

Delib.G.R. 9 aprile 2010, n. 250 ⁽¹⁾.

Approvazione "Linee guida interruzione volontaria di gravidanza".

(1) Pubblicata nel B.U. Molise 30 aprile 2010, n. 14.

La Giunta regionale

(omissis)

VISTO il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute - Nicola PASSARELLI -;

PRESO ATTO, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di legittimità e di regolarità tecnico-amministrativa espresso dai Dirigenti dei Servizi e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa;

b) del parere del Direttore Generale in merito alla coerenza della proposta con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla DIREZIONE medesima;

VISTA la *legge regionale 8 aprile 1997, n. 7* e successive modifiche e la normativa attuativa della stessa;

VISTO il Regolamento interno di questa Giunta;

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Politiche per la Salute - Nicola PASSARELLI-;

unanime delibera:

- di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta corredati dei pareri di cui all'art. 13 del Regolamento interno della Giunta che si allegano alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

- di approvare le "Linee guida interruzione volontaria di gravidanza" così come riportate nell'Allegato sub "A", quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, concernenti le procedure da seguire nella Interruzione Volontaria di Gravidanza, unitamente agli allegati n. 1

inerenti le note informative per la paziente per la IVG con metodo farmacologico mediante la somministrazione di mifepristone (RU486) e misoprostolo, l'allegato n. 2 sul relativo consenso informato, nonché l'allegato n. 3 concernente un questionario anonimo da sottoporre alle pazienti.

Documento istruttorio

Linee guida per l'interruzione volontaria della gravidanza.

VISTA la *legge n. 194 del 22 maggio 1978* intitolata "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", attraverso la quale lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, nonché il diritto della vita umana ad essere tutelata fin dall'inizio, in concomitanza con il riconoscimento della maternità quale valore sociale;

CONSIDERATO, altresì, che la citata legge permette il ricorso alla tecnica abortiva esclusivamente nel caso in cui debba salvaguardarsi la salute fisica e psichica della donna, garantendo che la stessa venga praticata in modo da tutelare la salute della gestante;

VISTA la determinazione AIFA n. 1460 del 24 novembre 2009 con cui viene autorizzata la immissione in commercio del medicinale per uso umano "Mifegyne" ovvero RU486, e che all'art. 3 stabilisce precisi vincoli del percorso di utilizzo dello stesso in rigoroso rispetto dei precetti normativi di cui alla *legge 194/1978*;

VISTO il parere tecnico scientifico espresso dal Consiglio Superiore di Sanità, in data 18 marzo 2010, e trasmesso con nota del 18 marzo 2010 prot. 9503 dal Ministro della Salute Prof. Fazio in materia di utilizzo del predetto farmaco RU-486, dal quale si evince la necessità - al fine di garantire il rispetto della *legge 194/78* e la tutela della salute fisica e psichica della gestante - che il percorso della interruzione volontaria della gravidanza medica avvenga in regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento e che vengano stilate, sulla base delle considerazioni riportate nel citato parere, linee di indirizzo formulate sulla base della elaborazione dei dati in materia di IVG medica e chirurgica e della loro comparazione;

RITENUTO di emanare le "Linee guida per l'interruzione volontaria della gravidanza" così come riportate nell'allegato sub lett. A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernenti le procedure da seguire nella Interruzione Volontaria di Gravidanza, unitamente agli allegati n. 1 inerenti le note informative per la paziente per la IVG con metodo farmacologico mediante la somministrazione di mifepristone (RU486) e misoprostolo, l'allegato n. 2 sul relativo consenso informato, nonché l'allegato n. 3 concernente un questionario anonimo da sottoporre alle pazienti;

RILEVATO che il presente provvedimento non è attuativo degli obiettivi generali, specifici ed operativi del Piano di rientro, e che, pertanto, non rientra tra gli atti di competenza del Commissario ad acta, né fra quelli da sottoporre alla preventiva approvazione del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze;

TUTTO CIÒ PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE

- Di approvare le "Linee guida interruzione volontaria di gravidanza" così come riportate nell'allegato sub lett. A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, concernenti le procedure da seguire nella Interruzione Volontaria di Gravidanza, unitamente agli allegati n. 1 inerenti le note informative per la paziente per la IVG con metodo farmacologico mediante la somministrazione di mifepristone (RU486) e misoprostolo, l'allegato n. 2 sul relativo consenso informato, nonché l'allegato n. 3 concernente un questionario anonimo da sottoporre alle pazienti.
-
-

Pareri

Parere in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico-amministrativa

Ai sensi dell'art. 13, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla legittimità e alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e i dichiararne l'atto non comporta impegno di spesa.

