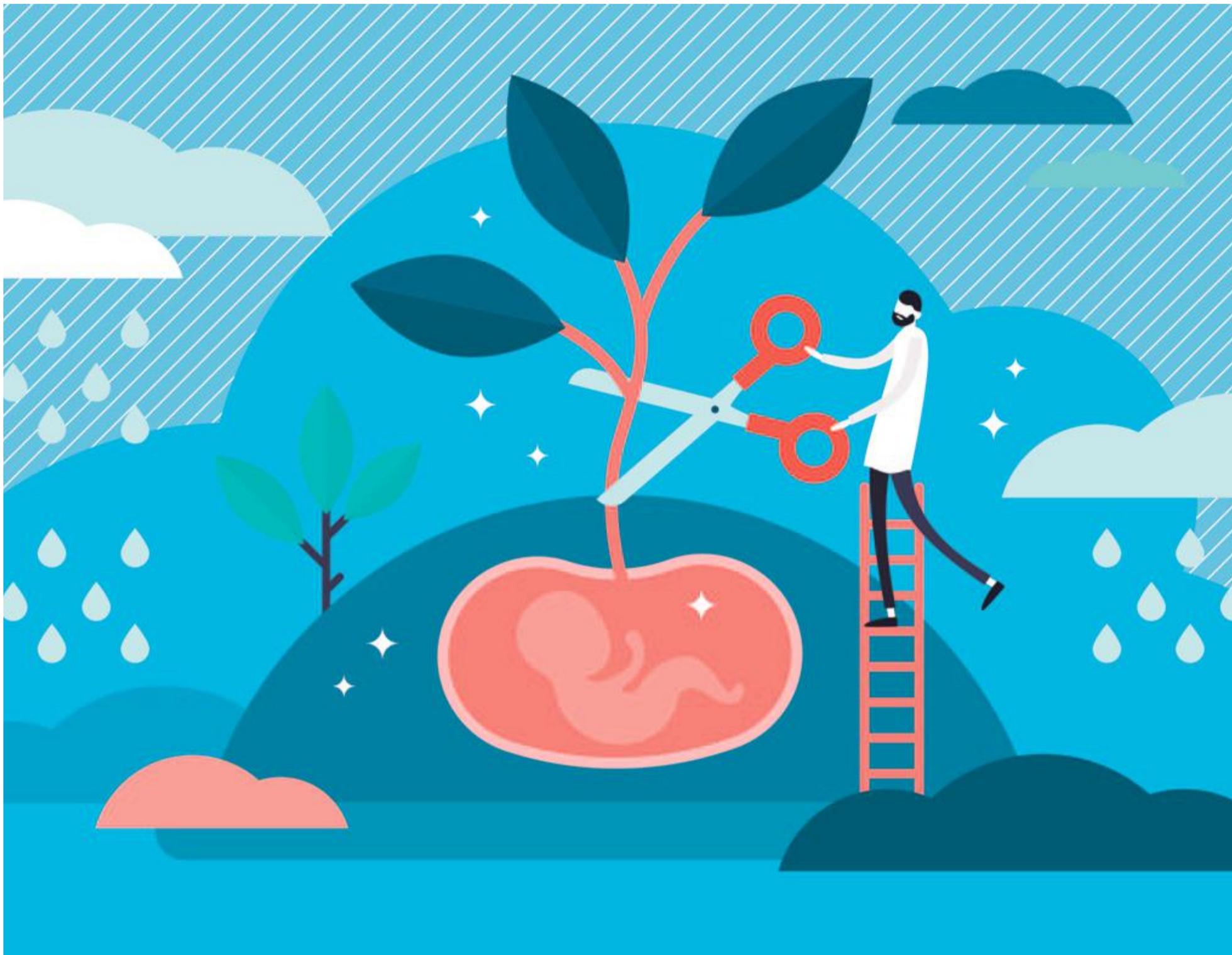


RAPPORTO IVG



IVG 2018

La Relazione al Parlamento
sull'attuazione della legge 194/78

Calo record degli aborti in Italia

Sono poco più di 76mila

Nei primi anni della 194 si era arrivati a quasi 235mila Ivg. Merito anche della pillola del giorno dopo. Ma l'obiezione resta molto alta e riguarda il 69% dei ginecologi

NEL 2018 sono state notificate 76.328 interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-5,5% rispetto al 2017, circa 4mila in meno) a partire dal 1983.

