Machine Translated by Google

World Health Organization

human reproduction programme hrp
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Linee guida per la cura dell'aborto

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

World Health Organization

human reproduction programme hrp
research for impact
UNDP·UNFPA·UNICEF·WHO·WORLD BANK

Linee guida per la cura dell'aborto

Machine Translated by Google

Linee guida per la cura dell'aborto

ISBN 978-92-4-003948-3 (versione elettronica)
ISBN 978-92-4-003949-0 (versione cartacea)

© Organizzazione mondiale della sanità 2022

Alcuni diritti riservati. Questo lavoro è disponibile sotto Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike Licenza 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

In base ai termini di questa licenza, è possibile copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, purché l'opera sia opportunamente citata, come di seguito indicato. In qualsiasi uso di questo lavoro, non dovrebbe esserci suggerimento che l'OMS approvi qualsiasi organizzazione, prodotto o servizio specifico. L'uso del logo dell'OMS è non consentito. Se adatti il lavoro, devi concedere in licenza il tuo lavoro con la stessa creatività o equivalente Licenza comune. Se crei una traduzione di questo lavoro, dovresti aggiungere il seguente disclaimer insieme a la citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). CHI non lo è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale inglese sarà vincolante e edizione autentica".

Qualsiasi mediazione relativa alle controversie derivanti dalla licenza deve essere condotta in conformità con le regole di mediazione dell'Organizzazione mondiale della proprietà intellettuale (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Citazione suggerita. Linee guida per la cura dell'aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2022. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati di catalogazione in pubblicazione (CIP). I dati CIP sono disponibili su http://apps.who.int/iris.

Vendite, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, vedere http://apps.who.int/bookorders. Per inviare richieste di uso commerciale e domande su diritti e licenze, vedere https://www.who.int/copyright.

Materiali di terze parti. Se desideri riutilizzare materiale di questo lavoro attribuito a terzi, come ad esempio tabelle, figure o immagini, è tua responsabilità determinare se è necessaria l'autorizzazione per tale riutilizzo e ottenere il permesso dal detentore del copyright. Il rischio di rivendicazioni derivanti dalla violazione di terzi componente di proprietà nel lavoro spetta esclusivamente all'utente.

Avvertenze generali. Le denominazioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non lo fanno implicare l'espressione di qualsiasi opinione da parte dell'OMS in merito allo status giuridico di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o relative alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Punteggiato e le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un accordo completo.

La menzione di società specifiche o di determinati prodotti di produttori non implica che siano approvati o raccomandato dall'OMS in preferenza ad altri di natura simile che non sono menzionati. Errori ed omissioni salvo eccezioni, i nomi dei prodotti di proprietà sono contraddistinti dall'iniziale maiuscola.

Tutte le ragionevoli precauzioni sono state prese dall'OMS per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale è del lettore. In nessun caso l'OMS sarà responsabile per i danni derivanti dal suo utilizzo.

Design e layout: Little Unicorns

Machine Translated by Google

Contenuti

Ringraziamenti vii

Acronimi e Abbreviazioni xi

Glossario xiii

Sintesi xix

Capitolo 1 introduzione..... 1

1.1 Premessa e contesto 1

1.2 Obiettivo, fondamento logico, target di riferimento, inclusività e struttura della linea guida 2

1.2.1 Scopo e motivazione 3

1.2.2 Destinatari..... 3

1.2.3 Equità, inclusività e cura centrata sulla persona..... 3

1.2.4 Struttura concettuale della linea guida 4

1.3 Un ambiente favorevole per un'assistenza completa all'aborto 5

1.3.1 Diritti umani, compreso un quadro normativo e politico di supporto..... 7

1.3.2 Disponibilità e accessibilità delle informazioni..... 12

1.3.3 Fattori del sistema sanitario 12

1.4 Considerazioni sul sistema sanitario 13

1.4.1 Copertura sanitaria universale e assistenza sanitaria di base 13

1.4.2 Finanziamento sanitario..... 14

1.4.3. Competenze e formazione del personale sanitario 16

1.4.4 Merci..... 16

1.4.5 Monitoraggio e valutazione della cura dell'aborto di qualità 18

Capitolo 2. Regolamento sull'aborto, comprese le relative raccomandazioni 21

2.1 Approcci comuni alla regolamentazione dell'aborto 22

2.2 Raccomandazioni relative alla regolamentazione dell'aborto 22

2.2.1 Criminalizzazione dell'aborto..... 24

2.2.2 Approcci motivati al controllo dell'accesso all'aborto..... 26

2.2.3 Limiti di età gestazionale..... 28

Machine Translated by Google

Capitolo 3. Raccomandazioni e dichiarazioni di buone pratiche lungo il continuum della cura dell'aborto.....31

3.1 Contesto..... 32

3.1.1 Struttura delle informazioni in questo capitolo..... 32

3.1.2 Principi e presupposti di base relativi alle raccomandazioni sui ruoli degli operatori sanitari 33

3.2 Servizi applicabili nel continuum assistenziale..... 34

3.2.1 Fornitura di informazioni..... 34

3.2.2 Offrire e fornire consulenza 37

3.2.3 Collegamenti a servizi aggiuntivi..... 40

3.3 Pre-aborto 41

3.3.1 Tempi di attesa obbligatori imposti da Stati, strutture sanitarie o operatori sanitari 41

3.3.2 Autorizzazione di terzi all'aborto..... 42

3.3.3 Isoimmunizzazione Rh..... 44

3.3.4 Profilassi antibiotica..... 46

3.3.5 Determinazione dell'età gestazionale della gravidanza..... 47

3.3.6 Terapia del dolore per l'aborto 49

3.3.7 Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico 54

3.3.8 Restrizioni (legislative o politiche) per gli operatori sanitari che possono fornire legalmente assistenza in caso di aborto 59

3.3.9 Obiezione di coscienza o rifiuto da parte degli operatori sanitari di prestare assistenza in caso di aborto 60

3.4 Aborto..... 62

3.4.1 Metodi di aborto chirurgico..... 63

3.4.2 Gestione medica dell'aborto indotto..... 67

3.4.3 Mancato aborto..... 74

3.4.4 Morte fetale intrauterina (IUFD)..... 76

3.5 Post-aborto..... 79

3.5.1 Cure successive dopo l'aborto..... 79

3.5.2 Aborto incompleto..... 81

3.5.3 Gestione delle complicanze non pericolose per la vita: infezione ed emorragia..... 85

3.5.4 Contraccezione post-aborto..... 88

3.6 Opzioni di erogazione del servizio e approcci di autogestione..... 94

3.6.1 Approcci di erogazione del servizio supportati..... 94

3.6.2 Approcci di autogestione per l'aborto medico in tutto o in parte..... 98

3.6.3 Approcci di autogestione per la contraccezione post-aborto..... 100

Capitolo 4. Diffusione, applicabilità, lacune nella ricerca e futuri aggiornamenti della linea guida e delle raccomandazioni 105

4.1 Diffusione..... 105

4.2 Attuazione e valutazione dell'impatto della linea guida..... 105

4.3 Lacune nella ricerca/temi per ulteriori ricerche..... 106

Riferimenti 109

Allegato 1. Esperti esterni e personale dell'OMS coinvolti nello sviluppo della linea guida..... 120

Allegato 2. Trattati sui diritti umani selezionati e relativi organismi di controllo dei trattati 128

Allegato 3. Riferimenti per il glossario..... 129

Allegato 4. Metodi e processo di sviluppo della linea guida..... 130

Allegato 5. Categorie e ruoli degli operatori sanitari..... 139

Machine Translated by Google

Allegato 6. Monitoraggio e valutazione della cura dell'aborto di qualità: identificazione degli indicatori 140

Allegato 7. Revisioni sistematiche e collegamenti a PICO e raccomandazioni..... 141

Allegato 8. Domande PICO relative al dominio giuridico e politico..... 145

Allegato 9. Domande PICO relative al settore dei servizi clinici 151

Allegato 10. Domande PICO relative all'ambito dell'erogazione del servizio..... 160

Allegato 11. Dettagli sulla diffusione e l'aggiornamento delle linee guida..... 169

Materiali supplementari e allegati web disponibili online:

- Allegato Web A. Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto:
  https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf
- Web allegato B. Riunioni tecniche durante lo sviluppo della linea guida:
  https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349318/9789240039513-ita.pdf
- Materiale supplementare 1. Strutture Evidence-to-Decision per le raccomandazioni legislative e politiche:
  https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
- Materiale supplementare 2. Strutture Evidence-to-Decision per le raccomandazioni del servizio clinico:
  https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
- Materiale supplementare 3. Strutture Evidence-to-Decision per le raccomandazioni sull'erogazione dei servizi
  e dichiarazioni di best practice: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Ringraziamenti

Programma speciale di ricerca, sviluppo e formazione alla ricerca UNDP-UNFPA-UNICEF-OMS-Banca mondiale in Riproduzione Umana (HRP) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce con gratitudine i contributi di molti individui e organizzazioni allo sviluppo di questa linea guida consolidata.

L'OMS estende un sincero ringraziamento al **presidente e ai membri del gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG):** Laura Castleman (presidente) e Fauzia Akhter Huda, Karla Berdichevsky, Marge Berer, Michalina Drejza, Joanna Erdman, Kristina Gemzell Danielsson, Caitlin Gerdts, Laura Gil, Selma Hajri, Guyo Jaldesa, Godfrey Kangaude, Vinoj Manning, Hiromi Obara, Alongkone Phengsavanh, Akila Radhakrishnan, Michelle Remme e Chi Chi Undie; e anche il **consulente per i diritti umani** per la riunione del GDG e tutte e tre le prove e la revisione delle raccomandazioni Incontri di gruppo (ERRG): Christina Zampas. Un sentito ringraziamento anche ai seguenti ulteriori **membri di ERRG:** Nana Yaa Appiah, Suchitra Dalvie, Jemima Araba Dennis-Antwi, Surendra Dhital, Daniel Maceira, Sybil Nkeiru, Karan Parikh, Dhammika Perera, Judiac Ranape, Kitihoun Serge e Karthik Srinivasan; e ai seguenti **consulenti per i diritti umani** che hanno contribuito all'ERRG in materia di diritto e politica: Abhijit Das, Sara Hossain, Karima Khalil, Primah Kwagala, Monica Arango Olaya e Xian Warner. Un ringraziamento va anche ai membri dell'External **Review Gruppo:** Safia Ahsan, Traci Baird, Sharon Cameron, Jane Harries, Thoai Ngo, Yvette Raphael, Mariana Romero, Rachel Simon-Kumar e Beverly Winikoff. Le affiliazioni istituzionali per questi e altri contributori sono fornite in Allegato 1 di questa linea guida.

Un ringraziamento speciale va agli **Evidence Synthesis Teams,** che hanno preparato le revisioni sistematiche Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), in particolare ai **ricercatori principali:** Alison Edelman, Taylor King, Makalapua Motu'apuaka, Robyn Paynter, Maria Rodriguez (Clinical dominio dei servizi); Nicholas Henschke, Yanina Sguassero e Gemma Villanueva (Dominio della fornitura di servizi); Scott Burris, Amanda Cleeve, Fiona de Londras e Maria Rodriguez (dominio legale e politico). Un ringraziamento speciale anche ai **metodologi delle linee guida,** Jeppe Schroll (dominio dei servizi clinici); Nicholas Henschke, Yanina Sguassero e Gemma Villanueva (dominio della fornitura di servizi) e Maria Rodriguez (dominio del diritto e della politica). Ringraziamo anche il team di la London School of Hygiene and Tropical Medicine, guidata da Veronique Filippi, per il loro lavoro sul monitoraggio e problemi di valutazione relativi alla cura dell'aborto di qualità. Ringraziamo il gruppo di revisione "Economics of abortion", guidato da Ernestina Coast, Samantha Lattof, Brittany Moore e Yana Rodgers, per la loro collaborazione e contributi alla linea guida. Estendiamo anche i nostri ringraziamenti all'International Youth Alliance for Family Planning (IYAFP) per il loro stretta collaborazione e contributi da parte dei membri della Youth Taskforce al processo di sviluppo della linea guida.

Ringraziamo i seguenti **osservatori della riunione del GDG ,** compresi i rappresentanti delle agenzie delle Nazioni Unite: Patricia Lohr (British Pregnancy Advisory Service e membro del Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG] Making Abortion Safe Program Advisory Group), Jaydeep Tank (Federation of Società di ostetricia e ginecologia dell'India e Federazione internazionale di ostetricia e ginecologia [FIGO] Gruppo di lavoro per l'aborto sicuro, India), Francelle Toedtli (Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, USA), Ann Yates (Confederazione internazionale delle ostetriche, Paesi Bassi); e i seguenti **revisori individuali di**

Machine Translated by Google

organizzazioni attuatrici che hanno fornito feedback sulla bozza delle linee guida: Bethan Cobley (MSI Reproductive Choices, Regno Unito), Rasha Dabash (Ipas, USA), Eva Lathrop (Population Services International, USA), Steve Luboya (Pathfinder, USA) e Rebecca Wilkins (International Planned Parenthood Federation, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord).

I seguenti membri del personale dell'OMS hanno contribuito come membri del **gruppo direttivo delle linee guida dell'OMS,** che ha gestito il processo di sviluppo della linea guida (tutti dal Dipartimento per la salute sessuale e riproduttiva dell'OMS e Ricerca [SRH], Unità Prevenzione dell'aborto non sicuro [PUA]: Mekdes Daba Feyssa (fornito supporto per la clinica dominio dei servizi e processo generale di sviluppo delle linee guida), Bela Ganatra (capo unità PUA, co-responsabile coordinatore per il dominio di erogazione del servizio), Heidi Johnston (ha fornito supporto per il dominio di erogazione del servizio, in particolare attività di monitoraggio e valutazione), Caron Kim (funzionario tecnico responsabile, capo coordinatore per i servizi clinici dominio e co-responsabile per il dominio di erogazione del servizio e coordinatore generale per lo sviluppo della linea guida processo), Antonella Lavelanet (lead coordinator for the law and policy domain and human rights). Durante iniziale fasi della pianificazione delle linee guida, i membri del gruppo direttivo includevano anche Roopan Gill e Lemi Tolu (precedentemente con il Unità PUA) e Rajat Khosla (precedentemente con l'ufficio del direttore del dipartimento SRH).

La scrittura è stata fornita da Fiona de Londras, Bela Ganatra, Heidi Johnston, Caron Kim, Antonella Lavelanet, Jane Patten e Maria Rodriguez. Il supporto amministrativo dell'OMS è stato fornito da Claire Garabedian e Hannah Hatch e il supporto per le comunicazioni è stato fornito da Sarah Kessler ed Elizabeth Noble, tutte della SRH Dipartimento, con ulteriore supporto per le comunicazioni da parte di Laura Keenan e Sarah Russell del Direttore dell'OMS dell'Ufficio Comunicazioni e da Helen Palmer di Weber Shandwick. Siamo grati ai seguenti ulteriori Personale e consulenti della sede centrale dell'OMS, che hanno fornito input in varie fasi durante lo sviluppo del linea guida: Laurence Codjia, Fahdi Dkhimi, Carolin Ekman, Veloshnee Govender, Lisa Hedman, Laurence Läser, Bruno Meessen, Ulrika Rehnström Loi, Marta Schaaf, Patricia Titulaer; e anche colleghi degli uffici regionali dell'OMS: Chilanga Asmani, Ibadat Dhillon, Rodolfo Gómez Ponce de León e Nilmini Hemachandra. Recensione e i commenti sono stati gentilmente forniti da Ian Askew, direttore del dipartimento SRH.

