

Ci sono situazioni antepartum per le quali il livello di cura del punto nascita migliora gli esiti perinatali e materni?

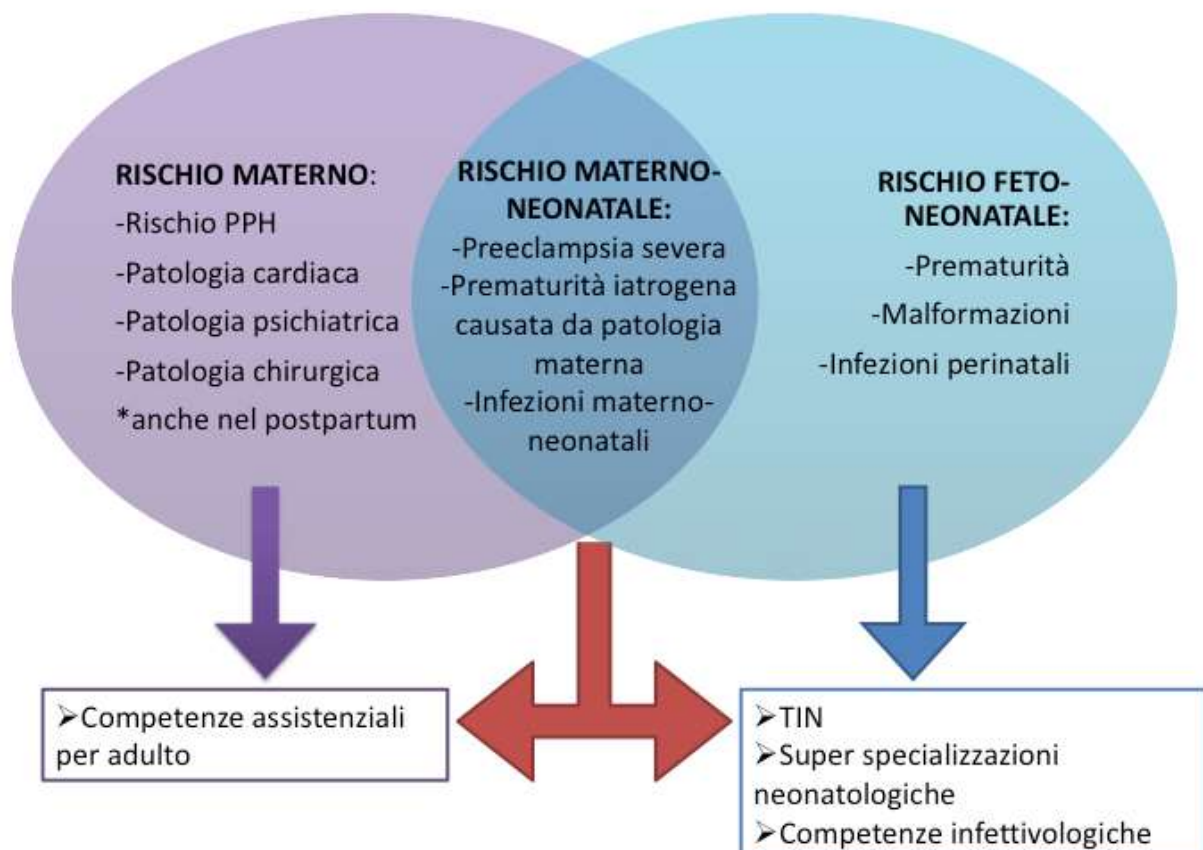
SI.

In generale, fattori di rischio e/o condizioni meritevoli di un livello assistenziale più elevato dovrebbero essere identificati ante-partum. In tal caso è preferibile riferire la paziente ad un centro appropriato sia per il parto che per un eventuale ricovero ante-partum (1).

