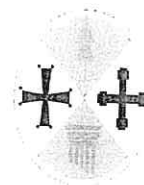
Dopo l'intervento è previsto un periodo di osservazione per il tempo necessario a prevenire e trattare eventuali complicanze.

Gli anestetici utilizzati durante l'intervento vengono eliminati rapidamente, raramente può persistere per alcune ore una leggera sonnolenza. E' sconsigliata la guida di veicoli o l'uso di macchinari nelle 24 ore successive all'intervento. Alla dimissione, effettuata entro le 14.00, deve essere presente un accompagnatore per il rientro al domicilio che dovrebbe essere effettuato in auto. Qualora la paziente non avesse un accompagnatore potrà

auto-dimettersi solo dopo 6 ore dall'intervento firmando in cartella che con la dimissione volontaria si assume la responsabilità di eventuali rischi che ne potessero derivare.

E' possibile scegliere di non procedere con l'I.V.G. fino a quando il procedimento di interruzione vero e proprio non ha avuto inizio.

A casa



REGIONE CALABRIA

Si può condurre da subito una vita normale, ma è necessario non stancarsi in modo eccessivo. Preferire la doccia al bagno, lavare i genitali esterni regolarmente, non fare lavande vaginali interne e non usare assorbenti interni. Nei giorni successivi l'intervento si possono verificare perdite ematiche simili alle mestruazioni. Queste devono destare preoccupazione solo se diventano eccessive (emorragia), se sono maleodoranti e si associano a febbre e a dolori addominali che non passano neanche con un antidolorifico.

In questo caso rivolgersi al pronto soccorso del nostro ospedale o a quello più vicino a casa. Le prime mestruazioni compariranno tra i 20 e i 40 giorni dall'intervento e potrebbero essere abbondanti. Le visite di controllo potranno essere effettuate presso il proprio centro di riferimento abituale.

CONTATTI

Day hospital: 0965397914

Caposala Oliviero 3385466585

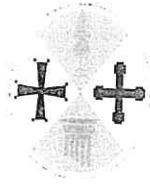
Segreteria 0965397337

Fax 0965397337

Infermiera referente: Signora Paviglianiti

6. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers. WHO 1997
- Agence Nationale d'Accreditation et d'évaluation en santé. Induced abortion up to 14 weeks. Paris: ANAES:2001.
- Safe abortion: Technical and policy guidance for Health System. WHO 2003
- Royal college of Obstetrician and Gynecologist. The care of women requesting induced abortion. London RCOG;2004.
- La corretta attuazione nella Regione Lazio dell'interruzione volontaria di gravidanza prevista dalla Legge 194/78. Raccomandazioni per il percorso organizzativo e per gli aspetti clinici. Delibera Regione Lazio 2-7-96 n°5337. Ultimo aggiornamento 11-06-2004
- Medical eligibility criteria of contraceptive use. WHO 2004
- FFPRHC GUIDANCE Contraceptive choices for young people. Journal of family planning and Reproductive Health Care 2004;30(4):237-251
- Clinical Policy guidelines. NAF (National Abortion Federation). Washington DC, 2007.
- Ministero della Salute: relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente le norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78).



**7.ALLEGATI: CERTIFICATI, CONSENSO INFORMATO, SCHEDA CLINICA
INDIVIDUALE, SCHEDA DI SINTESI**

Allegato 1

REGIONE CALABRIA
ASL
Consultorio familiare via

Tel. _____

Reggio cal. _____

Si attesta che la Signora _____

nata a _____ prov. di _____

il _____ si è presentata presso questo consultorio in data odierna per

richiedere l'I.V.G. ai sensi dell' art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.

La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il: _____

Questo consultorio, accertato lo stato di gravidanza ed espletate le procedure previste dal 2°
comma dell'art. 5 della citata legge, l'ha invitata a soprassedere per 7 giorni prima della decisione
definitiva di interrompere volontariamente la gravidanza ai sensi dell'ultimo comma dell' art. 5 della
legge

La richiedente

Il medico

(timbro e firma)

Allegato 2

REGIONE CALABRIA
ASL
Consultorio familiare via

Tel _____

li,

Si certifica che la Signora _____

nata a _____ prov. di _____

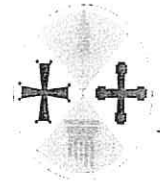
il _____ si è presentata presso questo consultorio in data odierna per
richiedere l'I.V.G. ai sensi dell' art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.

