

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 novembre 2025, n. 1738

Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia approvato dal Ministero della Salute e individuazione dei Centri di riferimento aziendali.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, "ai sensi dell'art. 5, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397";
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia, approvato dal Ministero della Salute con prot. n. PUGLIA-160-24/04/2024-0000056-A, di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, così come da approvazione del Ministero della Salute;
2. di individuare i Centri IVG aziendali della Puglia, comunicati da ciascuna Azienda così come di seguito rappresentati:

ASL BARI:

- P.O. Di Venere – U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare c/o P.P.A. Triggiano "Fallacara"
- P.O. San Paolo – U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare IVG e integrazione Territorio Ospedale
- P.O. "San Giacomo" di Monopoli - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
- P.O. Perinei" di Altamura - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

<u>ASL BRINDISI:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Perrino - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
<u>ASL BAT:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. di Barletta - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL FOGGIA:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Tatarella di Cerignola - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. Masselli Mascia di San Severo - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL LECCE:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Vito Fazzi di Lecce - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. Sacro Cuore di Gesù di Gallipoli - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. di Scorrano - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL TARANTO:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Centrale SS Annunziata - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia • P.O. Occidentale San Pio di Castellaneta - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia
<u>A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • S.C. di Ostetricia e Ginecologia I • S.C. di Ostetricia e Ginecologia II

3. di stabilire che i Direttori Generale delle Aziende Sanitarie, sedi Centri individuati, di cui sopra, diano attuazione a quanto espressamente previsto dal presente provvedimento;
4. di stabilire che la dott.ssa Giulia Caradonna, Responsabile U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare PO Di Venere - Fallacara del centro IVG di Triggiano, coordini l'attività dei centri Regionali raccordandosi con il professor Paolo Trerotoli – Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" – Statistica medica – Responsabile Flussi informativi, area Materno infantile – Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) Puglia;
5. di stabilire che presso l' Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) Puglia si provvede a:
 - fornire supporto per la compilazione di casi particolari, collaborando alla ricerca di norme e regole che giustificano la modalità di inserimento delle informazioni
 - verificare il rispetto delle scadenze stabilite dai decreti e dalle circolari ministeriali;
 - verificare la congruità del flusso rispetto agli anni precedenti;
 - verificare la congruenza del flusso rispetto agli eventi di ricovero o di trattamento ambulatoriale confrontando le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e le schede di attività ambulatoriale (SDA) con il numero dei modelli;
 - confrontarsi con i referenti delle Unità di Statistica ed Epidemiologia delle sedi territoriali per monitorare il completamento trimestrale dei flussi ed effettuare correzioni sulle schede prima di consolidare i dati;
 - trasmettere trimestralmente i dati di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) e AS (aborto spontaneo attraverso l'apposita applicazione dell'ISTAT (portale GINO++) che peraltro consente di creare il modello di riepilogo da inviare all'ISS annualmente, insieme all'archivio consolidato;
 - raccogliere i dati relativamente all'obiezione di coscienza, secondo le modalità stabilite annualmente dal Ministero della Salute;
 - raccogliere i dati relativi all'attività consultoriale specificatamente per colloqui e controlli IVG;
 - produrre un report annuale sull'abortività;
 - proporre progetti di analisi della casistica e miglioramento del servizio;

6. di stabilire che siano rispettati i requisiti di cui all'Accordo Stato – regioni n. 137/CU e recepiti con R.R. n. 6 del 31/03/2020 dove è espressamente previsto agli articoli n. 2 e n. 3 che le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, rispettivamente di I e II livello in cui è garantito il servizio di IVG, abbiano al loro interno locali e percorsi dedicati;
7. di stabilire che il presente provvedimento, possa essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata;
8. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie e, per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali, ai Distretti e ai medici di Medicina Generale nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia approvato dal Ministero della Salute e individuazione dei Centri di riferimento aziendali.

Visti:

- la Legge 29 luglio 1975, n. 405, recante "Istituzione dei consultori familiari";
- la Legge 22 maggio 1978, n. 194 recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.";
- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
- la Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19 "Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali delle persone in condizione di non autosufficienza e delega ai Comuni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali."; la deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2008, n. 2516 recante "Atto di indirizzo e coordinamento per la riorganizzazione ed il potenziamento dei Consultori familiari";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 3066 del 27 dicembre 2012 recante "L.R. n. 23/2008 "Piano di Salute 2008-2010" e D.G.R. n. 405 del 17 marzo 2009. Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali. Approvazione a seguito della revoca della D.G.R. n. 735 del 15 marzo 2010";
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1659 del 26 ottobre 2016 con cui è stata regolamentata l'IVG farmacologica in Day Hospital;
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)"; la D.G.R. del 24 aprile 2018, n. 658 recante "Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA";

- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017", dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0";
- Il Regolamento Regionale n. 6 del 31/03/2020 recante "Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010";
- la Circolare del Ministero della Salute del 12 agosto 2020, prot. n. 34336 recante "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine";
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: "Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 avente ad oggetto "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto "Approvazione definitiva Regolamento Regionale "Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020"". Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024";
- la deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2024, n. 1830 recante "Programmazione rete Punti Nascita e adeguamento requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010 di cui al R.R. n. 6/2020.";
- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1863 del 23/12/2024 recante "Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024 - Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023;

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1397 del 07/10/2025 "Aggiornamento linee guida sul "sistema dei controlli interni nella regione puglia" approvate con DGR n. 1374 del 23 luglio 2019;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1657 del 29/10/2025 "Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 "Modello Organizzativo Maia 2.0" e ss.mm.ii.. Affidamento incarichi di direzione delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Giunta regionale oggetto di rimodulazione";

Premesso che:

- con la legge 22 maggio 1978 n. 194 è stata disciplinata l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) in Italia, che stabilisce "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". La legge prevede percorsi distinti per l' IVG entro e oltre i primi 90 giorni di gestazione. La donna può richiedere il ricorso alla interruzione della gravidanza nei primi 90 giorni, ai sensi dell'Art 4 della legge 194/78. Dopo il primo trimestre "l'interruzione volontaria della gravidanza può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (art. 6)";
- questa legislazione non solo definisce le procedure per la IVG ma pone anche un forte accento sulla prevenzione e sulla contraccezione, aspetti fondamentali per ridurre il ricorso all'aborto, consentire alle donne di effettuare la propria scelta all'interno di procedure sicure e sviluppare una più piena consapevolezza;
- in particolare, l'articolo 1 della legge 194/78 sottolinea l'importanza della tutela della maternità e della procreazione responsabile, affermando la necessità di promuovere e sviluppare i servizi finalizzati alla prevenzione e alla educazione sessuale "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio;
- l'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite".