In generale, le caratteristiche della struttura di riferimento devono corrispondere al tipo di rischio individuato. Nel caso il rischio sia legato alla possibilità di un parto pretermine o a condizioni patologiche fetali, dovrà essere valutata la presenza di TIN, ed eventualmente di competenze di chirurgia fetale, in particolar modo per le patologie malformative che necessitano di intervento a brevissimo termine, come alcune cardiopatie congenite per le quali il centro di riferimento deve essere dotato di cardiocirurgia neonatale.

In caso di patologie materne che richiedono competenze multispecialistiche (cardiologiche, infettivologiche, chirurgiche, radiologiche, etc) o di fattori di rischio di emorragia post partum (2)(come le anomalie di placentazione) la gravida dovrà essere indirizzata ad un centro attrezzato per le emergenze dell'adulto, con specifiche competenze per le patologie in gravidanza.

Fig.1 Fattori di rischio in gravidanza e competenze assistenziali relative



Il trasporto materno in acuto riduce gli esiti avversi materni e neonatali?

Si

In presenza di indicazioni specifiche, anche in acuto l'opzione ottimale per madre e feto-neonato è, se ancora fattibile in sicurezza, il trasporto in utero (3); tuttavia, è auspicabile che il trasporto venga effettuato prima che si verifichino condizioni di emergenza.

L'organizzazione territoriale del sistema di cure materno-fetali è uno dei principali fattori che hanno contribuito al significativo miglioramento degli *outcome* perinatali avvenuto negli ultimi decenni(4). In tale contesto curare nel modo migliore una madre e/o un neonato significa garantire l'accesso ad un livello adeguato di cura.

Indicazione *sine qua non* al trasporto è che i benefici attesi derivanti dall'accesso ad un adeguato livello di cura siano maggiori rispetto ai rischi connessi al trasporto stesso (5). Insieme alla profilassi RDS, il trasporto in utero è l'unico intervento dimostratosi efficace nel ridurre la mortalità perinatale nei nati pretermine (6).

Una rete di trasporto perinatale strutturata a livello regionale è utile per migliorare gli esiti perinatali? Come deve essere effettuata la comunicazione tra centri e tra operatori perinatali?

La presenza di una struttura operativa che valuti in tempo reale la disponibilità di posti letto con le caratteristiche adeguate per la complessità delle patologie sia della madre che del neonato migliora la possibilità di sfruttare al meglio le risorse del sistema, ottimizzando i tempi di risposta, e consente di utilizzare protocolli condivisi per la gestione della patologia nella fase che precede e accompagna il trasporto stesso (3)

La comunicazione tra le strutture invianti (definite all'interno del sistema di trasporto SPOKE UNIT) e le strutture accettanti adeguate alla patologia materno fetale secondo il rischio della gravidanza in questione (parallelamente definite HUB UNIT) deve avvenire tramite un collegamento funzionale, efficace, sicuro e rapido. E' necessario creare reti regionali dell'emergenza-urgenza sanitaria tramite una linea telefonica dedicata e applicazioni web create ad hoc. Si sottolinea l'importanza della "comunicazione perinatale" nel senso di un coinvolgimento immediato e chiaro sia dell'unità di medicina materno-fetale "ricevente" che della TIN collegata.

L'appendice A presenta esempi di reti esistenti in Italia.

Quali sono le indicazioni al trasporto materno?

Per organizzare al meglio il trasporto della diade materno-fetale è fondamentale inquadrare correttamente l'indicazione e il livello di rischio della gravidanza in relazione sia alla madre che al feto, in modo da indirizzare il trasporto verso strutture con elevati ed adeguati livelli assistenziali.

La tabella 1 presenta in modo schematico le indicazioni al trasporto, suddividendole in base al tipo di rischio.