Riconoscimento speciale all'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Diritti Umani (OHCHR) per la loro revisione della bozza finale della linea guida, in particolare sugli aspetti rilevanti per i diritti umani internazionali standard e l'integrazione di un approccio basato sui diritti umani.

Un ringraziamento speciale al **Comitato di revisione delle linee guida dell'OMS (GRC)** e in particolare al Segretariato del GRC dell'OMS, Rebekah Thomas-Bosco, Marion Blacker e Maria Pura Solon, per il loro prezioso feedback in ogni fase del processo di sviluppo della linea guida.

L'editing e la correzione di bozze sono stati forniti da Green Ink, Regno Unito.

Il finanziamento per lo sviluppo della linea guida è stato fornito da HRP, un programma co-sponsorizzato eseguito da l'OMS.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Acronimi e Abbreviazioni

AAAQ disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità

UN infermiera ausiliaria

ANM ostetrica infermiera ausiliaria

Convenzione CEDAW sull'eliminazione di tutte le forme di Discriminazione contro le donne

CESCR Comitato delle Nazioni Unite per l'economia, Diritti sociali e culturali

CRC Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo

CRVS anagrafica e stato civile

CSE completa educazione sessuale

D&C dilatazione e curettage (tagliente).

D&E dilatazione ed evacuazione

EML Elenco modello OMS dei farmaci essenziali (o Elenco dei farmaci essenziali)

EmOC cure ostetriche di emergenza

ERG Gruppo di revisione esterna

ERG Gruppo di revisione delle prove e delle raccomandazioni

est Squadra di sintesi delle prove

EtD Prove alla decisione

EVA aspirazione elettrica sottovuoto

GGD Gruppo di sviluppo delle linee guida

GRADE Valutazione delle Raccomandazioni, Sviluppo e valutazione

GRC Comitato di revisione delle linee guida

HMIS Sistemi informativi per la gestione della salute

spirale dispositivo intrauterino

IUFD morte fetale intrauterina

IV endovenoso

LMI sistemi informativi per la gestione della logistica

LMP ultimo periodo mestruale

MVA aspirazione manuale sottovuoto

Elenco dei medicinali essenziali nazionali NEML

ONG organizzazione non governativa

Autorità nazionali di regolamentazione dei medicinali NMRA

Farmaco antinfiammatorio non steroideo FANS

OCP pillola contraccettiva orale

PCB blocco paracervicale

PHC assistenza sanitaria primaria

PICCO popolazione, intervento, comparatore, risultato(i)

Rh Rhesus (gruppo sanguigno)

SDG Obiettivo di sviluppo sostenibile

SRH salute sessuale e riproduttiva

STI infezione a trasmissione sessuale

UHC copertura sanitaria universale

UNDP Programma di sviluppo delle Nazioni Unite

UNFPA Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

Stati Uniti d'America Stati Uniti d'America

VAS scala analogica visiva

OMS Organizzazione Mondiale della Sanità

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Glossario

Per motivi di comprensione e coerenza reciproche, di seguito viene riportato un elenco di come vengono utilizzati i termini e i concetti chiave in tutta la linea guida:

- **Assistenza basata sulla comunità:** servizi forniti da una forza lavoro sanitaria della comunità ampiamente definita, secondo alla loro formazione e capacità, comprendendo una gamma di operatori sanitari, laici e professionali, formali e informali, retribuiti e non, nonché personale delle strutture che li sostiene e li supervisiona e fornisce servizi e campagne di sensibilizzazione (1).
- **Assistenza completa all'aborto (CAC):** fornitura di informazioni, gestione dell'aborto (incluso l'aborto indotto e l'assistenza correlata alla perdita di gravidanza) e assistenza post-aborto.
- **Osservazioni conclusive:** a seguito della presentazione di un rapporto dello Stato e di un dialogo costruttivo con lo Stato parte della convenzione specifica, gli organi di controllo del trattato emettono osservazioni conclusive allo Stato relatore, che vengono raccolte in un rapporto annuale e inviate all'Assemblea generale delle Nazioni Unite (2).
- **Sedazione cosciente:** l'uso di una combinazione di medicinali – un sedativo per rilassare e un anestetico per bloccare il dolore - per indurre un livello di coscienza depresso durante una procedura medica.
- **Obiezione di coscienza o rifiuto di coscienza:** la pratica degli operatori sanitari che si rifiutano di farlo fornire cure per l'aborto sulla base della coscienza personale o del credo religioso.
- **Depenalizzazione:** rimuovere l'aborto da tutte le leggi penali/penali, non applicare altri reati penali (ad es. omicidio, omicidio colposo) all'aborto e garantire che non vi siano sanzioni penali per avere, assistere, fornire informazioni o fornire l'aborto a tutti i soggetti interessati attori.
- **Dilatazione ed evacuazione (D&E):** D&E viene utilizzato dopo 12-14 settimane di gravidanza. È il più sicuro e il più tecnica chirurgica efficace per l'aborto successivo, dove sono disponibili professionisti qualificati ed esperti. La D&E richiede la preparazione della cervice utilizzando dilatatori osmotici e/o agenti farmacologici e l'evacuazione dell'utero principalmente con pinze o ceppi, utilizzando l'aspirazione sottovuoto (fare riferimento alla voce in questo elenco) per rimuovere eventuali residui di sangue o tessuto.

Machine Translated by Google

- **Età gestazionale (durata della gravidanza):** il numero di giorni o settimane dal primo giorno della gravidanza l'ultimo periodo mestruale normale (LMP) della donna nelle donne con cicli regolari (vedere Tabella 1). Per donne con cicli irregolari o quando la LMP è sconosciuta, l'età gestazionale è la dimensione dell'utero, stimata in settimane, sulla base dell'esame clinico o dell'ecografia, che corrisponde a un utero gravido dello stesso età gestazionale datata da LMP.

Tabella 1. Età gestazionale equivalente in settimane e giorni all'inizio della gravidanza

Settimane di gestazione	Giorni di gestazione
0	0–6
1	7–13
2	14–20
3	21–27
4	28–34
5	35–41
6	42–48
7	49–55
8	56–62
9	63–69
10	70–76
11	77–83
12	84–90
13	91–97
14	98–104

Nota: il giorno 0 è il primo giorno dell'ultimo periodo mestruale (LMP) ed è anche il primo giorno della settimana 0 di gestazione (non la settimana 1).

Fonte: adattato dalla guida sull'aborto sicuro del 2012 (2) basata sulla classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati, decima revisione (ICD-10), 2004 (3).

- **Commenti/raccomandazioni generali:** l'interpretazione del contenuto da parte di un organismo di monitoraggio del trattato e funzionamento delle convenzioni sui diritti umani. I commenti generali mirano a chiarire gli obblighi di segnalazione degli Stati parte rispetto a determinate disposizioni e suggeriscono approcci per l'attuazione delle disposizioni del trattato (2).
- **Salute:** Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità (4).
- **Sistema sanitario:** un sistema sanitario è costituito da tutte le organizzazioni, le persone e le azioni il cui intento primario è promuovere, ripristinare o mantenere la salute (5).
- **Operatori sanitari:** tutte le persone impegnate in azioni il cui intento primario è quello di migliorare la salute. Sebbene, in senso stretto, questo includa gli assistenti non retribuiti (ad es. genitori che si prendono cura di bambini malati e assistenti autonomi), i dati disponibili sul numero degli operatori sanitari sono generalmente limitati alle persone impegnate in attività retribuite (6; Capitolo 1: Operatori sanitari).
- **Standard sui diritti umani:** il significato e la portata dei diritti umani previsti dai trattati internazionali sui diritti umani e come interpretati e applicati dagli organismi per i diritti umani incaricati di questo lavoro, che possono includere tribunali internazionali, regionali e nazionali e comitati per i diritti umani (2).
- **Aborto incompleto:** presenza clinica di un ostio cervicale aperto e sanguinamento, per cui tutti i prodotti del concepimento non sono stati espulsi dall'utero, oppure i prodotti espulsi non sono coerenti con la durata stimata della gravidanza. I sintomi comuni includono sanguinamento vaginale e dolore addominale.
  Dopo un aborto indotto o spontaneo (cioè un aborto spontaneo) può verificarsi un aborto incompleto non complicato.
- **Trattato internazionale sui diritti umani** (a volte chiamato anche patto o convenzione): internazionale strumento giuridico adottato dalla comunità internazionale degli Stati, di norma all'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Ogni trattato stabilisce una serie di diritti umani e obblighi corrispondenti che sono giuridicamente vincolanti per gli Stati che hanno ratificato il trattato (2) (l'allegato 2 comprende un elenco dei trattati pertinenti).

Machine Translated by Google

• **Morte fetale intrauterina (IUFD; morte fetale):** la morte intrauterina di un feto in qualsiasi momento durante la gravidanza (7).

• **Periodo di attesa obbligatorio:** un requisito imposto dalla legge o dalla politica, o in pratica, per attendere un determinato periodo di tempo tra la richiesta e la ricezione delle cure per l'aborto.

• **Metodi medici di aborto (aborto medico):** Uso di agenti farmacologici per terminare a gravidanza (2).

• **Salute mentale:** uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità (8).

• **Aborto spontaneo (aborto spontaneo):** perdita spontanea di una gravidanza prima della 24a settimana di gestazione, cioè, prima che il feto sia solitamente vitale al di fuori dell'utero. I segni clinici dell'aborto spontaneo sono vaginali sanguinamento, di solito con dolore addominale e crampi. Se la gravidanza è stata espulsa, l'aborto spontaneo è definito "completo" o "incompleto" a seconda che i tessuti siano trattenuti o meno nell'utero (9).

• **Mancato aborto:** arresto dello sviluppo della gravidanza in cui l'embrione/feto/tessuto embrionale o il sacco gestazionale vuoto rimane nell'utero e l'orifizio cervicale è chiuso. I sintomi possono includere dolore e/o sanguinamento, oppure possono non esserci sintomi (10).

• **Dilatatori osmotici:** bastoncini corti e sottili fatti di alghe (laminaria) o materiale sintetico. Dopo il posizionamento nell'orifizio cervicale, i dilatatori assorbono l'umidità e si espandono, dilatando gradualmente la cervice (2).

• **Politica:** una legge, un regolamento, una procedura, un'azione amministrativa, un incentivo o una pratica volontaria dei governi e altre istituzioni (11).

• **Assistenza post-aborto:** fornitura di servizi dopo un aborto, come servizi contraccettivi e collegamento a altri servizi necessari nella comunità o oltre. Può anche includere la gestione delle complicanze successive un aborto.

• **Assistenza sanitaria di base (PHC):** un approccio alla salute dell'intera società che mira a garantire il massimo livello possibile di salute e benessere e la loro equa distribuzione concentrandosi quanto prima possibile sui bisogni e sulle preferenze delle persone lungo il continuum che va dalla promozione della salute e dalla prevenzione delle malattie al trattamento, alla riabilitazione e alle cure palliative, e il più vicino possibile all'ambiente quotidiano delle persone (12).

• **Qualità dell'assistenza:** QOC comprende sei aree o dimensioni di qualità che sono necessarie in relazione a assistenza sanitaria:

  - ÿ efficace, fornendo assistenza sanitaria che aderisce a una base di prove e si traduce in un miglioramento della salute risultati per gli individui e le comunità, in base alle necessità;
  - ÿ efficiente, fornendo assistenza sanitaria in modo da ottimizzare l'uso delle risorse ed evitare sprechi;
  - ÿ accessibile, fornendo assistenza sanitaria tempestiva, geograficamente raggiungibile e fornita in un contesto dove le competenze e le risorse sono adeguate alle esigenze mediche;
  - ÿ accettabile/centrato sulla persona, erogando assistenza sanitaria che tenga conto delle preferenze e le aspirazioni dei singoli utenti del servizio e le culture delle loro comunità;
  - ÿ equo, erogando assistenza sanitaria che non varia in qualità a causa delle caratteristiche personali come genere, razza, etnia, posizione geografica o stato socioeconomico;
  - ÿ sicuro, fornendo assistenza sanitaria che riduca al minimo i rischi ei danni per gli utenti del servizio (13; p. 9).

• **Regolamentazione dell'aborto:** tutte le leggi, politiche e altri strumenti formalizzati (ad es. protocollo a livello di struttura) che regolano la gravidanza e l'aborto.

• **Cura di sé:** la capacità degli individui, delle famiglie e delle comunità di promuovere la salute, prevenire le malattie, mantenere la salute e far fronte a malattie e disabilità con o senza il supporto di un operatore sanitario. IL l'ambito della cura di sé include quindi la promozione della salute, la prevenzione e il controllo delle malattie, l'automedicazione, fornire assistenza a persone non autosufficienti, cercare cure ospedaliere/specialistiche/di base se necessario, e riabilitazione, comprese le cure palliative. Comprende una serie di pratiche e approcci di auto-cura (14).

Machine Translated by Google

- **Autogestione dell'aborto:** Autogestione dell'intero processo di aborto farmacologico o di uno o più delle sue fasi componenti, come l'autovalutazione dell'idoneità all'aborto farmacologico, l'autovalutazione somministrazione di farmaci senza la supervisione diretta di un operatore sanitario e autovalutazione del successo del processo di aborto.

- **Impresa sociale (impresa sociale):** definita come un'impresa che ha obiettivi sociali specifici che servono al suo scopo primario. Le imprese sociali cercano di massimizzare i profitti massimizzando i benefici per la società e l'ambiente. I loro profitti sono utilizzati principalmente per finanziare programmi sociali (15).

- **Franchising sociale:** definito come un sistema di relazioni contrattuali solitamente gestito da un ente non governativo organizzazione che utilizza la struttura di un franchising commerciale per raggiungere obiettivi sociali. Il sovrastante differenza tra franchising sociale e commerciale è che il franchising sociale cerca di soddisfare un sociale beneficio mentre il franchising commerciale è guidato dal profitto (16, 17).

- **Marketing sociale:** ampiamente definito come l'applicazione delle tecniche di marketing ai problemi sociali. Mira a persuadere o motivare le persone ad adottare specifici corsi di azione o comportamenti che sono generalmente accettati come benefici. È la progettazione, l'implementazione e il controllo di programmi che mirano ad aumentare l'accettabilità di un'idea o di una pratica sociale in uno o più gruppi target. Non può creare il comportamento, può solo aiutare a ottenere l'accettazione e la volontà di adottare il comportamento. La sua strategia è prevalentemente preventiva (18).

- **Metodi chirurgici di aborto (aborto chirurgico):** utilizzo di procedure transcervicali per terminare gravidanza, compresa l'aspirazione sottovuoto e la dilatazione ed evacuazione (D&E). (Vedi definizioni in questo elenco) (2).

