

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

**PROCEDURA OPERATIVA  
ISTERECTOMIA  
INTRA-CESAREO  
(TC Demolitore)**

**Preparato da** *Ref. Gruppo di lavoro Sala Parto Clinica Ostetrica*

**Verificato da** *Servizio Qualità Azienda Ospedaliera  
M.L.Chiozza.....  
Unità di Valutazione Tecnologie Sanitarie  
M.Castoro.....  
Comitato per la Pratica Etica  
R.Pegoraro.....*

**Verificato per  
validazione** *Direzione Medica  
M.Grattarola.....*

**Approvato da** *Direzione Sanitaria  
G.P.Rupolo.....  
Direttore UOC-GO  
G.B.Nardelli.....  
Coordinatrice Sala Parto  
R.Ciullo.....*

**Data 02/05/2010** *Rev. 01*  
**Data 30/07/2010** *Rev. 02*

## INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
  - 2.1 SCOPO
  - 2.2 CAMPO DI APPLICAZIONE
  - 2.3 DESTINATARI
- 3.0 RIFERIMENTI E NORMATIVE LEGISLATIVE
- 4.0 GLOSSARIO
- 5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'
- 6.0 MODALITA' OPERATIVE
  - 6.1 NOTA 1: TRASFORMAZIONE TAVOLO T.C. IN TAVOLO ISTERECTOMIA
  - 6.2 NOTA 2: ASSISTENZA AL MEDICO ANESTESISTA IN CORSO DI ISTERECTOMIA
  - 6.3 NOTA 3: ATTIVAZIONE REPERIBILITA'
  - 6.4 NOTA 4: ATTIVAZIONE PERSONALE GIORNALIERO
  - 6.5 NOTA 5: TERMINE DELLA COLLABORAZIONE
  - 6.6 NOTA 6: TRASPORTO CAMPIONI EMATICI
  - 6.7 NOTA 7: TRASFERIMENTO PAZIENTE POST-ISTERECTOMIA IN REPARTO INTENSIVO
- 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
- 9.0 ALLEGATI
  - 9.1 ELENCO FERRI KIT ISTERECTOMIA

### 1.0 Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

**MEDICI:** Nardelli G.B., Zambon A., Onnis G.L., De Toffoli K.

**INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC:** Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E., Greco A.

**OSTETRICHE:** De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B., Gambalonga I.

**OSS:** Brusamolín M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

## **2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

### **2.1 SCOPO**

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DELLE OSTETRICHE, DELLE INFERMIERE E DELLE OSS NELL'ASSISTENZA ALLA PAZIENTE SOTTOPOSTA A ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO O TC-DEMOLITORE.

### **2.2 CAMPO D'APPLICAZIONE**

LA PROCEDURA SI APPLICA:

- NELLA SALA CESAREI DELL'UNITA' OPERATIVA SALA PARTO CLINICA OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA
- NELLA SALA CESAREI DELLA DIVISIONE OSTETRICA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA.

### **2.3 DESTINATARI**

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO E OSS DELL'UNITA' OPERATIVA.

## **3.0 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI**

- ACCORDO SINDACALE DEL 4 OTTOBRE 2001.
- Codice Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Codice Deontologico Infermieri (1999): rapporti con la persona assistita 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.9); rapporti professionali con i colleghi e altri operatori.

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO

- Codice Deontologico Ostetriche approvato dal consiglio nazionale nella seduta del 10/11.03.2000, punto 3 – rapporti con la persona assistita e punto 4 – rapporti con colleghi/e e altri operatori.
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998 – 2000.
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche.
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – definizione dei livelli essenziali di assistenza.

PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE:

- CIRCOLARE MINISTERO SANITA' N. 52/1985 E N.8/1988 "PIANO SANITARIO NAZIONALE" 1998-2000.
- DECRETO LEGISLATIVO 626 DEL 19/9/1994 INTEGRATO DAL DL 19/3/1996 N.242 E MODIFICATO DAL DL N.66 DEL 25/02/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE SINO AL 28/8/2003 PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI, RECEPIMENTO DIRETTIVE 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE.

DIRETTIVE SULL'UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI:

- DL 507 – 01/12/1992 REC. 90/385/CEE (DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI); DL 46 – 24/02/1997 REC. 93/42/CEE (DISPOSITIVI MEDICI); DL 332 – 08/09/2000 REC. 98/79/CEE.
- RACCOMANDAZIONE n.2, luglio 2006 del Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico".