È questa la fotografia scattata dalla nuova Relazione al Parlamento sull'attuazione della Legge 194/78, presentata del Ministro della Salute Roberto Speranza nel mese di giugno. "In Italia - ha

sottolineato il Ministro - l'Ivg è in continua e progressiva diminuzione dal 1983 e il ricorso a tale intervento (tasso di abortività) del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali". Questo è il quinto anno in cui è stato notificato un totale di Ivg inferiore a 100mila casi ed è da notare come il numero delle Ivg è più che dimezzato rispetto ai 234.801 casi del 1983, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia.

RAPPORTO IVG

FIGURA 1
Tassi di abortività
per area geografica
1983 e 2018



FIGURA 2
Tassi di abortività
per età

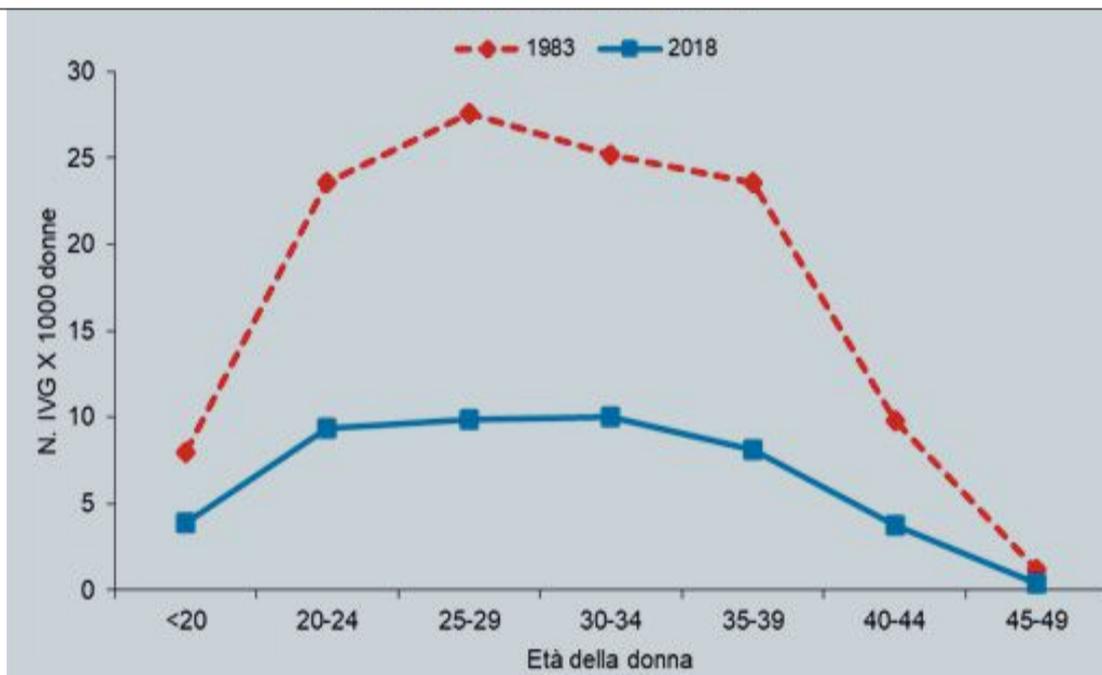
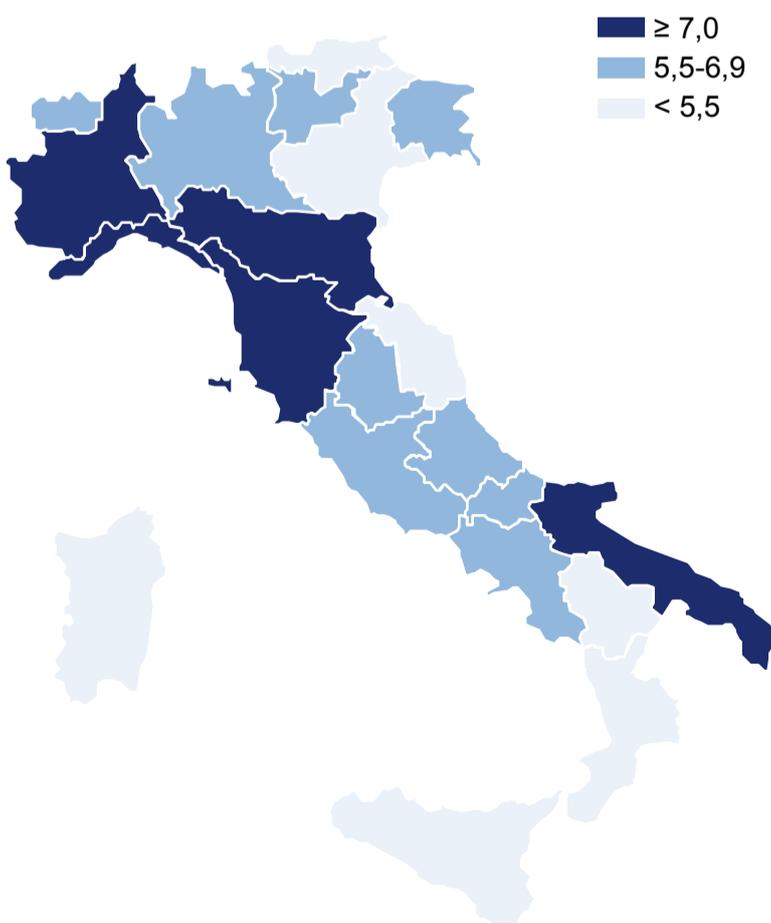


