

Al Ministro della Salute on. Orazio Schillaci
Alle e ai Presidenti dei Consigli Regionali
Alle e agli Assessori alla Sanità delle Regioni
Alle Commissioni Sanità Regionali
Alle e ai componenti della Conferenza Stato-Regioni

*Illustre Ministro della Salute on. Orazio Schillaci,
Illustri Onorevoli,*

la legge 194 del 1978, che oggi compie 46 anni, all'articolo 15 affida *“alle Regioni, d'intesa con le Università e gli Enti Ospedalieri”*, il compito di assicurare alle donne l'accesso alle *“tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza”*. Oggi la procedura farmacologica per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG), a quindici anni dalla sua introduzione nel nostro paese e nonostante l'aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriali del 2020, non è ancora pienamente accessibile per tutte le donne e, nella quasi totalità delle Regioni, non è ammesso il regime ambulatoriale, con autosomministrazione a domicilio del secondo farmaco.

Laddove accessibile, infatti, per l'IVG farmacologica è ancora previsto il ricovero in regime di day hospital (DH), se non addirittura in regime di ricovero ordinario.

Ciò contrasta con il principio fondamentale dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, proprio da Lei, illustrissimo Ministro, più volte giustamente richiamato, secondo il quale sono *“inappropriati i casi di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse”*.

Le ospedalizzazioni inappropriate costituiscono un ingiustificato pericolo per la salute, comportano un inutile spreco di risorse per il nostro sistema sanitario nazionale e sono un ostacolo all'accesso all'IVG.

La sicurezza della procedura farmacologica per l'IVG è sostenuta ampiamente dall'OMS e da tutte le società scientifiche internazionali, sulla base di una vastissima letteratura scientifica. In tutto il mondo, nel primo trimestre, è una procedura che viene eseguita nella gran parte dei casi con l'autosomministrazione dei farmaci a domicilio.

Sulla base di queste premesse,

chiediamo

- Al Ministro della Salute di richiamare le presidenti e i presidenti delle Regioni al loro dovere di vigilanza sulla piena applicazione della legge 194 del 1978;
- Alla Conferenza Stato-Regioni, alle e ai Presidenti dei consigli regionali e alle e agli assessori alla Salute di assicurare l'appropriatezza delle procedure per l'IVG e per il trattamento dell'aborto spontaneo, garantendo alla donna la possibilità di scegliere la procedura di IVG farmacologica in regime ambulatoriale, con autosomministrazione del secondo farmaco presso il proprio domicilio;
- Alle e agli assessori alla Salute di approvare con urgenza procedure chiare, definite e uniformi per la IVG farmacologica in regime ambulatoriale.

Certi di una Vostra risposta, vista l'importanza e la delicatezza del tema trattato e la Vostra sensibilità nei suoi riguardi, rimaniamo in attesa di un Vostro cortese riscontro, manifestando sin da ora la nostra disponibilità a un incontro.

***Filomena Gallo**, avvocata e Segretaria dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS*

Mirella Parachini, ginecologa e Vice-segretaria dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS

Anna Pompili, ginecologa, Consigliera generale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS, co-fondatrice dell'Associazione medici italiani contraccezione e aborto

Marcello Crivellini, docente di analisi e organizzazione di sistemi sanitari presso il Politecnico di Milano e Consigliere generale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS

Chiara Lalli, giornalista, bioeticista e Consigliera generale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS

Sara Martelli, psicologa, ricercatrice e membro di Giunta dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica APS

Lara Ghiglione, Segretaria confederale CGIL nazionale con delega alle politiche di genere

Ivana Veronese, Segretaria confederale UIL Nazionale

Lettera condivisa anche dall'[Intergruppo parlamentare per la Salute riproduttiva e Interruzione volontaria di Gravidanza](#).

Si trasmette in allegato alla presente un documento che illustra le basi scientifiche delle nostre richieste, sostenuto dai più recenti dati di letteratura.