La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il: _____

Questo consultorio, accertato lo stato di gravidanza e riscontrata l'esigenza delle condizioni di cui
al 3° comma dell'art. 5 della citata legge, dichiara URGENTE l'intervento per cui la richiedente
può presentarsi immediatamente in una delle sedi autorizzate.

La richiedente

Il medico
(timbro e firma)



Allegato 3

REGIONE CALABRIA
ASL
Consultorio familiare via

Tel _____

li,

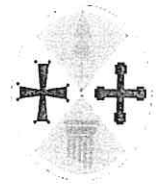
Si attesta che la Minorenne _____

nata a _____ prov. di _____

il _____ si è presentata presso questo consultorio in data odierna per richiedere l'I.V.G. ai sensi dell' art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.

La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il: _____

Questo consultorio, accertato lo stato di gravidanza ed espletate le procedure previste dal 2° comma dell'art. 5 della citata legge, l'ha invitata a soprassedere per 7 giorni prima della decisione definitiva di interrompere volontariamente la gravidanza, ai sensi dell'ultimo comma dell' art. 5 della legge.



La richiedente

Il medico
(timbro e firma)

documento di

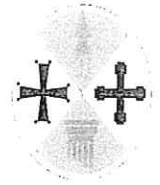
N°

rilasciato da:

Timbro struttura

in data:

con scadenza il:



REGIONE CALABRIA

Madre

Cognome	Nome	Firma della madre
documento d'identità: _____	N° _____	rilasciato da: _____
in data: _____	con scadenza il: _____	

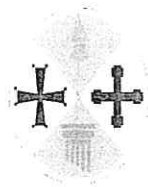
Padre

Cognome	Nome	Firma del padre
documento d'identità: _____	N° _____	rilasciato da: _____
in data: _____	con scadenza il: _____	

Tutore

Cognome	Nome	Firma
documento d'identità: _____	N° _____	rilasciato da: _____
in data: _____	con scadenza il _____	

Documento previsto dal 2° comma art. 12 per minorenni



Allegato 4

REGIONE CALABRIA
ASL
Consultorio familiare via

Tel _____

li

Si attesta che la Minorenne _____
nata a _____ prov. di _____

il _____ si è presentata presso questo consultorio in data odierna per
richiedere l'I.V.G. ai sensi dell' art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.

La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il: _____

Questo consultorio, accertato lo stato di gravidanza ed espletate le procedure previste dal 2°
comma dell'art. 5 della legge 22/5/1978 n° 194, l'ha invitata a soprassedere per 7 giorni prima
della decisione definitiva di interrompere volontariamente la gravidanza, ai sensi dell'ultimo
comma dell' art. 5 della legge.

Ritenendo, la suddetta, di avere seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle
persone esercenti la patria potestà o tutela o, le stesse, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri

tra loro difformi, si avviano le procedure previste dal 2° comma dell'articolo 12.

Allegato 5

REGIONE CALABRIA
ASL



Consultorio familiare via _____

Tel _____

li, _____

Si attesta che la Signora _____

nata a _____ prov. di _____

il _____ si è presentata presso questo consultorio in data odierna per richiedere l'I.V.G. ai sensi dell' art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.

La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il: _____

Questo consultorio, accertato lo stato di gravidanza e riscontrata l'esigenza delle condizioni di cui al 3° comma dell'art. 5 della citata legge, dichiara URGENTE l'intervento per cui la richiedente può presentarsi immediatamente in una delle sedi autorizzate.

La richiedente

Il medico
(timbro e firma)

_____ documento di _____ N° _____

rilasciato da: _____

Timbro struttura

in data: _____

con scadenza il: _____



Allegato 6

REGIONE CALABRIA
ASL
Consultorio familiare via
Tel

li,

Si attesta che la Signora _____
nata a _____ prov. di _____
il _____ si è presentata presso questo consultorio in data odierna per
richiedere l'I.V.G. ai sensi dell' art. 4 della legge 22/5/1978 n° 194.
La suddetta dichiara di avere avuto l'ultima mestruazione il: _____
Questo consultorio, accertato lo stato di gravidanza e riscontrata l'esigenza delle condizioni di cui
al 3° comma dell'art. 5 della citata legge, dichiara URGENTE l'intervento.
Ritenendo, la suddetta, di avere seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle
persone esercenti la patria potestà o tutela o, le stesse, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri
tra loro difformi, si avviano le procedure previste dal 2° comma dell'articolo 12.