- **Telemedicina (o Telehealth):** una modalità di erogazione di servizi sanitari in cui fornitori e clienti, o fornitori e consulenti, sono separati dalla distanza (19). Tale interazione può avvenire in tempo reale (in modo sincrono), ad esempio tramite telefono o collegamento video. Ma può anche avvenire in modo asincrono (memorizzazione e inoltro), quando viene inviata una query e successivamente viene fornita una risposta, ad esempio tramite e-mail o testo/voce/audio Messaggio.

    - ÿ **Telemedicina cliente-fornitore:** fornitura di servizi sanitari a distanza; consegna della salute servizi in cui i clienti/pazienti e gli operatori sanitari sono separati dalla distanza (ad es tra cliente/paziente remoto e operatore sanitario; clienti/pazienti trasmettono dati medici [immagini, appunti, video] all'operatore sanitario) (20).

- **Autorizzazione di terze parti:** un requisito imposto dalla legge o dalla politica, o in pratica, che una parte diversa dalla donna, ragazza o altra persona incinta (in genere un genitore, tutore, coniuge, partner, operatore sanitario, autorità sanitaria o autorità giudiziaria) deve autorizzare l'aborto qualora siano soddisfatti altri requisiti legali applicabili per l'aborto legale.

- **Organismo di monitoraggio dei trattati:** ciascuno dei trattati internazionali sui diritti umani (vedi sopra) è monitorato da a organismo di controllo del trattato designato (cfr. allegato 2). Gli organi di controllo del trattato sono comitati composti di esperti indipendenti. La loro funzione principale è quella di monitorare il rispetto del trattato da parte degli Stati questione, anche attraverso l'esame dei rapporti di Stato (2).

- **Copertura sanitaria universale (UHC):** garantire che tutte le persone abbiano accesso ai necessari servizi sanitari di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e palliativi, di qualità sufficiente per essere efficaci, garantendo al contempo che l'uso di questi servizi non esponga alcun utente alle difficoltà economiche (12).

- **Aspirazione sottovuoto (elettrica o manuale; EVA o MVA):** l'aspirazione sottovuoto comporta l'evacuazione del contenuto dell'utero attraverso una cannula di plastica o metallo, attaccata a una fonte di vuoto. L'aspirazione a vuoto elettrica (EVA) utilizza una pompa a vuoto elettrica. Con l'aspirazione manuale sottovuoto (MVA), il vuoto viene creato utilizzando un aspiratore manuale in plastica da 60 ml attivato manualmente (chiamato anche siringa). Aspiratori MVA ospitare cannule da 4-12 mm. Il tubo di aspirazione per EVA può essere utilizzato con cannule fino a 16 mm in diametro, che consente di utilizzare VA fino a 15-16 settimane di gravidanza o per casi di assistenza post-aborto presentarsi con cervice dilatata dove è richiesto un numero maggiore di cannule per un vuoto efficace.

Riferimenti

Vedere l'allegato 3 per tutti i riferimenti per questo glossario.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Sintesi

La salute sessuale e riproduttiva è fondamentale per gli individui, le coppie e le famiglie, e per il sociale ed economico sviluppo delle comunità e delle nazioni. Come previsto dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obiettivo dell'organizzazione è "il raggiungimento da parte di tutti i popoli del più alto livello possibile di salute", e per raggiungere tale obiettivo, le funzioni dell'OMS includono la fornitura di assistenza tecnica ai paesi nel campo della salute. L'accesso universale alle informazioni e ai servizi sulla salute sessuale e riproduttiva (SRH) è fondamentale sia per l'individuo che per la salute riproduttiva salute della comunità, così come la realizzazione dei diritti umani. Sulla scia della pandemia di COVID-19 e basato sulle lezioni apprese da precedenti focolai di malattie - quando i servizi SRH sono stati gravemente interrotti, causando persone a sentirsi impotenti ed essere esposte a rischi per la salute prevenibili - L'OMS ha incluso l'assistenza completa all'aborto nell'elenco dei servizi sanitari essenziali in alcune recenti pubblicazioni tecniche.1

L'assistenza completa all'aborto include la fornitura di informazioni, la gestione dell'aborto (incluso l'aborto indotto e l'assistenza relativa all'interruzione della gravidanza/aborto spontaneo e assistenza post-aborto). l'accesso a cure complete per l'aborto all'interno del sistema sanitario è fondamentale per soddisfare il Sostenibile Obiettivi di sviluppo (SDG) relativi alla buona salute e al benessere (SDG3) e alla parità di genere (SDG5). CHI La strategia globale per la salute riproduttiva, che cerca di accelerare i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo internazionali, identifica l'eliminazione dell'aborto non sicuro2 come un mandato prioritario. L'importanza della qualità l'assistenza alla salute dell'aborto è similmente sottolineata dalla Strategia Globale delle Nazioni Unite per le Donne, i Bambini e Adolescents 'Health, che include interventi basati sull'evidenza per l'aborto e l'assistenza post-aborto come uno modo efficace per aiutare le persone a prosperare e le comunità a trasformarsi.

La qualità della cura dell'aborto è fondamentale per questa linea guida sulla cura dell'aborto. La qualità dell'assistenza (vedi Glossario) comprende più componenti. È definita come assistenza che sia: efficace, efficiente, accessibile, accettabile/centrata sul paziente, equo e sicuro. Un'assistenza efficace include la fornitura di cure basate sull'evidenza che migliorano la salute di individui e comunità, e risponde ai loro bisogni. Un'assistenza efficiente ottimizza l'uso delle risorse e riduce al minimo sciupare. L'assistenza per l'aborto di qualità deve anche essere accessibile (tempestiva, conveniente, geograficamente raggiungibile e forniti in un ambiente in cui le competenze e le risorse sono adeguate alle esigenze mediche) e accettabili (incorporando le preferenze e i valori dei singoli utenti del servizio e le culture delle loro comunità). È imperativo che l'accesso alle cure per l'aborto sia equo e che la qualità delle cure non vari in base al personale caratteristiche della persona in cerca di assistenza, come sesso, razza, religione, etnia, stato socioeconomico, istruzione, se vivono con una disabilità o in base alla loro posizione geografica all'interno di un paese. E infine, un'assistenza all'aborto di qualità implica che sia fornita in modo sicuro e riduca al minimo qualsiasi rischio e danno per gli utenti del servizio.

1 Quando si considera il concetto di "servizi sanitari essenziali", è importante notare che aree diverse, anche all'interno dello stesso paese, possono richiedere approcci diversi per designare i servizi sanitari essenziali e riorientare le componenti del sistema sanitario per mantenere tali servizi. Fare riferimento a: Mantenere i servizi sanitari essenziali: guida operativa per il contesto COVID-19, guida provvisoria, 1 giugno 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health -servizi-2020.1). Per ulteriori riferimenti pertinenti, vedere il capitolo 1, sezione 1.1.

2 Per "aborto non sicuro" si intende l'aborto quando è praticato da una persona priva delle competenze necessarie o in un ambiente che non conformi agli standard medici minimi, o entrambi.

Machine Translated by Google

L'aborto è un intervento sanitario sicuro e non complesso che può essere efficacemente gestito con i farmaci o una procedura chirurgica in una varietà di contesti. Le complicazioni sono rare con l'aborto medico e chirurgico, quando gli aborti sono sicuri, nel senso che vengono eseguiti utilizzando un metodo raccomandato dall'OMS, appropriato all'età gestazionale, e da qualcuno con le competenze necessarie. A livello globale, l'aborto è una procedura comune, con 6 su 10 gravidanze indesiderate e 3 su 10 di tutte le gravidanze che terminano con un aborto indotto. Comunque globale le stime dimostrano che il 45% di tutti gli aborti non sono sicuri. Questa è una questione critica di salute pubblica e diritti umani; l'aborto non sicuro è sempre più concentrato nei paesi in via di sviluppo (97% degli aborti non sicuri) e tra i gruppi in situazioni vulnerabili ed emarginate. Restrizioni legali e altre barriere significano che molte donne hanno difficoltà o impossibilità di accedere a cure per l'aborto di qualità e possono indurre l'aborto da sole utilizzando metodi non sicuri o cercare l'aborto da fornitori non qualificati. Lo stato legale dell'aborto non fa differenza per il bisogno di una donna di un l'aborto, ma influisce drammaticamente sul suo accesso all'aborto sicuro. Tra il 4,7% e il 13,2% di tutte le morti materne lo sono attribuiti ad aborti non sicuri, che equivalgono a un numero di decessi compreso tra 13 865 e 38 940 causati ogni anno dal fallimento per garantire un aborto sicuro.

L'aborto medico ha rivoluzionato l'accesso a cure per l'aborto di qualità a livello globale. Le medicine per l'aborto possono essere sicure ed efficacemente somministrato presso una struttura sanitaria o autosomministrato al di fuori di una struttura (ad esempio a casa) da parte di individui con una fonte di informazioni accurate e farmaci di qualità garantita. Quelli che gestiscono i loro aborti al sicuro a casa nelle prime 12 settimane di gestazione potrebbe ancora aver bisogno o desiderare il supporto di un operatore sanitario qualificato presso qualche fase del processo. L'erogazione del servizio con una supervisione medica minima può migliorare significativamente l'accesso a - e la privacy, la convenienza e l'accettabilità del - processo di aborto, senza compromettere la sicurezza o efficacia.

Sono necessarie molteplici azioni a livello legale, del sistema sanitario e della comunità in modo che tutti coloro che ne hanno bisogno abbiano accesso a cure complete per l'aborto. L'ambiente di una persona gioca un ruolo cruciale nel modellare il suo accesso a cura e influenzare i loro esiti di salute. Un ambiente favorevole è il fondamento di una qualità globale cura dell'aborto. I tre capisaldi di un ambiente favorevole alla cura dell'aborto sono:

1. rispetto dei diritti umani, compreso un quadro normativo e politico di sostegno
2. disponibilità e accessibilità delle informazioni, e
3. un sistema sanitario solidale, universalmente accessibile, economico e ben funzionante.

L'aborto è legale in quasi tutti i paesi, sebbene vi siano variazioni nelle circostanze specifiche in cui un individuo può accedere all'aborto. Inoltre, quasi tutti i paesi in cui l'aborto è legalmente disponibile regolamentano l'aborto diversamente da altre forme di assistenza sanitaria. A differenza di altri servizi sanitari, l'aborto è comunemente regolamentato vari gradi attraverso il diritto penale oltre alla regolamentazione ai sensi del diritto sanitario. Questo ha un impatto sul diritti delle persone in stato di gravidanza e può avere un effetto dissuasivo (ad es. soppressione di azioni per paura di rappresaglie o sanzioni) sulla prestazione di cure di qualità. Questo è il motivo per cui leggi e politiche chiare, accessibili e basate sui diritti fanno parte di garantire un ambiente favorevole.

Obiettivi, campo di applicazione e struttura concettuale della linea guida

Le linee guida sono i mezzi fondamentali attraverso i quali l'OMS realizza la sua leadership tecnica nel campo della salute. Le linee guida dell'OMS sono soggette a un rigoroso processo di garanzia della qualità che genera raccomandazioni per la pratica clinica o la politica di salute pubblica con l'obiettivo di ottenere i migliori risultati di salute individuali o collettivi possibili. A tal fine, l'OMS si è impegnata a integrare i diritti umani nei programmi e nelle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale, esaminando i determinanti fondamentali della salute come parte di un approccio globale alla salute e ai diritti umani.

Machine Translated by Google

L'obiettivo di questa linea guida è presentare l'insieme completo di tutte le raccomandazioni e le migliori pratiche dell'OMS dichiarazioni relative all'aborto. Mentre i contesti legali, normativi, politici e di erogazione dei servizi possono variare da da paese a paese, le raccomandazioni e le migliori pratiche descritte in questo documento mirano a fornire prove processo decisionale basato sulla cura dell'aborto di qualità.

Questa linea guida aggiorna e sostituisce le raccomandazioni delle seguenti precedenti linee guida dell'OMS.

- Aborto sicuro: orientamento tecnico e politico per i sistemi sanitari, seconda edizione (2012)
- Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto (precedentemente nota come guida alla "condivisione dei compiti") (2015), e
- Gestione medica dell'aborto (2018).

Questa guida contiene nuove raccomandazioni qui consolidate in modo integrato con le raccomandazioni esistenti che rimangono invariate e quelle che sono state aggiornate dopo la rivalutazione utilizzando gli stessi metodi rigorosi sia per le raccomandazioni nuove che per quelle aggiornate (vedere maggiori informazioni nella sezione "Metodi di sviluppo della linea guida" sotto).

In questa linea guida, le raccomandazioni sono presentate in tre ambiti che sono essenziali per la fornitura di cure per l'aborto: legge e politica, servizi clinici e fornitura di servizi. Le raccomandazioni riguardanti le leggi e le politiche che dovrebbero o non dovrebbero essere in vigore al fine di attuare e sostenere pienamente l'assistenza all'aborto di qualità coprono sette aree: criminalizzazione dell'aborto, approcci basati su motivi per consentire l'aborto, limiti di età gestazionale fissati per l'aborto, attesa obbligatoria periodi prima di ricevere un aborto richiesto, autorizzazione di terzi per l'aborto, restrizioni su cui gli operatori sanitari possono fornire servizi di aborto e obiezione di coscienza/
rifiuto da parte dei fornitori.[3] Le raccomandazioni del servizio clinico affrontano i metodi di aborto e le relative cure cliniche - dalla fornitura di informazioni, consulenza e gestione del dolore ai metodi e regimi per l'aborto (anche per diverse indicazioni cliniche) - e la fornitura di assistenza post-aborto, comprese tutte metodi di contraccezione.[4]
Le raccomandazioni sull'erogazione dei servizi includono quelle relative a quali categorie di operatori sanitari possono fornire i servizi clinici pertinenti. Vengono inoltre presentate raccomandazioni sull'autogestione relative a compiti che possono essere gestiti dalla donna stessa: aborto farmacologico all'inizio della gestazione e uso di molti contraccettivi, inclusa l'autosomministrazione di contraccettivi iniettabili. È stata inoltre formulata una raccomandazione relativa alla telemedicina per facilitare l'aborto farmacologico precoce, insieme a dichiarazioni di buone pratiche su altri approcci di erogazione dei servizi per la cura dell'aborto. Insieme, la guida presentata in questo documento riflette i recenti cambiamenti in tutti questi aspetti della cura dell'aborto. Le lacune e le priorità della ricerca e le aree di interesse emergenti sono identificate nel capitolo finale.