#### 4.0 GLOSSARIO

**ISTERECTOMIA TOTALE:** RIMOZIONE CHIRURGICA DELL'UTERO. PUO' ESSERE TOTALE O PARZIALE (SUBTOTALE), ESEGUITA PER VIA LAPAROTOMICA O PER VIA LAPAROSCOPICA O PER VIA VAGINALE.

**ISTERECTOMIA SUBTOTALE:** RIMOZIONE CHIRURGICA DEL CORPO DELL'UTERO CON CONSERVAZIONE DEL COLLO UTERINO E DEGLI ANNESSI.

**TAGLIO CESAREO:** ESTRAZIONE DEL FETO ATTRAVERSO INCISIONE CHIRURGICA DELLA PARETE ADDOMINALE E DELL'UTERO.

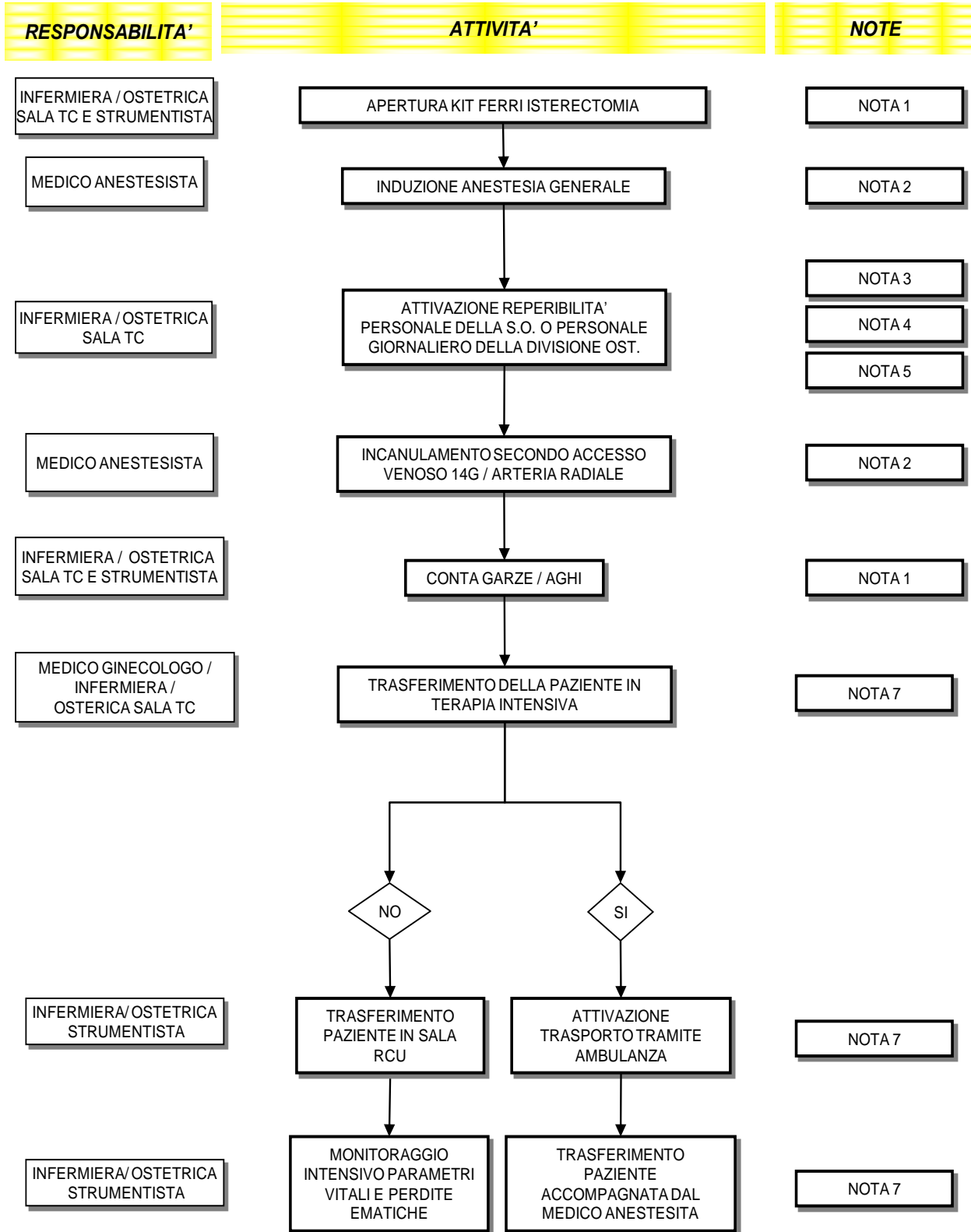
**ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO E POST-CESAREO (TC DEMOLITORE):** SI ESEGUE UNA ISTERECTOMIA SUBTOTALE O TOTALE CHE DIFFERISCE DALL'ISTERECTOMIA DELLA PAZIENTE GINECOLOGICA IN QUANTO I TESSUTI RISULTANO PIU' CONGESTI E INFARCITI CON VASI VENOSI DI CALIBRO MAGGIORE.

