



Regione Calabria

Diario della Gravidanza

Sig.ra

Data di consegna

Il Diario della Gravidanza deve essere conservato a
cura della gestante ed esibito ad ogni controllo

DIARIO

DATI PERSONALI

COGNOME E NOME

NATA A

IL

INDIRIZZO

TELEFONO

E-MAIL

CITTADINANZA

STATO CIVILE

TITOLO DI STUDIO

CONDIZIONE PROFESSIONALE

CONIUGE/PARTNER

MEDICO CURANTE

INTRODUZIONE

Il Diario del Percorso Nascita è uno strumento pensato e realizzato per documentare e accompagnare la donna lungo il percorso della gravidanza e del dopo-parto inteso come processo normale e non di malattia, per far vivere l'esperienza in piena consapevolezza e determinazione. La gravidanza, il parto e il puerperio sono momenti centrali e rilevanti per la donna e per la famiglia. La maggior parte delle donne in età fertile sono sane e hanno buone ragioni per aspettarsi una gravidanza normale e la nascita di un neonato sano. Il Diario del Percorso Nascita viene consegnata alla donna; Lei può annotare i dubbi, i desideri e le domande da rivolgere all'ostetrica/ginecologo e a tutti i professionisti che incontra lungo il percorso. Nello stesso modo, l'ostetrica/ginecologo e i professionisti, annotano tutto ciò che Le propongono (per esempio esami del sangue, ecografie ecc.), dandole tutte le informazioni necessarie. Alla donna è chiesto di conservarlo con cura e di presentarlo ad ogni consultazione in modo tale che sia costantemente aggiornata e in grado di attestare l'assistenza fornita.

INFORMAZIONI PER LA DONNA

La letteratura scientifica suggerisce che alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica. In collaborazione con l'ostetrica, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti. Nel periodo che intercorre tra il momento in cui Lei e il suo partner desiderate un figlio nell'immediato futuro (definito periodo pre-concezionale), potete rivolgervi presso i Consultori Familiari della Regione che garantiscono incontri di accoglienza / orientamento, gratuiti e ad accesso libero. Gli interventi preventivi proposti ed attuati in questo periodo non possono garantire con sicurezza la nascita di un bambino perfettamente sano, ma hanno l'obiettivo di sostenere quanto di buono già Lei fa, di promuovere stili di vita sani e di ridurre i rischi di alcune malattie.

Per saperne di più

- www.salute.gov.it
- www.ministerosalute.it
- www.iss.it
- www.unicef.it
- www.pensiamociprima.it
- www.genitoripiu.it
- www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp
- www.epicentro.iss.it/index/SaluteMaternoInfantile.asp
- www.salute.gov.it/portale/donna/homeDonna.jsp
- www.who.int/

Ostetrica di riferimento

Cognome Nome _____

Struttura: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia

Cognome Nome _____

Struttura: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Medico di Medicina Generale

Cognome Nome _____

Telefono: _____

E-mail: _____

ANAMNESI FAMILIARE

Diabete

Ipertensione

Coagulopatie

Malformazioni

ANAMNESI PERSONALE

N.B. Tutti i referti degli esami eseguiti vanno allegati al presente Diario

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(D.Lgs. n.196 del 30 Giugno 2003, GDPR n.679/2016)

Gentile Signora, desideriamo informarLa che, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e dell'applicazione del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR – *General Data Protection Regulation*) sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza, garantendo la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, i dati sensibili, idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato. In questo caso i dati saranno raccolti e registrati con lo scopo di svolgere le prestazioni professionali richieste nel Percorso Nascita e a scopi statistici ed epidemiologici, tutelando la Sua dignità, riservatezza, identità personale e i Suoi diritti.

Qualifica

Firma

Consenso dell'interessata

Io sottoscritta _____
preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'applicazione del Regolamento UE n. 679/2016, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali per gli scopi indicati nell'informativa.

Data ____/____/____

Firma

Attestato di gravidanza

La signora _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____

Via _____

È attualmente alla _____ settimana di gravidanza _____

Data dichiarata ultima mestruazione _____

Data presunta del parto _____

Gravidanza diagnosticata con:

Test immunologico effettuato in data _____

Esame clinico effettuato in data _____

Esame ecografico effettuato in data _____

Data _____

Attestante Firma e Qualifica

MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' DELLA DONNA SULLO SCREENING DELLA SINDROME DI DOWN

NOME _____ COGNOME _____ data di nascita ____/____/____

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo.

Sono stata informata riguardo la possibilità ed i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (conosciuta anche come trisomia 21).