Considerato che:

- con la deliberazione di Giunta Regionale n. 1659 del 26 ottobre 2016 è stata regolamentata l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Day Hospital. In particolare, sono state stabilite le modalità e le condizioni per eseguire la procedura in un contesto di day hospital, rendendo più chiara e regolamentata questa possibilità per le donne nella regione;
- è stato predisposto un protocollo ambulatoriale, incluso nel PDTA IVG Regione Puglia;
- attualmente la procedura ambulatoriale per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), viene eseguita in regime di day hospital fino a 63 giorni;
- con il Regolamento Regionale n. 6 del 31/03/2020 avente ad oggetto "Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di

Pediatria/Neonatologia ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010" all' articolo n. 2 "Requisiti U.O. di Ostetricia e Ginecologia di I Livello" e all' articolo n. 3 "Requisiti U.O. di Ostetricia e Ginecologia di II Livello" è stato espressamente previsto, tra l' altro, che per quanto attiene i requisiti strutturali delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia di I e II livello che garantiscono il servizio di IVG, devono necessariamente essere presenti locali e percorsi al loro interno dedicati;

Atteso che:

- con prot. n. PUGLIA-160-24/04/2024-0000056-A è stato approvato dal Ministero della Salute il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'interruzione Volontaria di Gravidanza Regione Puglia, stabilendo, tra le altre, che la Regione Puglia debba procedere con la definizione dei nodi e le afferenze della Rete;

Considerato altresì che:

- i flussi informativi relativi agli eventi di Interruzione Volontaria di Gravidanza sono regolati dalla Legge 194/78. Il flusso informativo relativo ad interruzioni volontarie di gravidanza (IVG, modelli ISTAT D12) e agli aborti spontanei (AS, modelli ISTAT D11) sono inseriti nel piano statistico nazionale (Decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, "Norme sul Sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica"; Decreto del Presidente della Repubblica 24 settembre 2024, di approvazione del Programma statistico nazionale 2023-2025 e del collegato elenco delle rilevazioni con obbligo di risposta per i soggetti privati, S.O. n. 39 alla Gazzetta Ufficiale 15 novembre 2024 - serie generale - n. 268);
- i dati necessari sono raccolti dagli operatori sanitari (medici ginecologi, ostetrici ed infermieri) presso i reparti di ginecologia ed ostetrica degli ospedali della Regione Puglia ed inseriti nel sistema informativo EDOTTO;
- presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale si provvede a:
 - fornire supporto per la compilazione di casi particolari, collaborando alla ricerca di norme e regole che giustificano la modalità di inserimento delle informazioni
 - verificare il rispetto delle scadenze stabilite dai decreti e dalle circolari ministeriali;
 - verificare la congruità del flusso rispetto agli anni precedenti;
 - verificare la congruenza del flusso rispetto agli eventi di ricovero o di trattamento ambulatoriale confrontando le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e le schede di attività ambulatoriale (SDA) con il numero dei modelli;
 - confrontarsi con i referenti delle Unità di Statistica ed Epidemiologia delle sedi territoriali per monitorare il completamento trimestrale dei flussi ed effettuare correzioni sulle schede prima di consolidare i dati;
 - trasmettere trimestralmente i dati di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) e AS (aborto spontaneo) attraverso l'apposita applicazione dell'ISTAT (portale GINO++) che peraltro consente di creare il modello di riepilogo da inviare all'ISS annualmente, insieme all'archivio consolidato;

- raccogliere i dati relativamente all'obiezione di coscienza, secondo le modalità stabilite annualmente dal Ministero della Salute;
- raccogliere i dati relativi all'attività consultoriale specificatamente per colloqui e controlli IVG;
- produrre un report annuale sull'abortività;
- proporre progetti di analisi della casistica e miglioramento del servizio;

Dato atto che:

- con nota prot. n. 0335844/2025 del 20/06/2025 è stato chiesto alle ASL e alle Aziende Ospedaliere Policlinico di Bari e Ospedali Riuniti di Foggia, di trasmettere i nominativi dei Centri IVG di riferimento aziendali;
- dai riscontri pervenuti è risultato che la rete dei Centri IVG aziendali della Puglia è strutturata così come di seguito:

<u>ASL BARI:</u> <ul style="list-style-type: none"> • P.O. Di Venere – U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare c/o P.P.A. Triggiano “Fallacara” • P.O. San Paolo – U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare IVG e integrazione Territorio Ospedale • P.O. “San Giacomo” di Monopoli - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia • P.O. Perinei” di Altamura - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
<u>ASL BRINDISI:</u> <ul style="list-style-type: none"> • P.O. Perrino - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
<u>ASL BAT:</u> <ul style="list-style-type: none"> • P.O. di Barletta - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL FOGGIA:</u> <ul style="list-style-type: none"> • P.O. Tatarella di Cerignola - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. Masselli Mascia di San Severo - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL LECCE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • P.O. Vito Fazzi di Lecce - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. Sacro Cuore di Gesù di Gallipoli - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. di Scorrano - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL TARANTO:</u> <ul style="list-style-type: none"> • P.O. Centrale SS Annunziata - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia • P.O. Occidentale San Pio di Castellaneta - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia
<u>A.O.U. “Ospedali Riuniti” di Foggia:</u> <ul style="list-style-type: none"> • S.C. di Ostetricia e Ginecologia I • S.C. di Ostetricia e Ginecologia II

Alla luce di quanto sopra esposto, si intende approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia approvato dal Ministero della Salute con prot. n. PUGLIA-160-24/04/2024-0000056-A e individuare i Centri di riferimento aziendali, così come

comunicati da ciascuna Azienda. Si riporta nell' Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere:

L'impatto di genere stimato è **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere all' approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia, approvato dal Ministero della Salute con prot. n. PUGLIA-160-24/04/2024-0000056-A e all' individuazione dei Centri di riferimento aziendali, così come comunicati da ciascuna Azienda, ai sensi dell'art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia, approvato dal Ministero della Salute con prot. n. PUGLIA-160-24/04/2024-0000056-A, di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, così come da approvazione del Ministero della Salute;
2. di individuare i Centri IVG aziendali della Puglia, comunicati da ciascuna Azienda così come di seguito rappresentati:

ASL BARI:

- P.O. Di Venere – U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare c/o P.P.A. Triggiano “Fallacara”
- P.O. San Paolo – U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare IVG e integrazione Territorio Ospedale
- P.O. “San Giacomo” di Monopoli - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
- P.O. Perinei” di Altamura - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

<u>ASL BRINDISI:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Perrino - U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
<u>ASL BAT:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. di Barletta - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL FOGGIA:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Tatarella di Cerignola - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. Masselli Mascia di San Severo - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL LECCE:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Vito Fazzi di Lecce - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. Sacro Cuore di Gesù di Gallipoli - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia • P.O. di Scorrano - U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia
<u>ASL TARANTO:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • P.O. Centrale SS Annunziata - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia • P.O. Occidentale San Pio di Castellaneta - U.O.C. Ginecologia e Ostetricia
<u>A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • S.C. di Ostetricia e Ginecologia I • S.C. di Ostetricia e Ginecologia II