Tabella 1. INDICAZIONI A STAM
Indicazioni ostetriche e materne
<ul style="list-style-type: none"> - minaccia di parto pretermine e/o pPROM ad epoche gestazionali superiori a 23 ed inferiori a 32 settimane e/o per peso fetale stimato inferiore a 1500 gr (§) - pre-eclampsia insorgente tra 23 e 31+6 settimane non gestibile nel centro spoke (*), sindrome HELLP se la paziente è trasferibile - emorragia antepartum (dopo remissione del sanguinamento, in condizioni di benessere materno e fetale), placenta previa centrale o placenta accreta diagnosticata in epoca < 32 settimane, sintomatica che necessita di ricovero per alto rischio di parto* - patologie materne complesse con danno funzionale di organo che richiedano competenze plurispecialistiche, o con possibilità di parto prima di 32 settimane* - sepsi materna senza MOF (multi-organ failure) nè CTG patologico - gravide portatrici di HIV per il parto presso i centri di II livello individuati dalla conferenza stato Regioni del 2010 <p>§ anche per EG superiori se il centro ritiene più vantaggiosa la nascita c/o l'HUB di riferimento ed il trasporto non ha controindicazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • anche per epoche gestazionali superiori a 31+6 se il centro non ha le competenze rianimatorie, ematologiche e/o chirurgiche per la patologia materna <p><i>(Nota: l'accordo Stato Regioni 16/12/2010 definisce come cut-off tra I e II livello le 34 settimane, fatte salve specifiche deroghe regionali)</i></p>
Indicazioni fetali
<ul style="list-style-type: none"> - IUGR severo - patologie malformative con necessità di assistenza neonatale intensiva a qualunque epoca di gestazione. In caso di patologie di interesse chirurgico, la gravida deve essere trasferita presso un Punto Nascita dotato chirurgia , cardiocirurgia o neurochirurgia pediatrica, in base alla patologia - infezioni o altre condizioni fetali che necessitano alla nascita di assistenza presso centri con competenza specialistica (esempio MEN)

Quali figure professionali devono essere coinvolte nel trasporto materno?

Le figure professionali che devono essere coinvolte nel trasporto dipendono dall'organizzazione della struttura inviante e dalle indicazioni al trasporto, sulla base di protocolli esistenti e condivisi.

Il sanitario responsabile che attiva la rete per il trasferimento è il medico di servizio di una UO di Ostetricia, in quanto è in grado di riconoscere le patologie emergenti materne e fetali e le conseguenti esigenze di cura e di comprendere se queste patologie possono essere affrontate in base alle possibilità della struttura in cui opera al momento della decisione di trasferire.

Allo stesso medico richiedente spetta la qualifica del grado di urgenza del trasporto e quindi l'identificazione delle figure professionali coinvolte. La comunicazione e la collaborazione fra le diverse figure professionali coinvolte nel trasporto è fondamentale per il successo clinico.

Il grado può essere definito con queste modalità:

Il trasporto in emergenza riguarda quadri clinici critici (persistenza di attività contrattile in travaglio pretermine, ipertensione non controllata, pre-eclampsia grave, sepsi) la cui prognosi è legata al tempo di esecuzione di accertamenti, di terapia specifica e/o intensiva non

effettuabili nell'ospedale che li ha accolti (il tempo massimo per l'attivazione è di 30 minuti).

In emergenza le figure professionali coinvolte nel trasporto sono:

- GINECOLOGO: conosce il caso clinico e lo presenterà ai colleghi del centro ricevente. Durante il trasporto collabora con i colleghi per le problematiche ostetrico-ginecologiche. Esegue, se necessario manovre ostetriche d'emergenza.

Il ginecologo richiedente il trasferimento potrà eventualmente richiedere il supporto di:

- OSTETRICA/O: conosce il caso clinico e collabora a presentare il caso clinico ai colleghi del centro ricevente. Durante il trasporto collabora con il ginecologo per le problematiche ostetriche e assiste un eventuale parto.

