



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA
GRAVIDANZA DEL PRIMO TRIMESTRE CON MIFEPRISTONE E
PROSTAGLANDINE, NEI CONSULTORI FAMILIARI E IN REGIME
AMBULATORIALE O DI DH”

1. Introduzione e rationale del documento

Il superamento degli ostacoli all'accesso alla interruzione volontaria della gravidanza e ai moderni metodi contraccettivi ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sono obiettivi primari della Sanità della Regione Campania. Essi includono anche il diritto delle donne ad un'informazione basata sull'evidenza riguardo la contraccezione, le scelte genitoriali, l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG).

L'interruzione volontaria di gravidanza, nei Paesi in cui è legalizzata, può essere effettuata con il metodo chirurgico generalmente dopo la settima settimana di amenorrea, o con il metodo farmacologico già prima della settima settimana.

Il metodo farmacologico è sicuro ed efficace, e può essere utilizzato, oltre che per l'interruzione volontaria, anche nel trattamento di varie condizioni cliniche quali l'aborto spontaneo, l'aborto incompleto, la morte fetale intrauterina. La guida dell'OMS del 2012 sottolinea che, al fine di incrementarne l'accessibilità, esso può essere praticato in sicurezza, nei paesi dove la legge lo permette, in un setting di cure primarie, anche da medici non specialisti e da personale non medico, quali ostetriche e personale infermieristico specializzato.

La metodica si basa sull'utilizzo di due farmaci, il mifepristone, o RU486, ed un analogo della prostaglandina; tra questi, il misoprostolo è il farmaco d'elezione per il miglior rapporto costo-efficacia, per la possibilità di utilizzare più vie di somministrazione e per la maggiore stabilità alle alte temperature che ne rende più facile la conservazione e l'utilizzo. Ciò è particolarmente importante in contesti con risorse limitate e ne permette un utilizzo ottimale nei settings a basso carico assistenziale.

Nell'Unione Europea, negli Usa, in Cina e in quasi tutti i Paesi ove l'IVG è legale, decine di milioni di donne hanno fatto ricorso volontariamente all'IVG con metodo farmacologico, considerata sicura ed efficace dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel 2005, anno in cui l'OMS ha inserito il mifepristone e il misoprostolo nella lista dei farmaci essenziali per la salute, si è stimato che avevano fatto ricorso alla metodica farmacologica circa 26 milioni di donne nel mondo. In Europa, in particolare, in Inghilterra e Galles nel 2018 le IVG farmacologiche sono state l'83% del totale, in Francia il 70%, in Svizzera il 74%, in Norvegia il 92,4%, in Svezia - nel 2015- il 90%, e in Finlandia- nel 2019- il 98% del totale.

In tutti questi Paesi la gran parte delle IVG farmacologiche viene eseguita in regime ambulatoriale, per cui le donne assumono il misoprostolo a casa, generalmente due giorni dopo la somministrazione di mifepristone.

I timori circa le possibili complicazioni da gestire in ambiente extraospedaliero sono stati fugati da numerosi studi, che hanno evidenziato che solo una piccola parte delle visite eseguite in urgenza sono state effettuate il giorno dell'assunzione del misoprostolo, a dimostrazione che non è necessaria l'ospedalizzazione per la somministrazione della prostaglandina.

L'IVG farmacologica del primo trimestre è stata introdotta in Italia con la Delibera AIFA (Agenzia italiana del farmaco) n. 14 del 30 luglio 2009, che ha autorizzato l'utilizzo del mifepristone entro il 49° giorno di amenorrea esclusivamente in regime di ricovero ordinario e nelle strutture previste dall'art. 8 della legge 194/78, ad eccezione, però, delle strutture ambulatoriali. Era previsto un ricovero dal momento della somministrazione del primo farmaco fino alla verifica dell'avvenuta espulsione del materiale abortivo. La Determina AIFA n. 1460, del 24 novembre 2009, ha poi autorizzato l'immissione in commercio del mifepristone (Mifegyne®). La necessità del ricovero ordinario veniva ribadita dalle linee di indirizzo ministeriali sulla IVG farmacologica del 24 giugno 2010, che facevano riferimento ad un parere del Consiglio Superiore di Sanità del 18 marzo 2010, nonostante l'art. 8 della legge 194/78 inserisse, tra le strutture autorizzate, i "poliambulatori funzionalmente collegati con l'ospedale".

Nel giugno 2013 l'AIFA, con determina pubblicata sulla GU n.144 del 21 giugno 2013, considerando il profilo di sicurezza del misoprostolo, ha stabilito che negli aborti spontanei del I trimestre è possibile la somministrazione di tale farmaco (600 mcg sublinguali o 800 mcg intravaginali) in regime ambulatoriale, in alternativa alla somministrazione in regime di ricovero ospedaliero.

La pandemia da SARS CoV-2, con la conseguente emergenza sanitaria e la riduzione degli accessi ospedalieri per limitare i contagi, ha reso più evidenti le criticità in tema di applicazione della legge 194/78 e di accessibilità dei servizi per le donne che richiedono un'IVG.

Nel 2020 le principali società scientifiche internazionali hanno emanato linee guida e raccomandazioni che sottolineano la necessità di privilegiare il metodo farmacologico ambulatoriale e, sempre nel 2020, le stesse società scientifiche italiane - SIGO (Società italiana di ginecologia e ostetricia), AOGOI (Associazione ostetrici e ginecologi ospedalieri italiani) e AGUI (Associazione ginecologi universitari italiani) - hanno confermato la necessità di privilegiare l'IVG farmacologica e si sono espresse favorevolmente sull'utilizzo della stessa fino alla 9ª settimana di amenorrea, sull'eliminazione della raccomandazione del ricovero in regime ordinario dal momento della somministrazione del mifepristone al momento dell'espulsione, sull'introduzione del regime ambulatoriale e sulla somministrazione anche a domicilio delle prostaglandine, se la donna lo desidera e se non esistono le controindicazioni indicate nelle linee guida ministeriali.

La Circolare del Ministero della Salute di aggiornamento delle **“Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”** del 4 agosto 2020 prevede l'estensione della metodica farmacologica fino a 63 giorni, pari a 9 settimane compiute di età gestazionale – quindi oltre i 49 giorni, pari a 7 settimane, precedentemente previsti nelle strutture ambulatoriali - e la possibilità di effettuare l'IVG farmacologica in regime di Day-Hospital (DH), presso strutture ambulatoriali pubbliche, adeguatamente attrezzate e funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione nonché presso i consultori familiari.