3. di stabilire che i Direttori Generale delle Aziende Sanitarie, sedi Centri individuati, di cui sopra, diano attuazione a quanto espressamente previsto dal presente provvedimento;
4. di stabilire che la dott.ssa Giulia Caradonna, Responsabile U.O.S.V.D. Pianificazione Familiare PO Di Venere - Fallacara del centro IVG di Triggiano, coordini l'attività dei centri Regionali raccordandosi con il professor Paolo Trerotoli – Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" – Statistica medica – Responsabile Flussi informativi, area Materno infantile – Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) Puglia;
5. di stabilire che presso l' Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) Puglia si provvede a:
 - fornire supporto per la compilazione di casi particolari, collaborando alla ricerca di norme e regole che giustificano la modalità di inserimento delle informazioni
 - verificare il rispetto delle scadenze stabilite dai decreti e dalle circolari ministeriali;
 - verificare la congruità del flusso rispetto agli anni precedenti;
 - verificare la congruenza del flusso rispetto agli eventi di ricovero o di trattamento ambulatoriale confrontando le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e le schede di attività ambulatoriale (SDA) con il numero dei modelli;
 - confrontarsi con i referenti delle Unità di Statistica ed Epidemiologia delle sedi territoriali per monitorare il completamento trimestrale dei flussi ed effettuare correzioni sulle schede prima di consolidare i dati;
 - trasmettere trimestralmente i dati di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) e AS (aborto spontaneo attraverso l'apposita applicazione dell'ISTAT (portale GINO++) che peraltro consente di creare il modello di riepilogo da inviare all'ISS annualmente, insieme all'archivio consolidato;

- raccogliere i dati relativamente all'obiezione di coscienza, secondo le modalità stabilite annualmente dal Ministero della Salute;
 - raccogliere i dati relativi all'attività consultoriale specificatamente per colloqui e controlli IVG;
 - produrre un report annuale sull'abortività;
 - proporre progetti di analisi della casistica e miglioramento del servizio;
6. di stabilire che siano rispettati i requisiti di cui all'Accordo Stato – regioni n. 137/CU e recepiti con R.R. n. 6 del 31/03/2020 dove è espressamente previsto agli articoli n. 2 e n. 3 che le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, rispettivamente di I e II livello in cui è garantito il servizio di IVG, abbiano al loro interno locali e percorsi dedicati;
7. di stabilire che il presente provvedimento, possa essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata;
8. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie e, per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali, ai Distretti e ai medici di Medicina Generale nonché ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 5, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 7 ottobre 2025, n. 1397.

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

Nicola GIRARDI

 Nicola Girardi
06.11.2025
11:27:52
GMT+01:00

La DIRIGENTE di Servizio "Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata":

Antonella CAROLI

 Antonella Caroli
06.11.2025
11:59:50
GMT+00:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO

 Vito Montanaro
06.11.2025
19:51:01
GMT+01:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE

 Raffaele Piemontese
10.11.2025 15:59:22
GMT+01:00

Codice CIFA: ASM/DEL/2025/00006

Allegato A

**Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'Interruzione
Volontaria di Gravidanza (IVG) della Regione Puglia**

INTRODUZIONE

L'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) in Italia è disciplinata dalla legge 22 maggio 1978 n. 194, che stabilisce "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". La legge prevede percorsi distinti per l'IVG entro e oltre i primi 90 giorni di gestazione. La donna può richiedere il ricorso alla interruzione della gravidanza nei primi 90 giorni, ai sensi dell'Art 4 della legge 194/78. Dopo il primo trimestre "l'interruzione volontaria della gravidanza può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (art. 6)".

Questa legislazione non solo definisce le procedure per la IVG ma pone anche un forte accento sulla prevenzione e sulla contraccezione, aspetti fondamentali per ridurre il ricorso all'aborto, consentire alle donne di effettuare la propria scelta all'interno di procedure sicure e sviluppare una più piena consapevolezza.

In particolare, l'articolo 1 della legge 194/78 " sottolinea l'importanza della tutela della maternità e della procreazione responsabile, affermando la necessità di promuovere e sviluppare i servizi finalizzati alla prevenzione e alla educazione sessuale *"Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio.*

L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite"

In conformità con l'articolo 14 della legge n. 194 *"Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna".*

In Italia il ricorso alla IVG è in continua e progressiva diminuzione dal 1983, il nostro Paese ha un tasso di abortività (5,3 IVG ogni 1000 donne in età fertile nel 2021) fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali confermando come l'aumento dell'uso dei diversi metodi contraccettivi e della contraccezione d'emergenza abbia inciso positivamente sulla riduzione del numero di IVG.

Il presente Protocollo Integrato Territorio-Ospedale per la IVG nella Regione Puglia si impegna a rispettare le direttive della legge 194/78, garantendo l'accesso a procedure sicure e conformi alle normative vigenti, e promuovendo attivamente la prevenzione e la contraccezione come mezzi primari per la tutela della salute riproduttiva.

RUOLO DEI CONSULTORI FAMILIARI

La legge 194/78 attribuisce ai Consultori familiari un ruolo centrale di riferimento nella gestione del percorso IVG. I Consultori Familiari, in quanto servizi a bassa soglia, distribuiti sull'intero territorio nazionale e dotati di un'equipe multidisciplinare, incarnano l'ispirazione originaria della normativa che prevede la promozione di una genitorialità responsabile anche attraverso la corretta informazione sui moderni metodi contraccettivi per la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

Il ruolo dei Consultori Familiari, istituiti con legge 29 luglio 1975 n. 405, viene richiamato già nell'Art. 2 della legge 194/78 che, fermo restando quanto stabilito dalla legge istitutiva, affida a detti servizi il compito di assistere la donna in stato di gravidanza:

- a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;*
- b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;*
- c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);*
- d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.*

I Consultori Familiari svolgono altresì un ruolo strategico in questo contesto, agendo come centri di riferimento per la diffusione di informazioni sulla contraccezione e sull'educazione sessuale. Essi rappresentano una risorsa fondamentale per le donne, offrendo un supporto non solo in termini di informazione ed accesso ai metodi contraccettivi, ma anche come centri di consulenza e di educazione per una salute riproduttiva responsabile e informata.

PROCEDURE PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA

Alle donne che richiedono una IVG devono essere garantite: informazioni scientificamente validate e comprensibili durante l'intero percorso assistenziale, assistenza da parte di personale sanitario competente, disponibilità di attrezzature in presidi sanitari adeguati, e consulenza e supporto ove richiesti od opportuni. È inoltre raccomandato garantire un'adeguata offerta di contraccettivi o indirizzare le donne a servizi in grado di soddisfarne la richiesta. In Italia, la legge 194 prevede che *"Il Consultorio, la struttura sanitaria e il medico di fiducia a cui la donna si rivolge, nonché il medico che esegue l'interruzione della gravidanza, sono tenuti a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla contraccezione e sulla regolazione delle nascite"* (art. 14).