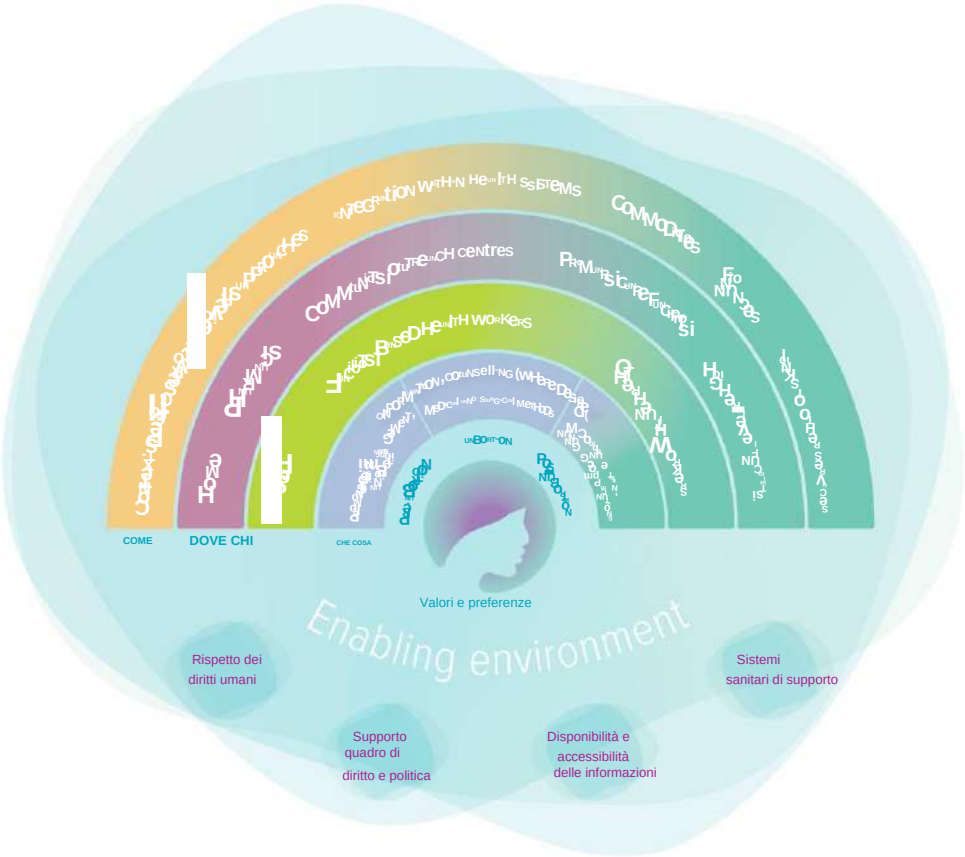
Come indicato dalla disposizione delle linee guida in questo documento, mentre una donna, una ragazza o un'altra persona incinta attraversa il percorso di assistenza all'aborto – assistenza pre-aborto, assistenza post-aborto – i servizi sanitari devono essere integrati all'interno del sistema sanitario per garantire che la fornitura di servizi soddisfi le loro esigenze in modo equo e senza discriminazioni.
Il quadro concettuale per la cura dell'aborto in questa linea guida (vedi Figura 1) riconosce e riconosce i bisogni di tutti gli individui rispetto all'aborto ed è incentrato sui valori e le preferenze di coloro che cercano l'aborto, considerandoli come partecipanti attivi - così come beneficiari di - servizi sanitari.
Le preferenze di salute individuali possono variare; nessun modello di cura dell'aborto soddisferà i bisogni di tutti coloro che cercano assistenza per l'aborto. Tuttavia, i valori fondamentali di dignità, autonomia, uguaglianza, riservatezza, comunicazione, sostegno sociale, cure di supporto e fiducia sono fondamentali per la cura dell'aborto e si riflettono in questa guida.
È ancora necessario un lavoro importante per incorporare collegamenti a cure di qualità per l'aborto in tutto il sistema sanitario e l'attenzione ai diritti umani e all'uguaglianza di genere deve essere applicata in tutti i contesti che forniscono servizi alle persone che cercano assistenza sanitaria.

3 La precedente edizione della Guida sull'aborto sicuro (WHO, 2012) affrontava questi problemi e gli interventi correlati e forniva una raccomandazione composita. In questa linea guida, ciascuna di esse è stata affrontata separatamente come sette raccomandazioni individuali (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22).

4 Una considerazione completa di tutti i metodi contraccettivi va oltre lo scopo di questa linea guida, ma tutti i metodi contraccettivi possono essere presi in considerazione dopo un aborto, inclusa una gamma di metodi autosomministrati.

Machine Translated by Google

Figura 1: quadro concettuale per la cura dell'aborto



Destinatari e inclusività

Questa guida cerca di fornire raccomandazioni per i responsabili politici nazionali e subnazionali, esecutori e responsabili dei programmi di salute sessuale e riproduttiva (SRH), membri di organizzazioni non governative e altre organizzazioni della società civile e società professionali, nonché operatori sanitari e altre parti interessate settore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi (SRHR), per sostenerli nell'assicurare una qualità basata su prove la cura dell'aborto è disponibile e accessibile a livello globale.

Tutti gli individui hanno il diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'accesso ai servizi SRH. Il diritto di essere libero da la discriminazione è affermata nella Dichiarazione universale dei diritti umani e in altri trattati sui diritti umani universali e strumenti regionali per i diritti umani. Si è affermato che il diritto alla non discriminazione garantito dall'art il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR) include l'orientamento sessuale, il genere identità e caratteristiche sessuali. Come affermato nella relazione 2018 dell'Esperto Indipendente sulla protezione da violenza e discriminazione basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere al Generale delle Nazioni Unite Assemblea, "il diritto all'effettivo riconoscimento della propria identità di genere è legato al diritto all'eguale riconoscimento davanti alla legge".

In questa linea guida, riconosciamo che si può presumere che la maggior parte delle prove disponibili sull'aborto siano derivate dalla ricerca tra popolazioni di studio di donne cisgender, e riconosciamo anche che le donne cisgender, uomini transgender, individui non binari, gender-fluid e intersessuali con un sistema riproduttivo femminile e capace di rimanere incinta può richiedere cure per l'aborto. Per essere concisi e facilitare la leggibilità di questa linea guida, quando riferendosi a tutte le persone di genere diverso che potrebbero aver bisogno di cure per l'aborto, usiamo la parola "donne" più spesso, anche se usiamo variamente anche i termini "individuo", "persona" e "richiedente l'aborto". Fornitori di servizi SRH, compresa la cura dell'aborto, deve considerare i bisogni di - e fornire uguale cura a - tutti gli individui; identita `di genere o la sua espressione non deve portare a discriminazioni.

Machine Translated by Google

Metodi di sviluppo delle linee guida

Il gruppo direttivo delle linee guida dell'OMS e il più ampio segretariato dell'OMS, compresi mbri sia
sede centrale dell'OMS che degli uffici regionali, hanno condotto un processo di sviluppo de nee ampio raggio
coinvolgendo una vasta gamma di collaboratori esperti e personale di supporto. Il processo ziato a setten 201 n un
sondaggio online sul tema dell'aggiornamento delle linee guida dell'OMS sull'aborto sicuro, seguito da l scoping
novembre 2018 e giugno 2019 per determinare le aree tematiche chiave e formulare domar chiave da valutare attraverso ricerche
e analisi di la base di prove, per ciascuno dei tre domini: diritto e politica, servizi clinici e fornitura di servizi. Al fine di garantire
un'ampia rappresentanza, sono stati convocati i seguenti incontri per informare ulteriormente le nostre linee guida: (i)
Considerazioni sull'attuazione della cura dell'aborto in contesti umanitari, (ii) Valori e preferenze globali relativi alla cura
dell'aborto e (iii) Giovani e aborto sicuro .

Gli esperti globali sono stati invitati dal gruppo direttivo a convocare tre gruppi di esperti - i gruppi di revisione delle prove
e delle raccomandazioni (ERRG) per ciascun dominio - che prevedevano la partecipazione attiva a una serie di incontri di due giorni
per discutere e redigere le raccomandazioni nuove e aggiornate, basate su le prove fornite dagli Evidence Synthesis Teams (EST).
I membri del gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG) sono stati selezionati e invitati dal gruppo direttivo tra i membri dell'ERRG per
ogni dominio, per riunire un unico gruppo multidisciplinare, comprendente un rappresentante dei giovani e un consulente per i diritti
umani, per finalizzare le raccomandazioni.

In accordo con il processo di sviluppo delle linee guida dell'OMS, la formulazione e il perfezionamento delle raccomandazioni da parte
degli ERRG e del GDG si è basata sulle prove disponibili (con una qualità delle prove che va da alta a molto bassa), utilizzando il
Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) allo sviluppo delle raccomandazioni, con riferimento
alle tabelle Evidence-to-Decision (EtD) preparate dagli EST, e guidato anche dalle competenze e dall'esperienza dei partecipanti. Il
framework WHO-INTEGRATE è stato utilizzato come a
base per decidere la direzione e la forza di ciascuna raccomandazione (vedere le note che accompagnano la tabella riassuntiva di
seguito). Per le raccomandazioni legislative e politiche, è stato utilizzato lo stesso quadro, ma è stato sviluppato un approccio innovativo
per valutare le prove in modo da integrare efficacemente la protezione dei diritti umani e
godimento come parte degli esiti e dell'analisi sulla salute.

Dopo la conclusione degli incontri ERRG e GDG, la bozza rivista delle raccomandazioni e la bozza completa delle linee guida
sono stati esaminati dai membri del GDG e dai membri del gruppo di revisione esterna dei revisori tra pari. L'incontro del GDG
anche osservatori e revisori individuali di diverse organizzazioni esecutive sono stati invitati a commentare il
stessa bozza. Sono state apportate ulteriori revisioni e la linea guida è stata presentata e approvata dalle linee guida dell'OMS
Comitato di revisione, seguito da revisioni finali da parte dell'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per l'uomo
Diritti (OHCHR), editing finale e pianificazione per la pubblicazione e il lancio. I metodi di sviluppo completo della linea guida sono
presentato nell'allegato 4.

Machine Translated by Google

Tabella riassuntiva delle raccomandazioni presentate in questa linea guida

Note importanti:

io. Ogni raccomandazione e la sua direzione (favorevole o contraria) e forza (forte o debole) è stata determinata dai gruppi di esperti convocati dall'OMS a tale scopo. Le determinazioni si basavano sui sei criteri sostanziali del quadro OMS-INTEGRATE applicati a ciascun intervento per la popolazione specificata: equilibrio tra benefici e danni per la salute; diritti umani e accettabilità socioculturale; equità sanitaria, uguaglianza e non discriminazione; implicazioni sociali; considerazioni finanziarie ed economiche; e considerazioni sulla fattibilità e sul sistema sanitario – tenendo anche conto del meta-criterio, della qualità delle prove (cioè tipo, dimensione e limitazioni degli studi disponibili usati come prove). La dicitura utilizzata è la seguente:

- **Raccomandazione** – una forte raccomandazione a favore dell'intervento
- **Suggerire** – una raccomandazione debole a favore dell'intervento
- **Raccomandare contro** – una forte raccomandazione contro l'intervento/a favore del confronto.

ii. La maggior parte delle raccomandazioni sono etichettate come LP per "Legge e politica", CS per "Servizi clinici" o SD per "Fornitura di servizi", riferendosi all'ampio dominio in cui le prove per queste raccomandazioni sono state esaminate e valutate dai rispettivi gruppi di esperti (ERRG). Inoltre, sono etichettate cinque raccomandazioni come AUTOGESTIONE.

iii. Le raccomandazioni SD che fanno riferimento alle categorie di operatori sanitari presuppongono che le persone che lavorano all'interno delle categorie citate abbiano le capacità e le competenze richieste per l'intervento specificato. I ruoli, le abilità e le competenze di ciascun tipo di operatore sanitario menzionato in queste raccomandazioni sono descritti nella tabella sulle categorie e sui ruoli degli operatori sanitari nell'Allegato 5, e ulteriori informazioni possono essere trovate nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali in cure primarie, che descrive le competenze (comprese abilità e conoscenze) richieste per ogni compito.

iv. Le raccomandazioni sono state considerate "nuove" (come indicato in questa tabella e nel capitolo 3) se non esisteva alcuna raccomandazione in una precedente linea guida dell'OMS sull'argomento specifico o sull'intervento in questione. In particolare, va notato che la guida sull'aborto sicuro del 2012 ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica; in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate, ma non sono considerate “nuove” (cioè Raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22).

Machine Translated by Google

sintesi

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Num pagina**
REGOLAMENTO ABORTO		
Criminalizzazione		
1 (LEGGE E POLITICA; LP)	**Raccomandare** la piena depenalizzazione dell'aborto. **Osservazioni:** • Depenalizzazione significa rimuovere l'aborto da tutte le leggi penali/penali, non applicare altri reati penali (ad es. omicidio, omicidio colposo) all'aborto e garantire che non vi siano sanzioni penali per avere, assistere, fornire informazioni o fornire l'aborto a tutte le persone interessate attori. • La depenalizzazione assicurerebbe che chiunque abbia subito una perdita di gravidanza non venga sospettato di aborto illegale quando cerca assistenza. • La depenalizzazione dell'aborto non rende le donne, le ragazze o altre persone in stato di gravidanza vulnerabili all'aborto forzato o forzato. Costretto o costretto l'aborto costituirebbe gravi aggressioni in quanto si tratterebbe di interventi non consensuali.	24
Approcci basati sul terreno		
2 (LP)	**UN. Raccomanda contro** leggi e altri regolamenti che limitano l'aborto per motivi. **B. Raccomandare** che l'aborto sia disponibile su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta. **Osservazioni:** • Gli approcci basati su motivi per limitare l'accesso all'aborto dovrebbero essere rivisti a favore di rendere disponibile l'aborto su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta. • Fino a quando non saranno sostituiti dall'aborto su richiesta, qualsiasi motivo esistente dovrebbe essere formulato e applicato in modo coerente con il diritto internazionale sui diritti umani. Ciò significa che il contenuto, l'interpretazione e l'applicazione della legge e della politica basate sui motivi dovrebbero essere rivisti per garantire il rispetto dei diritti umani. Ciò richiede che: io. i motivi esistenti sono definiti, interpretati e applicati in modo conforme ai diritti umani; ii. l'aborto è disponibile quando portare a termine una gravidanza provocherebbe alla donna, alla ragazza o ad altra persona in stato di gravidanza notevole dolore o sofferenza, incluso ma non limitato a situazioni in cui la gravidanza è il risultato di stupro o incesto o la gravidanza non è praticabile; iii. l'aborto è disponibile laddove la vita e la salute della donna, ragazza o altra persona incinta sono a rischio; iv. i motivi di salute riflettono le definizioni di salute e salute mentale dell'OMS (vedi Glossario); e v. non ci sono requisiti procedurali per "provare" o "stabilire" la soddisfazione dei motivi, come la richiesta di ordini giudiziari o rapporti di polizia in caso di stupro o violenza sessuale (per le fonti a supporto di queste informazioni, fare riferimento all'allegato Web A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).	26
Limiti di età gestazionale		
3 (LP)	**Raccomanda contro** leggi e altri regolamenti che vietano l'aborto in base ai limiti di età gestazionale.	28
SERVIZI ATTRAVERSO IL CONTINUUM DELL'ASSISTENZA		
Fornitura di informazioni sulla cura dell'aborto		
4 (EROGAZIONE DEL SERVIZIO; SD)	Attraverso il continuum della cura dell'aborto: **UN. Raccomandare** la fornitura di informazioni sulla cura dell'aborto da parte di operatori sanitari di comunità, farmacisti, professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie (ANM), infermiere, ostetriche, medici associati/associati avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** la fornitura di informazioni sulla cura dell'aborto da parte dei lavoratori della farmacia. • Condizione: in contesti in cui il farmacista è sotto la diretta supervisione di un farmacista e vi è accesso o rinvio a servizi sanitari adeguati.	35
Fornitura di consulenza		
5 (SD)	Attraverso il continuum della cura dell'aborto: **UN. Raccomandare** la fornitura di consulenza da parte di operatori sanitari di comunità, professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** la fornitura di consulenza da parte di operatori farmaceutici e farmacisti. • Condizione: viene fornita una consulenza equilibrata (vale a dire sui metodi sia medici che chirurgici) e vi è accesso o rinvio a servizi sanitari appropriati qualora la donna scelga un metodo chirurgico.	38