L'AIFA, con determinazione del 23 settembre 2022 ad oggetto “Inserimento del medicinale mifepristone, in associazione al misoprostolo, nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'interruzione medica di gravidanza fino alla 63ª giornata di amenorrea”, definisce, nel piano terapeutico, l'uso di 800 mcg di misoprostolo, per via buccale o sublinguale o vaginale dopo 36-48 ore dalla somministrazione di 200 mg di mifepristone per os.

2. Finalità

La finalità del presente protocollo è quella di rimuovere gli ostacoli nell'accesso alla metodica farmacologica, per assicurare a tutte le donne che richiedono l'IVG un servizio che tenga conto dei dati basati sulle evidenze scientifiche e che sia di alta qualità e rispettoso dei loro diritti. La sicurezza della procedura di IVG farmacologica in contesti extraospedalieri - ormai più che comprovata - impone al sistema sanitario pubblico di garantire alle donne la possibilità di scegliere tra regime di ricovero in DH e regime ambulatoriale/consultorio in sedi autorizzate dalla Regione, con la possibile assunzione, su richiesta dell'interessata ed in assenza delle controindicazioni indicate nelle Linee Guida Ministeriali del 2020, del secondo farmaco (prostaglandina-misoprostolo) anche a domicilio.

In quest'ottica il presente documento ha l'obiettivo di definire un protocollo per l'IVG farmacologica che declini il percorso sia nel contesto ospedaliero, in regime di day hospital, che in quello extraospedaliero, ambulatoriale e consultoriale, nella consapevolezza che il consultorio, per la presenza di una équipe multidisciplinare, è senza dubbio una struttura più che adeguata ad affrontare la complessità della richiesta di IVG. Il servizio consultoriale, in ragione delle caratteristiche logistico/territoriali, dovrà integrarsi con quello dell'ospedale di riferimento, in piena attuazione degli artt.8 e 15 della legge 194/78.

3. Requisiti di personale, strutturali e tecnologici

Le strutture autorizzate per la procedura ambulatoriale devono:

- a) essere funzionalmente collegate con l'ospedale di riferimento;
- b) disporre di équipe multiprofessionale costituita da ginecologo, ostetrica, infermiera, psicologo e spazi idonei possibilmente dedicati;
- c) assicurare la presenza di 1/2 ginecologi non obiettori, opportunamente formati, 5 giorni/settimana (mattina o pomeriggio);
- d) disporre di un ecografo con sonda transvaginale per la localizzazione e la datazione della gravidanza;
- e) rendere possibile l'esecuzione dell'emocromo, del gruppo sanguigno e fattore Rh, se non posseduto, e della beta HCG, se necessario;
- f) attivare una linea telefonica dedicata;

- g) garantire nella struttura ospedaliera di riferimento - che dovrà essere almeno un DEA di I livello - l'esecuzione di eventuali altre valutazioni specialistiche laddove le stesse si rendessero necessarie.

4. La formazione

La procedura di IVG farmacologica prevede una formazione sanitaria specifica del personale realizzata tramite corsi ECM obbligatori per il personale sanitario coinvolto nella procedura, con obbligo di aggiornamento periodico.

La formazione riguarda anche la rilevazione dei dati, al fine di verificare efficacia, sicurezza, eventuali eventi avversi e consultazioni/ricoveri ospedalieri.

Sono tenuti alla formazione e all'aggiornamento anche tutti i ginecologi ospedalieri, compresi gli obiettori di coscienza, al fine di assicurare alle donne un trattamento adeguato "evidence-based" in caso di eventuali complicazioni.

5. Setting e personale coinvolto

- a) AMBULATORIO FUNZIONALMENTE COLLEGATO CON L'OSPEDALE (DEA di I o II livello), con ginecologo, ostetrica ed infermiera;
- b) AMBULATORIO DEL SERVIZIO IVG DELL'OSPEDALE, con ginecologo e ostetrica;
- c) LABORATORIO ANALISI/CENTRO TRASFUSIONALE DELL'OSPEDALE DI RIFERIMENTO;
- d) UOC OSTETRICA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE DI RIFERIMENTO, con ginecologi, anestesisti, ostetriche, infermiere (anche obiettori di coscienza);
- e) SERVIZIO FARMACEUTICO DELLA ASL, che deve assicurare la fornitura dei farmaci (mifepristone, misoprostolo, immunoglobuline anti-D) agli ambulatori/consultori;
- f) CONSULTORI FAMILIARI con la equipe consultoriale composta da ginecologo, assistente sociale, psicologo, e ostetrica;
- g) CONSULTORIO/CONSULTORI DI RIFERIMENTO PER LA ASL, con la equipe consultoriale possibilmente dedicata;
- h) UOC TUTELA MATERNO INFANTILE con funzione di coordinamento e di monitoraggio del percorso IVG farmacologica realizzato in ogni ASL.

6. Responsabilità

Il ginecologo dell'ambulatorio ospedaliero o del consultorio è responsabile:

- della corretta applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione;
- della corretta esecuzione delle procedure di colloquio informativo e anamnesi;
- dell'esecuzione della ecografia per la localizzazione e la datazione della gravidanza;
- della consegna della documentazione informativa relativa alla tecnica (allegato 1);
- della compilazione del consenso informato (allegato 2 o 3);
- della stesura della relazione clinica da consegnare alla donna per i successivi controlli o per l'eventuale accesso al servizio ospedaliero in caso di urgenza;
- della somministrazione del mifepristone e, per le procedure ambulatoriali, della somministrazione del misoprostolo o dell'eventuale consegna dello stesso in caso di assunzione a domicilio secondo le istruzioni contenute nel foglio informativo (allegato 5);
- delle procedure attinenti al controllo post-IVG, alla corretta compilazione/ chiusura della cartella clinica e al corretto caricamento/invio dei dati a tutti i flussi informativi interessati;
- del colloquio sulla contraccezione post-IVG e della prescrizione del contraccettivo scelto.

Il Direttore del Laboratorio analisi e il Direttore del Centro Trasfusionale dell'ospedale di riferimento sono responsabili:

- della esecuzione degli accertamenti ematochimici richiesti per la IVG farmacologica, i cui risultati devono essere disponibili il giorno dell'inizio del trattamento (ambulatoriale/consultoriale o DH).

Il Direttore della Farmacia è responsabile:

- dell'approvvigionamento costante dei farmaci Mifepristone (Mifegyne®) e Misoprostolo e delle immunoglobuline anti-D per la profilassi dell'immunizzazione da fattore Rh a tutte le strutture aziendali autorizzate (ospedaliere e territoriali).

7. Schema di trattamento

Il metodo farmacologico per l'interruzione della gravidanza prevede la somministrazione di una dose di mifepristone (RU486) seguita, preferibilmente dopo 48 ore, dalla/e dose/i di prostaglandine, per via orale, sublinguale, buccale o vaginale.