- ANESTESISTA: conosce il caso clinico e collabora a presentare il caso clinico ai colleghi del centro ricevente. Durante il trasporto si dedica all'interpretazione del monitoraggio e al sostegno delle funzioni respiratorie, cardiocircolatorie; si dedica inoltre alla sedazione e alla Terapia del dolore.

- NEONATOLOGO: conosce il caso clinico e presta soccorso al neonato in caso di parto in ambulanza

- PERSONALE 118: non partecipa alla gestione clinica del caso, ma ha solo funzione di trasporto e supporto.

Il personale dell'Equipe sarà messo a disposizione dal centro richiedente il trasferimento.

Il trasporto in urgenza invece è relativo ai casi senza un quadro clinico rapidamente evolutivo che si possono effettuare in tempistiche oltre i 30 minuti; ne usufruiscono la gestante e il feto che, stabilizzati, necessitano di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure (assenza di travaglio in atto, assenza di perdite ematiche, pressione arteriosa controllata, tracciato cardiocografico rassicurante). In questo caso le figure professionali coinvolte sono:

- GINECOLOGO: conosce il caso clinico e collabora a presentare il caso clinico ai colleghi del centro ricevente.

- PERSONALE 118: non partecipa alla gestione clinica del caso, ma ha solo funzione di trasporto e supporto.

Il personale dell'Equipe sarà messo a disposizione dal centro richiedente il trasferimento.

Il Centro Hub di riferimento è tenuto a ricevere la donna anche in carenza di posti letto. La decisione finale sulla destinazione della paziente spetta peraltro sempre al Medico Richiedente, il quale, operando in stato di necessità, può decidere di trasferire la paziente al Centro da lui ritenuto più idoneo per la situazione clinica, previo accordo con il Centro Hub di destinazione.

Responsabilità

- [responsabilità clinica della paziente trasportata a carico del personale del centro inviante \(centro SPOKE\) \[documentazione a carico dei sanitari del centro SPOKE\]](#)
- [responsabilità clinica della paziente da parte degli operatori del centro HUB dal momento dell'arrivo c/o la struttura. \[documentazione a carico dei sanitari del centro HUB\]](#)
- Nel caso il Centro HUB sia saturo di pazienti (gravide e/o neonati) e non possa accettare direttamente la donna, sarà responsabile della ricerca di un altro centro HUB disponibile.

Quali sono i requisiti strumentali necessari per un trasporto materno?

Durante il trasporto è necessario rilevare i parametri vitali materni (Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturazione periferica di Ossigeno) che devono essere riportati su schede predisposte secondo i recenti criteri MEOWS (Modified Early Obstetric Warning Symptoms)(7), effettuare auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale, valutare eventuale attività contrattile ed eventuali perdite ematiche.

Sono quindi necessari i seguenti presidi durante il trasporto:

- Schede di monitoraggio riportanti i codici colore
- Sfigmomanometro, fonendoscopio
- Saturimetro, fonte di Ossigeno
- Aspiratore
- Rilevatore di battito cardiaco fetale ad ultrasuoni
- Catetere di Foley
- Ambu con reservoir e raccordi per la fonte di Ossigeno
- Cannule di Guedel n° 3 e 4 (almeno tre per categoria)
- Fleboclisi di cristalloidi (Ringer Acetato o Elettrolitica Reidratante IIIa) (2000 ml = 4 flaconi), Fisiologica 1000 ml (2 flaconi), Glucosata 5%, 500 ml (1 flacone)
- Deflussori (uno per ogni fleboclisi)
- Lacci emostatici (2)
- Aghi-cannula: 3 da 18 G, 2 da 16 G, 2 da 14 G
- Cerotti di fissaggio per gli aghi cannula e cerotti da 1 e 2 cm (sei pezzi in totale)
- Guanti non sterili
- Guanti sterili
- Kit per assistenza al parto
- Kit per assistenza al neonato

La presenza di protocolli per il trasporto materno migliora gli esiti materni e perinatali?