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Numero di pagina**
PRE-ABORTO		
Tempi di attesa obbligatori		
6 (LP)	**Sconsigliare** periodi di attesa obbligatori per l'aborto.	41
Autorizzazione di terzi		
7 (LP)	**Raccomandare** che l'aborto sia disponibile su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta senza l'autorizzazione di qualsiasi altro individuo, ente o istituzione. **Nota:** • Sebbene il coinvolgimento dei genitori o del partner nel processo decisionale relativo all'aborto possa supportare e assistere donne, ragazze o altre persone in stato di gravidanza, ciò deve essere basato sui valori e sulle preferenze della persona che si avvale dell'aborto e non imposto da requisiti di autorizzazione di terzi.	43
Isoimmunizzazione Rh per aborto in età gestazionale < 12 settimane		
8 (SERVIZI CLINICI; CS) (NUOVO)	Per aborti sia medici che chirurgici a < 12 settimane: **sconsigliata** la somministrazione di immunoglobuline anti-D. **Nota:** • Lo standard di cura si applica alla somministrazione di anti-D in età gestazionale ý 12 settimane.	44
Profilassi antibiotica per l'aborto chirurgico e medico		
9 (CS)	**UN.** Per l'aborto chirurgico, indipendentemente dal rischio individuale di infezione infiammatoria pelvica: **raccomandare** una profilassi antibiotica appropriata pre o perioperatoria. **B.** Per l'aborto farmacologico: **Raccomandare contro** l'uso di antibiotici profilattici. **Nota:** • La mancanza di antibiotici non dovrebbe limitare l'accesso ai servizi per l'aborto.	46
Determinazione dell'età gestazionale della gravidanza: ecografia pre-aborto		
10 (SC)	Sia per l'aborto medico che per quello chirurgico: **sconsigliare** l'uso dell'ecografia come prerequisito per fornire servizi di aborto.* **Nota:** • La regolamentazione legale che limita la disponibilità dell'aborto in base all'età gestazionale può richiedere o comportare l'uso degli ultrasuoni per verificare l'età gestazionale prima dell'aborto, anche se ciò non è necessario dal punto di vista clinico. La rimozione dei limiti legali di età gestazionale per l'accesso all'aborto (vedi Raccomandazione 3) dovrebbe comportare l'eliminazione di ecografie pre-aborto non necessarie e aumentare la disponibilità dell'aborto in contesti in cui l'ecografia è di difficile accesso. * Caso per caso, potrebbero esserci motivi clinici per utilizzare l'ecografia prima dell'aborto.	47'

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Num pagina**
Gestione del dolore per l'aborto		
11-14 (CS) per aborto chirurgico e per precedente priming cervicale NOTA: le NUOVE raccomandazioni 12, 13 e 14 indicano una gestione del dolore AGGIUNTIVA ai FANS (11a)	11. Per la gestione del dolore per l'aborto chirurgico a qualsiasi età gestazionale: **UN. Raccomandare** che gli antidolorifici vengano somministrati regolarmente (ad es. farmaci antinfiammatori non steroidei [FANS]) e che dovrebbe essere fornito a coloro che lo desiderano; E **B. Sconsigliato** l'uso routinario dell'anestesia generale. 12. (NUOVO) Per la gestione del dolore per aborto chirurgico a < 14 settimane: **UN. Raccomandare** l'uso di un blocco paracervicale; E **B. Suggerire** l'opzione della gestione del dolore combinata utilizzando sedazione cosciente più paracervicale dovrebbe essere offerto un blocco, dove è disponibile la sedazione cosciente. 13. (NUOVO) Per la gestione del dolore per il priming cervicale con dilatatori osmotici prima dell'aborto chirurgico a ÿ 14 settimane: **Suggerire** l'uso di un blocco paracervicale. **Nota:** • Per l'adescamento cervicale, si possono prendere in considerazione ulteriori farmaci antidolorifici, come l'uso di gel intravaginale. (Vedi Raccomandazioni 17-20 sotto su innesco cervicale) 14. (NUOVO) Per la gestione del dolore per aborto chirurgico a ÿ 14 settimane: **UN. Raccomandare** l'uso di un blocco paracervicale; E **B. Suggerire** che dovrebbe essere offerta l'opzione della gestione del dolore combinata utilizzando la sedazione cosciente più il blocco paracervicale, dove la sedazione cosciente è disponibile.	49
15 e 16 (CS) per l'aborto farmacologico NOTA: la NUOVA raccomandazione 16 indica una gestione del dolore AGGIUNTIVA ai FANS (15)	15. Per l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale: **Raccomandare** che i farmaci antidolorifici siano offerti di routine (ad es. farmaci antinfiammatori non steroidei [FANS]) e che dovrebbero essere forniti all'individuo da utilizzare se e quando lo desidera. 16. (NUOVO) Per la gestione del dolore per l'aborto farmacologico a ÿ 12 settimane: **suggerire** la considerazione di metodi aggiuntivi per controllare il dolore o il disagio dovuto all'aumento del dolore con l'aumentare dell'età gestazionale. Tali metodi includono alcuni antiemetici e l'anestesia epidurale, ove disponibile. **Nota:** • Per l'aborto farmacologico in età gestazionale < 14 settimane, se i FANS (ad es. ibuprofene) non sono disponibili o non sono un'opzione, allora il paracetamolo può essere considerato per il controllo del dolore.	51
Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico		
17 (CS) a < 12 settimane	Prima dell'aborto chirurgico a < 12 settimane: **UN.** Se viene utilizzato il priming cervicale: **suggerire** i seguenti regimi terapeutici: • Mifepristone 200 mg per via orale 24–48 ore prima della procedura • Misoprostolo 400 ÿg per via sublinguale 1–2 ore prima della procedura • Misoprostolo 400 ÿg per via vaginale o buccale 2–3 ore prima della procedura **B. Sconsigliato** l'uso di dilatatori osmotici per il priming cervicale. **Osservazioni:** • La via sublinguale è più efficace per la somministrazione di misoprostolo. • Devono essere forniti farmaci antidolorifici appropriati.	54

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Numero di pagina**
18 (CS) (NUOVO) a ÿ 12 settimane	Prima dell'aborto chirurgico in successive età gestazionali: **UN.** Per l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane: **suggerire** il priming cervicale prima della procedura. **B.** Per l'aborto chirurgico tra le 12 e le 19 settimane: **Suggerire** il priming cervicale con il solo farmaco (a è preferibile una combinazione di mifepristone più misoprostolo) o con un dilatatore osmotico più farmaci (mifepristone, misoprostolo o una combinazione di entrambi). **C.** Per l'aborto chirurgico tra le 12 e le 19 settimane, quando si utilizza un dilatatore osmotico per il priming cervicale: **Suggerire** che il periodo tra il posizionamento del dilatatore osmotico e la procedura non dovrebbe estendersi oltre i due giorni. **D.** Per l'aborto chirurgico a ÿ 19 settimane: **raccomandare** il priming cervicale con un dilatatore osmotico più farmaci (mifepristone, misoprostolo o una combinazione di entrambi). **Nota:** • C'erano prove limitate di priming cervicale per età gestazionali comprese tra 12 e 14 settimane e pertanto gli operatori sanitari dovrebbero usare il giudizio clinico per decidere il metodo più conveniente per il priming cervicale prima dell'aspirazione sottovuoto per questa fascia di età gestazionale.	55
19 (SD) con farmaci, a qualsiasi età gestazionale	Prima dell'aborto chirurgico a qualsiasi età gestazionale: **UN. Raccomandare** il priming cervicale con i farmaci da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** l'adescamento cervicale con i farmaci da parte degli operatori sanitari della comunità, dei farmacisti e farmacisti. • Condizione: la fornitura di farmaci per il priming cervicale fa parte del processo di aborto chirurgico, quindi l'operatore sanitario ha bisogno garantire la continuità delle cure della donna che ottiene i farmaci prima della procedura di aborto.	56
20 (SD) con dilatatori osmotici, a ÿ 12 settimane	Prima della dilatazione ed evacuazione (D&E) a ÿ 12 settimane: **UN. Raccomandare** il priming cervicale con dilatatori osmotici da parte di infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, associati/ medici associati avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** il priming cervicale con dilatatori osmotici da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare. • Condizione: l'operatore sanitario assicura la continuità delle cure dal momento del priming cervicale al D&E.	57
Restrizioni del fornitore		
21 (LP)	**Raccomandare contro** la regolamentazione su chi può fornire e gestire l'aborto che è incoerente con la guida dell'OMS. **Nota:** • Laddove la legge o la politica regolano chi può fornire o gestire l'aborto, tale regolamento dovrebbe essere coerente con la guida dell'OMS, che viene presentata in tutto il Capitolo 3 di questa linea guida.	59
Obiezione di coscienza		
22 (LP)	**Raccomandare** che l'accesso e la continuità delle cure complete per l'aborto siano protetti dalle barriere create dall'obiezione di coscienza. **Osservazioni:** • Nonostante l'obbligo dei diritti umani di garantire che l'obiezione di coscienza non ostacoli l'accesso a cure di qualità per l'aborto, e le precedenti raccomandazioni dell'OMS volte a garantire che l'obiezione di coscienza non comprometta o ostacoli l'accesso alle cure per l'aborto, l'obiezione di coscienza continua a operare come una barriera all'accesso alla cura dell'aborto di qualità. È fondamentale che gli Stati garantiscano il rispetto delle normative e progettino/ organizzino i sistemi sanitari per garantire l'accesso e la continuità di cure di qualità per l'aborto. Se risulta impossibile regolamentare l'obiezione di coscienza in un modo che rispetti, protegga e soddisfi i diritti di chi richiede l'aborto, l'obiezione di coscienza nella disposizione sull'aborto può diventare indifendibile. • Le prove esaminate consideravano l'impatto dell'obiezione di coscienza sull'accesso e la disponibilità di cure per l'aborto e non l'efficacia della regolamentazione dell'obiezione di coscienza in termini di miglioramento di tali risultati. Tuttavia, il diritto internazionale sui diritti umani fornisce alcune indicazioni su come gli Stati possono garantire che i diritti umani dei richiedenti l'aborto siano rispettati, protetti e rispettati (vedere i dettagli nel testo principale).	60

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Num pagina**
ABORTO		
Metodi di aborto chirurgico		
23 (CS) a < 14 settimane	Per l'aborto chirurgico a < 14 settimane: **UN. Consiglia** l'aspirazione sottovuoto. **B. Si sconsiglia** la pratica della dilatazione e del curettage tagliente (D&C), compresi i controlli della curette tagliente (cioè per "completare" l'aborto) dopo l'aspirazione sottovuoto. **Osservazioni:** • Studi osservazionali indicano che l'aspirazione sottovuoto è associata a meno complicazioni rispetto alla D&C; tuttavia, gli studi controllati randomizzati lo erano sottodimensionato per rilevare una differenza nei tassi di complicanze. • Nessuna prova supporta l'uso di controlli taglienti della curette dopo l'aspirazione del vuoto. • La qualità delle prove basate su studi controllati randomizzati è da bassa a moderata.	63
24 (SD) aspirazione sottovuoto a < 14 settimane	Per l'aborto chirurgico a < 14 settimane: **UN. Raccomandare** l'aspirazione sottovuoto a professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** l'aspirazione del vuoto da parte di infermieri ausiliari/ANM. • Condizione: in contesti in cui i meccanismi consolidati del sistema sanitario coinvolgono gli infermieri ausiliari/ANM nel fornire servizi ostetrici di emergenza di base cura e dove i sistemi di riferimento e monitoraggio sono forti.	64
25 (CS) a ÿ 14 settimane	Per l'aborto chirurgico a ÿ 14 settimane: **raccomandare** la dilatazione e l'evacuazione (D&E). **Nota:** • L'aspirazione sottovuoto può essere utilizzata durante un D&E (vale a dire ai fini dell'amniotomia o della rimozione del tessuto alla fine del D&E).	65
26 (SD) D&E a ÿ 14 settimane	Per l'aborto chirurgico a ÿ 14 settimane: **UN. Raccomandare** D&E da medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** D&E da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, ostetriche e associati/ clinici associati avanzati. • Condizione: in ambienti in cui esistono meccanismi consolidati del sistema sanitario per includere questi operatori sanitari in altri compiti correlati salute materna e riproduttiva.	65
Gestione medica dell'aborto indotto		
27 (CS) a < 12 settimane	Per l'aborto farmacologico a < 12 settimane: **UN. Raccomandare** l'uso di 200 mg di mifepristone somministrato per via orale, seguito 1-2 giorni dopo da 800 ÿg di misoprostolo somministrato per via vaginale, sublinguale o buccale. L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore.* **B.** Quando si utilizza il misoprostolo da solo: **si raccomanda** l'uso di 800 ÿg di misoprostolo somministrato per via vaginale, sublinguale o buccale.* **C.** (NUOVO) **Suggerire** l'uso di un regime di combinazione di letrozolo più misoprostolo (letrozolo 10 mg per via orale ogni giorno per 3 giorni seguiti da misoprostolo 800 ÿg per via sublinguale il quarto giorno) come opzione sicura ed efficace.*ÿ **Osservazioni:** • L'evidenza degli studi clinici dimostra che il regime di combinazione (Raccomandazione 27a) è più efficace del solo misoprostolo. • Tutti i percorsi sono inclusi come opzioni per la somministrazione di misoprostolo, in considerazione delle preferenze del paziente e del fornitore. • Il regime di combinazione suggerito di letrozolo più misoprostolo può essere sicuro ed efficace fino a 14 settimane di gestazione. * Dosi ripetute di misoprostolo possono essere prese in considerazione quando necessario per ottenere il successo del processo di aborto. In questa linea guida non forniamo un numero massimo di dosi di misoprostolo. ÿ Sono necessarie ulteriori prove per determinare la sicurezza, l'efficacia e l'accettabilità del regime di combinazione letrozolo più misoprostolo nelle successive età gestazionali, specialmente rispetto a quello del regime di combinazione mifepristone più misoprostolo (le prove disponibili si sono concentrate sul confronto con l'uso del solo misoprostolo) .	68