Ho compreso che per la trisomia 21 non esiste attualmente una terapia.

Sono stata inoltre informata che, qualora tale anomalia venisse riscontrata, mediante accertamento diagnostico, prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione della gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò che verificherà se esistono le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla legge 194/1978.

Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante l'impiego di tecniche invasive quali il prelievo di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali) o il prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) a seguito delle quali può verificarsi un aborto nello 0,5-1% dei casi.

Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto dalla sindrome di Down, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna. In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test:

Test combinato (translucenza nucale + PAPP-A + free β -hCG)

Test integrato (translucenza nucale + PAPP-A + tri test)

Test integrato biochimico

Tri-test / Quad-test

Test del DNA fetale circolante nel sangue materno (cell free DNA)

Ho compreso che se il test di screening risulterà "*positivo*" (cioè presenterà un rischio elevato di sindrome di Down) si potrà procedere alla diagnosi mediante una biopsia dei villi coriali o una amniocentesi, mentre se il test risulterà "*negativo*" (basso rischio) non verranno proposte ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "*certamente*" il feto non sarà malato.

Ho compreso che, anche in caso di esito negativo del test di screening, esiste un rischio RESIDUO che il feto sia affetto dalla sindrome di Down e che solo l'esecuzione di accertamenti invasivi quali villocentesi o amniocentesi consente di escludere con certezza in epoca prenatale una anomalia cromosomica del feto.

Ho compreso come il test non sia in grado di identificare altre malattie dei cromosomi e dei geni di cui il feto può essere affetto.

Ho discusso con il Medico (Ostetrica) _____ in merito alla capacità dei test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti, la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Generalità del Sanitario _____ Firma del Sanitario _____

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di avere avuto la possibilità di rivolgere le domande ritenute opportune al Sanitario, di averne ricevuto risposte esaurienti e dichiaro di averle comprese.

Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

Richiedere il test di screening

(Firma della persona assistita) _____

Tipo di test _____

Non richiedere il test di screening

(Firma della persona assistita) _____

Luogo _____ data ____/____/____

ACCOGLIENZA E SCELTA MODELLO ASSISTENZIALE

Colloquio di accoglienza e orientamento

Data ___/___/___

Epoca Gestazionale _____

Epoca Ecografica _____

DPP _____

Prescrizione di acido folico

Criteri per attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico

STORIA OSTETRICA	Sì	No	Note
Morte endouterina fetale o morte neonatale precedente			
3 o più aborti spontanei consecutivi*			
Peso neonatale al parto <2.500 g			
Peso neonatale al parto >4.500 g			
Ultima gravidanza: ricovero in ospedale per ipertensione o pre-eclampsia/eclampsia			
Chirurgia pregressa all'apparato riproduttivo*			
GRAVIDANZA ATTUALE			
Diagnosi o sospetta presenza di gravidanza multipla			
Età < 16 anni			
Età > 40 anni			
Isoimmunizzazione Rh nella gravidanza attuale o nella precedente			
Sanguinamento vaginale			
Massa pelvica			
Pressione arteriosa diastolica ≥ 90 mm Hg al primo incontro			
SALUTE GENERALE			
Diabete mellito insulino-dipendente			
Patologie renali			
Patologie cardiache			
Abuso di sostanze stupefacenti o di alcol			
Altre malattie o condizioni severe (ad esempio IMC ≥35)			

(WHO 2002, modificato)

(*) criterio che consente di offrire alle donne il Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica avvalendosi, se necessario, di consulenza di Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia e/o di altri Specialisti.

Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Assenza di criteri o presenza di (*): Modello assistenziale ostetrico basato sulla presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o.
Presenza di uno o più criteri: Modello assistenziale ostetrico-basato sulla presa in carico da parte del Medico specialista in Ostetrica e Ginecologia che individua le cure e le prestazioni addizionali, in collaborazione con l'Ostetrica.

Firma della Donna

Firma e Qualifica

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

PRIMO TRIMESTRE

Settimane

Da 7⁺⁰ Gruppo sanguigno e fattore Rh; test di Coombs indiretto(1); esame emocromocitometrico completo con conteggio piastrine; dosaggio emoglobine (HbA2, HbF, Hb anomale); rubeotest(2); toxotest(2); HCVAb(3); HIVAb(4); glicemia(5); VDRL TPHA; esame urine; urinocoltura; Clamidia trachomatis(6); Neisseria Gonorrhoeae(6).