Lo schema adottato nel presente protocollo operativo è il seguente:

1. 200 o 600 mg di mifepristone per os (il giorno 1);
2. 400-800 mcg di misoprostolo, somministrato per os, sublinguale, buccale o vaginale 36-48 ore dopo (il giorno 3), con dose massima complessiva somministrabile di 1200 mcg, come indicato nelle linee guida ministeriali;
3. somministrazione preventiva di antinfiammatori per os (es. ibuprofene 600 mg) il giorno dell'assunzione delle prostaglandine, se necessario.

8. Raccomandazioni per il percorso organizzativo regionale

- è prevista la somministrazione di due farmaci, il mifepristone (Mifegyne®) e un analogo della prostaglandina (misoprostolo), a distanza di 48 ore l'uno dall'altro. E' possibile ridurre l'intervallo tra i due farmaci a 24 ore, o aumentarlo a 72 ore, con una efficacia lievemente inferiore rispetto al protocollo classico.
- In Regione Campania il trattamento di IVG farmacologica in regime ambulatoriale/consultoriale è, per la fase sperimentale, ammesso per gravidanze fino a 49 giorni, mentre in regime di Day Hospital è ammesso per gravidanze fino a 63 giorni.
- Alle pazienti minorenne viene offerta l'IVG farmacologica, per la fase sperimentale, solo in regime di Day Hospital, dopo l'acquisizione del consenso di entrambi i genitori o l'autorizzazione del giudice tutelare. E' necessario mostrare l'autorizzazione del tribunale nel corso della visita di inquadramento.
- Questo protocollo è utilizzabile anche per l'aborto ritenuto: la determina n.529/2013 di AIFA infatti già consentiva la somministrazione del solo misoprostolo a domicilio per l'induzione medica dell'espulsione del materiale abortivo.
- Se il test di gravidanza a bassa sensibilità eseguito a domicilio dopo due settimane è negativo, o se la beta HCG eseguita dopo due settimane è rassicurante, non si impongono ulteriori controlli ecografici. Resta la necessità del controllo clinico e del counselling contraccettivo da eseguire al controllo programmato a 14 giorni.

9. Criteri di inclusione

- Gravidanza in utero, con biometria corrispondente ad amenorrea fino a 49 giorni per il periodo sperimentale di applicazione.
- Aborto ritenuto o spontaneo incompleto con biometria corrispondente ad epoca gestazionale fino a 63 giorni.
- Richiesta della donna.
- Disponibilità ad eseguire il controllo a distanza di 14 giorni dalla somministrazione di prostaglandine.
- Difficoltà anatomiche di accesso alla cavità uterina.
- Allergie a farmaci anestetici.
- Assenza delle seguenti controindicazioni:

- a. gravidanza extrauterina: la presenza di masse annessiali non precedentemente diagnosticate o fibromi uterini sintomatici impongono una valutazione attenta da parte del medico;
- b. IUD (possibile inclusione dopo rimozione);
- c. allergia ad uno dei farmaci (estremamente rara);
- d. anemia grave ($Hb < 7g/dl$);
- e. disturbi della coagulazione: diatesi emorragiche e trattamenti con anticoagulanti;
- f. porfiria ereditaria;
- g. terapie croniche con corticosteroidi o insufficienza surrenale;
- h. asma grave resistente alla terapia o in terapia con corticosteroidi;
- i. insufficienza epatica o renale o malattia respiratoria severa;
- j. ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia;
- k. cardiopatia (angina, valvulopatie, aritmie, scompenso cardiaco);
- l. epilessia non controllata dalla terapia;
- m. iperpiressia da causa non determinata, diabete complicato, immunodeficienza (incluso AIDS), disturbi intestinali in atto;
- n. allattamento al seno.

10. Documenti necessari:

- carta d'identità o altro documento di riconoscimento
- Tessera SSN
- Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)
- Europei Non Iscritti (ENI)
- eventuale documentazione clinica precedente, anche riferita ad altre patologie, incluse lettere di dimissione per precedenti ricoveri

11. Informazione all'utenza

Ogni Azienda, sede di erogazione di percorsi di IVG, dovrà definire precisi protocolli interni tesi a garantire trasparenza e informazioni chiare ed esaustive riguardo alle modalità di accesso a tale prestazione attraverso pubblicazione sul sito web aziendale e presso URP.

PERCORSO SANITARIO

Tempo 0: Accoglienza/Acettazione

REGIME AMBULATORIALE -REGIME DI DH

Al Consultorio/Ambulatorio o presso il Servizio Ostetrico-Ginecologico del P.O. (autorizzati all'esecuzione dell'IVG):

1. Apertura della cartella clinica consultoriale/ambulatoriale o di DH
2. colloquio informativo ai sensi della L. 194/78 anche finalizzato all'illustrazione delle metodiche in uso per l'IVG;
3. anamnesi e valutazione ginecologica con esame ecografico per la valutazione della sussistenza delle indicazioni e dell'assenza di controindicazioni all'IVG farmacologica e datazione ecografica della gravidanza anche finalizzata all'individuazione dell'appropriato setting assistenziale;
4. consegna informativa sulla metodica (Allegato 1);
5. richiesta del consenso informato alla procedura farmacologica, con compilazione dell'apposito modello (Allegato 2 o Allegato 3);
6. rilascio del documento/certificato IVG ai sensi dell'Art. 5 della L. 194/78;
7. esecuzione del prelievo ematico per la valutazione della beta HCG (se necessario); dell'emocromo completo, del gruppo sanguigno e fattore Rh per le donne che ne sono sprovviste.
8. Counselling contraccettivo ed eventuale prescrizione/somministrazione dei contraccettivi ormonali

I Consultori/Ambulatori non autorizzati all'IVG farmacologica dovranno garantire:

- a) l'espletamento di quanto previsto ai punti 1., 2., 3., 4., 6., 8.;
 - b) l'individuazione del setting assistenziale appropriato;
 - c) Indirizzare (previo accordo telefonico se necessario) la gravida al Consultorio/Ambulatorio o al Servizio Ostetrico-Ginecologico del P.O. autorizzato per l'esecuzione di quanto previsto al punto 7.
-