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Numero di pagina**
28 (SD) a < 12 settimane* in tutto o in parte (cioè eseguire tutte o alcune delle attività secondarie)ÿ	Per l'aborto farmacologico a < 12 settimane: **Raccomandare** l'autogestione medica (vedi Raccomandazione 50), operatori sanitari di comunità, farmacisti, farmacisti, professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generalisti e medici specialisti. * Le prove disponibili per la fornitura indipendente di aborto medico da parte di non medici sono per durate di gravidanza fino a 10 settimane (70 giorni). ÿ Per questa raccomandazione, i regimi di aborto medico coperti dalle prove disponibili erano mifepristone più misoprostolo o solo misoprostolo (il regime che utilizzava letrozolo non era incluso).	69
29 (CS) a ÿ 12 settimane	Per l'aborto farmacologico a ÿ 12 settimane: **UN. Suggerire** l'uso di 200 mg di mifepristone somministrato per via orale, seguito 1-2 giorni dopo da dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via vaginale, sublinguale o buccale ogni 3 ore.* L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore. **B.** Quando si utilizza il misoprostolo da solo: **suggerire** l'uso di dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via vaginale, sublinguale o buccale ogni 3 ore.* **Osservazioni:** • Il regime di combinazione (Raccomandazione 29a) è più efficace dell'uso del solo misoprostolo. • L'evidenza suggerisce che la via vaginale è la più efficace. La considerazione delle preferenze del paziente e del fornitore suggerisce l'inclusione di tutti i percorsi. • Il tessuto della gravidanza dovrebbe essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico a meno che l'individuo non esprima il desiderio che venga gestito Altrimenti. * Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. I fornitori dovrebbero usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale successiva.	71
30 (DS) a ÿ 12 settimane	Per l'aborto farmacologico a ÿ 12 settimane: **UN. Consigliare** la gestione medica da parte di medici generici e medici specialistici praticanti. **B. Suggerire** la gestione medica da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche e clinici associati/avanzati. • Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato ea un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	71
Aborto mancato		
31 (CS) (NUOVO) Gestione medica a < 14 settimane	Per l'aborto mancato a < 14 settimane, per le persone che preferiscono la gestione medica: **si raccomanda** l'uso della combinazione mifepristone più misoprostolo rispetto al solo misoprostolo. • Regime raccomandato: 200 mg di mifepristone somministrato per via orale, seguito da 800 ÿg di misoprostolo somministrato per qualsiasi via (buccale, vaginale o sublinguale).* • Regime alternativo: 800 ÿg di misoprostolo somministrato per qualsiasi via (buccale, vaginale o sublinguale).ÿ **Osservazioni:** • La decisione sulla modalità di gestione (in attesa, medica o chirurgica) dell'aborto mancato dovrebbe essere basata sul quadro clinico dell'individuo condizione e preferenza per il trattamento. • La gestione della gravidanza può essere offerta come opzione a condizione che la donna, la ragazza o altra persona incinta sia informata del tempo più lungo per l'espulsione del tessuto della gravidanza e l'aumento del rischio di svuotamento incompleto dell'utero. • Il tessuto della gravidanza dovrebbe essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico a meno che l'individuo non esprima il desiderio che venga gestito Altrimenti. * L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore. ÿ Se si utilizza il regime alternativo (misoprostolo da solo), si deve notare che a età gestazionali ÿ 9 settimane, l'evidenza mostra che la ripetizione il dosaggio di misoprostolo è più efficace per ottenere il successo del processo di aborto. In questa linea guida non forniamo un numero massimo di dosi di misoprostolo.	74

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Num pagina**
Morte fetale intrauterina		
32 (SC) Gestione medica da ÿ 14 a ÿ 28 settimane	Per la gestione medica dell'IUFD da ÿ 14 a ÿ 28 settimane: **suggerire** l'uso di una combinazione di mifepristone più misoprostolo rispetto al solo misoprostolo. • Regime suggerito: 200 mg di mifepristone somministrati per via orale, seguiti 1-2 giorni dopo da dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via sublinguale o vaginale ogni 4-6 ore.* L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore. • Regime alternativo: dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrate per via sublinguale o vaginale ogni 4–6 ore.* **Osservazioni:** • L'evidenza degli studi clinici indica che il regime di associazione è più efficace dell'uso del solo misoprostolo. • Il tessuto della gravidanza dovrebbe essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico a meno che l'individuo non esprima il desiderio che venga gestito Altrimenti. * Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. I fornitori dovrebbero usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale successiva.	76
33 (SD) (NUOVO) Gestione medica da ÿ 14 a ÿ 28 settimane	Per IUFD da ÿ 14 a ÿ 28 settimane: **UN. Consigliare** la gestione medica da parte di medici generici e medici specialistici praticanti. **B. Suggerire** la gestione medica da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche e clinici associati/avanzati. • Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato ea un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	76
POST-ABORTO		
Assistenza di follow-up o servizi aggiuntivi		
34 (SC)	A seguito di un aborto chirurgico non complicato o di un aborto farmacologico: **raccomandare** che non vi sia alcuna necessità medica di una visita di controllo di routine. Tuttavia, dovrebbero essere fornite informazioni sulla disponibilità di servizi aggiuntivi se sono necessari o desiderati. **Osservazioni:** • Le donne, le ragazze e le altre persone incinte devono essere adeguatamente informate sui sintomi della gravidanza in corso (che possono o meno indicare il fallimento dell'aborto) e altri motivi medici per tornare per il follow-up, come sanguinamento abbondante prolungato, assenza di sanguinamento con gestione medica dell'aborto, dolore non alleviato dai farmaci o febbre. • La qualità delle prove era bassa (studi osservazionali e prove indirette).	80
Aborto incompleto		
35 e 36 (CS)	**35.** Per aborto incompleto a < 14 settimane: **raccomandare** l'aspirazione con vuoto o la gestione medica. **36a.** Per la gestione medica dell'aborto incompleto a < 14 settimane dimensione uterina: **suggerire** l'uso di 600 ÿg misoprostolo somministrato per via orale o 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via sublinguale. **36b.** Per la gestione medica dell'aborto incompleto a ÿ 14 settimane di dimensioni dell'utero: **suggerire** l'uso di dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via sublinguale, vaginale o buccale ogni 3 ore.* **Osservazioni:** • La decisione sulla modalità di gestione dell'aborto incompleto dovrebbe essere basata sulla condizione clinica dell'individuo e sulla preferenza per trattamento. • La gestione dell'aspettativa di un aborto incompleto può essere efficace quanto il misoprostolo; può essere offerto come opzione a condizione che la donna, la ragazza o altra persona incinta sia informata del maggior tempo per l'espulsione del tessuto gravidico e dell'aumentato rischio di incompleto svuotamento dell'utero. • La Raccomandazione 35 è stata estrapolata dalla ricerca condotta su donne con riportato aborto spontaneo. * Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. In età gestazionale ÿ 14 settimane, gli operatori devono usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale avanzata.	81

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Numero di pagina**
37 (SD) Gestione medica con misoprostolo a < 14 settimane	Per aborto incompleto non complicato a < 14 settimane: **Raccomandare** la gestione medica con misoprostolo da parte di operatori sanitari della comunità, operatori di farmacia, farmacisti, professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generalisti e medici specialisti.	82
38 (SD) Aspirazione sottovuoto a < 14 settimane	Per aborto incompleto non complicato a < 14 settimane: **UN. Raccomandare** l'aspirazione sottovuoto a professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** l'aspirazione del vuoto da parte di infermieri ausiliari/ANM. • Condizione: in contesti in cui i meccanismi consolidati del sistema sanitario coinvolgono gli infermieri ausiliari/ANM nel fornire servizi ostetrici di emergenza di base cura e dove i sistemi di riferimento e monitoraggio sono forti.	83
Gestione delle complicanze non pericolose per la vita		
39 (SD) Infezione	Per l'infezione post-aborto non pericolosa per la vita: **Raccomandare** la gestione iniziale da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti.* * Per i farmacisti, i farmacisti e gli operatori sanitari della comunità, è importante che siano dotati delle conoscenze per riconoscere segni e sintomi di questa complicanza.	85
40 (SD) Emorragia	Per emorragia post-aborto non pericolosa per la vita: **Raccomandare** la gestione iniziale da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti.* * Per i farmacisti, i farmacisti e gli operatori sanitari della comunità, è importante che siano dotati delle conoscenze per riconoscere segni e sintomi di questa complicanza.	86
Tempistica della contraccezione post-aborto		
41 (SC) Criteri di ammissibilità medica (MEC) per l'uso di contraccettivi	I seguenti metodi contraccettivi possono essere avviati immediatamente (MEC Categoria 1 - nessuna restrizione) dopo un aborto chirurgico o medico (primo e secondo trimestre, e anche dopo un aborto settico): contraccettivi ormonali combinati (COC), contraccettivi a base di solo progesterone (POC) e metodi di barriera (preservativi, spermicida, diaframma, cappuccio - nota: il diaframma e il cappuccio non sono adatti fino a 6 settimane dopo l'aborto del secondo trimestre). I dispositivi intrauterini (IUD) possono essere avviati immediatamente dopo un aborto chirurgico o medico nel primo trimestre (categoria MEC 1 - nessuna restrizione) o dopo un aborto nel secondo trimestre (categoria MEC 2 - i vantaggi generalmente superano i rischi), ma non dovrebbero essere avviati immediatamente dopo l'aborto settico (categoria MEC 4 - l'inserimento di uno IUD può sostanzialmente peggiorare la condizione). Metodi basati sulla consapevolezza della fertilità (FAB): i metodi basati sui sintomi dovrebbero essere avviati solo dopo l'aborto con "prudenza" (potrebbe essere necessaria una consulenza speciale per garantire l'uso corretto del metodo in questa circostanza) e l'uso di metodi basati sul calendario dovrebbe essere ritardato (fino a quando la condizione non viene valutata; devono essere offerti metodi contraccettivi temporanei alternativi).	88
42 (SC) Contraccezione e aborto chirurgico	Per le persone sottoposte ad aborto chirurgico e che desiderano utilizzare la contraccezione: **raccomandare** l'opzione di iniziare la contraccezione al momento dell'aborto chirurgico. **Nota:** • La qualità delle prove basate su studi controllati randomizzati era molto bassa.	89

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Num pagina**
43 (SC) Contraccezione e aborto farmacologico	Per le persone che si sottopongono ad aborto farmacologico con il regime combinato di mifepristone e misoprostolo o con il solo misoprostolo: **UN.** Per coloro che scelgono di utilizzare **la contraccezione ormonale** (pillole, cerotto, anello, impianto o iniezioni): **Suggerisci** loro di dare loro la possibilità di iniziare la contraccezione ormonale subito dopo la prima pillola del regime medico di aborto. **B.** Per coloro che scelgono di inserire uno **IUD : Suggerisci** il posizionamento dello IUD nel momento in cui il successo del procedura di aborto è determinata. **Nota (per le Raccomandazioni 43a e b):** • Questa raccomandazione si applica al regime di combinazione mifepristone più misoprostolo e all'uso del solo misoprostolo. Il letrozolo plus Il regime di combinazione di misoprostolo non è menzionato qui perché gli studi inclusi che informano queste raccomandazioni non hanno valutato questo regime. **Osservazioni (solo per la Raccomandazione 43a):** • L'inizio immediato del deposito intramuscolare di medrossiprogesterone acetato (DMPA) è associato a una leggera diminuzione dell'efficacia del regimi di aborto medico. Tuttavia, l'inizio immediato del DMPA dovrebbe comunque essere offerto come metodo contraccettivo disponibile dopo un aborto. • L'evidenza indiretta è stata utilizzata come base per il processo decisionale sull'inizio della contraccezione ormonale come opzione per le persone sottoposte ad aborto farmacologico con il solo misoprostolo. • Non erano disponibili dati sull'uso di contraccettivi ormonali combinati (pillole o iniezioni) da parte di coloro che si sottoponevano ad aborto farmacologico. • Gli individui che scelgono di iniziare l'anello contraccettivo devono essere istruiti a verificare l'espulsione dell'anello in caso di sanguinamento abbondante durante il processo di aborto medico.	89
44 (SD) Dispositivi intrauterini (IUD)	Per i dispositivi intrauterini (IUD): **UN. Raccomandare** l'inserimento/rimozione da parte di ostetriche infermiere ausiliarie, infermiere, ostetriche, medici associati/associati avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** l'inserimento/rimozione da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare (TCMP) e ausiliari infermieri (AN). • Condizione (TCMP): in contesti con meccanismi di sistema sanitario stabiliti per la partecipazione di questi professionisti ad altri compiti relative alla salute materna e riproduttiva. • Condizione (AN): nel contesto di una ricerca rigorosa.	90
45 (SD) Impianti contraccettivi	Per gli impianti contraccettivi: **UN. Raccomandare** l'inserimento/rimozione da parte di infermieri, ostetriche, medici associati/associati avanzati, generalisti medici e medici specialisti. **B. Suggerire** l'inserimento/rimozione da parte di operatori sanitari di comunità (CHW), professionisti della medicina tradizionale e complementare (TCMP), infermieri ausiliari (AN)/ANM. • Condizione (CHW): nel contesto di una ricerca rigorosa. • Condizione (TCMP): in contesti con meccanismi del sistema sanitario consolidati per la partecipazione di questi professionisti ad altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva e in cui la formazione sulla rimozione dell'impianto viene fornita insieme alla formazione sull'inserimento. • Condizione (AN/ANM): nel contesto di monitoraggio e valutazione mirati.	90
46 (SD) Contraccettivi iniettabili	Per i contraccettivi iniettabili (inizio e continuazione): **Raccomandare** l'autosomministrazione (vedi Raccomandazione 51), operatori sanitari di comunità, farmacisti, farmacisti, professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari/ANM, infermieri, ostetriche, medici associati/avanzati, medici generalisti e medici specialisti.	91
47 (SD) Legatura delle tube	Per la legatura delle tube: **UN. Raccomandare** la legatura delle tube da parte di medici associati/avanzati, medici generici e medici specialisti. **B. Suggerire** la legatura delle tube da infermiere e ostetriche. • Condizione: Nel contesto di una ricerca rigorosa.	92