La richiedente

Il medico

(timbro e firma)

documento

N° _____

rilasciato da: _____

Timbro struttura

in data: _____

con scadenza il: _____

Decreto

Tutela

n° in data emanata da: Tribunale Ordinario di
- Ufficio del Giudice Tutelare -

Madre

Cognome	Nome	Firma del la madre
documento d'identità:	N°	rilasciato da:
in data:	con scadenza il:	

Padre

Cognome	Nome	Firma del padre
documento d'identità:	N°	rilasciato da:
in data:	con scadenza il:	

Tutore

Cognome	Nome	Firma
documento d'identità:	N°	rilasciato da:
in data:	con scadenza il	

ALLEGATO 7

Note informative per la paziente per l'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG) con metodo farmacologico mediante la somministrazione di Mifepristone (RU486) e Misoprostol.

Attenzione: Queste note non sostituiscono il colloquio con il medico.

Legga attentamente queste note prima di firmare il consenso informato per l'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico. Sia sicura di aver capito bene cosa le accadrà prima di accettare, poiché questo trattamento richiede una sua partecipazione attiva e consapevole.

ABORTO CHIRURGICO E ABORTO FARMACOLOGICO

L'interruzione di gravidanza è legale in Italia ed è regolata dalla legge n°. 194 del 22 maggio 1978. Entro il 90° giorno è sufficiente la richiesta della donna controfirmata da un medico non obiettore. Fino a qualche anno fa l'unico metodo abortivo utilizzato in Italia è stato quello chirurgico che prevedeva solitamente di eseguire lo svuotamento chirurgico dell'utero in anestesia generale (dilatazione strumentale del collo dell'utero con isterosuzione e/o raschiamento). Esso di norma viene eseguito dopo la 7a settimana.

Da circa un decennio nei Paesi dove l'aborto è legale è possibile interrompere la gravidanza con metodo farmacologico mediante l'uso di Mifepristone (RU486) e Misoprostolo. L'aborto farmacologico è considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità un metodo sicuro ed efficace per interrompere la gravidanza fino alla 5a settimana dal concepimento.

L'interruzione di gravidanza avverrà come previsto dalla legge n° 194 del 22 maggio 1978. L'anonimato e la privacy verranno tutelati come avviene in caso di aborto chirurgico. Tutte le persone con cui verrà a contatto sono tenute al segreto professionale e a quello d'ufficio. Non esiti a segnalarci ogni anomalia dovesse notare.

ENTRO QUANTO TEMPO E' POSSIBILE EFFETTUARE L'ABORTO FARMACOLOGICO

L'uso dell'aborto farmacologico è possibile fino a 49 giorni dall'inizio dell'ultimo flusso mestruale (o 35 giorni dal concepimento). Con l'aborto farmacologico viene provocato un aborto simile a quello spontaneo e in circa il 95-98% dei casi non è necessario nessun ulteriore trattamento chirurgico.

COSA DEVE SAPERE

Come previsto dalla legge n°. 194 del 22 maggio 1978, Lei dovrà avere un documento d'identità e un certificato di richiesta di interruzione volontaria di gravidanza rilasciato da un medico non obiettore. Per l'aborto farmacologico Lei **dovrà essere ricoverata per tre giorni** e sottoporsi ad una visita ambulatoriale il 14° giorno dopo l'aborto.

Il primo giorno di ricovero le saranno somministrate per via orale 3 compresse di Mifepristone (RU486), che agisce bloccando gli effetti del progesterone, l'ormone che permette alla gravidanza di progredire. Dopo la somministrazione di Mifepristone in alcuni casi si possono avere dolori e perdite di sangue e nel 5% delle pazienti può già verificarsi l'aborto.