Parere di coerenza e proposta

Il Direttore Generale della Direzione Generale v - Politiche per la Salute e Assistenza Socio-Sanitaria, avv. Fagliano Roberto, visto il documento istruttorio e atteso che sull'atto sono stati espressi il parere di legittimità e di regolarità tecnico-amministrativa.

Esprime

parere favorevole in ordine alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi della politica regionale e gli obiettivi assegnati alla Direzione medesima e, pertanto,

Propone

all'Assessore alle Politiche per la Salute Nicola Passarelli l'invio all'esame della Giunta Regionale per le successive determinazioni.

Allegato A

Linee guida interruzione volontaria di gravidanza

Premessa

La legge 22 maggio 1978, n. 194, intitolata "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" postula il diritto della vita umana ad essere tutelata fin dall'inizio e riconosce la maternità come un valore sociale che lo Stato condivide e tutela, anche garantendo il diritto alla procreazione cosciente e responsabile. Pertanto, l'aborto non può essere legittimato dall'esigenza di limitare le nascite, né tantomeno essere considerato di per sé un diritto, anzi lo Stato, le Regioni, gli Enti locali e, in primis, i consultori (a cui è demandato il precipuo compito di "contribuire a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza") devono operare per prevenirlo.

Si tratta quindi di una normativa che regola, ma non liberalizza, l'interruzione volontaria della gravidanza, e che continua a prevedere ipotesi di reato, non solo per tutti i casi in cui non vi sia il consenso della donna (aborto su donna non consenziente, colposo o volontario) ma anche nelle ipotesi in cui, pur potendosi correttamente parlare di "interruzione volontaria di gravidanza", non siano rispettate le procedure che la Legge stessa prevede.

Il ricorso alla tecnica abortiva trova la sua ratio legislativa esclusivamente nella salvaguardia della salute fisica e psichica (e della vita) della donna ed è consentito:

- nei primi 90 giorni della gravidanza, se la donna dichiara le circostanze (determinate da qualunque causa) in base alle quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità potrebbero indurre una situazione di serio pericolo per la propria salute (tale decisione non è soggetta a verifica) (art. 4);

- superato il 90° giorno della gravidanza, qualora sussistano condizioni di pericolo di particolare gravità medicalmente accertate (art. 6).

Preso atto della inevitabilità di gravidanze indesiderate, scaturenti dalla complessità del comportamento sessuale individuale e dalla fallibilità della contraccezione, nonché della necessità di porre argine alla pratica insicura e diffusa degli aborti illegali, la Disciplina normativa prevede, poi, all'art. 15, in un'ottica programmatica, la possibilità che "le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul

decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza".

In ragione dell'aggiornamento della letteratura scientifica precognizzata dalla norma testé citata, nonché dalla mancanza di una distinzione all'interno del genus IVG, si è assistito anche in Italia all'uso di una metodica abortiva alternativa e meno invasiva rispetto all'intervento chirurgico di svuotamento dell'utero, caratterizzata da una somministrazione polifarmacologica di mifepristone (RU486) e misoprostolo, introdotta nella pratica clinica in Francia, Gran Bretagna, Svezia e Cina da oltre un decennio. L'aborto farmacologico rappresenta un'alternativa conveniente anche in termini economici, e, nella generalità dei casi, preferibile in termini clinici, non presentando i rischi e i costi connessi a un intervento operatorio.

La medicalizzazione dell'aborto consente quindi una nettissima riduzione delle complicazioni (dati del Consiglio d'Europa rappresentano l'insorgenza di complicanze in caso di unsafe abortion in 1 donna su 4) e dei decessi.

Tre linee guida (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG; Agence nationale d'accreditation et d'évaluation en santé, ANAES; National Abortion Federation, NAF) e un documento (Safe Abortion: technical and Policy Guidance for Health System - 2003) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) prendono in esame l'assistenza alla donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza. Questi documenti, pur presentando alcune differenze legate alla diversa normativa vigente nei paesi, sono omogenei su molti aspetti. Per quanto riguarda il management iniziale:

- si evidenzia la necessità di minimizzare i tempi di attesa per ridurre le complicanze e permettere una scelta tra le tecniche utilizzabili: deve essere fornita alla donna una consultazione clinica per IVG entro 5 giorni dalla richiesta (al massimo entro 2 settimane - RCOG), mentre l'intervento dovrebbe avvenire entro 2 settimane (al massimo tre - RCOG);