Si perché il trasporto viene svolto in condizioni di emergenza dove le decisioni devono essere prese sulla base di protocolli condivisi in precedenza dalle figure professionali coinvolte. Ogni rete, a partire dalle risorse disponibili e dal livello di assistenza, si deve dotare di procedure e protocolli condivisi e della loro revisione.

Inoltre devono essere disponibili protocolli condivisi tra i centri Hub/spokes per la gestione di eventuali condizioni di emergenza che potrebbero insorgere durante il trasporto in ambulanza per i seguenti eventi:

presenti in ambulanza protocolli d'emergenza per i seguenti eventi:

- Attacco eclamptico
- Emorragia /distacco di placenta durante il trasporto
- Parto in ambulanza
- Emorragia del post-partum durante il trasporto
- Prolasso di funicolo
- Arresto cardiaco materno
- Sepsi

I protocolli devono partire dalla preparazione della paziente al trasferimento, quindi si devono utilizzare farmaci che siano adeguati e sicuri per il trasporto. Nel caso di trasporto per rischio di parto pretermine non si devono utilizzare farmaci con rischi per la madre e che necessitino di monitoraggio intensivo, come i beta mimetici.

I protocolli devono prevedere esattamente come deve essere eseguito il monitoraggio materno e/o fetale durante il trasporto (cosa monitorare e con che frequenza) e quali farmaci somministrare durante il trasporto in base al profilo di sicurezza.

In Appendice B viene presentato l'esempio di un protocollo per il trasferimento in caso di travaglio pretermine.

Inoltre è fondamentale la comunicazione scritta e verbale tra centro Hub e centro Spoke. L'uso della rete può rendere più immediato l'accesso alle informazioni da parte dei centri e pertanto l'implementazione di check list dedicate e strumenti informatici deve essere fortemente considerata. La mancanza di informazioni è uno dei fattori più importanti individuati tra i fattori di rischio di mortalità materna e perinatale.

Dovrà essere predisposta una cartella di trasferimento che deve prevedere una parte da compilarsi durante la preparazione al trasporto ed una parte da compilare durante il trasporto, che dovrà contenere tutte le informazioni relative alla valutazione dei parametri materni (scheda MEOWS) e fetali e alle terapie effettuate. E' preferibile che la documentazione sia preparata in forma informatizzata.

Il Centro HUB sarà responsabile della formazione dei centri SPOKE per l'utilizzo dei protocolli condivisi. Il personale coinvolto dovrà essere quindi adeguatamente formato e dovranno essere previsti i possibili scenari di emergenza materno-fetale e neonatale durante il trasporto.

Quali sono le controindicazioni al trasporto materno? In quali situazioni è opportuno optare per il trasporto neonatale, e in questi casi, è necessaria la presenza di un team di rianimazione e trasporto neonatale del centro hub presente al momento della nascita?

Le controindicazioni al trasporto sono tutte le condizioni per le quali il rischio di parto in ambulanza è maggiore rispetto al parto nel centro di invio.

In generale esistono controindicazioni al trasporto quando il rischio di parto durante il trasporto è concreto (è meglio partorire in una sala parto di I livello che non in ambulanza). Sostanzialmente il trasporto richiede dei tempi organizzativi incomprimibili di almeno 30' oltre al tempo del trasporto stesso. Quindi se la situazione clinica fa prevedere tempi più lunghi prima che si verifichi il parto, si procede con l'organizzazione, altrimenti si deve organizzare l'assistenza nell'ospedale che ha ricevuto la paziente. L'ospedale inviante deve comunque iniziare la gestione clinica adeguata immediatamente (esami, terapie) e rivalutare la situazione prima del trasferimento.

Se il parto risultasse inarrestabile avverrà nel centro che ha accolto la paziente. In questo caso il medico responsabile allenterà il trasporto neonatale al fine di ottimizzare l'assistenza neonatale ed abbreviare il tempo del trasferimento del neonato dopo la nascita.