10⁺⁰ - 12⁺⁶ hCG frazione libera e PAPP-A(7) - da eseguire, ai fini del calcolo del rischio di anomalie cromosomiche tramite test combinato, prima dell'ecografia ostetrica con studio della translucenza nucale.

11⁺⁰ - 13⁺⁶ Ecografia ostetrica con studio della translucenza nucale(7).

11⁺⁰ - 13⁺⁶ Ecografia ostetrica per determinare l'eta gestazionale(8).

Entro 13⁺⁶ Pap test

SECONDO TRIMESTRE

Settimane

14⁺⁰ - 18⁺⁶ Rubeotest in caso di negatività (2), Toxotest in caso di negatività (2)

16⁺⁰ - 18⁺⁶ OGTT - raccomandato solo nei casi di rischio indicati alla nota (5).

19⁺⁰ - 21⁺⁶ Ecografia ostetrica.

19⁺⁰ - 23⁺⁶ Toxotest in caso di negativita(2).

24⁺⁰ - 27⁺⁶ Esame urine(10). Toxotest in caso di negativita(2).

24⁺⁰ - 27⁺⁷ OGTT - raccomandato solo nei casi di rischio indicati alla nota (5).

TERZO TRIMESTRE

Settimane

27⁺⁰ - 29⁺⁶ Test di Coombs indiretto(1) In donne RH negativo effettuare Immunoprofilassi, previo previo test di Coombs negativo.

28⁺⁰ - 32⁺⁶ Esame Emocromocitometrico completo con conteggio piastrine; Toxotest negativita(2).

32⁺⁰ - 35⁺⁶ Ecografia Ostetrica.

35⁺⁰ - 37⁺⁶ Tampone vagino-rettale con specifica ricerca di streptococco betaemolitico.

35⁺⁰ - 37⁺⁶ Esame emocromocitometrico completo con conteggio piastrine; HBsAg, VDRL TPHA; toxotest in caso di negativita(2); fibrinogeno; HIVAb(4); esame urine(10).

41⁺⁰ Cardiotocografia (NST). Valutazione ecografica del liquido amniotico.

Da **41⁺⁰** settimane gli eventuali ulteriori accertamenti saranno eseguiti secondo i protocolli adottati presso le strutture dove avverrà il parto.

NOTE

(1) Il test di Coombs va prescritto anche alle donne Rh+. Nelle donne Rh- si raccomanda di:

- ripetere il test tra 27+0-29+6 settimane;
- effettuare immunoprofilassi preferibilmente alla 28+0 settimana, previo test di Coombs negativo.

(2) Rubeo-test e toxo-test: in caso di negatività ripetere alle scadenze indicate, altrimenti non firmare le relative prescrizioni.

(3) In caso di negatività degli anticorpi anti HCV, si consiglia di ripetere l'accertamento al terzo trimestre, con prescrizione su ricettario SSN solo per le donne a rischio (uso promiscuo di oggetti personali potenzialmente contaminati con sangue infetto da fonte sconosciuta o con infezione nota da HCV). In caso di positività richiedere tipizzazione genomica con prescrizione su ricettario SSN con specifica di HCV positivo.

(4) La richiesta del test HIV deve seguire le prescrizioni dell'art. 5 della L. n. 135 del 5 giugno 1990, cioè "può essere eseguito solo con il consenso della donna". Da effettuare qualora non eseguito nei tre mesi precedenti. Il test HIV è da effettuare nel III trimestre se non effettuato nel I trimestre o in caso di fattori di rischio.

(5) Sono definite affette da diabete preesistente alla gravidanza le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l), di glicemia plasmatica random ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), di HbA1c (standardizzata ed eseguita entro le 12 settimane) $\geq 6,5\%$.

Indipendentemente dalla modalità utilizzata è necessario che risultati superiori alla norma siano confermati in un secondo prelievo.

Nelle donne con gravidanza fisiologica e raccomandato lo screening per il diabete gestazionale, eseguito utilizzando fattori di rischio definiti.

A 16+0-18+6 settimane di età gestazionale curva da carico OGTT 75g alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- diabete gestazionale in una gravidanza precedente;
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 30 ;
- riscontro, precedentemente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia plasmatici compresi fra 100 e 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l).

Ripetere a 28 settimane di età gestazionale se la prima determinazione è risultata normale.

A 24+0-27+6 settimane di età gestazionale curva da carico OGTT 75g alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- età ≥ 35 anni;
- indice di massa corporea (IMC) pregravidico ≥ 25 ;
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente ($\geq 4,5$ kg);
- diabete gestazionale in una gravidanza precedente (anche se con determinazione normale a 16+0-18+6 settimane);
- anamnesi familiare di diabete (parente di primo grado con diabete tipo 2);
- famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete: Asia meridionale (in particolare India, Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana), Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto).