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Numero di pagina**
OPZIONI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO E APPROCCI DI AUTOGESTIONE		
La telemedicina si avvicina alla fornitura di cure mediche per l'aborto		
48 (SD) (NUOVO)	**Raccomandare** l'opzione della telemedicina come alternativa alle interazioni di persona con l'operatore sanitario per fornire servizi di aborto medico in tutto o in parte. **Osservazioni:** • La raccomandazione di cui sopra si applica alla valutazione dell'idoneità all'aborto farmacologico, alla consulenza e/o all'istruzione relativa al processo di aborto, fornendo istruzione e facilitazione attiva della somministrazione di farmaci e assistenza post-aborto di follow-up, il tutto attraverso la telemedicina. • Le hotline, le app digitali o le modalità di comunicazione unidirezionali (ad es. SMS di promemoria) che forniscono semplicemente informazioni non sono state incluse nel revisione delle prove per questa raccomandazione.	95
Approcci di fornitura di servizi per la fornitura di informazioni, consulenza e aborto medico		
49 (SD) (NUOVO)	**Dichiarazione di buone pratiche sull'erogazione dei servizi** **Parte 1.** Non esiste un unico approccio raccomandato per fornire servizi per l'aborto. La scelta di uno o più operatori sanitari specifici (tra le opzioni raccomandate) o la gestione da parte dell'individuo stesso e l'ubicazione della prestazione del servizio (tra le opzioni raccomandate) dipenderanno dai valori e dalle preferenze della donna, ragazza o altro gestante, le risorse disponibili e il contesto nazionale e locale. Una pluralità di approcci alla fornitura di servizi può coesistere all'interno di un dato contesto. **Parte 2.** Dato che gli approcci all'erogazione dei servizi possono essere diversi, è importante garantire che per l'individuo in cerca di assistenza, la gamma di opzioni di erogazione dei servizi prese insieme fornisca: • accesso a informazioni scientificamente accurate e comprensibili in tutte le fasi; • accesso a farmaci di qualità garantita (compresi quelli per la gestione del dolore); • supporto di rinvio di riserva se desiderato o necessario; • collegamenti a una scelta appropriata di servizi contraccettivi per coloro che desiderano la contraccezione post-aborto.	96
Autogestione dell'aborto medico a < 12 settimane		
50 (AUTOGESTIONE)	Per l'aborto farmacologico a < 12 settimane (usando la combinazione di mifepristone più misoprostolo o usando solo misoprostolo): **Raccomandare** l'opzione dell'autogestione del processo di aborto medico in tutto o in una qualsiasi delle tre parti componenti del processo: • autovalutazione dell'idoneità (determinazione della durata della gravidanza; esclusione di controindicazioni) • autosomministrazione di farmaci abortivi al di fuori di una struttura sanitaria e senza la diretta supervisione di un operatore sanitario qualificato e la gestione del processo di aborto • autovalutazione del successo dell'aborto. **Osservazioni:** • C'erano più prove per l'autogestione dell'aborto farmacologico (con uno dei due regimi) per le gravidanze prima delle 10 settimane di gestazione. • Questa raccomandazione si applica al regime di combinazione di mifepristone più misoprostolo e all'uso del solo misoprostolo. Gli studi inclusi informare queste raccomandazioni non ha valutato il regime letrozolo più misoprostolo. • Tutte le persone impegnate nell'autogestione dell'aborto farmacologico devono anche avere accesso a informazioni accurate, farmaci di qualità garantita anche per la gestione del dolore, il supporto di operatori sanitari qualificati e l'accesso a una struttura sanitaria e ai servizi di riferimento se hanno bisogno o desiderarlo. • Potrebbe essere necessario modificare le restrizioni sull'autorità di prescrizione e dispensazione di medicinali per l'aborto o mettere in atto altri meccanismi per l'auto gestione nel quadro normativo del sistema sanitario.	98

Machine Translated by Google

SEZIONE **Area tematica** Numero e tipo di raccomandazione o dichiarazione di best practice	**Raccomandazione o dichiarazione di best practice**	**Num pagina**
Approcci di autogestione per la contraccezione post-aborto (vedi anche Tempistica della contraccezione post-aborto, Raccomandazioni 41-[illegible])		
51 (AUTOGESTIONE) Contraccezione iniettabile (inizio e continuazione)	**Raccomandare** l'opzione di autosomministrazione di contraccettivi iniettabili nel periodo post-aborto. **Nota:** • La somministrazione di un contraccettivo iniettabile comporta l'uso di una siringa e può essere intramuscolare o sottocutanea. Auto compatta preriempita dispositivi di disabilitazione sono stati sviluppati per facilitare il processo di autosomministrazione.	100
52 (AUTOGESTIONE) Orale da banco Pillole contraccettive	**Raccomandare** che le pillole contraccettive orali da banco (OCP) siano rese disponibili senza prescrizione medica per le persone che usano OCP.	101
53 (AUTOGESTIONE) Pillole contraccettive d'emergenza da banco	**Raccomandare** di rendere disponibili pillole contraccettive d'emergenza da banco senza prescrizione medica alle persone che desiderano utilizzare la contraccezione d'emergenza.	101
54 (AUTOGESTIONE) Uso del preservativo	L'uso coerente e corretto dei preservativi maschili e femminili è altamente efficace nella prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV; ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV sia da uomo a donna che da donna a uomo nelle coppie sierodiscordanti; ridurre il rischio di contrarre altre malattie sessualmente trasmissibili e condizioni associate, comprese le verruche genitali e il cancro cervicale; e prevenire gravidanze indesiderate.	101

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Capitolo 1.

introduzione

1.1 Background e contesto

La salute sessuale e riproduttiva è fondamentale per gli individui, le coppie e le famiglie, e per il sociale ed economico sviluppo delle comunità e delle nazioni (1). Come previsto dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obiettivo dell'organizzazione è "il raggiungimento da parte di tutti i popoli del più alto livello possibile di salute", e per raggiungere tale obiettivo, le funzioni dell'OMS includono la fornitura di assistenza tecnica ai paesi nel campo della salute (2, articoli 1 e 2). L'accesso universale alle informazioni e ai servizi sulla salute sessuale e riproduttiva (SRH) è fondamentale per sia la salute individuale che quella della comunità, così come la realizzazione dei diritti umani, incluso il diritto all'alto livello raggiungibile di SRH (3). Inoltre, l'aumento dei rischi di SRH in contesti umanitari, anche armati conflitto, richiedono un'attenzione specifica dal punto di vista dei diritti umani (4 [par. 7], 5, 6 [parr. 19-24]).

Sulla scia della pandemia di COVID-19 e sulla base delle lezioni apprese dai precedenti focolai di malattie - quando I servizi SRH sono stati gravemente interrotti, facendo sì che le persone si sentano prive di potere e ne siano esposte rischi per la salute prevenibili - L'OMS ha incluso l'assistenza completa all'aborto nell'elenco dei servizi sanitari essenziali in alcune recenti pubblicazioni tecniche e orientamenti (7-12). [1] La cura dell'aborto comprende la gestione di vari condizioni cliniche compreso l'aborto spontaneo e indotto (sia di gravidanze non vitali che vitali) e la morte fetale intrauterina, e anche l'assistenza post-aborto, inclusa la gestione dell'aborto incompleto. Rafforzare l'accesso alle cure per l'aborto all'interno del sistema sanitario è fondamentale per soddisfare il Sostenibile Obiettivi di sviluppo (SDG) relativi alla buona salute e al benessere (SDG3) e alla parità di genere (SDG5) (13). CHI La Strategia globale per la salute riproduttiva, che cerca di accelerare i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo internazionali, identifica l'eliminazione dell'aborto non sicuro2 come mandato prioritario (1). L'importanza della qualità l'assistenza alla salute dell'aborto è similmente sottolineata dalla Strategia Globale delle Nazioni Unite per le Donne, i Bambini e Adolescents 'Health, che include interventi basati sull'evidenza per l'aborto e l'assistenza post-aborto come uno modo efficace per aiutare le persone a prosperare e le comunità a trasformarsi (14).

La cura dell'aborto di qualità è fondamentale per questa guida. La qualità dell'assistenza (vedi Glossario) comprende molteplici componenti: efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità (es. centrata sul paziente), equità e sicurezza. Efficace l'assistenza include la fornitura di cure basate sull'evidenza che migliorano la salute degli individui e delle comunità, e risponde alle loro esigenze. Un'assistenza efficiente ottimizza l'uso delle risorse e riduce al minimo gli sprechi. Cura dell'aborto di qualità devono essere accessibili (tempestivi, convenienti, geograficamente raggiungibili e forniti in un contesto in cui le competenze e le risorse sono adeguate alle esigenze mediche) e accettabili (incorporando le preferenze e i valori di singoli utenti del servizio e le culture delle loro comunità). È imperativo che la cura dell'aborto sia equa e che l'assistenza sanitaria non varia in qualità in base alle caratteristiche personali della persona che richiede assistenza, ad es come sesso, razza, etnia, stato socioeconomico, istruzione, se vivono con una disabilità o in base a

1 Nel considerare il concetto di "servizi sanitari essenziali", è importante notare che aree diverse, anche all'interno dello stesso Paese, possono richiedono approcci diversi per designare i servizi sanitari essenziali e per riorientare i componenti del sistema sanitario per mantenere questi servizi (7).

2 Per "aborto non sicuro" si intende l'aborto quando è praticato da una persona priva delle competenze necessarie o in un ambiente che non conformi agli standard medici minimi, o entrambi.

Machine Translated by Google

la loro posizione geografica all'interno di un paese. E infine, l'assistenza all'aborto di qualità implica che sia consegnata in modo sicuro e minimizza i rischi e i danni per gli utenti del servizio (15). Alla base di queste componenti c'è il principio che la fornitura di cure di qualità per l'aborto sarebbero conformi ai diritti umani.

A livello globale, l'aborto è una procedura comune, con 6 gravidanze indesiderate su 10 e 3 su 10 di tutte gravidanze terminate con aborto indotto (16). Quando l'aborto è sicuro - definito come eseguito utilizzando un metodo raccomandato dall'OMS, appropriato all'età gestazionale, e da qualcuno con le competenze necessarie (17) – il i rischi sono molto bassi. Tuttavia, le stime globali dimostrano che il 45% di tutti gli aborti non è sicuro, compreso il 14,4% considerati “meno sicuri” (18). Questa è una questione critica di salute pubblica e diritti umani; l'aborto non sicuro lo è sempre più concentrati nei paesi in via di sviluppo e tra i gruppi in situazioni vulnerabili ed emarginate.
Nei paesi in cui l'aborto indotto è fortemente limitato dalla legge o non disponibile a causa di altre barriere, aborto sicuro è spesso diventato il privilegio dei ricchi, mentre le donne povere non hanno altra scelta che ricorrere ai servizi di fornitori non qualificati in contesti non sicuri, o inducono essi stessi l'aborto spesso utilizzando metodi non sicuri, portando a morti e morbilità che diventano responsabilità sociale ed economica del sistema sanitario pubblico, e negazione dei diritti umani delle donne. Lo status legale dell'aborto non ha alcun effetto sulla probabilità di una donna di cercare indotto l'aborto, ma influisce drammaticamente sul suo accesso all'aborto sicuro (19).

Tra il 4,7% e il 13,2% di tutte le morti materne sono attribuite ad aborti non sicuri (20, 21). Questo equivale a tra 13 865 e 38 940 vite perse ogni anno, a causa dell'incapacità di fornire un aborto sicuro, con molte altre che soffrono di gravi morbilità. I paesi in via di sviluppo sopportano l'onere del 97% degli aborti non sicuri (18). IL
Anche la percentuale di aborti non sicuri è significativamente più alta nei paesi con leggi sull'aborto molto restrittive rispetto a quelli con leggi meno restrittive (18). Oltre la metà (53,8%) di tutti gli aborti non sicuri si verifica in Asia (la maggior parte di quelli nell'Asia meridionale e centrale), mentre un altro quarto (24,8%) si verifica in Africa (principalmente nell'Africa orientale e occidentale) e un altro quinto (19,5 %) in America Latina e Caraibi (18). Le sottoregioni dove il più alto le percentuali di aborti classificate come "meno sicure" sono l'Africa settentrionale, orientale, occidentale e centrale (circa il 45-70% di tutti gli aborti sono "meno sicuri"), seguite da Caraibi, Oceania e America centrale (circa 25-30 % di tutti gli aborti sono “meno sicuri”) (18).
Una revisione del trattamento basato sulla struttura per le complicanze di aborti non sicuri in 26 paesi in via di sviluppo nel 2012 ha indicato che 7 milioni di donne sono state curate nei paesi in via di sviluppo quell'anno per complicazioni di aborto non sicuro - un tasso di 6,9 per 1000 donne di età compresa tra 15 e 44 anni (22).

L'aborto, utilizzando farmaci o una semplice procedura chirurgica ambulatoriale, è un intervento sanitario sicuro, quando effettuato con metodo adeguato all'età gestazionale della gravidanza e – nel caso di struttura procedura – da una persona con le competenze necessarie. In queste circostanze, complicazioni o gravi avverse gli effetti sono rari. L'aborto medico ha rivoluzionato l'accesso a cure per l'aborto di qualità a livello globale. Gli studi hanno hanno dimostrato che i medicinali per l'aborto possono essere autosomministrati in modo sicuro ed efficace al di fuori di una struttura (ad esempio a casa). Gli individui con una fonte di informazioni accurate e l'accesso a un operatore sanitario qualificato (nel caso in cui abbiano bisogno o desiderino supporto in qualsiasi fase del processo) possono autogestire in sicurezza il loro processo di aborto nelle prime 12 settimane di gestazione. L'erogazione del servizio con una supervisione medica minima può migliorare significativamente l'accesso, in particolare in ambienti ristretti e situazioni di crisi, nonché migliorare la privacy, la convenienza e l'accettabilità del processo di aborto senza compromettere la sicurezza e l'efficacia (23).

Tuttavia, sia in contesti con risorse limitate che elevate, la legge, la politica e le barriere pratiche possono rendere difficile l'accesso cura dell'aborto di qualità. Sono necessarie molteplici azioni a livello legale, del sistema sanitario e della comunità in modo che tutti coloro che ne hanno bisogno abbiano accesso a cure complete per l'aborto (CAC), vale a dire informazioni, gestione dell'aborto (compreso l'aborto indotto e assistenza relativa alla perdita di gravidanza/aborto spontaneo) e assistenza post-aborto.

1.2 Obiettivo, fondamento logico, target di riferimento, inclusività e struttura della linea guida

Le linee guida sono i mezzi fondamentali attraverso i quali l'OMS realizza la sua leadership tecnica nel campo della salute (24). Le linee guida dell'OMS sono soggette a un rigoroso processo di garanzia della qualità che genera raccomandazioni per la pratica clinica o la politica di salute pubblica con l'obiettivo di ottenere i migliori risultati di salute individuali o collettivi possibili. A tal fine, l'OMS si è impegnata a integrare i diritti umani nei programmi e nelle politiche sanitarie a livello nazionale e regionale, esaminando i determinanti fondamentali della salute come parte di un approccio globale alla salute e ai diritti umani.

Machine Translated by Google

1.2.1 Obiettivo e motivazione

L'obiettivo di questa linea guida è presentare l'insieme completo di tutte le raccomandazioni dell'OMS e le dichiarazioni di migliori pratiche relative all'aborto, con l'obiettivo di consentire a livello globale un'assistenza all'aborto di qualità basata sull'evidenza.

Questa linea guida aggiorna e sostituisce le raccomandazioni contenute nelle seguenti precedenti linee guida dell'OMS:

- Aborto sicuro: orientamento tecnico e politico per i sistemi sanitari, seconda edizione (2012)
- Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto (precedentemente noto come la guida sulla "condivisione dei compiti") (2015), e
- Gestione medica dell'aborto (2018).