- alla prima consultazione la donna deve essere informata in maniera chiara, utilizzando anche materiale scritto, su: tipo di intervento (medico/chirurgico, anestesia locale/generale), effetti collaterali immediati (dolore, sanguinamento), possibili complicanze, follow up;

- deve essere effettuata una consulenza contraccettiva per verificare un eventuale uso scorretto del metodo adottato e valutare il cambio o l'inizio di un metodo;

- la valutazione pre-aborto richiede la determinazione del gruppo sanguigno, solo se appropriati possono essere proposti emocromo (se la donna proviene da aree endemiche per emoglobinopatie), Pap test (secondo screening), screening per le malattie sessualmente trasmesse;

- l'epoca gestazionale viene stabilita in base al colloquio con la donna e all'esame clinico, l'esame ecografico non è un prerequisito essenziale per l'IVG, ma può essere necessario in caso di dubbi su epoca gestazionale o sede della gravidanza, perciò il servizio deve avere disponibilità e accesso all'esecuzione dell'esame;

- le IVG devono essere effettuate in day hospital, salvo eccezioni;

- le pazienti dovrebbero poter scegliere se effettuare l'interruzione con metodica medica o chirurgica e il tipo di anestesia.

Per quanto riguarda il metodo:

- l'aborto medico è considerata una tecnica appropriata fino a 9 settimane (63 giorni), di prima scelta per RCOG fino a 7 settimane (49 giorni), non raccomandato per epoche superiori. Il protocollo raccomandato è il seguente: mifepristone 200mg per os seguito da misoprostolo 400 µg per via orale o 800 µg vaginale; si considera possibile, nelle IVG precoci, l'assunzione a domicilio del misoprostolo dopo la somministrazione del mifepristone, che avviene solo in ambito ospedaliero;

- la tecnica chirurgica è appropriata fino a 14-15 settimane, il RCOG la sconsiglia prima di 7 settimane, per la maggiore probabilità di complicanze (fallimento o perforazione dell'utero), mentre insieme al WHO sottolinea la necessità di personale addestrato se effettuata dopo le 12 settimane;

- la visita post-IVG deve avvenire entro 14-21 giorni; è utile per la valutazione clinica, particolarmente importante dopo aborto medico, e la sorveglianza della contraccezione;

- la contraccezione ormonale post-IVG può iniziare il giorno successivo all'intervento, mentre lo IUD può essere applicato subito dopo l'isterosuzione o durante la visita post-IVG.

Le linee guida inglesi (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. London: RCOG; 2004) sottolineano inoltre l'importanza che i professionisti conoscano la frequenza delle complicanze per informare correttamente le pazienti. La complicanza più frequente è l'infezione post-aborto, che avviene nel 10% dei casi. Il proseguimento della gravidanza, con la necessità di ripetere la procedura, complica 2.3/1000 interruzioni chirurgiche e 6/1000 interruzioni mediche. Sono complicanze rare l'emorragia (1.2/1000) e la perforazione uterina (1-4 /1000), più frequente la lacerazione della cervice (1% degli aborti chirurgici).

Le linee guida statunitensi (National Abortion Federation. Clinical Policy Guidelines. Washington, MD: NAF; 2008) sottolineano l'importanza di consenso informato e counseling specificando la diversità di questi due processi: lo scopo del primo è assicurarsi che la decisione della donna sia libera, consapevole e informata, il secondo, che presuppone una volontarietà della donna e non deve creare barriere al servizio, è invece rappresentato da un colloquio/discussione per: ascoltare ed offrire sostegno psicologico e sociale, preparare alla procedura e ridurre l'ansia e scegliere un metodo contraccettivo futuro.

Poiché, sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute nel 2008 e relativi all'anno 2007, si è evinto un numero considerevole di IVG praticate pari 127.038 casi, e ritenendo quantomai attuale ed impellente tentare di ridurre i rischi connessi all'aborto clandestino, sia chirurgico sia farmacologico, essendo quest'ultimo facilmente praticabile con farmaci reperibili in commercio e spesso inadeguati, oltre che nocivi, la Regione Molise con il presente atto stabilisce ed attiva un preciso protocollo clinico regionale per l'aborto, concordato con i professionisti del Servizio Sanitario Regionale (e coerente con le prescrizioni AIFA contenute nella determinazione n. 1460 del 24 novembre 2009, pubblicata in G.U., serie generale, suppl. ord. n. 286 del 9 dicembre 2009), idoneo a prestare le dovute tutele alla donna che si trova nelle condizioni di cui alla *legge n. 194/1978* (in attesa della pubblicazione delle apposite Linee Guida formulate dall'Istituto Superiore di Sanità sull'IVG medica), dando ad essa la possibilità di avvalersi liberamente di tecniche abortive sia tradizionali (aborto chirurgico), che innovative e disponibili in commercio (quale la sequenza farmacologica mifepristone (RU486)/misoprostolo).