FIGURA 3
Tassi di abortività in Italia



Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (n. Ivg rispetto a mille donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta tendenza al ricorso all'Ivg, è risultato pari a 6 per mille nel 2018, con una riduzione del 4% rispetto al 2017 e del 65,1% rispetto al 1982. Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale. (Figura 2 e 3)

CARATTERISTICHE DELLE DONNE CHE FANNO RICORSO A IVG Il ricorso all'Ivg nel 2018 è diminuito in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime, e i tassi di abortività più elevati restano fra le donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Per quanto riguarda la distribuzione percentuale, nel 2018 il 48,6% delle italiane risultava occupata (in aumento rispetto al 2017, quando le occupate erano il 46,9%), mentre per le straniere la percentuale delle occupate è del 38,2%, dato anche questo in aumento rispetto all'anno precedente. Per le italiane la percentuale delle nubili (61,3%) è in aumento e superiore a quella delle coniugate (32,4%), mentre per le straniere le percentuali nei due gruppi sono molto più simili (47,5% le coniugate, 47,3% le nubili). Il 45,3% delle donne italiane che ha eseguito una Ivg non aveva figli.

ABORTO TRA LE MINORENNI Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2018 è pari a 2,4 per mille, valore inferiore a quello del 2017, confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (4,8

nel 2005, 4,4 nel 2012, 2,7 nel 2017), con livelli più elevati nell'Italia centrale.

I 2.001 interventi effettuati da minorenni sono pari al 2,6% di tutte le Ivg (erano il 2,8% nel 2017). Come negli anni precedenti, si conferma il minore ricorso all'aborto tra le giovani in Italia rispetto a quanto registrato negli altri Paesi dell'Europa Occidentale. (Figura 4)

ABORTI RIPETUTI La percentuale di Ivg effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata nel 2018 pari al 25,5% (25,7% nel 2017). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza nel 2018 sono 21,4% per le italiane e 34,8% per le straniere (erano 21,3% e 36,0% rispettivamente, nel 2017), confermando il maggior ricorso all'IVG tra le cittadine straniere. In totale la percentuale di aborti ripetuti riscontrata in Italia è più bassa rispetto a quella degli altri Paesi.

EPOCA GESTAZIONALE E MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'IVG Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 50,9% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 48,9% del 2017 e al 41,8% del 2012), il 12,1% a 11-12 settimane e il 5,6% dopo la 12esima settimana. Inoltre si riscontra una leggera tendenza all'aumento della percentuale di Ivg oltre 12 settimane di gestazione: 5,6% nel 2018 e 2017, rispetto a 5,0% nel 2015 e 3,8% nel 2012. (Figura 5)

CONTINUA LA TENDENZA ALL'AUMENTO DEL RICORSO ALLA PROCEDURA D'URGENZA è avvenuto nel 21,3% delle IVG nel 2018, rispetto al 19,2% nel 2017, al 16,7% dei casi nel 2015 e all'11,6% nel 2011. Percentuali superiori alla media nazionale si sono osservate, come negli anni passati, in Puglia (42,7%), Piemonte (39,5%), Lazio (39,1%), Abruzzo (29,1%), Emilia Romagna (27,3%) e Toscana (26,1%). Anche per il 2018 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio del documento/certificazione necessari alla richiesta di IVG (44,1%), rispetto agli altri servizi.