**ATONIA UTERINA:** MANCATA CONTRAZIONE DELLE PARETI UTERINE E DEI CAPILLARI SANGUIGNI CHE NON COSTRINGENDOSI COMPORTANO UNA IMPORTANTE EMORRAGIA. SI VERIFICA CON MAGGIOR FREQUENZA NELLE GRAVIDANZE GEMELLARI.

#### 5.0 FLOW CHART DELLE RESPONSABILITA'

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
 Procedura operativa: ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO

**PROCESSO: ISTERECTOMIA IN CORSO DI TAGLIO CESAREO**



**6.0 MODALITA' OPERATIVE**

Nel Taglio Cesareo complicato da atonia uterina persistente e non risolvibile farmacologicamente o con altre tecniche conservative, il Medico Chirurgo decide di sottoporre la paziente alla asportazione dell'utero o Isterectomia:

**NOTA 1: TRASFORMAZIONE TAVOLO T.C. IN TAVOLO ISTERECTOMIA**

<b>PROCEDURA OPERATIVA</b>	<b>MOTIVAZIONE</b>
La strumentista predispone sul tavolo grande, già preparato con i ferri del "Kit cesareo", i ferri chirurgici occorrenti, prendendoli dal "Kit isterectomia".	Nell'emergenza manca il tempo per predisporre un nuovo tavolo madre preparato con i soli ferri del kit isterectomia.
La strumentista prende dagli spilloni del "Kit isterectomia": 4 Foure, 4 Kocheroni curvi (Klemmeroni), 4 Bengolea (Elle), 1 Portaghi lungo, 1 Pinza prendi utero (vedi allegato ELENCO FERRI KIT ISTERECTOMIA).	Predisporre i ferri necessari per procedere all'isterectomia subtotale.
La strumentista assiste il chirurgo ai piedi della paziente.	Dare maggiore manovra d'azione all'anestesista per incannulazione venosa periferica e incannulazione arteriosa.
Si continua l'intervento con le stesse garze e compresse laparotomiche del cesareo.	
Il chirurgo procede all'Isterectomia Subtotale	
Durante l'intervento vi è un massivo utilizzo di garze bariate e compresse laparotomiche per cui sono necessarie numerose conte delle garze.	In sala predisporre per terra un campo con cerata per la raccolta delle garze/compresse raggruppate.
L'utero estratto va inviato per esame istologico in Anatomia Patologica.	
Terminato l'intervento la strumentista invia il Kit cesareo e il	L'Unità Operativa possiede un

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO

Kit isterectomia con i relativi box per i ferri sporchi con urgenza avvisando il Centro Sterilizzazione (8277) compilando e firmando la scheda di sterilizzazione segnalando l'urgenza	uico Kit Isterectomia per cui va inviato con urgenza al Centro Sterilizzazione.
--	---

**NOTA 2: ASSISTENZA AL MEDICO ANESTESISTA IN CORSO DI ISTERECTOMIA**

Per affrontare la situazione di shock ipovolemico della paziente che si verifica a causa della grave emorragia dovuta all'atonia uterina persistente refrattaria al trattamento farmacologico e alla conversione del taglio cesareo in Isterectomia, il Medico Anestesista procede a :