REGIME AMBULATORIALE - REGIME DI DH

1. Ecografia per conferma localizzazione e datazione della gravidanza, se non eseguita in sede;
2. Acquisizione del documento/certificato, se non rilasciato in sede.
3. Controllo clinico e degli esami ematochimici.
4. Compilazione della cartella clinica ambulatoriale o di DH, se non già eseguita.
5. Acquisizione o sottoscrizione del consenso informato (Allegato 2 o Allegato 3), se non disponibile.
6. Nuovo counselling contraccettivo ed eventuale prescrizione/somministrazione dei contraccettivi ormonali.
7. Somministrazione di mifepristone 200 o 600 mg per os (per il regime ambulatoriale < o = a 49 gg)
8. Profilassi della immunizzazione anti-D con somministrazione delle immunoglobuline anti D in donne Rh negative dopo il mifepristone.
9. Misoprostolo:
 - a) in caso di assunzione a domicilio viene consegnato alla donna (400 mcg), che lo assumerà circa 48 ore dopo, insieme alle informazioni/raccomandazioni all'uso predisposte e alla terapia antidolorifica da usare, se necessario (allegato 5);
 - b) in tutti gli altri casi prescrizione in cartella.
10. Planning dell'appuntamento a 14/15 giorni dall'assunzione delle prostaglandine con prescrizione del test di gravidanza urinario a bassa sensibilità o del dosaggio della beta HCGplasmatica.
11. Controllo clinico con refertazione in cartella delle evidenze.
12. Consegna istruzioni scritte con riferimenti per eventuali contatti con il servizio (indirizzo di posta elettronica-telefono ecc.) e con la struttura ospedaliera di riferimento.
13. Stesura di sintetica relazione clinica da consegnare alla donna per i successivi controlli o per l'eventuale accesso al servizio ospedaliero in caso di urgenza ed invio a domicilio dopo 30 minuti dalla somministrazione del mifepristone

GIORNO 2(t.2): la donna è a domicilio

La donna, opportunamente informata ed istruita, è al proprio domicilio e contatta il servizio consultoriale/ambulatoriale o ospedaliero in caso di necessità.

GIORNO 3 (t. 3): somministrazione del misoprostolo

a) SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO:

Prevista in caso di setting consultoriale/ambulatoriale, se preferita dalla donna e se non sono presenti controindicazioni.

La donna assume il misoprostolo a domicilio, seguendo le indicazioni fornite dal medico e riassunte nell'allegato 5, ricevuto il giorno 1 al consultorio/ambulatorio

b) SOMMINISTRAZIONE AL CONSULTORIO/AMBULATORIO O IN DH, 48 ORE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL MIFEPRISTONE:

1. Aggiornamento della cartella clinica con annotazione dei sintomi nelle 48 ore precedenti.
2. Controllo ecografico, se ritenuto necessario, eventuale somministrazione di antinfiammatori/antidolorifici (es. ibuprofene 600mg), somministrazione del misoprostolo. 400 mcg sublinguali, buccali (preferita) o intra vaginali.

3. Prescrizione e somministrazione di antidolorifici al bisogno, se precedentemente non somministrati.
 4. Valutazione clinica delle condizioni generali e locali, nelle 3 ore successive alla somministrazione, con eventuale controllo ecografico.
 5. Possibile la dimissione dopo 4 ore, se le condizioni generali sono buone con consegna delle indicazioni da seguire nei giorni successivi, prescrizione del test di gravidanza a bassa sensibilità o del dosaggio delle beta HCG plasmatiche da fare dopo 15 giorni, ricordando alla donna l'appuntamento per il controllo.
 6. In caso di mancata o parziale risposta, dopo 3 ore si procede con una seconda somministrazione di misoprostolo di pari dosaggio.
 7. Al controllo ecografico eseguito dopo almeno 2 ore dalla seconda dose:
 - Se l'espulsione è avvenuta, la donna viene dimessa con la prescrizione del test di gravidanza a bassa sensibilità o del dosaggio della beta HCG plasmatica da fare dopo 15 giorni sempre ricordando alla donna l'appuntamento per il controllo.
 - Se l'espulsione non è avvenuta si discute con la donna la possibilità:
 - di dimissione con follow up ravvicinato a 48/72 ore o di ricovero per monitoraggio e programmazione IVG chirurgica, se sanguinamento non eccessivo;
 - di ricovero presso il Servizio IVG del P.O. di riferimento, se sanguinamento eccessivo, per valutazione ed esecuzione della tecnica chirurgica.
-

Tempo 4: CONTROLLO A 14/15 giorni

DOPO CIRCA 2 SETTIMANE, SIA PER LE DONNE CHE HANNO ESEGUITO LA PROCEDURA IN DH, SIA PER LE DONNE CHE HANNO ESEGUITO LA PROCEDURA AMBULATORIALE.

Previsto per tutte le donne, sia se è stata eseguita la procedura in consultorio/ambulatorio sia se è stata eseguita in regime di DH.

Il controllo è previsto in sede, 15 giorni dopo la somministrazione di misoprostolo.

- a) Nei casi di test negativo dopo 15 giorni o beta HCG plasmatica inferiore a 1000 UI/dl, senza sintomatologia o con sintomatologia modesta: chiusura della cartella e compilazione D12.
- b) Nei casi di test positivo, o beta HCG plasmatica superiore a 1000 UI/dl: esame clinico ed ecografia TV.

Nel caso b se:

- si verifica una mancata espulsione è possibile:
 - effettuare un trattamento chirurgico;
 - effettuare un secondo ciclo di trattamento;
 - adottare una condotta di attesa;
- se si è in presenza di perdite ematiche persistenti è possibile sottoporre alla donna una proposta di ricovero.

12. Atti normativi di riferimento

1. **LEGGE 194, DEL 22 MAGGIO 1978**, con particolare riferimento agli artt. 4, 5, 8 e 15
2. **AIFA. RU 486: CDA DELIBERA AUTORIZZAZIONE ALLA COMMERCIALIZZAZIONE**. Comunicato120 del 30.7.2009
3. **MINISTERO DELLA SALUTE** “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine elaborate dalla Commissione avente la finalità di predisporre leLinee Guida sulla modalità di utilizzo del farmaco RU-486 e di definire le modalità per la raccolta dei dati utili al monitoraggio del suo impiego” del 24.6.2010
4. **PARERE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ XLVII** del 18 marzo 2010 (allegato al n.3)
5. **GAZZETTA UFFICIALE N.144 DEL 21 GIUGNO 2013** Agenzia Italiana del Farmaco Determina 7giugno 2013
6. **MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA** - Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell’attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19
7. **CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA’ – SEZIONE V – PARERE ESPRESSO NELLA SEDUTA STRAORDINARIA DEL 4.8.2020**
8. **AIFA – DETERMINA n. 865/2020 DEL 12 agosto 2020** “Modifica delle modalità di impiego del medicinale per uso umano «Mifegyne» a base di mifepristone (RU486) “
9. **MINISTERO DELLA SALUTE – DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA – CIR- COLARE n. 27166 DEL 12 AGOSTO 2020**
10. **AIFA – DETERMINA n. DG/410/2022 DEL 23 settembre 2022** “Inserimento del medicinale mifepristone, in associazione al misoprostolo, nell’elenco dei medicinali erogabili a totale carico del SSN, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l’interruzione medica di gravidanza fino alla 63ª giornata di amenorrea”