AUMENTA ABORTO FARMACOLOGICO L'isterosuzione, ed in particolare con le cannule di Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata anche nel 2018 (63,6%), sebbene permanga un 10,8% di interventi effettuati con raschiamento. È in aumento l'uso dell'aborto farmacologico: nel 2018 il mifepristone con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 20,8% dei casi, rispetto al 17,8% del 2017 e al 12,9% del 2014. Permane elevato (52,8%) il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento, sebbene in diminuzione negli anni, e molto basso quello all'anestesia locale (3%). È invece cresciuto negli anni il numero di interventi effettuati senza anestesia (21,3% rispetto a 17,9% nel 2016 e 5,7% del 2012), come conseguenza del maggior uso dell'aborto farmacologico. (Figura 6)

FIGURA 4
IVG tra le minorenni
2000-2018

Anno	N. IVG donne età <18 anni*		% sul totale IVG	Tasso di abortività
	Italiane	Straniere		
2000	3596	181	2,7	4,1
2001	3565	227	2,7	4,1
2002	3446	306	2,9	4,7
2003	3556	428	2,8	4,5
2004	3840	526	3,0	5,0
2005	3441	605	3,0	4,8
2006	3512	608	3,2	4,9
2007	3463	637	3,3	4,8
2008	3451	624	3,4	4,8
2009	3127	592	3,2	4,4
2010	3091	626	3,3	4,5
2011	3008	586	3,4	4,5
2012	2761	588	3,3	4,4
2013	2616	527	3,2	4,1
2014	2383	472	3,2	3,7
2015	2164	357	2,9	3,1
2016	2155	345	3,0	3,1
2017	1872	309	2,8	2,7
2018	1928	340	2,6	2,4

*Elaborazioni su dati Istat

FIGURA 5
Distribuzione percentuale
delle IVG per settimana
gestazionale - 2018

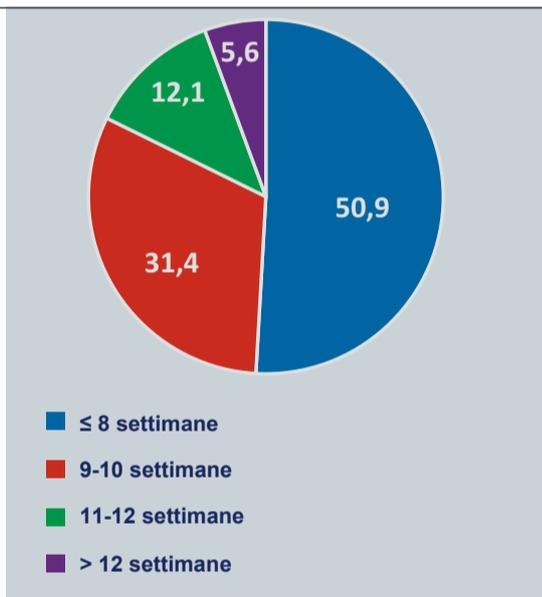
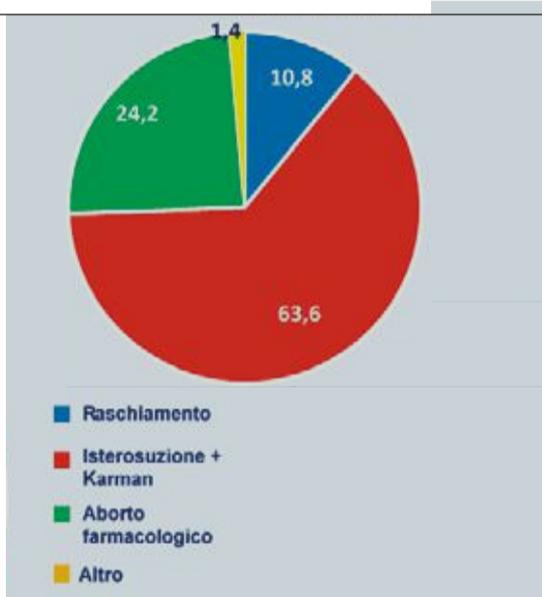