<b>PROTOCOLLO OPERATIVO</b>	<b>MOTIVAZIONI</b>
Incannulazione 2° accesso Venoso periferico con ago cannula di grosso calibro (G14)	Avere a disposizione un accesso venoso adeguato per lla trasfusione di sangue e l'infusione rapida e massiva di liquidi per correggere lo shock ipovolemico.
Incannulazione arteria radiale, monitoraggio della pressione arteriosa invasiva, esecuzione di emogasanalisi arterioso.	Rilevazione della pressione arteriosa in continua e misurazione più attendibile (anche pressioni molto basse). Possibilità di esecuzione emogasanalisi estemporaneo e di prelievi ematici per esami ematochimici urgenti.
Induzione dell'anestesia generale e intubazione endotracheale	L'isterectomia è un intervento complesso, di lunga durata, per cui l'Anestesia Spinale utilizzata per il taglio cesareo si esaurisce.
Richiesta urgentissima di emazie concentrate: l'infermiera/ostetrica di sala prepara le due provette da gruppo (colore viola scuro) con etichetta accettazione paziente, segnando su ciascuna il Reparto, la Data, Firma dell'Esecutore del prelievo e DUE ORARI DIFFERENTI (di almeno 15 min.). La	Vedi LINEA GUIDA AZIENDALE "LA TRASFUSIONE DI SANGUE, EMOCOMPONENTI ED EMODERIVATI" dicembre 2008.



AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO

stessa firma va posta sullo spazio riservato all'esecutore del prelievo sulla richiesta di sangue che va compilata dal Medico.	
In caso di emorragia massiva utilizzo delle sacche di emazie concentrate 0 Negativo presenti in Emoteca dell'Unità Operativa e compilazione del relativo "Registro Emoteca". Su richiesta dell'Anestesista utilizzo anche delle due sacche di emazie concentrate "0 Neg." dell'altra struttura.	LE SACCHE DI SANGUE "0 NEG." PER L'EMERGENZA SE VENGONO UTILIZZATE, APPENA POSSIBILE DEVONO ESSERE PRONTAMENTE RIPRISTINATE.
Esecuzione di esami ematochimici urgenti	Valutare l'assetto emodinamico della paziente.
Trasfusione di sangue con utilizzo apparecchio "LEVEL 1" per infusione di liquidi riscaldati.	Ripristinare il volume ematico della paziente il più rapidamente possibile.
Riscaldare la paziente con coperta ad aria termo-riscaldata BAIR-HUGGER.	Si instaura uno stato di vasocostrizione conseguente allo shock emorragico.

### NOTA 3 ATTIVAZIONE REPERIBILITA'

<u>Nei giorni festivi, di sabato e di notte , dalle h.20,00 alle ore 8,00, attivare il SERVIZIO DI REPERIBILITA' INFERMIERISTICO della Piastra Operatoria Ginecologica</u> chiamando una sola reperibile (tel. 1° reperibile n. breve <b>97411</b> ).	Garantire la copertura in caso di emergenza della sala cesarei dell'altra struttura, lasciata scoperta, in quanto si tratta di intervento chirurgico prolungato nel tempo.
L'infermiera reperibile assiste il Medico Anestesista e collabora con l'infermiera/ostetrica di sala.	L'isterectomia differisce da quella d'elezione per i la presenza di grossi vasi e tessuti farciti con
L'infermiera/ostetrica di sala rimane unica responsabile, con la strumentista, della conta delle garze.	

#### **NOTA 4: ATTIVAZIONE COLLABORAZIONE PERSONALE GIORNALIERO / TURNISTA**

Nei giorni feriali, dal lunedì al venerdì, nell'orario giornaliero dalle h.7,00 alle h.20,00:  
\_CHIAMARE **l'ostetrica/infermiera giornaliera della Divisione Ostetrica** in caso di  
TC in ***Sala Parto Clinica Ostetrica***;

CHIAMARE la **2° infermiera/ostetrica strumentista turnista presente in Clinica  
Ostetrica** in caso di TC in ***Sala Parto Divisione Ostetrica***.

L'infermiera/ostetrica giornaliera assiste il Medico Anestesista e collabora con  
l'infermiera/ostetrica di sala.