All'atto della accettazione prima della IVG gli Operatori provvedono a:

- effettuare accurata anamnesi, anche al fine raccogliere elementi utili a reclutare la donna per un percorso IVG anche ambulatoriale, in accordo con le Linee di Indirizzo Ministeriali

- dare informazioni e counselling per accompagnare il percorso decisionale
- definire l'età gestazionale, anche al fine di escludere condizioni particolari, quali ad es. anomalie dell'impianto
- raccogliere il Consenso Informato
- consegnare informazioni scritte sulle opzioni possibili per il controllo del dolore durante l'intervento ed i comportamenti da tenere dopo la dimissione.

Per facilitare l'accesso alle informazioni anche da parte di donne di altri Paesi, si raccomanda di fornire materiale informativo scritto in diverse lingue e considerare la disponibilità di un mediatore culturale in caso di difficoltà di comunicazione. La predisposizione del percorso assistenziale deve prevedere un'informazione completa sulle modalità della procedura farmacologica e/o chirurgica, sul tipo di anestesia (sedazione, anestesia locale o generale), sui tempi di esecuzione degli accertamenti pre-e post IVG e sulla possibilità di effettuarla in regime ospedaliero DS/DH o in regime ambulatoriale;

- offrire counselling contraccettivo.

Le Linee guida nazionali e internazionali sottolineano che il *counselling* contraccettivo dovrebbe essere eseguito al primo incontro con la donna e che l'accesso alla IVG non deve essere in alcun modo subordinato ad una scelta contraccettiva. La donna deve essere informata che tutti i metodi possono essere iniziati al momento della IVG, sia chirurgica che farmacologica, ad eccezione dei contraccettivi intrauterini che, in caso di IVG farmacologica, possono essere inseriti solo dopo il completamento della procedura.

- offrire counselling psicologico, prima e/o dopo la IVG in caso di richiesta della donna o, comunque, se accolto favorevolmente dalla stessa, avendo cura di rispettare le sue scelte.
- garantire gli Esami ematochimici.

Alla luce delle evidenze disponibili e delle linee guida internazionali (11, 12), l'esecuzione di esami ematochimici non è raccomandata come pre-requisito per effettuare la IVG farmacologica. I professionisti sanitari possono comunque richiedere esami specifici in singoli casi, in base ad una valutazione di fattori di rischio individuali, identificati attraverso l'anamnesi e l'esame clinico.

- rilasciare il documento/certificato previsto dalla legge 194/78.

In caso di accesso diretto della donna al Centro IVG, il percorso può essere gestito direttamente dallo stesso Centro purché siano rispettate tutte le procedure di counselling e di informazioni sopra indicate.

L'IVG PUÒ ESSERE CHIRURGICA O FARMACOLOGICA

La IVG chirurgica deve essere effettuata in Ospedale, pubblico o convenzionato o Ambulatorio ospedaliero/universitario in regime di Day Hospital, con sedazione e/o anestesia locale o anestesia generale.

L'IVG farmacologica (approvata con la delibera AIFA n. 14 del 30.07.2009) rappresenta una alternativa sicura e efficace, è promossa dall'OMS che ha inserito il Mifepristone e il Misoprostolo

nella lista dei farmaci essenziali con l'obiettivo di ridurre la morbilità e la mortalità legate all'aborto non sicuro.

Diversi studi hanno dimostrato che mifepristone e misoprostolo possono essere assunti in sicurezza anche a domicilio entro le prime nove settimane + zero giorni, senza un aumento del rischio di complicanze rispetto all'assunzione in ambiente sanitario (11, 12, 13).

Escursus Normativo per La IVG Farmacologica e Linee Guida

- Il 24 giugno 2010 sono state approvate le "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine", elaborate dalla Commissione ministeriale, in cui l'impiego del mifepristone era previsto in regime di ricovero ed entro la settimana settimana compiuta di età gestazionale (49° giorno).

- Il 4 agosto 2020 il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) ha espresso parere favorevole in merito al ricorso all'IVG con metodo farmacologico:

- fino a 63 giorni pari a 9 settimane compiute di età gestazionale,
- presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital.

- Il Ministero della Salute ha predisposto nel 2020 le Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine, in aggiornamento a quelle emanate nel 2010, in linea con il succitato parere del CSS.

- La determina AIFA n. 865 del 12 agosto 2020 ha conseguentemente modificato le modalità di impiego del medicinale a base di Mifepristone (RU486):

- annullando l'utilizzo del farmaco in regime di ricovero dal momento dell'assunzione fino alla conclusione del percorso assistenziale
- estendendo l'impiego del farmaco dal 49° al 63° giorno di amenorrea, pari alle 9 settimane compiute di età gestazionale, in associazione con un analogo delle prostaglandine.

- Una nuova determina dell'AIFA, pubblicata in GU il 29 settembre 2022, ammette la somministrazione di mifepristone e prostaglandine fino a 63 giorni di amenorrea presso le strutture non ospedaliere, facilitando l'offerta dell'IVG farmacologica nei servizi extra-ospedalieri come prevede la circolare ministeriale dell'agosto 2020.

- A ottobre 2023 l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato le "Indicazioni operative per l'offerta della interruzione di gravidanza farmacologica in Italia" con l'obiettivo di descrivere il percorso organizzativo e assistenziale per l'esecuzione della IVG farmacologica entro e oltre i 90 giorni di gestazione, tenendo conto del quadro di riferimento normativo nazionale e delle raccomandazioni delle linee guida evidence-based internazionali. Questa pubblicazione si inserisce all'interno del percorso del progetto CCM - Azioni centrali "per il miglioramento della qualità dei dati, delle

procedure dell'IVG e della divulgazione delle informazioni", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'ISS.

CRITICITA' E PROCESSI DI MIGLIORAMENTO

Le attuali criticità del percorso IVG sono:

- Carenza di informazione e divulgazione sui percorsi da seguire per poter effettuare una IVG e sui Centri dove rivolgersi
- Difficoltà di accesso ai servizi, disomogeneità o carenza della offerta in alcune Province e mancato collegamento tra i Centri IVG
- Mancanza di un protocollo omogeneo nella offerta di contraccezione gratuita post IVG
- Carenza di percorsi e spazi dedicati
- Difficoltà nella presa in carico delle interruzioni del secondo trimestre.

Sono quindi necessarie differenti AZIONI volte a raggiungere l'obiettivo di un'assistenza alla donna richiedente IVG :

più **efficace**: con l' erogazione di cure evidence-based in grado di migliorare la loro salute e rispondere ai loro bisogni;

più **efficiente**: con l'ottimizzazione delle risorse e riduzione degli sprechi;

più **sicura**: utilizzando e diffondendo procedure che minimizzano i rischi per le utenti;

equa ed accettabile: con un'offerta assistenziale centrata sulla persona che tenga conto anche delle preferenze e dei valori delle singole utenti del servizio.

Nella organizzazione di un percorso assistenziale sicuro per le donne richiedenti IVG ha un ruolo di fondamentale importanza una codificata e organizzata integrazione ospedale - territorio ed una Rete che colleghi i Consultori Familiari ai Centri Ospedalieri mediante il coinvolgimento di tutti i diversi operatori impegnati.