Roma, 21 maggio 2024

Documento sull’appropriatezza delle procedure per l’IVG e per il trattamento dell’aborto spontaneo del primo trimestre

1. Introduzione

Quando fu approvata la legge 194, la metodica chirurgica era l’unica disponibile per effettuare le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). Il legislatore aveva tuttavia previsto la possibilità di sviluppo e utilizzo di “tecniche più moderne, più rispettose dell’integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l’interruzione della gravidanza”, e aveva affidato alle Regioni, d’intesa con le Università e gli Enti ospedalieri, il compito dell’aggiornamento del personale sanitario (articolo 15 legge 194/78). Dopo l’approvazione, nel 1988 in Francia, dell’utilizzo del mifepristone (RU-486) per l’interruzione farmacologica della gravidanza, è stato possibile offrire alle donne la scelta di una modalità alternativa a quella chirurgica.

Da allora la procedura farmacologica è stata progressivamente autorizzata come opzione sicura ed efficace per l’interruzione precoce della gravidanza; nel luglio 2023 essa era approvata in 96 paesi nel mondo¹. Nel 2021, le IVG farmacologiche sono state il 76% del totale delle IVG in Francia, l’87% in Inghilterra e Galles, e il 98,2% in Finlandia. Nel 2022 in Norvegia le procedure farmacologiche sono state il 94,8% del totale e in Svezia il 96%. In tutti questi Paesi la procedura, almeno fino alla decima settimana di gravidanza, viene prevalentemente eseguita senza ricovero ospedaliero.

Dal 2005, l’OMS ha incluso i farmaci utilizzati per l’IVG farmacologica, il mifepristone e il misoprostolo, nella lista dei farmaci essenziali, e nel 2019 li ha inseriti, all’interno di questo elenco, tra i “core essential medications”, ossia i “farmaci più efficaci, sicuri ed economici” per indicazioni cliniche prioritarie, che dunque dovrebbero essere disponibili nei sistemi sanitari in ogni momento².

¹ *Mifepristone Approved List*, https://gynuity.org/assets/resources/mife_by_country_and_year_en.pdf.

² Gill R, Ganatra B, Althabe F, [WHO essential medicines for reproductive health](#), BMJ Global Health, 17 dicembre 2019.

In Italia l'uso del mifepristone in associazione con una prostaglandina per l'IVG è stato approvato da AIFA nel 2009; analogamente a quanto osservato negli altri Paesi, anche nel nostro il ricorso a questa procedura è andato progressivamente aumentando. Nel 2021, secondo la relazione ministeriale³, ha interessato il 45,3% delle IVG effettuate in tutte le Regioni, anche se con forte variabilità interregionale. Valori percentuali più elevati della media nazionale sono stati rilevati in Liguria (72,5%), Basilicata (72,0%), Calabria (72,0%), P.A. di Trento (67,6%), Emilia-Romagna (64,9%), Piemonte (62,0%), Friuli-Venezia Giulia (55,7%), Toscana (54,9%), Lazio (54,6%), Umbria (53,4%), Puglia (48,5%) e Valle D'Aosta (48,2%).

2. Le diverse procedure per l'IVG

Le donne che richiedono una IVG devono essere informate sui diversi metodi disponibili, per permettere loro di effettuare una scelta pienamente consapevole. In assenza di specifiche controindicazioni, la scelta del metodo per l'IVG deve essere fatta dalla donna, sulla base delle informazioni ricevute (articolo 14, legge 194/78).

Dal 2010, quando furono emanate le linee di indirizzo per l'uso del mifepristone e delle prostaglandine per l'interruzione volontaria della gravidanza (Ministero della Salute - Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine, anno 2010) l'IVG può essere praticata nel nostro Paese sia con la procedura chirurgica, sia con la procedura farmacologica. Entrambe le procedure, sicure ed efficaci, vengono utilizzate anche nel trattamento dell'aborto spontaneo, ritenuto o incompleto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e le società scientifiche internazionali raccomandano l'esecuzione delle procedure per l'IVG quanto più precocemente possibile, dal momento che l'incidenza di complicazioni aumenta con l'aumentare dell'epoca gestazionale. L'opportunità di anticipare la procedura grazie al ricorso precoce alla IVG farmacologica configura pertanto un vantaggio di salute per le donne.