Il terzo giorno di ricovero le saranno somministrate per via orale 2 compresse di Misoprostol, un farmaco della famiglia delle prostaglandine, che agisce sull'utero preparato dal Mifepristone provocando dopo un periodo variabile l'aborto con espulsione del materiale abortivo. Dopo 3 ore dalla prima somministrazione di Misoprostol, se non si è ancora verificata l'espulsione del materiale abortivo le verranno somministrate altre due compresse di Misoprostol.

Dalla somministrazione del Misoprostol all'espulsione del feto Lei sentirà dolori solitamente più forti di quelli mestruali che si riducono normalmente con l'avvenuto aborto. L'aborto in circa il 50-60% dei casi avviene entro 4 ore dall'assunzione del Misoprostol, nel 20-25% dopo entro le 24 ore e nel 10% successivamente.

E' fortemente sconsigliata la dimissione volontaria contro il parere dei medici prima del completamento di tutta la procedura perché in tal caso l'aborto potrebbe avvenire fuori dall'ospedale.

Quando abortirà, lei si accorgerà di abortire, ma normalmente non vedrà il prodotto dell'espulsione, poiché a questa epoca l'embrione misura circa 0,5-1,5 cm ed è difficilmente individuabile in mezzo al sangue, alla mucosa ed ai coaguli.

Circa 2-5 donne su 100 devono essere sottoposte ad un "raschiamento" per completare l'interruzione di gravidanza o per bloccare perdite ematiche eccessive.

Nel caso di ragionevole certezza che il trattamento farmacologico non abbia avuto successo (1 % dei casi circa) e Lei decidesse di proseguire con l'aborto, verrà effettuata una valutazione clinica su come proseguire con le seguenti possibilità: 1) esecuzione dell'aborto chirurgico immediata o nei tempi più brevi possibili senza dimissione dall'ospedale; 2) la prosecuzione del tentativo farmacologico con farmaci attualmente registrati in Italia con questa indicazione (Gemeprost, Sulprostone, Metilergometrina maleato).

Il 14° giorno dopo le dimissioni Lei dovrà effettuare una visita di controllo. In seguito alla visita di controllo nell'1-2% dei casi è possibile che sia necessario un raschiamento per aborto incompleto o per emorragia eccessiva.

Al momento Le verrà chiesto di compilare un questionario anonimo che, insieme con la scheda domiciliare, servirà a migliorare nel tempo la tecnica e le modalità del servizio.

COSA DEVE SAPERE SE DECIDE DI INTERROMPERE L'ABORTO FARMACOLOGICO

Se Lei dovesse decidere di sospendere il trattamento dopo l'assunzione del primo farmaco (Mifepristone, RU486), cioè durante il primo o il secondo giorno di ricovero, non vi sarebbero conseguenze aggiuntive ai rischi normali di malformazioni di ogni gravidanza e il rischio addizionale di aborto si annullerebbe entro pochi giorni.

Se invece la gravidanza dovesse proseguire (meno di 1 caso su 100) dopo l'assunzione del secondo farmaco, cioè dopo il terzo giorno di ricovero, nel caso di ragionevole certezza che il trattamento non abbia avuto successo e Lei decidesse di proseguire la gravidanza vi sarebbe un aumento dei rischi di malformazioni del feto. I bambini nati da donne che hanno tentato senza successo una induzione di aborto farmacologico all'inizio della gravidanza, possono presentare alla nascita la sindrome di Möbius (paralisi congenita del sesto nervo cranico e di altri nervi cranici) o un aumento della frequenza di malformazioni superiore all'attesa quali idrocefalia, oloprosencefalia (incompleta divisione degli emisferi cerebrali), estrofia della vescica (alterazione della normale funzionalità della vescica), briglie amniotiche (che possono causare alterazioni dello sviluppo degli arti e di altri organi), difetti di riduzione terminale traversa degli arti (malformazioni degli arti), artrogriposi (malformazioni degli arti).

EFFETTI COLLATERALI

Dolori crampiformi addominali di tipo mestruale un po' più forti durante il periodo in cui avverrà l'espulsione del feto.

Il 20-30% delle donne non avverte alcun dolore, il 50-60% accusa dolori sopportabili, mentre il 20-30% delle donne necessita di antidolorifici. Come antidolorifici possono essere somministrati il paracetamolo, il paracetamolo+codeina o il ketorolac.