#### **NOTA 5: TERMINE DELLA COLLABORAZIONE**

<b><i>L'infermiera reperibile</i></b> esaurisce la propria collaborazione in sala, alla CHIUSURA DEL PERITONEO PARIETALE quando la situazione d'emergenza è terminata, e non vi sono in previsione tagli cesarei urgenti in Sala Parto Divisione Ostetrica	Una ostetrica/infermiera strumentista monitorizza la paziente fino al suo trasferimento in Reparto Intensivo, salvo altra emergenza.
<b><i>L'infermiera/ostetrica giornaliera</i></b> termina la collaborazione in sala alla CHIUSURA DEL PERITONEO PARIETALE.	Esaurita l'emergenza l'infermiera/Ostetrica può ritornare al proprio servizio presso la Sala Parto Divisione Ostetrica.

#### **NOTA 6: TRASPORTO CAMPIONI EMATICI**

<u>Il trasporto dei prelievi in Laboratorio Urgenze e la richiesta e ritiro delle sacche di emazie concentrate presso il Centro TrASFusionale con ORIGINALE DEL MODULO DI RICHIESTA (la copia rimane nella cartella clinica della paziente) spetta al <b>personale OSS</b> dell'Unità Operativa. <b>Dalle h. 21,00 alle h. 5,30 utilizzare il Servizio Notturmo per il trasporto</b></u>	
--	--

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO

<p><b>esami (Obitorio tel. N. breve 97633)</b> sia per il Laboratorio Urgenze, sia per il Centro Trasfusionale.</p>	
---	--

**NOTA 7: TRASFERIMENTO DELLA PAZIENTE IN UNITA' OPERATIVA INTENSIVA**

<p>Terminato l'intervento la paziente viene trasferita in Rianimazione/Reparto Intensivo.</p>	<p>Necessità di monitoraggio intensivo della paziente.</p>
<p>Avvisare gli operatori addetti al trasporto del Pronto Soccorso Centrale indicando dati della paziente, la destinazione, se necessita bombola Ossigeno.</p>	<p>In caso di paziente intubata, va ventilata con ambu collegato alla bombola d'ossigeno. La bombola è necessaria anche in caso di ossigenoterapia con occhialini o maschera, quando la paziente non è intubata.</p>
<p>La paziente viene trasferita accompagnata dal Medico Anestesista munito dello zaino di soccorso, ventilata con ambu collegato a bombola di ossigeno, monitorata con monitor portatile della Sala Parto, eventuale infusione endovenosa continua con pompa-siringa, spremi-sacca per set arteria.</p>	<p>Nello zaino di soccorso vi è tutto il necessario per affrontare un'eventuale scompenso della paziente durante il trasporto.</p>
<p>La cartella clinica originale accompagna la paziente se il trasferimento avviene all'interno dell'Azienda Ospedaliera, mentre la fotocopia della cartella clinica accompagna la pz in caso di trasferimento in altra Azienda Osp. o ULSS 16 (Ospedale Sant' Antonio) in quanto l'originale rimane in Sala Parto.</p>	<p>Nel trasferimento fuori Azienda Ospedaliera di Padova, l'originale della cartella clinica rimane nell'Unità Operativa per la chiusura.</p>
<p>L'anestesista riporta in Sala Parto tutti i presidi dell'Unità Operativa che hanno seguito la paziente durante il trasferimento.</p>	
<p>L'ostetrica/infermiera strumentista controlla il funzionamento e ripone i presidi utilizzati per il trasferimento della paziente.</p>	<p>I presidi devono essere sempre funzionali e pronti per affrontare altre eventuali emergenze.</p>

## 7.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

La presente procedura è stata sottoposta a revisione ed entra a vigore a partire dal 02/05/2010.