³ Ministero della Salute, *Relazione al Parlamento sullo stato di applicazione della legge 194*, anno 2023, relativo ai dati 2021.

A. **L'IVG chirurgica:** viene effettuata con il metodo della isterosuzione, entro la 14°-16° settimana di gravidanza. Le società scientifiche raccomandano, per le IVG di epoca gestazionale fino a 12 settimane, di non eseguire routinariamente esami ematochimici prima della procedura. In particolare, in assenza di specifiche condizioni cliniche, non sono raccomandate le prove di coagulazione del sangue, la determinazione del fattore Rh e la valutazione della concentrazione di emoglobina.

B. **L'IVG farmacologica del primo trimestre di gravidanza:** prevede l'utilizzo di due farmaci, il mifepristone e il misoprostolo. L'aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriali⁴ ne ammette l'utilizzo entro la nona settimana. Generalmente i farmaci vengono somministrati a distanza di 48 ore l'uno dall'altro. Anche per questa metodica le società scientifiche raccomandano di non eseguire routinariamente esami ematochimici prima della procedura. In particolare, in assenza di specifiche condizioni cliniche, non sono raccomandate le prove di coagulazione del sangue, la determinazione del fattore Rh e la valutazione della concentrazione di emoglobina.

3. Tipo di ricovero in relazione alla procedura

In base al dettato della legge 194, l'IVG deve essere praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso una delle strutture autorizzate (articolo 8, legge 194/78; aggiornamento delle linee di indirizzo sulla IVG farmacologica del primo trimestre, agosto 2020): ospedale, clinica o poliambulatorio/consultorio familiare, anche nel caso di autosomministrazione della prostaglandina a domicilio.

A. **Regime di ricovero per le procedure chirurgiche:** le procedure chirurgiche, ad eccezione di rari casi particolari, legati a specifiche condizioni cliniche che impongono un

⁴ Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine, 2020.

ricovero in regime ordinario, vengono eseguite in regime di ricovero diurno, o day hospital. La Regione rimborsa alla struttura sanitaria l'importo del DRG, che per la procedura chirurgica (DRG 381) corrisponde a euro 1099 (Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013 - prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, allegato 1).

B. Regime di ricovero per le procedure farmacologiche del primo trimestre: l'aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriali dell'agosto 2020 chiarisce che le procedure farmacologiche entro la nona settimana possono essere praticate nella struttura sanitaria autorizzata, sia in regime di ricovero diurno, o day hospital (negli ospedali o nelle cliniche convenzionate autorizzate dalle Regioni), sia in regime ambulatoriale (nei consultori e nei poliambulatori autorizzati dalle Regioni).

a. **Il regime di ricovero diurno, o day hospital,** prevede un primo accesso nel quale si procede agli accertamenti necessari e si somministra il primo farmaco, il mifepristone, seguito da un secondo accesso, circa 48 ore dopo, nel quale la donna viene ricoverata presso la struttura per la somministrazione del misoprostolo. È previsto un terzo accesso per la valutazione dell'esito della procedura, che può essere clinico-strumentale o può prevedere la sola valutazione del dosaggio delle beta-hCG, riservando il controllo clinico-strumentale ai casi in cui il dosaggio dell'ormone superi un limite di concentrazione nel sangue considerato di sicurezza. La Regione rimborsa alla struttura sanitaria l'importo del DRG, che per la procedura farmacologica (DRG 380) corrisponde a euro 209 per accesso/giornata di ricovero, dunque ad almeno 418 euro (Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013 - prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, allegato 1).