Mal di testa che si può verificare nel 2-30% dei casi.

Nausea nel 40-60% dei casi e **vomito** nel 20% dei casi.

Diarrea nel 10-20% dei casi, che però è transitoria.

Stato di debolezza nel 10% dei casi

Un **rialzo febbrile** inferiore a 38° C è normale. In caso di un rialzo febbrile maggiore che duri più di 4 ore Lei dovrebbe contattare il Centro ginecologico di riferimento.

Il dolore e gli altri sintomi si riducono dopo l'avvenuto aborto e ad eccezione del dolore per gli altri sintomi normalmente non è necessario alcun trattamento.

Perdite di sangue sono come quelle che si verificano dopo un aborto spontaneo e sono paragonabili a quelle dei giorni in cui il flusso mestruale è maggiore (mestruazioni abbondanti). Le perdite di sangue continueranno anche se più ridotte per alcuni giorni, mediamente per 9 giorni. Lei dovrà preoccuparsi se, in qualsiasi momento, in due ore consecutive avrà cambiato quattro assorbenti "maxi" o "large" (del tipo "flussi abbondanti" o "per la notte"), oppure se riterrà che le perdite siano eccessivamente abbondanti.

Le verrà fornito un numero di telefono a cui chiamare per comunicazioni o ricevere consigli telefonici e in ogni caso per ogni evenienza potrà sempre rivolgersi al "Pronto Soccorso Ginecologico" dell'Ospedale dove troverà sempre (24 ore su 24) un medico che la visiterà e saprà consigliarLa al meglio.

Sepsi (presenza di germi patogeni nel sangue) con pericolo di vita in un caso su 100.000. Non ci sono evidenze sull'utilità della profilassi antibiotica ed è un rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto. In caso di debolezza, nausea, vomito, diarrea con o senza febbre per più di 24 ore dopo l'ultima somministrazione di Misoprostolo, Lei dovrebbe avvertire urgentemente il Centro ginecologico di riferimento.

NUOVA GRAVIDANZA

Come dopo un aborto chirurgico lei potrà rimanere incinta già nelle prime settimane dopo l'aborto, anche se dovessero persistere ancora delle perdite ematiche. Se vuole evitare una nuova gravidanza adotti subito un sistema contraccettivo; il profilattico è il sistema immediato più sicuro che le consigliamo in attesa di una valutazione con il suo medico.

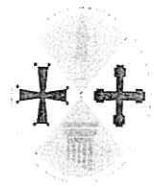
E' consigliabile non avere rapporti con penetrazione fino alla visita di controllo.

ALLEGATO 8

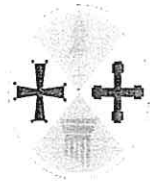
Consenso informato

Per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) con metodo farmacologico mediante l'uso di mifepristone (RU486) e misoprostol"

1. Ho letto le informazioni, che mi sono state consegnate, sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) mediante Mifepristone e Misoprostol e ho avuto le risposte alle mie domande sulle implicazioni di questo trattamento, alternativo a quello chirurgico.