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatici superiori alle soglie riportate nella seguente tabella:

Tabella 1. Valori soglia per la diagnosi di GDM con OGTT 75 g

glicemia plasmatica	mg/dl	mmol/l
<i>digiuno</i>	≥ 92	$\geq 5,1$
<i>dopo 1 ora</i>	≥ 180	$\geq 10,0$
<i>dopo 2 ore</i>	≥ 153	$\geq 8,5$

(6) Il tampone per *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae* si effettua in caso di fattori di rischio riconosciuti con prescrizione su ricettario SSN. In caso di tampone positivo per *Chlamydia trachomatis*, su valutazione medica, è possibile prescrivere in esenzione la ricerca di anticorpi IgG e IgM (incluso IgA se IgM negative). In caso di tampone positivo per *Neisseria Gonorrhoeae* è incluso nell'esame culturale l'identificazione dell'eventuale antibiogramma.

(7) È inclusa l'offerta del calcolo del rischio di anomalie cromosomiche tramite TEST COMBINATO, eseguito sulla base della ecografia con studio della traslucenza nucale e del dosaggio di gonadotropina corionica o Hcg frazione libera (free- β hCG) e PAPP-A, nonché la consulenza pre e post test.

In presenza di un risultato di alto rischio per trisomia 21 o altre anomalie cromosomiche ($\geq 1/300$) calcolato sul TEST COMBINATO, viene offerta la diagnosi prenatale invasiva in esenzione dalla quota di partecipazione al costo. La prescrizione deve avvenire su ricettario SSN con la specifica "gravidanza a rischio per esito test combinato".

In presenza di un rischio compreso tra 1/301 e 1/1000 per trisomia 21, o altre anomalie cromosomiche, calcolato sul TEST COMBINATO, viene offerto il TEST NIPT (test del DNA fetale su plasma materno) per la determinazione del rischio, con quota ridotta di partecipazione al costo. La prescrizione deve avvenire su ricettario SSN per la condizione di rischio su esito del test combinato. In presenza di un risultato di alto rischio per trisomia 21, o altre anomalie cromosomiche, calcolato sul TEST NIPT viene offerta la diagnosi prenatale invasiva in esenzione dalla quota di partecipazione al costo. La prescrizione deve avvenire su ricettario SSN con la specifica "gravidanza a rischio per esito test NIPT" (test del DNA fetale su plasma materno".

(8) In casi specifici dove e' necessario determinare l'età gestazionale prima dell'effettuazione dell'ecografia con lo studio della translucenza nucale.

(9) Qualora non effettuato nell'ambito dei programmi di screening, si effettua:

- Pap test convenzionale in donne di età compresa tra 25 e 33 anni;
- HPV test in donne dai 34 anni.

(10) In caso di batteriuria significativa o leucocituria significativa e/o altri indici di infezione urinaria, la prescrizione dell'urinocoltura deve avvenire su ricettario del SSN con la specifica della motivazione e dello stato di gravidanza. In questo caso l'esame non è soggetto alla partecipazione al costo (è inclusa la conta batterica e, in caso di positività, identificazione e antibiogramma).

Per le donne che scelgono la partoanalgesia farmacologica si consiglia di prendere contatto e di effettuare la visita anestesiologicala presso l'ospedale di riferimento per il parto. Si ricorda che per l'accesso alla visita anestesiologicala presso le strutture ospedaliere non è necessaria la richiesta medica e che tale visita è esclusa dalla partecipazione al costo.

Alle donne che si presentano dopo 13+6 settimane sono offerte le prestazioni specialistiche relative alle precedenti fasi di gestazione, se compatibili con l'epoca di gravidanza e, comunque, secondo la valutazione del professionista.



ANAMNESI OSTETRICA Nessuna precedente gravidanza

ANNO	SETTIMANE GESTAZIONE	ABORTO	GRAVIDANZA EXTRA UTERINA	PATOLOGIE IN GRAVIDANZA

Considerare
LE VACCINAZIONI RACCOMANDATE:
dTpa DALLA 28[^] SETTIMANA DI GRAVIDANZA E
ANTINFLUENZALE ALL'INIZIO DELLA STAGIONE EPIDEMICA
ANTIROSOLIA IN PUERPERIO NELLE DONNE SUSCETTIBILI