Si precisa che il trattamento medico di induzione dell'aborto avverrà in regime di ricovero ordinario fino alla verifica della completa espulsione del prodotto del concepimento, così ottemperando al parere del Consiglio Superiore di Sanità del 18 marzo 2010 che ha ritenuto indispensabile tale

modalità di erogazione della prestazione sanitaria al fine di garantire contestualmente la tutela della sfera fisica e psichica della gestante ed il rispetto delle disposizioni della *legge n. 194/1978*.

L'aborto terapeutico

È l'interruzione volontaria di gravidanza che si pratica superato il 90° giorno di gravidanza, entro il secondo trimestre, qualora si ravvisi un grave pericolo per la vita o per la salute psico-fisica della gestante. Più esattamente, quando

1) la donna sia affetta da gravi malattie cardiovascolari e renali o alcuni tipi di tumore (cancro al seno, tumore della cervice, se curati con trattamenti, chirurgici e radiologici, dannosi per il feto; melanoma, linfoma, leucemia, cancro allo stomaco e ai polmoni, se hanno generato metastasi che hanno colpito la placenta o il feto);

2) il feto presenti disordini cromosomatici e metabolici, difetti neurologici e malformazioni;

3) nell'ipotesi di gravidanze multifetali, che possono causare la morte o lo sviluppo ritardato dei feti.

I metodi adottati per questa tipologia di aborto variano a seconda dell'avanzamento della gravidanza e delle condizioni di salute della madre e sono rappresentati:

a) dall'intervento chirurgico di svuotamento strumentale in anestesia parziale che viene praticato dilatando il collo uterino per mezzo di laminarie o apposite spugne e procedendo, dopo aver preparato il canale cervicale anche con farmaci, allo svuotamento dell'utero attraverso il raschiamento o l'aspirazione strumentale dell'embrione o del feto.

b) dall'aborto farmacologico (chiamato anche contragestione) con il quale il distacco del feto dall'utero è chimico e non necessita di nessun intervento di natura chirurgica, in quanto l'induzione farmacologica avviene con l'assunzione di una pillola di mifepristone (RU 486) e la somministrazione di un ovulo di prostaglandine (in caso di infruttuosità, si introducono tre ovuli nell'arco di 24 ore), che induce l'espulsione del feto e la pulizia dell'utero.

L'aborto chirurgico

È la tecnica utilizzata dal 1978 per eseguire l'aborto entro il 90° giorno, si articola in:

• **dilatazione** strumentale o indotta farmacologicamente (mediante la somministrazione di a) misoprostolo - 400 µg per via orale, sublinguale o vaginale tre ore prima dell'isterosuzione - b)

mifepristone - 200/600 mg per via orale 36/48 ore prima - c) gemeprost - 1 mg per via vaginale 3 ore prima - d) isosorbide mononitrato - 40 mg via vaginale) della cervice uterina;

- **isterosuzione** (aspirazione del materiale ovulare con cannule), generalmente preceduta da una profilassi antibiotica;

- eventuale revisione complementare della cavità uterina con curettage.

L'intervento chirurgico, a seconda della volontà della paziente e dietro consiglio dello specialista, può avvenire in anestesia generale o locale (opzione consigliata dalle linee guida inglesi e dal WHO - Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems - 2003).

Solitamente, e conformemente alle linee guida inglesi (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. London: RCOG; 2004) non viene effettuato prima della 7^a settimana per ridurre il rischio di complicanze, quali, ad esempio, aborti incompleti, sinechie, perforazioni, lacerazioni cervicali.

L'aborto farmacologico

Il metodo farmacologico per l'interruzione di gravidanza (definito in letteratura come aborto medico) è divenuto un'alternativa alla tecnica chirurgica con l'introduzione delle prostaglandine (gemeprost e misoprostolo) negli anni '70 e degli antagonisti del progesterone negli anni '80.

Proprio per la sua efficacia nelle IVG precoci (early medical abortion), il suo utilizzo fino alla 9^a settimana (in Italia l'uso è consentito fino al 49° giorno di amenorrea), è stato approvato in oltre 30 paesi, tra cui Francia (1988), Cina, Stati Uniti, Gran Bretagna (1991), Svezia (1992) e, dal 2005, anche in Italia, dove, in base alla "Relazione del Ministero della salute sull'attuazione della legge per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza", pubblicata nell'aprile 2008, è emerso l'uso dell'aborto medico nel 2005 in due regioni (Piemonte e Toscana) per un totale di 132 casi; nel 2006 in cinque regioni (Piemonte, Trento, Emilia Romagna, Toscana e Marche), per un totale di 1151 casi e nel 2007 in cinque Regioni (Trentino, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Puglia), per un valore stimato di 1070 pratiche.