FIGURA 6
IVG per tipo
di intervento, 2018



UN TERZO DELLE IVG RIGUARDA LE DONNE STRANIERE

Un terzo delle Interruzioni volontarie di gravidanza totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere: un contributo che è andato inizialmente crescendo e che, dopo un periodo di stabilizzazione, sta diminuendo, sebbene le cittadine straniere rimangano una popolazione a maggior rischio di ricorso all'Ivg. "A tal proposito - rileva Speranza - è importante offrire loro, in occasioni di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare in occasione del percorso nascita, un counselling sulla procreazione responsabile per promuovere una contraccezione informata ed efficace".

CRESCE L'USO DELLA PILLOLA DEI 5 GIORNI DOPO

L'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza, Levonorgestrel (Norlevo) - pillola del giorno dopo e Ulipristal acetato (ellaOne) - pillola dei 5 giorni dopo, ha inciso positivamente sulla riduzione delle Ivg. "Per tali farmaci - evidenzia Speranza -, per i quali è stato abolito l'obbligo di prescrizione medica per le maggiorenni, è indispensabile una corretta informazione alle donne per evitarne un uso inappropriato".

Dai dati della distribuzione dell'Ulipristal acetato (ellaOne), forniti dal sistema di Tracciabilità del farmaco del Ministero della Salute, che rappresentano una proxy del consumo, nel 2018 continuano a mostrare un andamento crescente (figura 2). I dati registrati negli ultimi 4 anni risultano: 145.101 confezioni nel 2015, 189.589 nel 2016, 224.802 nel 2017 e 260.139 nel 2018.

POTENZIARE I CONSULTORI Il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie per quanto riguarda l'Ivg, come negli auspici della Legge 194/78. "È indispensabile - rileva il Ministro - rafforzare e potenziare i consultori familiari, servizi di prossimità che grazie all'esperienza nel contesto socio-sanitario e alle competenze multidisciplinari dell'équipe professionale riescono a identificare i determinanti di natura sociale e a sostenere la donna e/o la coppia nella scelta consapevole, nella eventuale riconsiderazione delle motivazioni alla base della sua scelta, aiutarla nel percorso Ivg e ad evitare future gravidanze indesiderate ed il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza".

TEMPI DI ATTESA IN CALO Sono in diminuzione i tempi di attesa tra rilascio della certificazione e intervento (possibile indicatore di efficienza dei

Arisi (Smic):

"Pillola giorno dopo ancora una volta fondamentale per la riduzione degli aborti. Ora si elimini l'obbligo di ricetta anche per le minorenni"

"Per il quinto anno consecutivo le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (Ivg) continuano a mostrare un trend in diminuzione. E ancora una volta, la Relazione al Parlamento del Ministero della Salute conferma come questo fenomeno sia connesso anche con la vendita in farmacia della Contraccezione d'Emergenza senza ricetta. Un risultato che credo debba indurre l'Agenzia del farmaco a eliminare l'obbligo di prescrizione della ricetta medica anche per le minorenni".

È stato questo il commento di Emilio Arisi, Presidente della Società Medica Italiana per la Contraccezione (Smic) ai dati della Relazione al Parlamento sugli aborti.

"I dati emersi - ha aggiunto Arisi - rafforzano il convincimento della nostra Società scientifica che sia arrivato il momento di consentire anche alle donne minorenni di poter acquistare la pillola del giorno dopo senza dover presentare la ricetta medica. Ricordo che in tutti i Paesi europei il farmaco è in libera vendita in farmacia, senza obbligo di prescrizione, per le donne di tutte le fasce di età. E non c'è stato un misuse del prodotto. A dimostrazione che le ragazze hanno un uso consapevole dell'utilizzo della contraccezione di emergenza. Non credo quindi che le minorenni italiane debbano essere penalizzate rispetto delle loro coetanee europee e considerate meno responsabili. Inoltre - ha aggiunto - bisognerebbe rendere obbligatoria la disponibilità della pillola del giorno dopo in tutte le farmacie italiane: offrire alle donne italiane la sicurezza di poter trovare in ogni farmacia del territorio nazionale questo presidio farmacologico, senza essere costrette, come spesso avviene, a passare da una farmacia all'altra, è un fattore importante per ottenere una efficace prevenzione e di conseguenza un ulteriore auspicabile calo delle Ivg anche negli anni a venire".