AZIONI

- Miglioramento qualitativo e organizzativo dei CC.FF. per la presa in carico globale della donna da parte di tutti gli operatori, anche obiettori (vedi sentenza TAR 3477 del 14/09/2010); come previsto dall'articolo 9 della legge 194/78 : *“L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento”*; ed inoltre ; *“L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanza, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo”*.

La certificazione per la richiesta di IVG può, pertanto, essere effettuata anche dai medici obiettori in quanto è una Attestazione e non un atto medico direttamente volto ad interrompere la gravidanza al fine di garantire l'esercizio di un diritto della donna.

- Individuazione per ogni Provincia di alcuni **Consultori Familiari Primari** che, per numero di utenti, caratteristiche strutturali, di personale e logistiche, sono idonei alla presa in carico della donna che richiede IVG ovvero da implementare nell'orario e nella completezza dell'offerta assistenziale dotandoli anche di ecografo e personale dedicato.
- Istituzione di un Centro IVG in ogni Presidio Ospedaliero di ciascuna Provincia, dove possibile per caratteristiche di territorio e per la presenza di personale non obiettore, e comunque di almeno un Centro IVG per ogni ASL con creazione di una Rete coordinata da una Struttura di riferimento, possibilmente a valenza Dipartimentale, quale Centro di coordinamento e monitoraggio, anche ricorrendo alla mobilità degli operatori così come previsto dalla Legge 194/78.

La mancata istituzione di un Servizio che garantisca il ricorso alla IVG sia prima che oltre i 90 giorni, o la sua cancellazione o ridimensionamento, da parte di ciascun Presidio Ospedaliero o Universitario, soprattutto in quelli ove è ufficiale un Centro di diagnosi prenatale, deve essere adeguatamente motivata e tempestivamente comunicata agli Uffici Regionali, al fine di rendere possibili opportuni e tempestivi adempimenti correttivi.

L'analisi dei carichi di lavoro di ogni struttura ospedaliera o funzionalmente collegata e la distribuzione degli operatori deve essere finalizzata a garantire un numero settimanale di IVG sufficiente a coprire il bisogno atteso (per annullare liste di attesa); questo anche nell'ottica di garantire una equa ripartizione delle attività lavorative tra tutti gli operatori affinché il carico di lavoro delle IVG non sottragga al personale non obiettore la possibilità di svolgere anche tutte le altre attività non collegate alle IVG.

Ciascun Centro IVG nei Presidi Ospedalieri dovrà garantire sia le IVG chirurgiche che quelle farmacologiche, in ambienti dedicati, nel rispetto della privacy e delle scelte delle donne.

Ciascun Centro IVG è tenuto a indicare una linea telefonica dedicata con relative fasce orarie.

Dal momento che le evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'aborto è tanto più sicuro quanto più è precoce l'epoca gestazionale in cui viene effettuato, i servizi IVG devono essere in grado di rispondere alla richiesta di IVG il più rapidamente possibile, preferibilmente in strutture vicine al domicilio della donna. Si raccomanda una attenta valutazione delle condizioni (cliniche, psicologiche, sociali e/o contestuali) che configurano l'urgenza, per rilasciare l'apposita certificazione e per procedere più celermente alla IVG. I tempi di prenotazione, salvo diverse esigenze della donna, non dovrebbero superare i dieci giorni lavorativi. Ove la richiesta di Interruzione di gravidanza venga effettuata in prossimità del 90° giorno, gli interventi di IVG devono sempre essere considerati delle urgenze. Alcuni posti vanno riservati a questo tipo di urgenze per offrire la possibilità di effettuare l'intervento entro 24/48 ore.

- Istituzione di una Centrale Operativa con Numero Verde Regionale dedicato, attivo tutti i giorni 8-20, che, previa ricognizione periodica delle attività dei diversi centri IVG e monitoraggio in tempo reale di posti letto e tempi di attesa, svolga la duplice funzione di:
 - 1) Informare la paziente fornendo indicazioni in tempi rapidi su: percorso assistenziale (Territorio-Ospedale), Consultorio o Centro di Pianificazione di pertinenza o richiesto dalla paziente, Ospedali con Centro IVG, tempistiche per legge per lo svolgimento delle procedure di IVG farmacologica o chirurgica

2) Informare in tempo reale l'Operatore Sanitario che ha preso in carico la paziente (Medico/Ostetrica del CF o del Centro di Pianificazione Familiare- Operatore Ospedaliero) sui posti disponibili per la IVG entro o dopo i 90 giorni, al fine di organizzare il percorso assistenziale in modo rapido e diretto. Nella Rete possono essere comprese anche le strutture private convenzionate.

- Creazione di una Rete tra Servizi Territoriali e Centri IVG dei Presidi Ospedalieri per :
 - garantire integrazione tra territorio e ospedale
 - adozione di protocolli operativi comuni
 - definire e annullare i tempi di attesa
 - favorire la completa presa in carico della richiesta di IVG con individuazione del Centro ove eseguire l'intervento, affinché tale ricerca non gravi sulla donna e sia comunque assicurata la continuità assistenziale
 - trasferire in ambiente ospedaliero protetto le pazienti che presentino condizioni cliniche e/o socio sanitarie particolari o con problematiche di salute severe
 - implementare la contraccezione gratuita con ritorno al C.F. Per facilitare il counselling contraccettivo, la prevista visita di controllo a 14 giorni deve essere eseguita, ove possibile, presso il C. F. e indicata alla donna già all'atto della dimissione.
- Massima pubblicizzazione sul percorso IVG, con informazione su orari e sedi dei Consultori Familiari e dei Centri di Pianificazione Familiare cui rivolgersi e sui Presidi Ospedalieri dotati di Centro IVG, utilizzando i siti aziendali, i medici di famiglia, le farmacie, ed anche con l'istituzione di un sito Web dedicato e/o utilizzando canali social, così come indicato anche negli obiettivi dell'ISS con il progetto CCM - Azioni centrali "per il miglioramento della qualità dei dati, delle procedure dell'IVG e della divulgazione delle informazioni", finanziato dal Ministero della Salute. Il progetto CCM prevede la realizzazione di una pagina web sul sito del Ministero della Salute che descriva, con un linguaggio divulgativo, l'andamento dei dati di interesse e fornisca una mappa dei punti IVG nelle Regioni e P.A.
- Creazione di un piano di prevenzione comune con i CC FF, con offerta attiva mirata alla educazione contraccettiva e salute riproduttiva nelle scuole e in tutti i luoghi frequentati dagli adolescenti e giovani con l'obiettivo della massima diffusione di informazioni sui percorsi assistenziali e di prevenzione, anche attraverso i canali social molto utilizzati dalle fasce d'età sopracitate.
- Istituzione di un tavolo tecnico regionale al fine di:
 - codificare in modo istituzionale tutti i possibili percorsi assistenziali e valutarne gli esiti
 - elaborare protocolli condivisi e validati