Le molecole utilizzate per l'interruzione farmacologica della gravidanza sono diverse e possono essere utilizzate da sole o in associazione.

Esse sono:

- Le **prostaglandine**, che agiscono sulla cervice e causano contrazioni uterine. Rientrano in questa categoria il misoprostolo (somministrabile per via vaginale o orale, 400-800 µg) e il gemeprost (somministrato per via vaginale, 0.5-1 mg) ma meno efficace del primo. Ambedue le prostaglandine assunte da sole presentano minore efficacia rispetto ai regimi combinati con mifepristone, con un rischio relativo (RR) di fallimenti pari a 1.4-3.75 (intervallo di confidenza al 95%, IC).

- Il **methotrexate** che è un antagonista dell'acido folico, utilizzato con successo nel trattamento medico delle gravidanze tubariche non complicate. Inibendo la sintesi purinica e pirimidinica sviluppa un'azione citotossica nei confronti del trofoblasto. Utilizzato (orale o intramuscolo) in combinazione con il misoprostolo (somministrato 3-7 giorni dopo) mostra una percentuale di aborti completi di 98%.

- Il **mifepristone**, comunemente noto come "pillola RU486", che è uno steroide derivato dal noretisterone, svolge un'azione antagonista dei recettori per il progesterone glucocorticoidi, che provoca l'aumento della sensibilità dell'utero alle prostaglandine.

L'associazione mifepristone/misoprostolo (per via orale o vaginale) rappresenta il metodo farmacologico più diffuso e sicuro per indurre l'aborto nel primo trimestre, tanto che il WHO (Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems 2003) ha incluso queste due molecole nella lista dei farmaci essenziali, e ha mostrato un tasso di successi (aborti completi) di 95% se somministrato entro i 63 giorni di amenorrea. Utilizzato da solo ha mostrato un'efficacia inferiore, 60-80% a seconda del dosaggio e dell'epoca gestazionale (fallimenti rispetto al combinato: RR 3.76; IC 95% 2.30-6.15). La dose raccomandata dal produttore e approvata da U.S. Food and Drug Administration è di 600 mg di mifepristone orale seguita, dopo circa 48 ore, dalla somministrazione di 400 µg di misoprostolo orale (o gemeprost vaginale 0.5-1 mg). L'efficacia del mifepristone non sembra diminuita utilizzando un dosaggio più basso del farmaco (200 mg), con minori effetti collaterali e minori costi (4 RCT: RR 1.07; IC 95% 0.87-1.32; Il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists raccomanda il dosaggio inferiore, associato a 800 µg di misoprostolo vaginale, quest'ultimo assunto dalla donna anche a domicilio.

L'epoca gestazionale rappresenta un fattore importante che influisce sull'esito del trattamento: i farmaci, se somministrati in epoca gestazionale minore o uguale a 49 giorni di amenorrea, comportano una percentuale di efficacia del 94-96% di aborti completi, 2-4% di aborti incompleti, 1-3% di insuccessi, una efficacia minore, ma sempre simile, a 50-56 giorni di amenorrea (91% aborti completi, 5-8% aborti incompleti, 3-5% insuccessi), e un ulteriore calo dell'efficacia per epoche gestazionali minori o uguali a 56 giorni di amenorrea. L'avanzamento della gestazione induce altresì un aumento degli effetti collaterali.

Effetti collaterali: la somministrazione della sequenza farmacologica mifepristone/misoprostolo - la più utilizzata per l'interruzione medica della gravidanza nel primo trimestre - determina una dinamica ed una sintomatologia indistinguibili da quelli di un aborto spontaneo, in quanto il mifepristone, bloccando i ricettori, induce il distacco dell'endometrio dall'utero e l'aumento delle contrazioni, mentre la prostaglandine, assunta successivamente, agisce sull'espulsione del sacco gestazionale. Gli effetti collaterali sono legati quasi esclusivamente alla assunzione di misoprostolo (con frequenza minore se l'assunzione avviene per via vaginale). Quelli segnalati sono: dolore crampiforme addominale (29-73%), nausea (20-65%), vomito (10-44%), diarrea (3-29%), cefalea (27-32%), febbre o brividi (7-44%), una maggior durata del sanguinamento (in media 8-9 giorni). In rari casi si hanno complicanze severe: è possibile che il sanguinamento uterino nel momento dell'espulsione del prodotto abortivo sia tale da determinare un quadro di shock ipovolemico, oppure è stata parimenti segnalata l'insorgenza di sepsi determinata dalla colonizzazione da parte del *Clostridium Sordellii* che può portare al decesso della paziente in una percentuale stimata in 1/1000 casi. Rispetto all'aborto chirurgico, con l'aborto farmacologico tuttavia vengono evitate la perforazione uterina e le complicazioni legate all'anestesia.