RAPPORTO IVG

FIGURA 7
Numero di sedi fisiche (stabilimenti) con reparto di ostetricia e/o ginecologia e di quelle in cui si pratica IVG e il Parametro 1 per Regione Anno 2018

Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1	Regione	Totale stabilimenti con ginecologia	Stabilimenti in cui si pratica IVG	Parametro 1
Piemonte	41	27	65,8%	Marche	14	12	85,7%
Valle d'Aosta	1	1	100,0%	Lazio	41	21	51,2%
Lombardia	65	61	93,8%	Abruzzo	15	9	60,0%
P.A. Bolzano	7	2	28,5%	Molise	3	1	33,3%
P.A. Trento	7	4	57,1%	Campania	69	19	27,5%
Veneto	42	33	78,5%	Puglia	31	20	64,5%
Friuli V. Giulia	14	9	64,2%	Basilicata	5	4	80,0%
Liguria	15	14	93,3%	Calabria	14	8	57,1%
Emilia-Romagna	52	32	61,5%	Sicilia	58	30	51,7%
Toscana	29	28	96,5%	Sardegna	21	15	71,4%
Umbria	14	12	85,7%	Italia	558	362	64,9%

Fonte dati: Monitoraggio ad hoc sull'attività dei Consulenti, effettuato dal Ministero della Salute in raccordo con i Referenti Regionali del Tavolo tecnico per la piena applicazione della L. 194/78.

Ogni
100.000
donne
in età fertile
(15-49 anni)

3
Punti nascita

2,9
Punti Ivg

servizi). La percentuale di Interruzioni effettuate entro 14 giorni dal rilascio del documento è infatti leggermente aumentata: 70,2% nel 2018 rispetto a 68,8% nel 2017, 65,3% nel 2015 e 59,6% nel 2011. Contemporaneamente nel tempo è diminuita la percentuale di IVG effettuate oltre le 3 settimane di attesa, anche se il valore del 2018 è quasi identico a quello del 2017: 10,8% nel 2018 e 10,9% nel 2017 rispetto a 12,4% nel 2016, 13,2% nel 2015 e 2014 e al 15,7% nel 2011. Pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni si registra un aumento delle interruzioni nelle prime 8 settimane di gestazione, probabilmente almeno in parte dovuto all'aumento dell'utilizzo della tecnica farmacologica (Mifepristone+prostaglandine), che viene usata in epoca gestazionale precoce.

MOBILITÀ REGIONALE STABILE Nel 2018 il 92,3% delle Ivg è stato effettuato nella Regione di residenza, di cui l'87,0% nella Provincia di residenza, valori simili al 2017 e corrispondenti ad una bassa mobilità fra le Regioni e in linea con i flussi migratori anche relativi ad altri interventi del Ssn. Va considerato che tali flussi possono mascherare una falsa migrazione, come nel caso in cui motivi di studio o lavoro temporaneo giustificano il domicilio in Regione diversa da quella di residenza, e ciò riguarda principalmente le classi di età più giovani.

DIFFERENZE REGIONALI La tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che suggerisce la necessità di un approfondimento da parte degli organi regionali, anche attraverso un confronto interregionale, per capirne le motivazioni e uniformare i protocolli terapeutici, al fine di assicurare un'offerta efficiente e di qualità. Il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2018, risulta pari a 558, mentre il numero di quelle che effettuano le Ivg risulta pari a 362, cioè il 64,9% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti Ivg inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti Ivg risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e Province autonome il valore medio dell'indicatore è pari al 58%. Si conferma, anche per l'anno 2018, l'adeguata copertura della rete di offerta.

CRESCE ANCORA L'OBIEZIONE DI COSCIENZA Nel 2018 le Regioni hanno riferito che ha presentato obiezione di coscienza il 69% dei ginecologi, il 46,3% degli anestesisti e il 42,2% del personale non medico, valori in leggero aumento rispetto a quelli riportati per il 2017 e che presentano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie. "Sebbene l'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembri evidenziare particolari criticità nei servizi di Ivg, a livello regionale o di singole strutture - chiarisce Speranza - le Regioni devono assicurare che l'organizzazione dei servizi e le figure professionali garantiscano alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza, come indicato nell'articolo 9 della Legge, garantendo il libero esercizio dei diritti sessuali e riproduttivi delle donne e assicurando l'accesso ai servizi Ivg, minimizzando l'impatto dell'obiezione di coscienza nell'esercizio di questo diritto".