2. Ho capito che io sono nelle condizioni di potere scegliere l'aborto con il "metodo farmacologico", poiché dai dati clinici risulta che la mia gravidanza sia dentro l'utero e sia di epoca gestazionale appropriata.
 3. Tale metodo implica l'assunzione per via orale di 3 compresse di Mifepristone (RU486) (farmaco registrato all'estero per questa indicazione) il primo giorno e l'assunzione per via orale di 2 compresse di Misoprostol (farmaco registrato in Italia per altre indicazioni) dopo due giorni, con un'eventuale seconda somministrazione di altre 2 compresse dopo 3 ore.
 4. Ho capito che dovrò rimanere ricoverata per 3 giorni e che c'è una piccola probabilità (circa il 5-6%) che l'espulsione del prodotto del concepimento possa verificarsi già dopo l'assunzione del Mifepristone (RU486), prima dell'assunzione del Misoprostol.
 5. Ho capito che dovrò rimanere in ospedale anche dopo l'assunzione del Misoprostolo e che l'aborto nel 50-60% dei casi avverrà entro 4 ore e nell'80% dei casi in giornata. So che se dovessi chiedere di essere dimessa, contro il parere dei sanitari, l'espulsione potrebbe avvenire fuori dall'ospedale.
 6. Ho capito che in una piccola percentuale di casi (2-3%) l'aborto non avviene completamente e che potrà quindi essere necessario prendere altri provvedimenti medici o chirurgici.
 7. Ho capito che, trascorse 24 ore dalla somministrazione del Misoprostol, nel caso di ragionevole certezza che il trattamento non abbia avuto successo, o che io decida di interromperlo, verrà effettuata una valutazione clinica su come proseguire con le seguenti possibilità: 1) l'esecuzione dell'aborto chirurgico immediata o nei tempi più brevi possibili, senza dimissione; 2) la prosecuzione del tentativo farmacologico con farmaci attualmente disponibili e registrati in Italia per questa indicazione (gemeprost, sulprostone, metilergometrina maleato), sempre in regime di ricovero; 3) l'eventuale dimissione nel caso che io decida di proseguire la gravidanza, essendo a conoscenza dei rischi fetali connessi, o di avere una pausa di riflessione prima di riattivare le procedure previste dalla legge n.194 del 1978. In ogni caso mi verrà richiesto di sottoscrivere un nuovo consenso informato.
 8. Ho capito che le perdite ematiche vaginali saranno più abbondanti di un normale flusso mestruale e che in una piccola percentuale di casi (1-3%), se persisteranno eccessive, potranno condurre anche alla necessità di una revisione chirurgica della cavità uterina.
 9. Mi è stato spiegato che, come per l'aborto chirurgico, perdite ematiche eccessive nei giorni successivi possono comportare anche se raramente l'insorgere di una grave anemia, per cui non si può escludere la rara possibilità di una trasfusione; in tale eventualità mi verrà chiesto di sottoscrivere un ulteriore documento di autorizzazione.
 10. So che potrò rinunciare all'aborto farmacologico in qualunque momento, sia per essere inserita nelle ordinarie procedure per l'IVG con metodo chirurgico e sia nel caso volessi proseguire la gravidanza.
 11. Sono stata informata che, se dovessi sospendere il trattamento dopo l'assunzione del primo farmaco (Mifepristone – RU486) e la gravidanza proseguisse, non vi sarebbero presumibilmente conseguenze aggiuntive ai rischi di malformazioni di ogni gravidanza normale e che il rischio di aborto tornerebbe ad essere quello normale di ogni gravidanza entro pochi giorni.
- Sono stata informata inoltre che, se la gravidanza dovesse proseguire dopo il trattamento completo (meno dell'1% dei casi), vi sarebbe una probabilità aggiuntiva di malformazioni alla nascita. In sintesi, si tratta di gravi malformazioni che interessano il sistema nervoso centrale e quello periferico, il sistema scheletrico (faccia e arti) e la formazione della vescica. Questo rischio aggiuntivo di malformazioni è inferiore all'1%. Se confermassi la scelta di abortire, mi verrebbe proposto l'aborto chirurgico.



REGIONE CALABRIA

12. Sono stata informata che il rischio di morte per complicazioni settiche (rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto) è stimato in circa 1 su 100.000 aborti e non vi sono evidenze scientifiche sull'utilità della profilassi antibiotica.

13. Mi sono stati spiegati quali sono i prevedibili sintomi che accompagneranno l'aborto e i trattamenti sintomatici consigliati.

14. Mi è stato indicato un numero telefonico a cui rivolgermi per consigli e so che potrò recarmi a qualsiasi ora presso la U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "B.M.M.", dove è sempre presente un medico.

15. So che dovrò venire tra circa 14 giorni per accertare che l'aborto sia avvenuto senza complicazioni.

Decido quindi di accettare il trattamento medico dell'aborto. Tornerò per una visita di controllo il giorno che mi verrà indicato.

Osservazioni

.....
.....
.....

Data.....

Nome e firma della paziente.....

Nome (o timbro) e firma del Medico.....