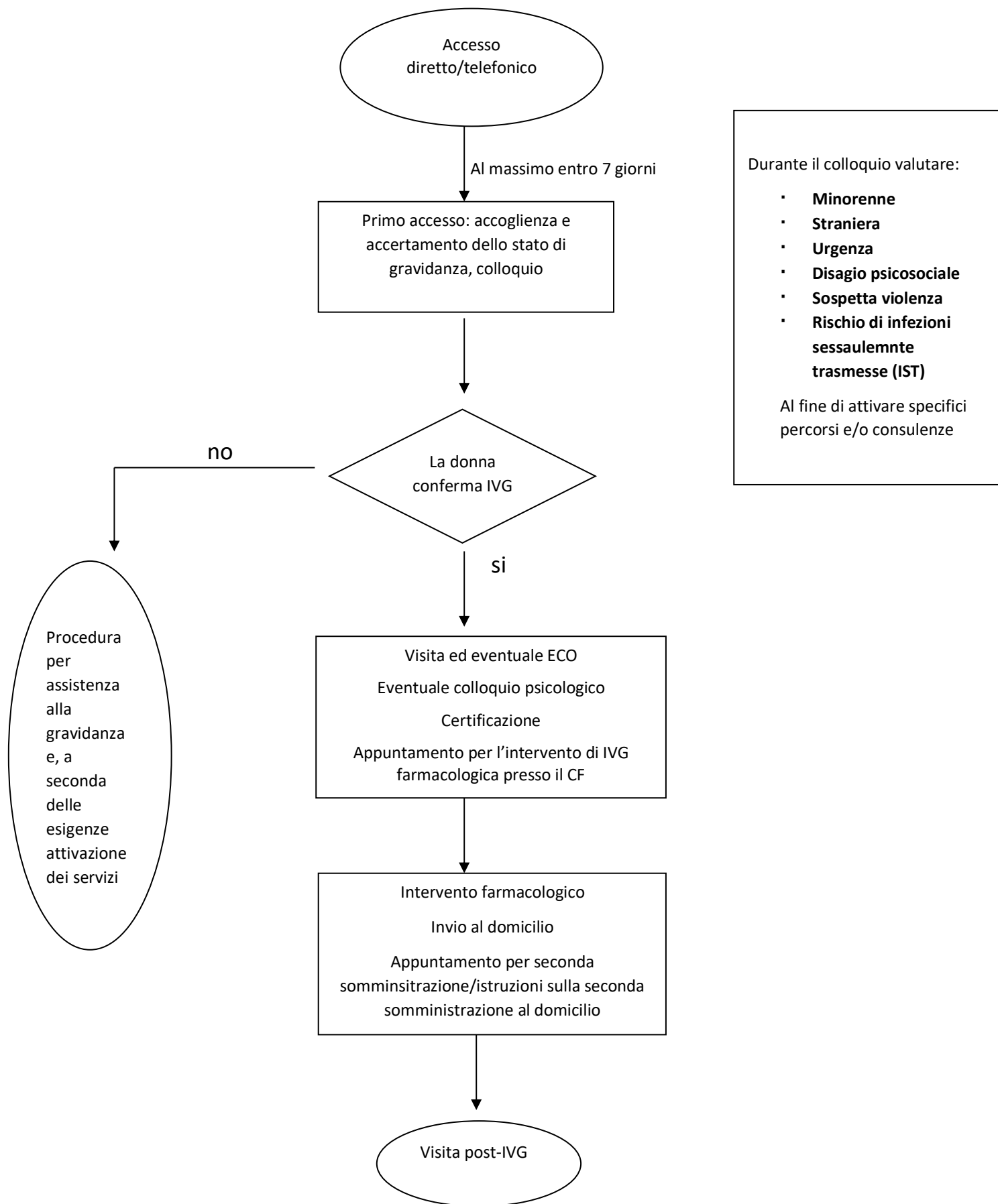
13. Bibliografia scientifica

1. **GUENGANT JP, BANGOU J et al.:** Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe, *Contraception*, Vol. 60, Issue 3, 1999
2. **FAUCHER P, BAUNOT N, MADELENAT P. et al.:** Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33(4):220-7
3. **CLARK WH, GOLD M et al.:** Can mifepristone medical abortion be simplified?: A review of the evidence and questions for future research, *Contraception*, Vol. 75, Issue 4, 2007
4. **VILAIN A:** Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, DREES, n° 712, 2009
5. **AUBIN C., JOURDAIN-MENNINGER D., et al.:** Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, *Inspection générale des affaires sociales (IGAS)*, RM2009-112P, 2009
6. **TRIBUNALE DI TORINO** , GIP dott.ssa Cristina Palmesino, Decreto di Archiviazione emesso in data 13.01.2009 nella causa R.G.9422/06
7. **KOPP KALLNER H, FIALA C, STEPHANSSON O, GEMZELL-DANIELSSON K:** Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50–63 days compared with gestation of below 50 days *Human Reproduction*, Vol.25, No.5 pp. 1153–1157, 2010
8. **TRAVERSA G, DONATI S:** Entrata in commercio della RU 486-la revisione delle evidenze di efficacia e sicurezza *Dialogo sui farmaci* - n. 1/2010 dossier
9. **RCOG (ROYAL COLLEGE of OBSTETRICIANS and GYNAECOLOGISTS)** "The care of women requesting induced abortion" (Evidence-based Clinical Guideline n.7, 2011)
10. **MOREAU C, TRUSSELL J, et al.:** Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice, *Contraception*, Vol. 84, Issue 3, 2011
11. **NGO TD, PARK MH et al.:** Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review *Bulletin of the WHO* 2011;89: 360-370
12. **KOPP KALLNER H, FIALA C, GEMZELL-DANIELSSON K:** Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortions *Contraception* 2012; 85(4): 394-397
13. **WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION)** Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. 2012
14. **WINIKOF B, DZUBA IG, CHONG E et al.:** Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol* 2012; 120 (5): 1070-1076
15. **GAUDU S, CROST M, et al.:** Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception*, Vol.87, Issue 1, 2012
16. **SHAH IH, ÅHMAN E et al.:** Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), *Contraception*, Vol. 90, Issue 6, 2014
17. **OPPENGAARD KS, QVISTAD E. et al.:** Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *thelancet.com* Published online October 30, 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/25468164>
18. Svezia: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2015-9-4.pdf>
19. **ABBA SD, CHONG E, RAYMOND EG:** Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception* 2015; 92 (3): 197-199
20. **RCOG (ROYAL COLLEGE of OBSTETRICIANS and GYNAECOLOGISTS)** Best practice in comprehensive abortion care Best Practice Paper n.2, June 2015
21. **FDA (FOOD and DRUG ADMINISTRATION) Center for Drug Evaluation and Research** Mifepristone/misoprostol abortion protocol Clinical review, March 29, 2016 Application number 020687 orig 1s020
22. **ABORTION STATISTICS, ENGLAND AND WALES:** 2018 Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales Published