ANAMNESI RECENTE

MODALITA' DEL PARTO			NATI			PUERPERIO
SPONTANEO	OPERATIVO	TAGLIO CESAREO	PESO	SESSO	PATOLOGIA NEONATALE	

Integrazione Territorio/Ospedale

Invio guidato in ospedale	PUNTO NASCITA SCELTO DALLA DONNA
Ostetrica/o _____ Ginecologa/o _____	Data in cui viene contattato il Punto Nascita _____ Operatore Contattato _____
Parità	
Gruppo sanguigno	
Patologie	
Epoca Gestazionale	
Annotazioni particolari	
Eventuali terapie in atto	

Invio guidato in consultorio	PUNTO NASCITA SCELTO DALLA DONNA
Ostetrica/o _____ Ginecologa/o _____	Data in cui viene contattato il Consultorio _____ Operatore Contattato _____
Data parto	
Modalità del parto	
Osservazione della poppata	Si No
Valutazione pavimento pelvico	Si No
Interventi consigliati	

PUNTI NASCITA

OSPEDALI/PUNTI NASCITA	CITTA'	TELEFONO
FERRARI	CASTROVILLARI	0981/4851
GUIDO COMPAGNA	CORIGLIANO/ROSSANO	0983/880111
G. IANNELLI	CETRARO	0982/9771
SAN GIOVANNI DI DIO	CROTONE	0962/924111
GIOVANNI PAOLO II	LAMEZIA TERME	0968/2081
BASSO IONIO	SOVERATO	0967/539111
P.O. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	0963/962111
LOCRI	LOCRI	0964/3991
S. MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	0966/9421
IGRECO OSPEDALI RIUNITI SRL	COSENZA	0984/32317
ANNUNZIATA	COSENZA	0984/6811
PUGLIESE CIACCIO	CATANZARO	0961/883111
BIANCO MELACRINO MORELLI	REGGIO DI CALABRIA	0965/397111

CONSULTORI FAMILIARI

PROVINCIA DI CATANZARO	
BADOLATO	0978/14820
CATANZARO VIA SIRLETO	0961/777619
CATANZARO VIA FONTANA VECCHIA	0961/7033651
CATANZARO LIDO	0961/734293
CHIARAVALLE CENTRALE	0967/539111
CROPANI	0961/905510
GIRIFALCO	0968/747278
LAMEZIA TERME	0968/23001
MAIDA	0968/754521
SOVERATO	0967/539529
SOVERIA MANNELLI	0968/208280
TAVERNA	0961/927410

PROVINCIA DI COSENZA	
ACRI	0984/913252
AMANTEA	0982/491235
ARCAVACATA	0984/8933245
CARIATI	0983/941299
CASSANO IONIO	0981/780361
CASTROVILLARI	0981/485338
CORIGLIANO	0983/888266
COSENZA P.zza DE CHIARA	0984/8933762
COSENZA VIA POPILIA	0984/496202
DIAMANTE	0985/876577
ORIOLO	0981/931805
PAOLA	0982/581241
RENDE	0984/463476
ROGLIANO	0984/981735
ROSSANO	0983/517363
SAN LORENZO DEL VALLO	0981/950330
SAN MARCO ARGENTANO	0984/510307
SAN SOSTI	0981/60114
SCALEA	0985/2837241
TREBISACCE	0981/500855
MONTALTO UFFUGO	0984/924440
CELICO	0984/435117
SAN GIOVANNI IN FIORE	0984/979522/18
PROVINCIA DI CROTONE	
CROTONE	0962/924835
CIRO' MARINA	0962/372274
CUTRO	0962/775801
PETILIA POLICASTRO	0962/434880

PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA	
BIANCO	0964/911848
LOCRI	0964/235087
PALMI	0966/21723
SANT'EUFEMIA D'ASPROMONTE	0966/965846
BOVALINO	0964/61123
GALLICO	0965/61123
GEBBIONE	0965/347923
GIOIA TAURO	0965/52748
GIOIOSA JONICA	0964/51173
LAUREANA DI BORRELLO	0966/900003
LOCRI	0964/235087
MELITO PORTO SALVO	0965/774311
OPPIDO MAMERTINO	0966/86252
POLISTENA	0966/943944
ROCCELLA JONICA	0964/863185
ROSARNO	0966/711017
SAN MARCO	0965/347734
SIDERNO	0964/342413
STILO	0964/775134
TAURIANOVA	0966/610694
VILLA SAN GIOVANNI	0965/751950
PROVINCIA DI VIBO VALENTIA	
SERRA SAN BRUNO	0963/772837
TROPEA	0963/962819
VIBO VALENTIA	0963/964105