Controindicazioni specifiche sono:

- condizioni materne non stabilizzate
- condizioni fetali di gravità tale da richiedere un parto immediato
- paziente non cosciente o in coma: Glasgow Coma Score < 8 (es.: fase post-critica di una crisi eclamptica)
- parto imminente (almeno 4 cm di dilatazione e almeno 2 contrazioni ogni 10 minuti)
- rottura delle membrane con feto in presentazione podalica o di spalla in condizioni di elevato rischio di parto

- ematomi placentari visibili e di recente formazione alla valutazione ultrasonografica
- mancato consenso della paziente
- condizioni metereologiche a rischio di allungamento del tempo di trasferimento della donna in gravidanza.

Deve essere previsto un consenso informato e come deve essere effettuata la comunicazione ai pazienti?

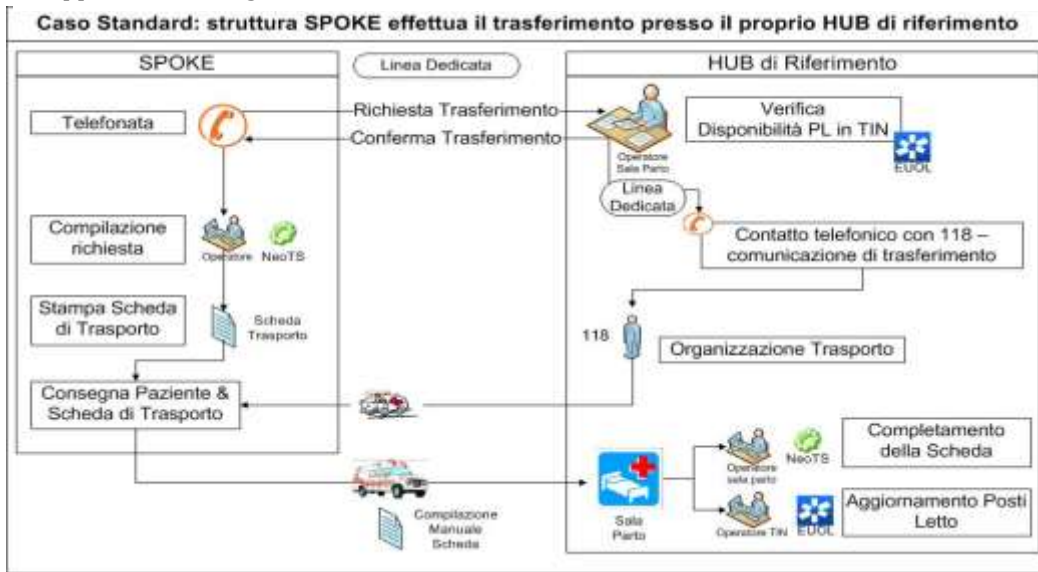
I protocolli devono prevedere la presenza di un consenso informato a tutela sia delle pazienti che delle strutture coinvolte. Il consenso dovrà essere raccolto dal medico responsabile del trasferimento. Il momento della firma del consenso rappresenta anche il momento in cui effettuare una comunicazione dei motivi del trasferimento e dei possibili rischi, che vanno condivisi con i genitori.

Referenze:

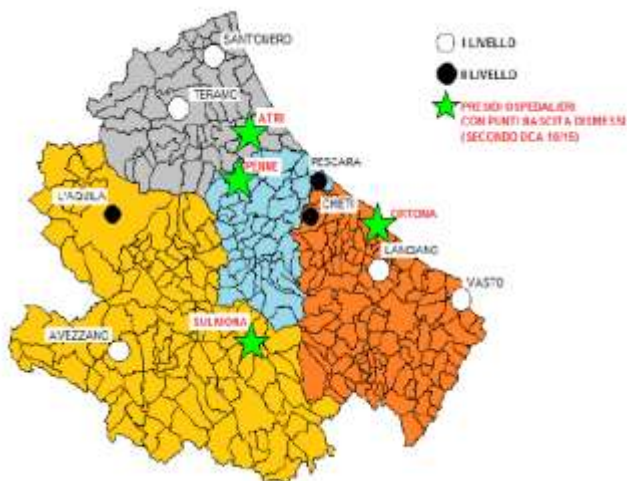
1. ACOG/SMFM Obstetric care consensus. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol 2015; 259-271
2. LLGG Emorragia post partum
3. Ministero della Salute: LINEE DI INDIRIZZO SULL'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI TRASPORTO MATERNO ASSISTITO (STAM) E DEL SISTEMA IN EMERGENZA DEL NEONATO(STEN) 2015
4. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.* May 2013
5. ACOG, Guidelines for perinatal care, 2002
6. Chien LY, Whyte R, Aziz K, Thiessen P, Matthew D, Lee SK; Canadian Neonatal Network. Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers. *Obstet Gynecol.* 2001;98:247-52
7. Singh S, McGlennan A, England A, Simons R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). *Anaesthesia* 2012;67:12-8.
8. Towards safer neonatal transfer: the importance of critical incident review S J Moss, N D Embleton, A C Fenton *Arch Dis Child* 2005;90:729-732. doi: 10.1136/adc.2004.066639
9. Perinatal Regionalization for Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants. A Metaanalysis Sarah Marie Lasswell, MPH Wanda Denise Barfield, MD, MPH Roger William Roach, MD Lillian Blackmon, MD *JAMA.* 2010;304(9):992-1000
10. Perinatal Services Guidelines for Care: A Compilation of Current Standards 2011. Regional Perinatal Programs of California
11. Tennessee Perinatal Care System Guidelines For Transportation (Fifth Edition) 2006, Tennessee Department of Health Women's Health & Genetics
12. Ministero della salute: Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
13. Ministero della salute: Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
Da contestualizzare nel testo al termine della stesura

Appendice A: esempi di reti esistenti in Italia.

Rappresentazione grafica sistema di comunicazione STAM Lecco, Monza e Milano



Rappresentazione grafica percorso nascita Regione Abruzzo



Appendice B: PROTOCOLLO TRAVAGLIO PRETERMINE

- ✓ **Diagnosi:** presenza di attività contrattile associate a modificazioni significative della cervice uterina.
- ✓ **Indicazioni al trasferimento:** epoche minori di 32 o 34 settimane gestazionali a seconda dei protocolli regionali, e/o peso fetale stimato inferiore a 1500 gr.
- ✓ **Accertamenti da eseguire prima del trasferimento:**
 - Esami ematochimici (emocromo, coagulazione, elettroliti-eventuale magnesemia-, funzionalità epatica e renale, PCR)
 - ECG, se indicato dalle condizioni materne
 - Eventuale esecuzione di tamponi vaginali, cervicali e vagino-rettali prima dell'eventuale terapia antibiotica.
 - CTG eseguito entro 1 ora dalla partenza della durata di almeno 20 minuti
 - Ecografia ostetrica se disponibile
 - Parametri vitali materni (Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturazione periferica di Ossigeno)
- ✓ **Manovre terapeutiche da intraprendere nel centro inviante:**
 - Incanulare una vena con Venflon 14 o 16 G
 - Mantenere digiuno
 - Infondere soluzioni di colloid/cristalloidi a 80 ml/ora
 - Intraprendere induzione maturazione polmonare fetale con Betametasone 12 mg 1 fl I.M.
 - Intraprendere terapia tocolitica con minori effetti collaterali materni e che necessiti di un minor monitoraggio dei parametri materni: il farmaco di prima scelta è l'Atosiban
 - Iniziare terapia/profilassi antibiotica quando opportuna
 - Iniziare terapia/profilassi antipertensiva e/o MgSO₄ quando opportuna
 - POSOLOGIA ATOSIBAN:** un bolo iniziale di 6.75 mg in un minuto →infusione di 18 mg/ora per 3 ore →una infusione di 6 mg/ora per un massimo di altre 45 ore.
 - Intraprendere terapia antibiotica se pPROM: Ampicillina 2gr e.v.
 - Intraprendere neuro protezione con Magnesio Solfato prima della 32 settimana se previsto parto pretermine imminente entro 12 ore.
 - POSOLOGIA MgSO₄:**bolo di 4 g infuso in 20 minuti diluito in 100 mL di SF→infusione di mantenimento in continua di 1 g/ora.
- ✓ **Valutazione tipologia trasferimento:**
 - Trasporto in emergenza (entro 1 ora): personale 118+ ginecologo + ostetrica+ eventuale anestesista+ eventuale neonatologo.
 - Trasporto in urgenza (appena possibile- entro qualche ora): personale 118+ ginecologo o ostetrica.
- ✓ **Monitoraggio durante il trasporto:**
 - Parametri vitali (Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturazione periferica di Ossigeno)
 - Auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale
 - Valutazione di eventuale attività contrattile
 - Valutazione di eventuali perdite ematiche