Protocollo operativo e clinico di IVG con mifepristone (RU486) e misoprostolo

Sede: È indispensabile realizzare una effettiva rete di sostegno alla donna - mediante professionalità adeguate - sotto il profilo psicologico, medico, sociale al fine di non consentire ulteriormente che l'interruzione volontaria di gravidanza sia un'esperienza di solitudine. A tal proposito - in attuazione dell'*art. 8 della legge n. 194/1978*, il quale prescrive la necessità che l'IVG sia svolta da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale tra quelli indicati ex *art. 20 L. n. 132/1968*, o presso gli ospedali pubblici specializzati o presso case di cura autorizzate dalla Regione - si prevede la creazione di un apposito ed autonomo Centro Regionale Molisano di riferimento dedicato all'Interruzione Volontaria di Gravidanza h24, all'interno del Dipartimento Materno Infantile del Presidio Ospedaliero "A. Cardarelli" di Campobasso e totalmente indipendente dalla Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, in modo da assicurare la salvaguardia del diritto alla riservatezza della gestante (prevalentemente extracomunitaria, adolescente o universitaria). Detto Centro sarà altresì preposto ad un'attività di counseling sulle malattie sessualmente trasmesse, così integrando il servizio di consulenza/informativo sui metodi contraccettivi già posto in essere dai Consultori familiari.

Prenotazione: la paziente accede al servizio ambulatoriale preposto alla gestione delle interruzioni volontarie di gravidanza con le seguenti modalità:

- per certificazione rilasciata dalle strutture territorialmente competenti (Consultori);
- per certificazione rilasciata dal medico di fiducia;
- per accesso diretto.

Criteri di ammissibilità al trattamento:

- certificato di richiesta di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) rilasciato dal medico e firmato dalla donna (salvo si tratti di una dichiarazione attestante l'urgenza, devono ex lege trascorrere 7 giorni tra la compilazione di detto certificato e la possibilità per la donna di presentarsi presso la sede autorizzata ad eseguire l'IVG, in siffatto modo si dà la possibilità ad essa di effettuare le opportune riflessioni);
- consenso informato per il trattamento medico debitamente compilato e sottoscritto. In caso di interdizione o di minore età si osservano le condizioni previste dagli *artt. 12 e 13 della legge 22 maggio 1978, n. 194*;
- gravidanza in utero con datazione ecografia inferiore o uguale a 49 giorni;
- test di gravidanza positivo con amenorrea fino a 49 giorni o epoca concezionale fino a 35 gg;

- comprensione da parte della donna delle indicazioni fornite (requisito per le straniere), possibilità di raggiungere il centro di riferimento dal domicilio entro 60 minuti, disponibilità di un telefono in caso di necessità, garanzia della presenza alla visita di controllo del 14esimo giorno.

Prodotti da utilizzare:

1. MIFEGYNE® (AIC n. 038704019/M per una confezione contenente un blister da 1 compressa, e n. 038704021/M per un blister da 3 compresse);
2. CYTOTEC 200® (AIC n. 26488015/N) /MISODEX 200® (AIC n. 27307014/N).

Principi attivi:

3. MIFEPRISTONE 200 mg;
4. MISOPROSTOLO 200 mg.

Codice CAS:

1. 84371-65-3 (mifepristone);
2. 59122-462 (misoprostolo).

Criteri di esclusione:

Clinici

- Intolleranza o allergia ad uno dei farmaci;
- Coagulopatie o trattamento in corso con anticoagulanti;
- Sospetta gravidanza extrauterina;
- Trattamento in corso con corticosteroidi o insufficienza surrenale;
- IUD in sede;
- Porfiria ereditaria;
- Altre malattie sistemiche gravi;

- Allattamento al seno;
- Anemia grave;
- Disturbi intestinali in atto;
- Crisi epilettiche;
- Malattie cardio (angina, valvulopatie, aritmie, scompenso cardiaco) e cerebro vascolari;
- Fibromi uterini sintomatici;
- Iperpiressia da causa non determinata.