13 June 2019 <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2018>

23. **INTERRUPTIONS DE GROSSESSE EN SUISSE EN 2018.** Neuchâtel: Office of Federal Statistics, Switzerland. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html> | **WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION)** Medical management of abortion, 2018
24. **RAPPORT DE LA DREES (DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES) sur l'IVG en 2018**, sept 2019 <https://unssf.org/2019/10/01/rapport-de-la-drees-sur-livg-en-2018-place-des-sages-femmes/>
25. **Induced abortions – Official statistics of Finland, National Institute for Health and Welfare 2019** <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion>
26. **ENDLER M, LAVELANET BA, CLEEVE CA, GANATRA AB, GOMPERS R, GEMZELL-DANIELSSON D:** Telemedicine for medical abortion: a systematic review BJOG 2019 Aug;126(9): 1094- 1102
27. **CAMERON S:** Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortions F1000Research 2018, 7(F1000 Faculty Rev):1881 Last updated: 17 JUL 2019
28. **LARSSON A, ROMBERG A-KM:** Expanding a woman's options to include home use of miso- prostolo for medical abortion up until 76 days: an observational study of efficacy and safety. Acta Obstet Gynecol Scand 2019; 98: 747-752
29. **NIPH (NORWEGIAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH):** Induced abortion in Norway-fact sheet, updated 13.3.2020 <https://www.fhi.no/en/hn/health-registries/registry-of-pregnancy-termination/induced-abortion-in-norway/>
30. **RCOG (ROYAL COLLEGE of OBSTETRICIANS and GYNAECOLOGISTS)** Coronavirus (COVID-19) and abortion care- Informations for healthcare professionals- version I published sat 21.3.2020
31. **CNGOF (COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANCAIS)** IVG/COVID 19- Recommendations du CNGOF pour les IVG en période de COVID-19, 17.3.2020 <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=CONTRACEPTION%2B-%2BIVG%2B-%2BCOVID%252FIVG-Recommandations-COVID%2B19.pdf&i=35655>
32. **CNGOF (COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANCAIS)** IVG/COVID 19-Prise en charge des IVG durant l'épidémie de COVID 23/03/2020 <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=CONTRACEPTION%2B-%2BIVG%2B-%2BCOVID%252FIVG-COVID-19-CNGOF.pdf&i=35654>
33. **WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION)** Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context June 2020
34. **SIGO (SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA)** Comunicato Stampa 8.4.2020: IVG: i ginecologi italiani favorevoli a un maggior ricorso all'aborto farmacologico durante l'emergenza Covid-19, a tutela della salute e dei diritti delle donne, così come previsto dalla Legge 194/78

14. Flowchart della presa in carico consultoriale



15. Allegati

1. Informazioni per le donne sulla IVG con metodo farmacologico, da consegnare in ambulatorio o in consultorio (compresi i consultori che inviano al consultorio di riferimento);
2. Modulo per il consenso informato per la IVG farmacologica in regime ambulatoriale;
3. Questionario di valutazione del servizio;
4. Avvertenze per le donne sul comportamento da tenere a domicilio e sulle eventuali complicazioni.

Allegato 1 - Informazioni sulla IVG Farmacologica

Gentile signora,

legga con attenzione queste note prima di firmare il consenso informato e non esiti a chiedere chiarimenti qualora dovesse avere dubbi. Sia sicura di avere capito bene come si svolge l'aborto farmacologico, che richiede una sua partecipazione attiva e consapevole. Queste note non sostituiscono il colloquio con il medico.

ABORTO CHIRURGICO E ABORTO MEDICO: L'aborto può essere effettuato con metodo chirurgico o con metodo farmacologico. Il metodo chirurgico prevede il ricovero in day-hospital per eseguire l'aspirazione della camera gestazionale (isterosuzione), in anestesia locale, con o senza sedazione, o in anestesia generale. Per l'aborto farmacologico si utilizzano il mifepristone (RU486) e una prostaglandina, il misoprostolo. Nel 95-98% dei casi non saranno necessari ulteriori trattamenti medici o chirurgici.

DIRITTO ALLA RISERVATEZZA: Qualunque sia la procedura scelta, la sua privacy è tutelata; tutti gli operatori socio-sanitari con cui lei verrà in contatto sono tenuti al segreto professionale.

QUANDO SI UTILIZZA LA PROCEDURA FARMACOLOGICA: In Italia è possibile interrompere la gravidanza con il metodo farmacologico fino a 63 giorni (9 settimane) dall'inizio dell'ultima mestruazione.

In regime ambulatoriale senza ricovero è possibile l'IVG farmacologica per gravidanze fino a 49 giorni (7 settimane).

- 1. COME FUNZIONA:** Il primo giorno lei prenderà il mifepristone (RU486), che agisce bloccando gli effetti del progesterone, l'ormone che permette alla gravidanza di progredire. In circa il 5% dei casi l'aborto si verifica già dopo aver preso questo farmaco; in ogni caso, dopo due giorni lei prenderà il secondo farmaco, il misoprostolo, che provocherà l'aborto.
- 2. I SINTOMI:** Generalmente si hanno dolori, simili a crampi, che possono essere più forti di quelli mestruali e che si riducono con l'espulsione e per i quali potrà utilizzare gli antidolorifici prescritti dal medico. Avrà perdite di sangue, in media per 9 giorni, ma che possono durare meno o persistere fino a 15-20 giorni e in qualche caso anche oltre. Potrebbe avere mal di testa, nausea, vomito, debolezza, diarrea. Un lieve rialzo febbrile è normale, ma dovrà rivolgersi all'ospedale se la febbre dovesse superare i 38°C e non dovesse regredire con l'uso di antipiretici (paracetamolo). In alcuni casi si possono avere infezioni anche gravi senza febbre, che possono dare sintomi vaghi e sfumati, difficili da descrivere. Qualora dovesse avere malessere generale, che peggiora nel tempo, consulti comunque il medico o si rivolga al centro ove ha eseguito l'IVG o all'ospedale di riferimento indicato.
- 3. IL SANGUINAMENTO:** Le perdite di sangue, generalmente più abbondanti di una normale mestruazione, si associano di solito a dolori e perdite di coaguli per alcune ore. Raramente le perdite di sangue possono essere scarse. Le perdite di sangue dureranno per alcuni giorni; lei dovrà rivolgersi all'ospedale di riferimento se non dovesse avere sanguinamenti o se dovesse ritenere le perdite eccessivamente abbondanti (se in due ore consecutive avrà cambiato almeno quattro assorbenti "maxi" o "large", del tipo "flussi abbondanti" o "per la notte"). In circa 2-3 donne su 100 sarà necessario un trattamento chirurgico (isterosuzione) per completare l'aborto o per bloccare sanguinamenti eccessivi. Il servizio di accettazione ostetrico-ginecologica dell'Ospedale di riferimento è attivo 24 ore su 24. Anche se il medico di turno è obiettore di coscienza ed è esentato dal partecipare alle procedure che provocano l'aborto, è tenuto per legge a darle la necessaria assistenza medica antecedente e conseguente alla procedura. Non esiti a segnalare ogni eventuale incomprensione. Il rischio di doversi sottoporre a trasfusioni è stimato attorno allo 0,1%.