- redigere una modulistica uniforme (consensi informati, prototipo di attestato di richiesta IVG della donna etc..)
 - redigere e promuovere l'utilizzo di una Scheda Unica che segue la paziente lungo tutto il percorso assistenziale IVG;
 - organizzare la formazione specifica di tutti gli operatori interessati nel percorso assistenziale;
 - elaborare uno o più protocolli sperimentali per il coinvolgimento dei CC. FF. per l'applicazione dell'IVG farmacologica come previsto dalle Linee di Indirizzo Ministeriali. I CC.FF. adeguati ai requisiti richiesti dalla Regione saranno indicati dalle rispettive ASL dopo una ricognizione dello stato dell'arte della rete consultoriale ed una attenta valutazione delle risorse umane, ambientali e strumentali disponibili. Le ASL dovranno indicare anche i Consultori Familiari Primari da implementare per raggiungere i requisiti richiesti per l'applicazione delle Linee di indirizzo Ministeriali.
 - Affrontare eventuali criticità
- Annullamento delle liste di attesa, obiettivo reso possibile dalla distribuzione degli accessi ai diversi centri, grazie anche all'utilizzo della Centrale Operativa e del Numero Verde dedicato, dalla maggiore accessibilità grazie all'implementazione di Centri IVG nei Presidi Ospedalieri, dalla possibilità di eseguire la procedura farmacologica presso DH o presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate (funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni), nonché presso i Consultori Familiari.
 - Inserire l'applicazione del Percorso IVG negli obiettivi di budget e nella valutazione dei Direttori Generali.

IVG Farmacologica nel primo trimestre eseguita in Ambulatorio o in Consultorio Familiare

Nonostante le linee guida internazionali prevedano l'IVG con mifepristone e misoprostolo fino a 10 - 12 settimane, in Italia, in linea con il documento del CSS e con la circolare del Ministero della Salute dell'agosto 2020, AIFA ha autorizzato (determina 865/2021) l'uso di mifepristone e misoprostolo per l'IVG farmacologica del primo trimestre entro la nona settimana (63 giorni) di amenorrea, in qualunque *setting* assistenziale. I singoli ospedali possono autorizzarne l'uso *off-label* tra 64 e 90 giorni di amenorrea, richiedendo la sottoscrizione di uno specifico consenso informato per l'uso fuori indicazione.

In base alla circolare del Ministero della Salute dell'agosto 2020, le IVG farmacologiche con mifepristone e prostaglandine possono essere offerte, oltre che in DH anche presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate (funzionalmente collegate all'ospedale e autorizzate dalle Regioni), nonché presso i Consultori familiari autorizzati dalle Regioni.

L'erogazione delle prestazioni è regolata dalle modalità organizzative regionali: Day Service Ambulatoriale o Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC).

Telemedicina – IVG Farmacologica in Ambulatorio o Consultorio

Le Linee guida internazionali indicano che prima della nona settimana di gestazione la procedura può essere praticata in sicurezza sia nei servizi sanitari che a domicilio e concordano sul fatto che l'intero percorso possa essere gestito dallo stesso professionista sanitario anche in *setting* diversi, inclusi quelli da remoto in caso di auto-somministrazione da parte della donna dei farmaci a domicilio con il supporto dei servizi sanitari.

Questo modello assistenziale che riconosce alle donne adeguatamente informate le competenze per effettuare in autonomia tutta la procedura si è dimostrato efficace, sicuro e gradito dalle stesse.

In Italia il mifepristone deve essere somministrato da un ginecologo operante presso una delle strutture previste dall'art. 8 della legge 194. La circolare del Ministero della Salute dell'agosto 2020 (16) ne prevede la somministrazione anche negli ambulatori e nei Consultori familiari autorizzati dalla regione. Il misoprostolo, dopo valutazione medica e appropriato counselling, può essere assunto nei presidi sanitari autorizzati o consegnato alla donna per essere assunto in auto-somministrazione a domicilio.

In caso di autogestione dell'aborto, le linee guida internazionali raccomandano ai professionisti sanitari di accertare che la donna abbia compreso quando e come assumere i farmaci per l'IVG e gli antidolorifici e come contattare i servizi sanitari in caso di richiesta di chiarimenti, preoccupazioni o complicazioni. Devono inoltre essere fornite istruzioni per verificare il successo della procedura mediante valutazione dei segni/sintomi della gravidanza oppure ricorrendo al dosaggio della gonadotropina corionica, o a test urinari a bassa sensibilità (cut-off 1000 UI)

Se la donna sceglie di assumere le prostaglandine a casa è necessario verificare con lei che non esistano controindicazioni a ciò, ovvero che la donna non sia sola a casa, che sia possibile che raggiunga l'ospedale con facilità, che sia in grado di ben comprendere la procedura e le indicazioni relative alla successiva visita per la verifica del successo del trattamento

Requisiti Strutturali dei Servizi Territoriali autorizzati ad effettuare IVG Farmacologica

Le strutture territoriali che intendono offrire l'IVG farmacologica devono prevedere i seguenti requisiti strutturali (ISS ottobre 2023):

- essere adeguatamente attrezzate (ad esempio, devono disporre di un ecografo)
- essere funzionalmente collegate con l'ospedale di riferimento, cioè essere in rete con un ospedale di riferimento identificato al quale rivolgersi in caso di complicazioni o necessità di accertamenti specialistici;
- assicurare la presenza di personale non obiettore, opportunamente formato;
- prevedere l'esecuzione dei prelievi di sangue e gli esami opportuni qualora il medico li ritenga necessari (es. emocromo in caso di anemia sintomatica);
- attivare un sistema per il controllo da remoto e le comunicazioni con le donne (linea telefonica dedicata, indirizzo mail, ecc.).

Le Procedure richieste per attivare l'offerta della IVG farmacologica in ambulatorio o Consultorio sono chiaramente indicate nelle "Indicazioni operative per l'offerta della interruzione di gravidanza farmacologica in Italia", ISS ottobre 2023.

Controllo Post IVG

E' raccomandata una visita di controllo con ecografia dopo 2-4 settimane se la procedura è avvenuta in DH o in ospedale.

Nella procedura con assunzione domiciliare del Misoprostolo il controllo ecografico dopo 2 settimane ha la finalità di escludere un' eventuale prosecuzione della gravidanza. E' raccomandato il dosaggio della hCG sierica.

Le linee guida internazionali sconsigliano la valutazione dello spessore della mucosa endometriale come criterio per la gestione clinica.

In caso di fallimento della procedura farmacologica è possibile ricorrere alla IVG chirurgica o ad una ulteriore IVG farmacologica. Nonostante la bassa incidenza di malformazioni (<1% delle gravidanze proseguite dopo IVG) e nonostante i dati disponibili siano limitati e non conclusivi, le donne devono essere informate dei possibili effetti teratogeni del misoprostolo nel caso si desideri proseguire la gravidanza dopo il mancato aborto.