Non clinici

- persone che non comprendono le istruzioni per problemi linguistici o altre barriere;
- persone eccessivamente ansiose e preoccupate dallo sviluppo della sintomatologia che accompagna l'aborto (emorragie, dolori, nausea);
- persone che non possono ritornare ai controlli previsti.

Trattamento:

Giorno 0 (visita ambulatoriale):

Al primo accesso ambulatoriale della paziente (presso il centro di riferimento regionale o il consultorio familiare) il medico:

- verificherà la sussistenza dei criteri di ammissione e l'assenza di controindicazioni al trattamento farmacologico;

- fornirà le informazioni necessarie sulle due metodologie di interruzione della gravidanza, chirurgica e farmacologia (con descrizione sulla farmacologia del mifepristone e misoprostolo), inclusa la relativa sintomatologia. In questo modo si garantisce alla donna la possibilità di esercitare, in piena libertà di valutazione, la scelta della tecnica abortiva ritenuta più appropriata;

- effettuerà una visita ginecologica ed una ecografia pelvica transvaginale di primo livello per determinare età gestazionale e confermare la gravidanza intrauterina;

- acquisirà il consenso al trattamento dei dati personali per rispettare il diritto alla privacy;

- avanzerà richiesta nominativa del farmaco MIFEGYNE® al servizio farmaceutico della ASREM che provvedere ad acquisire la dichiarazione di responsabilità del medico competente ad effettuare il trattamento e ad acquistare il farmaco.

Giorno 1 (Ricovero ordinario):

- apertura della cartella clinica di ricovero ordinario e della scheda clinica individuale;
- esame emocromocitometrico, determinazione emogruppo e test di Coombs indiretto;
- acquisizione del consenso informato sottoscritto dalla donna per il trattamento farmacologico e verifica della comprensione da parte della paziente delle note informative consegnatele nel corso della visita ambulatoriale;
- consegna dei recapiti telefonici del Centro di riferimento da contattare in caso di bisogno, per segnalare problemi ed ottenere informazioni, una volta effettuate le dimissioni e prima della visita di controllo;
- somministrazione di 200mg (1 compressa) di mifepristone (MIFEGYNE®) per via orale.

Giorno 2 (Ricovero ordinario):

- valutazione generale e controllo clinico della paziente.

Giorno 3 (Ricovero ordinario):

- visita ed eventuale ecografia per identificare le donne che avessero già abortito (atteso 2-3%);
- assunzione di misoprostolo (400 µg di Misodex® per via orale o 800 µg Cytotec® per via vaginale o 1 µg di Cervidil® per uso locale);
- somministrazione di eventuale trattamento antidolorifico;
- immunoprofilassi anti-D per le donne con emogruppo RH(D) negativo;
- periodo di osservazione di almeno tre ore durante il quale dovrebbe abortire il 50-60% delle donne;
- seconda assunzione di misoprostolo per le donne che non avessero ancora abortito e successivo periodo di osservazione di tre ore (fino all'espulsione) + un'ora;
- dimissione dopo un periodo di osservazione di almeno un'ora decorrente dal momento dell'espulsione del materiale abortivo;
- prosecuzione del ricovero in caso di mancata risposta al trattamento farmacologico o di insorgenza di complicanze;
- consegna del questionario anonimo alla paziente da restituire compilato al momento della visita di controllo;

- indicazione dei farmaci sintomatici utilizzabili con particolare riferimenti agli antidolorifici;

- impartire informazioni igienico-sanitarie (doccia e non bagno, evitare rapporti sessuali con penetrazione per almeno sette giorni, non usare assorbenti interni; consultare immediatamente il medico al numero telefonico di riferimento in presenza di: febbre maggiore di 38° persistente, dolore costante, elevato e non accompagnato a perdite, emorragia);

- compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), per la chiusura dell'accesso in DH;

- compilazione della scheda IVG/ISTAT.

Trascorse 24 ore dalla somministrazione del misoprostolo, nel caso di ragionevole certezza che il trattamento non abbia avuto successo, oppure nell'ipotesi in cui la paziente decida di interromperlo, come previsto dal consenso informato, verrà effettuata una valutazione clinica sulla metodica da seguire, nel rispetto del protocollo, prevedendo (in questi casi deve essere richiesta alla donna la sottoscrizione di un nuovo consenso informato per il trattamento scelto):

1) l'esecuzione immediata dell'aborto chirurgico, dopo l'esecuzione dei test clinici e di laboratorio;

2) la somministrazione di un differente farmaco registrato in Italia per questa prescrizione (es. methotrexate, gemeprost, sulprostone, metilergometrina maleato);

3) eventuale dimissione nel caso in cui la paziente decida di proseguire la gravidanza, pur essendo a conoscenza dei rischi fetali connessi all'assunzione del misoprostolo (Sindrome di Mobius, idrocefalia, oloprosencefalia, eutrofia della vescica, briglie amniotiche, difetti di riduzione terminale traversa degli arti e artrogriposi).