4. **RIPENSAMENTI:** Lei può decidere di interrompere la procedura in qualunque momento; anche se lei decidesse di non prendere il secondo farmaco, la prostaglandina, in un'alta percentuale di casi la gravidanza si interromperà comunque nei giorni successivi. L'uso di progesterone per annullare gli effetti del mifepristone è inefficace e dunque non viene prescritto dai ginecologi del servizio.
5. **SE LA GRAVIDANZA PROSEGUE:** Raramente può accadere che la gravidanza prosegua anche dopo la somministrazione del misoprostolo. Poiché il misoprostolo può causare malformazioni nel feto, se lei dovesse decidere di portare avanti la gravidanza, deve sapere che vi è un rischio aumentato di malformazioni fetali dovute al farmaco.
6. **IL CONTROLLO DOPO L'ABORTO:** Circa il 60% delle donne abortisce nelle tre-quattro ore successive alla somministrazione del misoprostolo. Il restante 30% ha l'espulsione entro 24 ore, e solo il 10% in un periodo successivo. In ogni caso, 15 giorni dopo aver preso il misoprostolo, a casa o in ospedale, lei dovrà eseguire un controllo delle beta HCG. Il risultato deve essere comunicato al medico. Nel centro a cui si è rivolta eseguirà un controllo clinico ed una eventuale ecografia transvaginale.
7. **IL RISCHIO DI UNA NUOVA GRAVIDANZA:** Dopo l'aborto, lei potrebbe rimanere incinta già nelle prime settimane, mentre ci sono ancora delle perdite ematiche. Per evitare una nuova gravidanza, adotti subito il sistema contraccettivo discusso e scelto con il medico, in ambulatorio o in consultorio. La contraccezione ormonale (pillola, anello, cerotto) può essere iniziata al momento della somministrazione del misoprostolo. L'impianto sottocutaneo può essere inserito il giorno di assunzione del mifepristone o anche il giorno del misoprostolo. Il condom (preservativo) può essere usato sempre. È consigliabile non avere rapporti con penetrazione per almeno sette giorni dopo l'aborto.

Allegato 2 - Consenso informato per la IVG con metodo farmacologico in regime ambulatoriale

Io sottoscrittanata a il __/__/__ dichiaro di aver letto e compreso tutti i contenuti della documentazione a me consegnata sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) con metodo farmacologico, e di aver avuto risposta alle mie domande su tale procedura, **che chiedo di poter eseguire in regime ambulatoriale.**

DICHIARO DI AVER CAPITO:

1. che il **regime ambulatoriale**, non prevedendo il ricovero in ospedale, richiede da parte mia un'attenta vigilanza sulla possibile comparsa di complicazioni;
2. quali farmaci mi verranno somministrati, come e quando;
3. che, anche se nel 5% dei casi l'aborto potrebbe verificarsi già dopo l'assunzione del primo farmaco, in assenza di problemi non sono necessari accertamenti ulteriori prima di prendere il secondo farmaco;
4. che il secondo farmaco deve essere preso comunque, secondo le indicazioni ricevute dai medici
5. quali sono i sintomi che accompagneranno l'aborto e i trattamenti consigliati;
6. che nel 2-5% dei casi l'aborto non avviene completamente e che potranno quindi essere necessari ulteriori trattamenti, medici o chirurgici;
7. che, in caso di comparsa di complicazioni, dovrò rivolgermi tempestivamente all'ospedale di riferimento, dove potrebbe anche rendersi necessario un ricovero;
8. che le perdite di sangue saranno generalmente più abbondanti di una normale mestruazione e che nello 0,3-2,6% dei casi, se eccessive, potranno richiedere un trattamento chirurgico;
9. che non si può escludere la rara possibilità (0,1% dei casi) di una trasfusione come conseguenza di una forte emorragia e/o di una grave anemia;
10. che potrò abbandonare il trattamento in qualunque momento, ma che è probabile che l'aborto avvenga comunque nei giorni successivi;
11. che, se la gravidanza dovesse proseguire dopo il trattamento (avviene in meno dell'1% dei casi), vi è una probabilità aggiuntiva di malformazioni fetali;
12. che il rischio di morte per complicazioni (rischio presente con tutte le metodiche per l'aborto, mediche e chirurgiche) è stimato nel mondo in circa 1/100.000 aborti;
13. che non vi sono evidenze scientifiche sull'utilità della somministrazione profilattica di antibiotici, ma che se dovesse comparire febbre resistente agli antipiretici (paracetamolo) dovrò recarmi in ospedale per un controllo.

DICHIARO INOLTRE:

1. di avere ricevuto indicazioni circa l'ospedale di riferimento cui rivolgermi in caso di necessità;
2. di impegnarmi ad eseguire un controllo della beta HCG due settimane dopo l'assunzione del secondo farmaco, il misoprostolo;
3. di aver ricevuto un indirizzo mail o un numero telefonico cui rivolgermi per consigli, per comunicare il risultato della beta HCG e per ricevere indicazioni su eventuali ulteriori controlli;

4. di impegnarmi a sottopormi a visita ed eventuale ecografia al 14°/15° giorno dalla assunzione del secondo farmaco, in data presso

Avendo letto e compreso tutte le informazioni date, ed avendo avuto risposte esaurienti alle mie domande dal/la dott/dott.ssa, io sottoscritta **decido quindi di chiedere il trattamento ambulatoriale, senza ricovero ospedaliero, impegnandomi a seguire le istruzioni che mi verranno date.**

....., li

Firma della donna

Firma e timbro del medico

Allegato 5 - Questionario di valutazione da somministrare alle donne per e-mail dopo la conclusione della procedura