In caso di ABORTO INCOMPLETO (che può verificarsi dopo una IVG o dopo aborto spontaneo) le linee guida prevedono le seguenti tre opzioni: atteggiamento di attesa, isterosuzione o gestione farmacologica con misoprostolo. La scelta del metodo si basa sulle condizioni cliniche della donna e sulle sue preferenze individuali.

Si coglie l'occasione per precisare che in caso di ABORTO RITENUTO con assenza di attività cardiaca la procedura farmacologica è raccomandata ed è sovrapponibile a quella per le IVG.

Contraccezione

Tutte le linee guida in merito all'IVG raccomandano un'offerta proattiva in ambito contraccettivo in linea con la Legge 194/78 (articolo 14) che raccomanda di fornire informazioni e indicazioni sulla contraccezione sicura, sempre nel rispetto della dignità personale della donna. Il Consultorio Familiare è il luogo istituzionale di applicazione della legge 194/78 ed ha il ruolo strategico di tutela e promozione della salute della donna.

Il counselling contraccettivo può essere effettuato al momento della presa in carico della paziente presso il Consultorio Familiare o il Centro di Pianificazione familiare o al momento del controllo post IVG e deve essere volto a dare completa informazione sui metodi contraccettivi, in particolar modo sui LARC (long-acting reversible contraception) IUD medicati e non, impianti sottocutanei, anche con adeguato materiale informativo e divulgativo, il cui utilizzo ha dimostrato di ridurre il numero di IVG ripetute. L'adozione di un protocollo comune garantirà alla donna l'approvvigionamento del contraccettivo scelto senza necessità di ulteriore o diversa prescrizione da parte dell'operatore consultoriale.

La contraccezione ormonale (pillola, impianti, cerotto e anello vaginale) può essere iniziata immediatamente dopo qualsiasi tipo di IVG. Lo IUD può essere inserito dopo la conferma del successo di qualunque tipo di IVG, tranne in caso di aborto settico.

Nell'ottica delle prevenzione delle IVG ripetute è auspicabile la possibilità, per i centri erogatori di IVG, di applicare i LARC, perchè contraccettivi ad alta efficacia.

Minorenni

Le **minorenni** che hanno scelto di coinvolgere i genitori nel percorso IVG dovranno essere accompagnate dai due genitori sia in consultorio che in ospedale per il necessario consenso di entrambi i genitori. Particolare attenzione deve essere posta nell'accertamento dell'esistenza delle condizioni di libera scelta, assicurando alla minore possibilmente colloqui da sola per chiarire il contesto relazionale, il grado di libertà o eventuali pressioni nella scelta.

In caso di decisione di proseguire la gravidanza devono essere offerti ulteriori azioni di sostegno.

Nell'eventualità uno dei due genitori non possa essere presente l'altro dovrà essere munito di formale delega. È necessario tenere sempre traccia della delega e dei documenti dei due genitori. In caso di rifiuto del consenso, di parere difforme tra i due genitori o quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione degli stessi, la minore può essere autorizzata dal Giudice tutelare a decidere sull'interruzione di gravidanza. In questo caso la minore dovrà presentarsi in ospedale, oltre che con il certificato di richiesta IVG, anche con l'autorizzazione del Giudice Tutelare. Il personale del C.F. deve garantire, ove necessario, e qualora non sia presente almeno un detentore la patria potestà o il tutore, l'accompagnamento della minore presso il centro IVG e la presenza al momento delle dimissioni dalla sede dell'intervento.

Donne Straniere

Le donne straniere devono essere in possesso di documenti di riconoscimento validi dotati di fotografia per la corretta identificazione; se questo non è possibile, è necessaria una dichiarazione da parte di una persona, dotata di un documento d'identità valido, che attesti le generalità della donna; la dichiarazione dovrà essere datata, firmata e conservata agli atti. Qualora non siano in possesso della tessera sanitaria o di codice STP (straniero temporaneamente presente) vanno indirizzate agli uffici competenti per territorio, ove presenti. Gli operatori psico sociali e sanitari dei Consultori Familiari possono avvalersi della figura del mediatore linguistico e culturale per garantire alla donna e alla minorenne, cittadine straniere, la piena auto-determinazione nella scelta abortiva assicurando loro la piena comprensione di tutte le fasi del percorso IVG.

FASE ORGANIZZATIVA REGIONALE

Per permettere la corretta rilevazione delle prestazioni erogate, in caso di IVG farmacologica offerta negli ambulatori e/o Consultori è necessario prevedere la voce specifica nel "Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali" includendo tutto l'iter (dalla somministrazione dei due farmaci agli esami e alle visite di controllo) senza partecipazione alla spesa da parte della donna.

L'attivazione dell'offerta della IVG farmacologica in ambulatorio o Consultorio Familiare richiede:

- l'aggiornamento dell'anagrafica da parte delle Regioni/P.A. tramite l'inserimento nella piattaforma GINO++ della lista degli ambulatori e dei Consultori autorizzati ad effettuare le IVG farmacologiche;
- la definizione delle prestazioni per l'IVG farmacologica e del loro tracciamento nei flussi della specialistica ambulatoriale (es. SPA, SIAS, ASA) e consultoriale (SICOF);
- l'adeguamento economico delle procedure
- la formazione del personale coinvolto in sede ambulatoriale, consultoriale ed ospedaliera per la rilevazione e l'inserimento dei dati nella piattaforma GINO++.

FASE ORGANIZZATIVA ASL

I presidi Ospedalieri dovranno individuare le giornate di ambulatorio destinate al servizio IVG indicando al personale del territorio il numero telefonico dedicato per effettuare la prenotazione, insieme ai recapiti telefonici h24 per le pazienti che necessitino di ricevere consulenza telefonica urgente. Dovranno altresì comunicare quotidianamente alla Centrale Operativa collegata al Numero Verde dedicato i posti disponibili.

Ciascuna ASL dovrà comunicare alla Regione le sedi consultoriali/ambulatoriali che rispondono ai requisiti richiesti dalla Regione: adeguatamente provviste di spazi, attrezzature e personale idonei per l'avvio della procedura farmacologica, con avvio di un percorso preferenziale con il laboratorio di riferimento del singolo servizio territoriale per l'esecuzione degli esami necessari ai fini della procedura farmacologica.

In merito si precisa che, per quanto riportato nelle ultime indicazioni ministeriali (ISS 2023), non è necessario effettuare esami ematochimici per la procedura farmacologica ma solo su valutazione del Medico in casi selezionati. Anche la valutazione del Gruppo Sanguigno non è strettamente necessaria in quanto le linee guida OMS del 2022 e del 2023 indicano di non somministrare immunoglobuline anti-D per IVG <12 settimane di gestazione, indipendentemente dal metodo farmacologico o chirurgico; le linee guida del RCOG del 2022 (13) raccomandano di non eseguire la profilassi con immunoglobuline anti-D per IVG farmacologiche prima di nove settimane di gestazione. Si suggerisce di valutare l'eventualità di eseguire la profilassi dell'immunizzazione anti-D solo nei casi in cui vi sia un rischio aumentato di emorragia feto-materna (ad es. per condizioni mediche che aumentano il rischio di sanguinamento o nel caso di somministrazione di dosi multiple dei farmaci per l'IVG farmacologica).