Per capire quale impatto tali percentuali abbiano sulla disponibilità del servizio e sul carico di lavoro degli operatori non obiettori, la Relazione ha stimato anche per il 2018 tre parametri individuati in occasione dei monitoraggi effettuati negli anni precedenti, a partire dal 2013; in particolare il terzo parametro, relativo al carico di lavoro medio settimanale per ginecologo non obiettore, è stato rilevato a livello di singola struttura di ricovero, al fine di individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale o sub-regionale.

PARAMETRO 1 - offerta del servizio Ivg in relazione al numero assoluto di strutture disponibili. Il numero totale di sedi fisiche (stabilimenti) delle strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, nel 2018, risulta pari a 558, mentre il numero di quelle che effettuano le Ivg risulta pari a 362, cioè il 64,9% del totale. Solo in due casi (P.A. Bolzano e Campania), abbiamo un numero di punti Ivg inferiore al 30% delle strutture censite. In 9 Regioni la percentuale di punti Ivg risulta superiore al 70%. Nelle restanti Regioni e P.A. il valore medio dell'indicatore è pari al 58%. Si conferma, anche per l'anno 2018, l'adeguata copertura della rete di offerta.

PARAMETRO 2 - offerta del servizio Ivg in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita. Rappresenta un termine di



confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78, contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano Ivg rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Delle 558 strutture con reparto di ostetricia e/o ginecologia, censite a livello nazionale nel 2018, 418 sono punti nascita pubblici o privati accreditati (dati Cedap 2017 - Monitoraggio del Comitato Percorso Nascita Nazionale a maggio 2019), pari al 74,9 % del totale. I nati vivi in Italia nel 2018 sono stati 439.747 (fonte Istat); nello stesso anno le Ivg sono state 76.328, con un rapporto di 5,8:1 (l'anno precedente era 5,7:1), mentre quello fra i punti nascita e punti IV Ivg G è di 1,1:1 come per l'anno precedente.

A livello nazionale, ogni 100mila donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3,0 punti nascita, contro 2,9 punti Ivg. Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti Ivg che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti Ivg appare più che adeguata, rispetto al numero delle Ivg effettuate. (Figura 7)

PARAMETRO 3 - carico di lavoro medio settimanale di Ivg per ogni ginecologo non obiettore. La rilevazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2018 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore, è variato di poco rispetto agli anni precedenti; in generale si registra per quasi tutte le Regioni un dato stabile o in leggera diminuzione, fatta eccezione per Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano e di Trento ed Emilia Romagna, in cui si rileva un lieve aumento.

L'analisi del carico di lavoro settimanale medio di ciascun ginecologo non obiettore per singola struttura di ricovero evidenzia solo 2 Regioni dove si registra un carico di lavoro superiore alle 9 Ivg a settimana (14,6 in Puglia e 9,5 in Calabria).



Il metodo farmacologico per l'Ivg prevede l'uso di una dose di mifepristone, seguita da una o più dosi di prostaglandine. Lo schema di trattamento di riferimento è quello approvato da Fda e Aifa

RU486

Speranza chiede nuovo parere al Css



A SUSCITATO MOLTE REAZIONI la decisione assunta dalla Regione Umbria che con una Delibera ha imposto il ricovero ordinario (e non il Day hospital) per chi ricorre all'interruzione volontaria di gravidanza mediante la pillola abortiva. Un tema caldo sul quale è intervenuto il Ministro della Salute Roberto Speranza che con una nota ha annunciato di aver chiesto "un parere al Consiglio Superiore di Sanità, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, in merito alla interruzione volontaria di gravidanza con il metodo farmacologico. L'ultimo parere in materia era stato espresso dal Css nel 2010". **Sulla vicenda è intervenuta anche la Sottosegretaria di Stato alla Salute Sandra Zampa:** "Sono trascorsi dieci anni esatti da quando, su richiesta del Consiglio Superiore di Sanità, una apposita Commissione emanò le Linee Guida Ministeriali per l'utilizzo della RU486 - ha dichiarato - in questi dieci anni nessun evento avverso ha evidenziato la necessità di ricoveri ospedalieri per l'utilizzo della cosiddetta 'pillola abortiva'. Stupisce dunque la decisione della Regione Umbria di indicare in tre giorni di ricovero ospedaliero le condizioni per il ricorso alla IVG farmacologica. Ho condiviso pienamente la decisione del Ministro Speranza di richiedere un parere al Consiglio Superiore di Sanità, allo scopo di aggiornare le linee di indirizzo, auspicando che si possa favorire, sempre ove possibile, il ricorso alla lvg farmacologica come in uso nella gran parte dei Paesi europei, cioè in regime di Day Hospital o ambulatoriale"