Gentile signora,

al fine di migliorare il servizio, la invitiamo a rispondere alle seguenti domande:

1. COME GIUDICA COMPLESSIVAMENTE IL SERVIZIO OFFERTO? (una sola risposta) scarso
() insufficiente () sufficiente () discreto () buono ()

2. COME GIUDICA L'IMPEGNO DEL PERSONALE? (una sola risposta)

MEDICI: scarso () insufficiente () sufficiente () discreto () buono ()

OSTETRICHE: scarso () insufficiente () sufficiente () discreto () buono ()

ASSISTENTI SOCIALI: scarso () insufficiente () sufficiente () discreto () buono ()

PSICOLOGI: scarso () insufficiente () sufficiente () discreto () buono ()

INFERMIERI: scarso () insufficiente () sufficiente () discreto () buono ()

3. COSA NON LE È PIACIUTO DEL SERVIZIO OFFERTO E VORREBBE CHE CAMBIASSE?

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

4. COSA NON LE È PIACIUTO DELL'ATTEGGIAMENTO DEL PERSONALE E VORREBBE CHE CAMBIASSE?

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

5. SE AVEVA GIÀ FATTO UN ABORTO CHIRURGICO, QUALE RITIENE MIGLIORE?

Farmacologico () Chirurgico ()

6. SCEGLIEREBBE ANCORA IL METODO FARMACOLOGICO? sì () no ()

7. CONSIGLIEREBBE L'IVG FARMACOLOGICA AD ALTRE DONNE? sì () no ()

8. SI È SENTITA MENO SEGUITA IN REGIME AMBULATORIALE? sì () no ()

9. AVREBBE PREFERITO ESSERE RICOVERATA IN OSPEDALE? sì () no ()

Allegato 6 - Guida per la IVG Farmacologica in regime ambulatoriale

Gentile signora,

in ambulatorio o in consultorio lei prenderà il primo farmaco, la RU486, e le verrà consegnato il secondo farmaco, il misoprostolo, da assumere a domicilio, 48 ore dopo il primo.

PRIMO E SECONDO GIORNO DOPO IL PRIMO FARMACO (MIFEPRISTONE o RU486):

1. Conduca una vita normale senza limitazioni. Nella gran parte dei casi non si hanno sintomi;
2. Se dovesse avere perdite di sangue, queste sono generalmente lievi e solo raramente abbondanti, con coaguli. Anche se lei dovesse ritenere di avere abortito, **dovrà prendere in ogni caso il secondo farmaco due giorni dopo;**
3. **Si rechi in ospedale se dovesse avere un sanguinamento molto abbondante** (cioè se dovesse riempire più di 4 assorbenti grandi in 2 ore);
4. Potrebbe avere anche **dolori; in questo caso** può prendere gli antidolorifici che le sono stati prescritti dal medico. Se i dolori non dovessero diminuire, o dovessero peggiorare, consulti il medico.

TERZO GIORNO:

DEVE PRENDERE LA PROSTAGLANDINA CHE LE È STATA CONSEGNATA IN AMBULATORIO

1. Per il giorno in cui deve prendere il secondo farmaco, la prostaglandina misoprostolo, **si organizzi in modo confortevole a casa o presso una persona di sua fiducia;**
2. **Non resti sola nelle 6 ore dopo aver preso il farmaco**, per poter essere aiutata in caso di bisogno.
3. **Se ha bambini piccoli** si organizzi in modo che qualcuno se ne occupi nelle 6 ore che seguono l'assunzione del farmaco;
4. Anche se ha già iniziato ad avere perdite di sangue dopo il primo farmaco, e pensa di aver abortito, **è INDISPENSABILE che lei prenda il secondo farmaco**, come le è stato prescritto, poiché è questo che provoca le contrazioni e completa la procedura dell'aborto;
5. Può fare una colazione leggera;
6. Prenda il secondo farmaco con un bicchiere d'acqua; se dovesse vomitare nei 30 minuti successivi, ricontatti il servizio IVG dove le è stato consegnato il farmaco;

TERZO GIORNO, DOPO AVER PRESO IL SECONDO FARMACO, IL MISOPROSTOLO

1. Si comporti normalmente, non è necessario rimanere a letto;
2. L'espulsione avviene più frequentemente 4-6 ore dopo aver preso il secondo farmaco, **ma può avvenire anche successivamente, di solito comunque nei tre giorni successivi;**
3. Se le è stato prescritto un **contraccettivo ormonale**, inizi a prenderlo questa sera stessa;
4. Il **sanguinamento** è di solito più abbondante di una normale mestruazione, con dolori simili a quelli mestruali, per i quali può assumere gli antidolorifici che le sono stati prescritti dal medico in ambulatorio;
5. Il **sanguinamento** dura in media 9-10 giorni, ma può durare anche 2 o 3 settimane. **A volte, nonostante un sanguinamento abbondante, la gravidanza va avanti e non si interrompe. Per questo motivo è importante eseguire i controlli raccomandati;**

6. Potrebbe avere anche: nausea, vomito, diarrea, febbre. In genere questi sintomi durano poche ore;
7. **Non programmi viaggi o eventi importanti nei 3 giorni successivi**, perché l'espulsione potrebbe più facilmente verificarsi in questi giorni;
8. Non usi assorbenti interni per almeno 2 giorni;
9. **Faccia la doccia, non il bagno;**
10. Non abbia rapporti sessuali per almeno 7 giorni.

L'OSPEDALE DI RIFERIMENTO A CUI RIVOLGERSI PER EVENTUALI COMPLICAZIONI

È.....

CONTATTI IL MEDICO O VADA AL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI RIFERIMENTO SE:

1. **Il sanguinamento è molto abbondante** (cioè se dovesse riempire più di 4 assorbenti maxi perflussi abbondanti in 2 ore);
2. **Il sanguinamento è assente o scarso** nei tre giorni dopo aver preso il secondo farmaco;
3. Ha **febbre** che supera 38°C e che **non scende** con farmaci antipiretici (paracetamolo);
4. **Il dolore persiste a lungo, molto forte** e non si attenua con gli antidolorifici prescritti dal medico;
5. Ha **sensazione di malessere**, che peggiora nel tempo.

INFINE RICORDI CHE:

1. Deve fare un prelievo per le betaHCG due settimane dopo il secondo farmaco, il giorno come prescritto dal medico ed eseguire controllo presso il in data
2. La mestruazione arriverà 25-60 giorni dopo l'aborto. Se non si verifica in questo arco di tempo, contatti il Servizio IVG.
3. Dopo l'aborto potrebbe già rimanere incinta; per evitare un'ulteriore gravidanza utilizzi il contraccettivo scelto con il medico.