## 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ❖ EMORRAGIA POST-PARTUM: EVIDENZE SCIENTIFICHE  
[www.sippo.it/pdf/emorragia\\_post\\_partum.pdf](http://www.sippo.it/pdf/emorragia_post_partum.pdf)
- ❖ ISTERECTOMIA – AZIENDA OSPEDALIERA ANTONIO CARDARELLI  
<http://ospedalecardarelli.it/info/schede.asp>
- ❖ [www.nadironlus.org/download/gravidanza.pdf](http://www.nadironlus.org/download/gravidanza.pdf)
- ❖ Programma nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità: Guida ai servizi clinici di prevenzione.
- ❖ Raccomandazioni dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta 2002.
- ❖ C.Paganotti et ai. PARTORIRE OGGI:IL TAGLIO CESAREO, Progetto Salute, Paderno Franciacorta, 1996-97.
- ❖ <http://Anestit.unipa.it/anestit/esiait/1099>
- ❖ [www.gynecoline.net](http://www.gynecoline.net)
- ❖ [www.salus.it/anest/subost](http://www.salus.it/anest/subost)
- ❖ Linee Guida Azienda Ospedaliera Padova/ULSS 16 Procedura assistenziale "Gestione del paziente sottoposto a intubazione tracheale" 28 febbraio 2005
- ❖ Sinossi di anestesia e rianimazione – D.Polato E.Vincenti - Ed. La Garangola – 1986
- ❖ Azienda Ospedaliera di Padova-ULSS 16 Padova – Struttura interaziendale Servizio dell'Assistenza – "Linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie" maggio 2004
- ❖ Linee Guida Azienda Ospedaliera Padova/ULSS16 – "Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" – febbraio 2005
- ❖ Istruzione operativa Azienda Ospedaliera Padova "Identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura chirurgica" 15 novembre 2007
- ❖ Istruzione operativa Azienda Ospedaliera Padova "Prevenzione ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" 15 novembre 2007

## 9.0 Allegati

## 1. Elenco ferri kit isterectomia

ALLEGATO N.1

**KIT ISTERECTOMIA** SALA PARTO U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA E OSTETRICA

N°	BASE	CODICE	NOTE
1	DIVARICATORE DI BALFOUR (GRANDE)	BV610R	
1	DIVARICATORE DI BALFOUR (PICCOLO)	BV608R	
1	VALVA DIVARICATORE BALFOUR GRANDE (CROMA)	NO COD	
1	VALVA DIVARICATORE BALFOUR MEDIA (CROMA)	NO COD	MANCA
1	VALVA DIVARICATOREBALFOUR PICCOLA (CROMA)	NO COD	
2	DIV.ADD DI FRITSC (VALVE DI PESTALOZZA)	BT656	
1	PALETTA DI PESTALOZZA	NO COD	
1	TIRAFIBROMA	EO435R	
2	MANICO BISTURI	BB084R	
2	PINZA CHIRURGICA LUNGA	BD562R	
2	PINZA CHIRURGICA MEDIA	NO COD	
2	PINZA CHIRURGICA PICCOLA	BD559R	
2	PINZA ANATOMICA LUNGA	BD052R	
2	PINZA ANATOMICA MEDIA	BD051	
1	PINZA PEELING PICCOLA	FB402R	
2	CIOTOLA MEDIA		
2	BRUNNER (DECHAMP)		
6	BACHAUS		
1	ELETTROBISTURI		
33	TOT PEZZI		
	<b>I° SPILLONE</b>		
4	PORTATAMPONE	BF062R	

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: ISTERECTOMIA INTRA-CESAREO

5	KLEMMER	BH448R	
4	BENGOLEA	BJ055R	
2	BENGOLEA(RETTA)	BJ086R	
2	BENGOLEA (CURVA ACCENTUATA)	NO COD	
4	KOCHERONI CURVI (KLEMMERONI)	BH833B	
21	TOT PEZZI		
	<b>II° SPILLONE</b>		
8	KOCHER	BH642R	
8	KOCHERINI	NO COD	
8	PEAN	BH442R	
24	TOT PEZZI		
	<b>III° SPILLONE</b>		
2	SCHROEDER 1X2 D (PRENDIUTERO)	EO150R	
2	SCHROEDER (PINZA DI HEGAR)	EO110R	
2	FOURE	BJ325R	
2	FOURE	BJ326R	
4	PINZA ANELLO	BF122	
12	TOT PEZZI		
	<b>IV° SPILLONE</b>		
1	PORTAGHI (LUNGO)	BM078R	
2	PORTAGHI (PICCOLO)	BM067R	
1	FORBICE (LUNGA)	BC615R	
1	FORBICE (CURVA PICCOLA)	BC592R	
1	FORBICE (CURVA PICCOLA)	NO COD	
1	FORBICE (PICCOLA RETTA)	BC590R	
6	ALLIS	EA016	
4	PINZA INTESTINALE TRAUMATICA (DOUVAL)	EA040R	
1	PINZA INTESTINALE TRAUMATICA (DOUVAL)	NO COD	
18	TOT PEZZI		