Giorno 14 (visita ambulatoriale):

- visita di controllo ed ecografia transvaginale di primo livello per verificare la completezza dell'aborto;

- esame emocromocitometrico;

- eventuale revisione della cavità uterina;

- ritiro questionari ed eventuale prescrizione metodo contraccettivo;

- completamento cartella clinica.

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

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 ad oggi l'unico metodo abortivo utilizzato in Italia è stato quello chirurgico che prevede solitamente di eseguire lo svuotamento chirurgico dell'utero in anestesia generale o locale (dilatazione strumentale del collo dell'utero con isterosuzione e/o raschiamento). Esso di norma viene eseguito dopo la 7a settimana per scongiurare maggiori probabilità di complicanze (fallimento o perforazione dell'utero).

In alternativa, da oltre 15 anni, in 12 paesi della Comunità Europea, negli USA, in Canada, in Australia, in India, in Cina e in molti altri 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 è 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 dapprima recarsi presso il Centro Regionale di riferimento dell'IVG, sito all'interno del Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso, dove verrà sottoposta ad una visita ginecologica, ad un'ecografia transvaginale di primo livello per appurare la datazione della gravidanza uterina (se non è già stata effettuata durante la visita ambulatoriale), ad un esame emocromocitometrico e al controllo della comprensione di queste note informative. Successivamente dovrà ricoverarsi in regime di ricovero ordinario per tre giorni e sottoporsi ad una visita ambulatoriale il 14° giorno dopo l'aborto.

Il primo giorno di ricovero Le sarà somministrata per via orale 1 compressa (200 mg) 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 secondo giorno verrà trattenuta per osservazione clinica.

Il terzo giorno di ricovero Le saranno somministrati 400 µg di misoprostolo (Misodex® per via orale o 800 µg di Cytotec® per via vaginale, oppure 1 µg di Cervidil® sempre per via locale), 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 Misoprostolo, se non si è ancora verificata l'espulsione del materiale abortivo le verrà somministrata un'altra dose di Misoprostolo.

Dalla somministrazione del Misoprostolo 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 Misoprostolo, nel 20-25% dopo entro le 24 ore e nel 10% successivamente.

È 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);

3) prosecuzione della gravidanza consapevole dei rischi di malformazioni fetali.

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 ordinario, 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 pò 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.

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 dopo la dimissione e in ogni caso, per ogni evenienza, potrà sempre rivolgersi al Centro Regionale di riferimento per L'Interruzione Volontaria di Gravidanza dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso, 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.

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.

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

Allegato 2

Consenso informato per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) con metodo farmacologico mediante l'uso di mifepristone (RU486) e misoprostolo

1. Ho letto le informazioni, che mi sono state consegnate, sull'Interruzione Volontaria Gravidanza (IVG) mediante Mifepristone e Misoprostolo e ho avuto le risposte alle mie domande sulle implicazioni di questo trattamento, alternativo a quello chirurgico.
2. Ho capito che sono nelle condizioni di potere scegliere l'aborto con il "metodo farmacologico", poiché dai dati clinici risulta che la mia gravidanza è dentro l'utero ed è di epoca gestazionale appropriata.
3. Tale metodo implica l'assunzione per via orale di 1 compressa di Mifepristone (RU486) il primo giorno e l'assunzione di misoprostolo (400 µg di Misodex® per via orale o 800 µg di Cytotec® per via vaginale, oppure 1 µg di Cervidil® per via locale) dopo 48 ore, con un'eventuale seconda somministrazione di pari dosaggio di misoprostolo in caso in cui l'aborto non si sia verificato nelle tre ore successive all'assunzione del farmaco.
4. Ho capito che dovrò rimanere ricoverata, in regime di ricovero ordinario, per tre giorni e che c'è una 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 Misoprostolo.
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 3 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 Misoprostolo, 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.

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 il Centro regionale molisano di riferimento per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza, sito nel Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso (CB), dove è sempre presente o immediatamente rintracciabile un medico.

15. So che dovrò venire tra circa 14 giorni presso il Centro per sottopormi ad una visita ambulatoriale di controllo volta ad 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