b. **Il regime ambulatoriale** prevede la somministrazione del primo farmaco, il mifepristone, nella struttura sanitaria. Per quanto riguarda il secondo farmaco, il misoprostolo, è prevista la possibilità di autosomministrazione a domicilio (il farmaco viene consegnato alla donna al primo accesso nella struttura sanitaria), o la somministrazione nella struttura sanitaria stessa. In quest'ultimo caso, la donna dovrà tornare quindi nella struttura sanitaria per assumere il farmaco e dovrà rimanere in osservazione per un tempo la cui durata attiene alla valutazione dei clinici. Ovviamente ciò comporta la necessità di reperire e organizzare spazi adeguati alle esigenze delle donne trattenute nella struttura stessa. Anche in questo caso è previsto un controllo per la valutazione dell'esito della procedura, che può essere clinico-strumentale o può prevedere la sola valutazione del dosaggio delle beta-hCG, riservando il controllo clinico-strumentale ai casi in cui il dosaggio dell'ormone superi un limite di concentrazione nel sangue considerato di sicurezza. Per il rimborso della prestazione da parte della Regione è necessario prevedere una voce specifica nel "Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali" nella quale sia incluso tutto l'iter (dalla somministrazione dei due farmaci agli esami e alle visite di controllo), senza partecipazione alla spesa da parte della donna. Nelle Regioni che hanno attivato la procedura in regime ambulatoriale, il rimborso ammonta a 36,15 euro per ogni farmaco somministrato e quindi a 72,30 euro in totale.

4. Appropriatelyzza del regime di ricovero.

L'appropriatezza delle prestazioni è uno degli indicatori fondamentali nel monitoraggio dell'attività delle strutture ospedaliere⁵: nel DPCM del 29.11.2001, definendo i livelli essenziali di assistenza (LEA), si afferma che sono "inappropriati i casi di ricovero ordinario o in day hospital che le

⁵ Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatelyzza, luglio 2012
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf

strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse”. È il caso della IVG farmacologica che, dunque, sarebbe doveroso deospedalizzare, sia per rispondere alle domande sempre crescenti delle donne, sia per evitare inutili sprechi di risorse e i pericoli di una ospedalizzazione inutile; ancora oggi, invece, nonostante l’aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriali risalga ormai all’agosto 2020, e nonostante tutta la letteratura scientifica (della quale si fornisce un’ampia selezione in allegato) sottolinei la sicurezza dell’autosomministrazione a domicilio dei farmaci, l’IVG farmacologica continua a essere eseguita per la quasi totalità dei casi in day hospital e, in alcuni casi, addirittura in regime di ricovero ordinario. Ciò viene fatto non sulla base di motivazioni e valutazioni cliniche, ma esclusivamente sulla base di dichiarazioni di principio basate su pregiudizi ideologici. Gli stessi pregiudizi che avevano spinto AIFA ad ammettere il regime ambulatoriale sin dal 2013, ma solo per gli aborti spontanei.

A nostro avviso, dunque, un’organizzazione appropriata dei servizi IVG dovrebbe prevedere la territorializzazione della gran parte delle procedure, nei poliambulatori e nei consultori, nonché la concentrazione delle procedure complesse (IVG chirurgiche e IVG del secondo trimestre) in strutture specializzate che possano assicurare alle donne i più alti e aggiornati standards di trattamento, evitando il ricorso a metodiche obsolete e potenzialmente rischiose (raschiamenti, anestesie generali) tuttora descritte nella Relazione ministeriale sullo stato di applicazione della legge 194.

Possibile sulla carta, il diritto delle donne di scegliere se assumere i farmaci per l’aborto a domicilio viene di fatto ancora negato, imponendo setting assistenziali inappropriati, che comportano uno spreco ingiustificato di risorse fondamentali per il nostro Servizio sanitario nazionale. A fronte di richieste sempre crescenti da parte delle donne, ancora una volta si ignora l’evidenza scientifica e la pratica ormai consolidata negli altri Paesi.