Sempre su indicazione del Medico del servizio territoriale le pazienti con problemi clinici particolari saranno programmate nel Centro IVG del Presidio Ospedaliero.

La Farmacia territoriale provvederà a fornire ai Consultori/Ambulatori sia i farmaci necessari ad attuare la procedura sia quelli necessari a trattare i sintomi comuni che le pazienti presentano durante la procedura stessa: Mifepristone (Mifegyne), Misoprostolo (Misoone), Ibuprofene 600 mg, Paracetamolo 1gr, Tranex fl, Ringer lattato 500 cc, Methergin fl, Plasil fl ed altri su indicazione dell'operatore medico.

IVG OLTRE I 90 GIORNI

L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni e generalmente entro 22 settimane e 6 giorni, può essere praticata (art. 6 legge 194/78):

- a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto. (Raccomandazioni per le Cure Perinatali nelle Età Gestazionali Estremamente Basse) ("Carta di Firenze ")

I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo 6 della legge 194/78 vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza e che può avvalersi della consulenza (non indispensabile) di diversi specialisti (psichiatrica, psicologo) di un Centro Territoriale o Ospedaliero, sia per la valutazione dello stato psichico della paziente sia per il possibile necessario sostegno.

Come per le IVG prima dei 90 giorni, anche per le interruzioni nel secondo trimestre deve essere garantito almeno un centro IVG per ciascuna ASL/provincia e centro universitario, con personale formato e numericamente adeguato, con ambienti dedicati e separati dai luoghi della nascita, questo in ragione della particolarità clinica, psicologica ed emotiva delle condizioni che portano una donna a richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza oltre i 90 giorni.

L'induzione del parto abortivo richiede un ricovero ospedaliero e si ottiene mediante somministrazione di Mifepristone e Misoprostolo. L'operatore medico del C.F. o Centro di Diagnosi Prenatale che accoglie la donna provvede a prenotare il primo accesso presso il Centro IVG Ospedaliero ove verrà eseguito l'intervento di IVG ed a redigere certificazione di accompagnamento per la struttura ospedaliera.

L'accesso presso la struttura ospedaliera deve essere garantito attraverso un costante monitoraggio dei posti disponibili dedicati alle interruzioni oltre i 90 giorni al fine di evitare che carenze di posti letto possano impedire o rendere difficoltoso il ricovero della paziente.

Ogni intervento nel secondo trimestre, a settimane avanzate prossime ai limiti di Legge o in presenza di certificazione psichiatrica/psicologica che evidenzii il pericolo di vita psichico (art.6) deve essere considerato intervento urgente e ciascun Centro ospedaliero riserverà a dette urgenze posti letto dedicati. Ciascun operatore ospedaliero che accoglie la richiesta della donna deve garantire il ricovero ospedaliero presso la stessa struttura o, per assicurare una continuità assistenziale, provvedere al trasferimento della donna presso altra struttura affinché la ricerca di un luogo di accoglienza non gravi sulla donna stessa.

Una volta accolta la donna e avviata la procedura di interruzione tutti gli operatori, obiettori e non obiettori) devono garantire la prosecuzione della stessa con relativa assistenza, come indicato nell'art.9 della legge 194/78.

Le linee guida internazionali raccomandano che tutte le donne abbiano accesso alle informazioni, ai farmaci per controllare il dolore, ai servizi sanitari in grado di offrire il percorso e gestire gli eventuali effetti collaterali e/o eventi avversi

È fortemente raccomandato il ricorso all'analgesia sia parenterale che epidurale, ricordando che l'intensità del dolore aumenta con l'avanzare dell'epoca gestazionale

Nelle IVG oltre il 90mo giorno di gestazione la profilassi con immunoglobuline anti-D deve essere offerta entro 72 ore dalla procedura.

MISURATORI DI EFFICACIA DEL PERCORSO

Sono previsti dei misuratori di efficacia del percorso assistenziale a partire dalla valutazione dei dati forniti attraverso il flusso di informazione obbligatorio per le IVG, a 6 mesi nella fase iniziale e successivamente con ciclicità annuale.

In particolare si attende:

- 1) Aumento del numero di IVG farmacologiche rispetto a quelle chirurgiche (target 80%)
- 2) Riduzione delle settimane di gestazione in cui si effettua l'IVG
- 3) Riduzione degli spostamenti dal territorio di appartenenza
- 4) Riduzione complessiva delle IVG per aumento dell'utilizzo di contraccettivi
- 5) Aumento della concordanza, per ogni Consultorio, del numero di colloqui IVG e numero di controlli post IVG/contraccezione

BIBLIOGRAFIA

1. Legge 194, del 22 maggio 1978. Disponibile online al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/22/078U0194/sg>. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
2. Istituto Superiore di Sanità. Interruzione Volontaria di Gravidanza. Epicentro. Disponibile online al link: <https://www.epicentro.iss.it/ivg/>. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 3) Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2021. Disponibile online al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3367_allegato.pdf (Ultimo accesso il 13 ottobre 2023)
- 4) Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Delibera n. 14. 30 luglio 2009. Comunicato Stampa AIFA. Disponibile online al link: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/241024/Comunicato_stamp_a_120.pdf. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 5) World Health Organization. Abortion Care Guideline. Geneva: WHO; 2022. Disponibile online al link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 6) World Health Organization. Clinical practice handbook for quality abortion care. WHO; 2023. Disponibile online al link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207-eng.pdf>. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 7) Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 2009. Determina n. 1460 del 24/11/2009 pubblicata in G.U. serie generale 286 del 09/12/2009, supplemento ordinario n. 229. Disponibile online al link <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2009/12/09/286/so/229/sg/pdf> pag.58. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 8) Royal College of Obstetrician & Gynaecologists (RCOG) – Best Practice in abortion care, 2015 updated in 2022. Disponibile online al sito: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 9) Ministero della Salute. Consiglio Superiore di Sanità. Sessione straordinaria del 4 agosto 2020. Il Consiglio Superiore di Sanità Sezione V. Disponibile online al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf. (Ultimo accesso il 31 agosto 2023)
- 10) Ministero della salute, Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine elaborate dalla Commissione avente la finalità di predisporre le Linee 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, Approvate in data 24 giugno 2010.
- 11) World Health Organization. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. Disponibile online al link: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>.
- 12) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. 7. 2011. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based Clinical Guideline. Disponibile al link: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/the-care-of-women-requesting-induced-abortion-evidence-based-clinical-guideline-no-7>
- 13) World Health Organization. (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception: executive summary. Disponibile online al link: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181043>.

La Dirigente della Sezione

Antonella Caroli

Antonella Caroli
06.11.2025
11:59:50
GMT+00:00