ALLEGATO 9

SCHEDA CLINICA INDIVIDUALE

NOME PAZIENTE:

CRITERI INCLUSIONE

SI NO

Gravidanza fino a 49 gg

() ()

Richiesta IVG legge 194/78

() ()

Ecografia

() ()

Disponibilità visita di controllo

() ()

Firma consenso informato

() ()

CRITERI ESCLUSIONE

SI NO

Gravidanza extrauterina

() ()

Coagulopatie / Anticoagulanti

() ()

Insufficienza surrenalica

() ()

Asma grave

() ()

Allergia prostaglandine

() ()

Grave anemia (Hb < 7 mg/dl)

() ()

Diabete complicato

() ()

IUD (rimosso data

() ()

DATA INIZIO TRATTAMENTO

MIFEPRISTONE	600 mg ()
MISOPROSTOL	1° dose 400 µg per os () 2° dose 400 µg per os ()
EPOCA GESTAZIONALE giorni

DATA DI NASCITA (ETA'

PESO Kg

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

PROVINCIA (O STATO) DI NASCITA

NAZIONALITÀ

PROVINCIA DI RESIDENZA

TITOLO DI STUDIO

OCCUPAZIONE

STATO CIVILE

PARITÀ [] [] [] [] [] []

ANAMNESI OSTETRICA		Numero	Anno	Annotazioni
Parti spontanei				
Tagli cesarei				
Aborti 1° trimestre	Completo			
	RCU post-ab.			
	RCU elettiva			
Aborti 2° trimestre	Completo			
	RCU post-ab.			
	RCU elettiva			
IVG < 90 giorni				
IVG > 90 giorni				
Gravidanze Ectopiche				

CONTRACCEZIONE ULTIMI SEI MESI Sì () No ()

EP () IUD () Profilattico regol. () Calcolo giorni () Altro ()

NEL MESE DEL CONCEPIMENTO Sì () No ()

EP () IUD () Profilattico regol. () Calcolo giorni () Altro ()

CONTRACCETTIVO ULTIMO UTILIZZATO

MOTIVO DELLA EVENTUALE SOSPENSIONE:

Per mia scelta ()

Per consiglio medico ()

Per altro ()

PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI: SÌ () NO ()

QUALI:.....
.....
.....

PATOLOGIE DI RILIEVO

.....
.....

ASSUNZIONE ATTUALE DI FARMACI: SÌ () NO ()

QUALI:.....
.....

PERCHE' HA SCELTO IL METODO FARMACOLOGICO ?

per evitare l'anestesia	Sì () No ()
per evitare l'intervento chirurgico	Sì () No ()
perché si può fare prima	Sì () No ()
perché la donna è più coinvolta	Sì () No ()
perché il partner è più coinvolto	Sì () No ()
perché è più naturale	Sì () No ()
è più intimo	Sì () No ()
è un metodo più autonomo	Sì () No ()
non si interviene sulla zona genitale	Sì () No ()
ha meno complicazioni	Sì () No ()
è più moderno	Sì () No ()
altro motivo

DA CHI LO HA SAPUTO ?

medico di base ()	consulorio ()	amica ()	televisione ()
ginecologo ()	medico di base (+)	giornali ()	radio ()
ospedale ()	partner ()	internet ()	altro ().....

SCHEDA SINTETICA

NOME PAZIENTE.....

ASSUNZIONE DI MIFEPRISTONE Si () No ()

PRIMA DOSE DI MISOPROSTOLO Si () No ()

SECONDA DOSE MISOPROSTOLO Si () No ()

ABORTO COMPLETO Si () No ()

ABORTO INCOMPLETO spessore endometriale (mm)

persistenza di materiale ovulare Si () No ()

PERSISTENZA GRAVIDANZA Si () No ()

ESEGUITA RCU Si () No () il giorno per

ESAME ISTOLOGICO materiale ovulare Si () No ()

EMOCROMO Hb 1).....(data)..... 2).....(data).....

FARMACI PER DOLORE Si () No ()

TERAPIA ANTIBIOTICA..... Si () No () Quale.....

.....Quando.....

FARMACOVIGILANZA reazioni avverse

NOTE.....

DATA.....

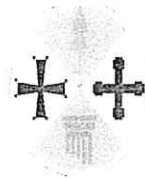
FIRMA DEL MEDICO

.....



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Grande Ospedale Metropolitano
"B.M.M. Reggio Calabria"
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
Direttore *Dr. Francesco A. Battaglia*



REGIONE CALABRIA