NB: se infusione *Magnesio Solfato* monitorare diuresi con catetere vescicale e urinometro.

 - In caso di oliguria (<100 ml in 4 ore o <25ml/ora) o di riduzione degli atti respiratori con ossigenazione ottimale, dimezzare la dose di mantenimento.
 - In caso di assenza dei riflessi interrompere l'infusione e riprendere l'infusione solo dopo la ricomparsa dei riflessi.
 - In caso di marcata riduzione degli atti respiratori:
 - Interrompere infusione di MgSO₄
 - Ventilare paziente con Ambu e ossigeno al 100%
 - Inoculare lentamente ev 10cc di calcio gluconato al 10%
 - Allertare l'anestesista
- ✓ **Presidi necessari per il trasporto:**

- Schede di monitoraggio riportanti i codici colore
- Sfigmomanometro, fonendoscopio
- Saturimetro, fonte di Ossigeno
- Aspiratore
- Rilevatore di battito cardiaco fetale ad ultrasuoni
- Catetere di Foley
- Ambu con resevoire e raccordi per la fonte di Ossigeno
- Cannule di Guedel n° 3 e 4 (almeno tre per categoria)
- Fleboclisi di cristalloidi (Ringer Acetato o Elettrolitica Reidratante IIIa) (2000 ml = 4 flaconi), Fisiologica 1000 ml (2 flaconi), Glucosata 5%, 500 ml (1 flacone)
- Deflussori (uno per ogni fleboclisi)
- Lacci emostatici (2)
- Aghi-cannula: 3 da 18 G, 2 da 16 G, 2 da 14 G
- Cerotti di fissaggio per gli aghi cannula e cerotti da 1 e 2 cm (sei pezzi in totale)
- Guanti non sterili
- Guanti sterili
- Kit per assistenza al parto (guanti sterili chirurgici, teli sterili, tamponi di garza, mucosutore per le secrezioni nasali-oralì del neonato, kit per tagliare e clampare cordone ombelicale, coperta per avvolgere neonato, farmaci utero tonici -ossitocina sintetica Syntocinon; Metilergometrìna, Methergin-)
- Kit per assistenza al neonato

ESTENSORI:

IRENE CETIN
PATRIZIA VERGANI

CONTRIBUTO DI MARTINA MAZZOCCO e MARTA BETTI

REVISORI

MARCO LIBERATI
FRANCO GORLERO

MARIAROSARIA DI TOMMASO
NICOLA CHIANCHIANO
TULLIA TODROS
GIOVANNA OGGE'

MARIAVITTORIA LOCCI
ALESSANDRA MELONI

LUCA RAMENGGI
GIANPAOLO DONZELLI