Toscana

Ru486 presto anche negli ambulatori. La prima volta in Italia

SUL FRONTE OPPOSTO alle decisioni assunte dalla Regione Umbria, la Toscana: sarà la prima Regione a prevedere la somministrazione della Ru486 al di fuori dell'ospedale, ma sempre in collegamento con l'ospedale, in ambulatori pubblici specializzati e autorizzati a farlo. Un nuovo primato per la Regione che per prima in Italia adottò l'aborto farmacologico. Una delibera fornisce alle Aziende sanitarie raccomandazioni aggiornate relative al "Protocollo operativo per l'Ivg farmacologica", redatto sulla base del parere del Consiglio Sanitario Regionale del 2014, per poter garantire l'offerta della lvg farmacologica come prestazione ambulatoriale. Nel protocollo si specifica che la finalità è quella di assicurare a tutte le donne che richiedono l'Ivg un servizio uniforme, rispettoso dei diritti della donna di alta qualità.

Il metodo farmacologico per l'Ivg prevede l'uso di una dose di mifepristone, seguita da una o più dosi di prostaglandine. Lo schema di trattamento di riferimento è quello approvato da Fda e Aifa e si ricorda che l'aborto medico è considerato dall'Oms, un metodo sicuro ed efficace.

Ma vediamo cosa prevede il Protocollo.

Alla donna che decide di interrompere la gravidanza e si presenta in una delle sedi autorizzate a praticare l'Ivg, con un documento/certificato di richiesta lvg rilasciato dal medico del presidio consultoriale, dal medico di famiglia o da altro medico di fiducia, dovranno essere fornite tutte le informazioni necessarie sulla lvg farmacologica e dovrà essere acquisito il suo consenso informato.

Le strutture sanitarie dove può essere svolta l'accettazione sono tutte le strutture autorizzate dalla legge 194, compresi i poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali e autorizzati dalla Regione, in possesso dei requisiti specifici previsti dalla

normativa, nonché i consultori definiti "principali", in collegamento funzionale con l'ospedale di riferimento.

Il primo intervento è l'assunzione di mifepristone. Dopo la somministrazione del farmaco, la donna dovrà restare all'interno del presidio; dopo la rivalutazione medica potrà tornare a casa. Le verrà fornito il numero di telefono del consultorio e quello del medico di guardia del presidio ospedaliero. E verrà programmata la visita successiva.

Il secondo intervento avviene il terzo giorno, dopo circa 48 ore dal primo, nella stessa struttura del primo intervento. Dopo la valutazione dell'evoluzione del caso, alla donna viene somministrato misopristolo. Dopo un periodo di osservazione, viene programmato il terzo accesso (dopo circa 10-15 giorni).

Il controllo avviene dopo circa 14 giorni dal secondo intervento. In caso di controllo avvenuto, viene prenotato un controllo successivo dopo circa un mese. In caso di mancato aborto o aborto incompleto, viene attivata la procedura chirurgica nel presidio ospedaliero di riferimento.

Dopo la chiusura della cartella, alla donna vengono espresse con particolare cura le modalità di contraccezione, per prevenire ulteriori lvg. Tutte le possibili metodiche devono essere illustrate in maniera chiara, mettendo in evidenza indicazioni e controindicazioni, differenze, vantaggi, possibili effetti collaterali di ciascuna metodica; evidenziando i rischi, fisici e psicologici, del ricorso a lvg ripetute. La tariffa di questa prestazione (completamente a carico del Servizio sanitario pubblico, perché alla donna viene erogata in regime di esenzione dalla partecipazione al costo) è stata fissata in 500 euro: cifra che include il costo del farmaco e si riferisce all'intero percorso assistenziale.