Bibliografia scientifica

1. Aiken A, Guthrie K, et al. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception* 2018; 97: 177-83.
2. Aiken A, Lohr P, et al. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG* 2021; 128: 1464-74.
3. Blum J, Shochet T, et al. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study. *Contraception* 2012; 86: 757-762.
4. Brief of American college of obstetricians and gynecologists (ACOG), American medical association, and other medical societies as amici curiae in support of petitioners on Writs of Certiorari to the United States Court of Appeals for the Fifth Circuit (Food and drug administration, et al., Petitioners, v. Alliance for hippocratic medicine et al., Respondents. DANCO laboratories, l.l.c., v. petitioner, Alliance for hippocratic medicine et al., Respondents).
5. Cameron S., Rowlands S., and Gemzell-Danielsson K., "Self-assessment of success of early medical abortion using a self-performed urine pregnancy test," *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 24/4 (2019), pp. 319-321.
6. Endler M, Lavelanet A, et al. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG* 2019;126:1094-102.
7. Faucher P, Baunot N, et al. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital: étude prospective sur 433 patientes. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:220-7.

8. Fiala C, Bombas T, et al. Beta-hCG testing to determine outcome after medical abortion: a review. *J Preg Child Health* 2019;DOI:10.4172/2376-127X.1000409.
9. Finch et al – “Impact of self-administration of misoprostol for early medical abortion: a prospective observational cohort study”. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 2019. WHO – “Medical Management of Abortion” - <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>
10. Food and Drugs Administration (FDA) Mifepristone U.S. Post-Marketing Adverse Events Summary through 12/31/2022.
11. Food and Drugs Administration (FDA), Center for Drug Evaluation and Research. Mifepristone/misoprostol abortion protocol. Clinical review, 2016, Application number 020687 orig 1s020.
12. Gambir K, Garnsey C, Necastro KA, Ngo TD. Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: a systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Glob Health*. 2020 Dec;5(12):e003934. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003934. PMID: 33380413; PMCID: PMC7780419.
13. Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Mar 9;3(3):CD013181. doi: 10.1002/14651858.CD013181.pub2. PMID: 32150279; PMCID: PMC7062143.
14. Gaudu S, Crost M, et al. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. *Contraception* 2012.
15. Gill R and Norman W. V., “Telemedicine and medical abortion: Dispelling safety myths with facts,” *Mhealth* 4 (2018), p. 3.

16. Gill R, Ganatra B, Althabe F. WHO essential medicines for reproductive health. *BMJ Glob Health*. 2019;4(6): e 002150. Published 2019 Dec 17.
17. Grossman D, “Telemedicine for medical abortion – time to move towards broad implementation,” *BJOG* 126/9 (2019), p. 1103.
18. Hedqvist M, Brolin L, Tydén T, Larsson M. Women’s experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc*. 2016 Oct;9:48-54. doi: 10.1016/j.srhc.2016.07.003. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27634665.
19.
<https://www.gov.uk/government/news/at-home-early-medical-abortions-made-permanent-in-england-and-wales>
20. Istituto superiore di Sanità – Indicazioni operative per l’offerta della interruzione volontaria di gravidanza (IVG) farmacologica in Italia – ottobre 2023.
21. Kohn J. E., Snow J. R., Simons H. R., et al., “Medication abortion provided through telemedicine in four U.S. states,” *Obstetrics and Gynecology* 134/2 (2019), pp. 343-350.
22. López Cabello A, Gaitán AC. Safe Abortion in Women's Hands: Autonomy and a Human Rights Approach to COVID-19 and Beyond. *Health Hum Rights*. 2021 Jun;23(1):191-197. PMID: 34194212; PMCID: PMC8233031.
23. Mezela I, Van Pachterbeke C, Jani JC, Badr DA. Effectiveness and acceptability of “at home” versus “at hospital” early medical abortion - A lesson from the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Dec;267:150-154. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.10.035. Epub 2021 Nov 3. PMID: 34773877; PMCID: PMC8563090.
24. Miani C. Medical abortion ratios and gender equality in Europe: an ecological correlation study. *Sex Reprod Health Matters*. 2021;29(1):1985814.

25. Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria. Circolare n. 27166 del 12 agosto 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf.
26. Ministero della Salute. Relazione contenente i dati 2021 sull'attuazione della L.194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (IVG).
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dal_ministero&id=6359.
27. NAF. National Abortion Federation 2022 Clinical policy guidelines,
<https://prochoice.org/wp-content/uploads/2022-CPGs.pdf>.
28. Ngo T, Park M, et al. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Bull World Health Organ 2011;89:360-70.
29. Pocius K, Bartz D, et al. Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: a prospective study. Contraception 2017;95:263-8.
30. Podolskyi V, Gemzell-Danielsson K, et al. Effectiveness and acceptability of home use of misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2023;102:541-8.
31. Raymond E, Shochet T, et al. Low-sensitivity urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: a systematic review. Contraception 2018;98:30-5.
32. Raymond E., Chong E., Winikoff B., et al., "TelAbortion: Evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States," Contraception 100/3 (2019), pp. 173-177.
33. Reeves M, Fox M, et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. Ultrasound Obstet Gynecol 2009;34:104-9.

34. Regione Lazio - Direzione salute ed integrazione socio-sanitaria. Atti dirigenziali di gestione-determinazione 31 dicembre 2020, n. G16542. Istituzione del Tavolo di lavoro regionale sulle interruzioni volontarie di gravidanza e approvazione documento tecnico allegato “Protocollo operativo per la interruzione volontaria della gravidanza del primo trimestre con mifepristone e prostaglandine, in regime ambulatoriale o di DH”. Aggiornamento del Catalogo Unico Regionale (CUR). Bollettino Ufficiale Regione Lazio n. 8 Supplemento n. 2 del 26.1.2021. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3578209.pdf>.

35. Rodriguez M, Edelman A, et al. Medical abortion offered in pharmacy versus clinic-based settings: a systematic review. *Contraception* 2021;104:478-83.

36. Royal College of Obstetrician & Gynaecologists (RCOG) Clinical Guidelines for Early Medical Abortion at Home – England, 2019. 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>.

37. Royal College of Obstetrician & Gynaecologists (RCOG). The Care of Women Requesting Induced Abortion. 7. 2011. London.

38. 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/>.

39. Sajadi-Ernazarova K, Martinez C. Abortion complications. 2023, In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/>.

40. Scottish government - Early medical abortion at home
<https://www.gov.scot/publications/consultation-future-arrangements-early-medical-abortion-home/pages/7/>.

41. Scottish Government - Evaluation of telemedicine early medical abortion at home in Scotland Published by The Scottish Government, March 2023
<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/research-and-analysis/2023/03/evaluation-telemedicine-early-medical-abortion-home-scotland.pdf>
42. Steier J, Bergsjø P, et al. Human chorionic gonadotropin in maternal plasma after induced abortion, spontaneous abortion, and removed ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1984;64:391-4.
43. Upadhyay, U.D., Koenig, L.R., Meckstroth, K. et al. Effectiveness and safety of telehealth medication abortion in the USA. *Nat Med* (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-02834-w>
44. Winikof B, Dzuba I, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol* 2012;120: 1070-6.
45. World Health Organization. Abortion Care Guideline. Geneva: WHO; 2022. Disponibile online al link: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
46. 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>.
47. World Health Organization. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception: executive summary. WHO; 2015. Disponibile online al link:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/181043>.
48. World Health Organization. List of essential medicines.
<https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>.

49. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. World Health Organization; 2012. Disponibile online al link:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>.

50. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 5. Art. No.: CD002855. DOI:
10.1002/14651858.CD002855.pub5. Accessed 02 October 2023.