Questa linea guida ha lo scopo di fornire informazioni e indicazioni concrete, integrando gli aspetti dell'assistenza in tutti i domini necessari per fornire un'assistenza all'aborto di qualità: legge e politica, servizi clinici e fornitura di servizi. Questa guida contiene nuove raccomandazioni consolidate con raccomandazioni esistenti che rimangono invariate e alcune che sono state aggiornate dopo una nuova valutazione, utilizzando gli stessi metodi rigorosi sia per le raccomandazioni nuove che per quelle aggiornate (vedere Allegato 4: Metodi). Tra le raccomandazioni ce ne sono sette riguardanti le leggi e le politiche che dovrebbero o non dovrebbero essere in vigore, al fine di attuare e sostenere pienamente un'assistenza di qualità in caso di aborto: tre raccomandazioni relative alla regolamentazione dell'aborto sono presentate nel Capitolo 2 e altre quattro relative a leggi e politiche che riguardano pratiche cliniche e degli operatori sanitari sono presentate nel capitolo 3. Tutte le altre raccomandazioni riguardano i metodi di aborto e le relative cure cliniche, nonché l'erogazione dei servizi da parte di una serie di operatori sanitari e approcci, inclusa l'autogestione da parte del richiedente l'aborto, riflettendo i recenti cambiamenti nella tutti questi aspetti della cura dell'aborto. Le aree di interesse emergenti e le priorità di ricerca nella cura dell'aborto sono identificate nel capitolo 4.

Come parte fondamentale della motivazione per lo sviluppo di questa linea guida aggiornata e consolidata, nel resto di questo primo capitolo sono presentate importanti informazioni contestuali, che sono parte integrante di questa guida, come contesto per le raccomandazioni e le dichiarazioni di best practice. Queste informazioni non sono sotto forma di raccomandazioni dell'OMS, ma piuttosto descrivono i fattori determinanti alla base della cura dell'aborto di qualità, e quindi devono essere attentamente considerate.
La sezione 1.3 di seguito descrive un ambiente favorevole per l'assistenza completa all'aborto (vale a dire un quadro normativo e politico a sostegno dei diritti umani, dell'accesso alle informazioni e dei fattori del sistema sanitario) e la sezione 1.4 approfondisce le considerazioni chiave del sistema sanitario (copertura sanitaria universale e assistenza sanitaria di base ; finanziamento della sanità; formazione del personale sanitario; prodotti sanitari; monitoraggio e valutazione). Ove pertinente, questo documento incorpora e si basa su considerazioni acquisite in altre linee guida esistenti dell'OMS, tra cui le linee guida consolidate sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle donne che vivono con l'HIV (25) e le linee guida consolidate dell'OMS sugli interventi di auto-cura per la salute: sessuali e salute e diritti riproduttivi (26).

1.2.2 Destinatari

Questa guida cerca di fornire raccomandazioni per responsabili politici nazionali e subnazionali, attuatori e gestori di programmi di salute sessuale e riproduttiva (SRH), membri di organizzazioni non governative e altre organizzazioni della società civile e società professionali, nonché operatori sanitari e altre parti interessate nel settore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi (SRHR), per sostenerli nel garantire che l'assistenza all'aborto di qualità e basata su prove sia disponibile e accessibile a livello globale.

1.2.3 Equità, inclusività e assistenza centrata sulla persona

I bisogni di tutti gli individui rispetto all'aborto sono riconosciuti e riconosciuti in questa guida. Un approccio ai diritti umani che promuova l'uguaglianza di genere è essenziale e deve essere applicato in tutti i contesti che forniscono servizi alle persone in cerca di assistenza sanitaria. Per fornire un'assistenza di qualità all'aborto in tutto il sistema sanitario, i servizi dovrebbero anche essere integrati, ove possibile, con altri servizi SRH, come i test e il trattamento dell'HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse (STI) basati sull'evidenza e la pianificazione familiare/contraccezione, e dovrebbero essere amichevoli e accogliere i giovani e le persone appartenenti a minoranze sessuali e di genere, le persone che vivono con disabilità e tutti i gruppi in situazioni vulnerabili ed emarginate.

Le linee guida dell'OMS incorporano sistematicamente la considerazione dei valori e delle preferenze degli utenti finali degli interventi raccomandati o suggeriti nel processo di sviluppo della guida. Per ottenere una comprensione più approfondita dei valori e delle preferenze delle persone che cercano cure per l'aborto, l'OMS ha condotto un sondaggio globale

Machine Translated by Google

sondaggio e ha convocato una riunione tecnica su questo argomento con le parti interessate nel settembre 2019 a cui hanno partecipato 19 partecipanti provenienti da 15 diversi paesi/organizzazioni. I temi chiave emersi sono stati l'importanza dell'equità, dell'inclusività e del soddisfacimento dei bisogni di chi vive nelle situazioni più vulnerabili ed emarginate. Inoltre, nell'aprile 2021 è stato convocato un incontro tecnico guidato dai giovani con 16 giovani (in rappresentanza di 13 paesi in tutte le regioni dell'OMS) della Task Force Giovani per l'aborto, per conoscere le preoccupazioni dei giovani. La Task Force è stata formata dall'International Youth Alliance for Family Planning (IYAFP) – un collettivo di giovani individui, associazioni giovanili, organizzazioni e comunità con una missione comune di sostenere la fornitura e l'accesso a servizi completi per la salute riproduttiva (vedi allegato Web B: Riunioni tecniche durante lo sviluppo della linea guida). Le donne che vivono con l'HIV sono un esempio tra i tanti di una popolazione emarginata con vulnerabilità uniche nel contesto della cura dell'aborto. Le donne che vivono con l'HIV affrontano sfide uniche e sono vulnerabili alle violazioni dei diritti umani legate a SRH all'interno delle loro famiglie e comunità, così come nelle strutture sanitarie dove cercano assistenza. Un ambiente favorevole è essenziale per promuovere interventi più efficaci e migliori risultati di salute per tutti i richiedenti l'aborto (vedere la sezione 1.3).

Tutti gli individui hanno il diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'assistenza e nei servizi SRH. Il diritto di essere liberi dalla discriminazione è affermato nella Dichiarazione universale dei diritti umani e in altri trattati sui diritti umani universali e strumenti regionali sui diritti umani. È stato affermato che il diritto alla non discriminazione garantito dal Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (ICESCR) include l'orientamento sessuale, l'identità di genere e le caratteristiche sessuali. Il sistema internazionale dei diritti umani ha rafforzato la promozione e la protezione dei diritti umani senza distinzioni. La tutela delle persone in base al loro orientamento sessuale e identità di genere si fonda sul diritto internazionale, integrato e integrato dalla prassi statale (27). Come affermato nel rapporto 2018 dell'Esperto Indipendente sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e l'identità di genere all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, “Il diritto all'effettivo riconoscimento della propria identità di genere è legato al diritto all'uguale riconoscimento davanti al diritto” (28, par. 20).

In questa linea guida, riconosciamo che si può presumere che la maggior parte delle prove disponibili sull'aborto derivi dalla ricerca tra popolazioni di studio di donne cisgender, e riconosciamo anche che le donne cisgender, gli uomini transgender, gli individui non binari, gender-fluid e intersessuali con un sistema riproduttivo femminile e in grado di rimanere incinta può richiedere cure per l'aborto. Per essere concisi e facilitare la leggibilità di questa linea guida, quando ci riferiamo a tutte le persone di genere diverso che potrebbero richiedere cure per l'aborto, usiamo più spesso la parola "donne", sebbene usiamo anche in vario modo i termini "individuo", "persona" e "aborto". cercatore". I fornitori di servizi SRH, inclusa la cura dell'aborto, devono considerare i bisogni di - e fornire uguale assistenza a - tutti gli individui; l'identità di genere o la sua espressione non devono portare a discriminazioni.

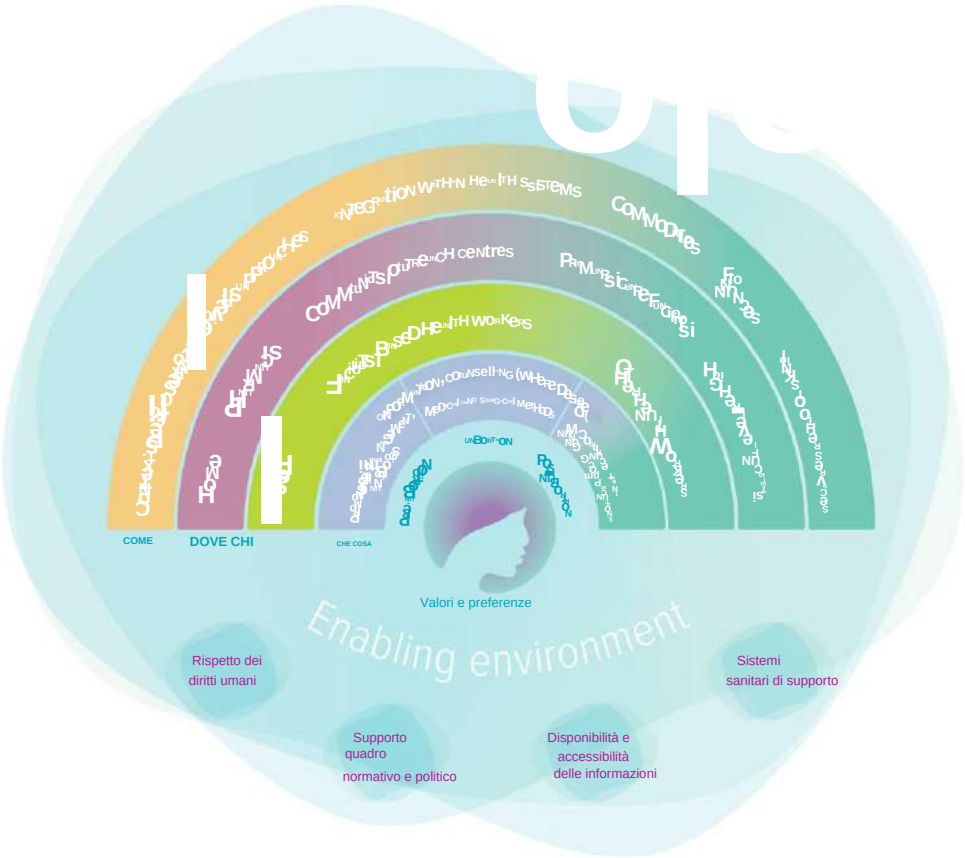
Questa linea guida adotta un approccio integrato e incentrato sulle persone ai servizi sanitari (29). L'assistenza centrata sulla persona richiede che gli individui abbiano l'istruzione e il supporto di cui hanno bisogno per prendere decisioni e partecipare alla propria assistenza sanitaria (30). Le preferenze di salute individuali possono variare; nessun modello di cura dell'aborto soddisferà i bisogni di tutti coloro che cercano assistenza per l'aborto. I valori fondamentali di dignità, autonomia, uguaglianza, riservatezza, comunicazione, sostegno sociale, cure di supporto e fiducia sono fondamentali per la cura dell'aborto e si riflettono in questa guida (31).

1.2.4 Struttura concettuale della linea guida

Come illustrato nella Figura 1.1, questa linea guida è incentrata sui valori e le preferenze dei richiedenti l'aborto e li considera partecipanti attivi e beneficiari dei servizi sanitari. Questa guida sottolinea che - mentre una donna, una ragazza o un'altra persona incinta attraversa il percorso di cura dell'aborto (pre-aborto, post-aborto) - i servizi sanitari devono essere integrati all'interno del settore sanitario per garantire che la fornitura di servizi soddisfi le loro esigenze in modo equo e senza discriminazioni. Man mano che ogni individuo si muove attraverso questo percorso, la linea guida fornisce raccomandazioni specifiche sugli interventi necessari (cioè il “cosa”), e una guida sugli individui che possono eseguirli in sicurezza (cioè il “chi”). La linea guida fornisce inoltre informazioni sui luoghi in cui i servizi possono essere forniti (ovvero il “dove”) e delinea i modelli di erogazione del servizio che possono essere utilizzati (ovvero il “come”).
L'ambiente favorevole, descritto nel resto di questo capitolo, fornisce il contesto per l'effettiva attuazione di questi interventi.

Machine Translated by Google

Figura 1.1: Quadro concettuale per la cura dell'aborto



1.3 Un ambiente favorevole per un'assistenza completa all'aborto

L'ambiente di una persona gioca un ruolo cruciale nel modellare il suo accesso alle cure e influenzare i suoi esiti di salute. Un ambiente favorevole è il fondamento di un'assistenza all'aborto completa e di qualità. I tre cardini di un ambiente favorevole alla cura dell'aborto sono delineati nel riquadro 1.1 ed elaborati nel testo di questa sezione:

1. rispetto dei diritti umani, compreso un quadro normativo e politico di sostegno
2. la disponibilità e l'accessibilità delle informazioni, e
3. un sistema sanitario solidale, universalmente accessibile, economico e ben funzionante.

Per chiarimenti, questa sezione del documento di orientamento non fornisce raccomandazioni, piuttosto descrive in dettaglio i componenti e gli aspetti che comporterebbero un ambiente generale favorevole per l'assistenza all'aborto di qualità, basato sulle migliori pratiche dell'OMS, che fornirebbe il contesto ideale per facilitare al meglio le raccomandazioni nelle sezioni successive di questo capitolo e nel Capitolo 3. Sebbene questo ambiente favorevole rappresenti un contesto ideale, la completa implementazione dei componenti di questo ambiente favorevole non è necessariamente un prerequisito per l'implementazione e l'applicazione delle raccomandazioni contenute in questa linea guida.

Machine Translated by Google

RIQUADRO 1.1: Componenti fondamentali di un ambiente favorevole alla cura dell'aborto

Rispetto dei diritti umani, compreso un quadro normativo e politico di sostegno

- I paesi ratificano i trattati e le convenzioni sui diritti umani internazionali e regionali riguardanti la salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva (SRH).
- Le leggi e le politiche promuovono l'SRH per tutti e sono coerenti con la salute ei diritti sessuali e riproduttivi.
- Esistono disposizioni amministrative, politiche e giudiziarie adeguate per facilitare la cura dell'aborto di qualità, compresi meccanismi accessibili, trasparenti ed efficaci che forniscano rimedi. Questi includono:
  - ÿ meccanismi accessibili alle donne per contestare tempestivamente il diniego dell'aborto, e
  - ÿ appropriati meccanismi di monitoraggio per il fallimento nell'agevolare un'assistenza di qualità, compresa una revisione periodica e riforma della legge e della politica per riconoscere e rimuovere gli ostacoli alla cura dell'aborto di qualità.
- Le politiche riducono al minimo il tasso di gravidanze indesiderate fornendo informazioni contraccettive di qualità e servizi, compresa una gamma completa di metodi contraccettivi (metodi di emergenza, ad azione breve e ad azione prolungata).
- Tutte le persone e le comunità ricevono i servizi sanitari di cui hanno bisogno, senza subire difficoltà finanziarie e senza alcuna discriminazione.

Disponibilità e accessibilità delle informazioni

- L'educazione sessuale completa basata sull'evidenza (CSE) è fornita a tutti gli individui e realizzata disponibile in forme e lingue multiple e accessibili.
- Informazioni SRH accurate, imparziali e basate sull'evidenza, incluso l'aborto ei contraccettivi metodi, è ampiamente disponibile in forme e lingue multiple e accessibili.

Sistema sanitario solidale, universalmente accessibile, economico e ben funzionante

- La copertura sanitaria universale (UHC) assicura che tutti gli individui possano ricevere le cure di cui hanno bisogno anche senza difficoltà finanziarie (cfr. sezione 1.4.1).
- Il sistema sanitario dispone di risorse adeguate, il che significa che le risorse, compresi i farmaci essenziali, le forniture, le attrezzature, la forza lavoro e gli stanziamenti finanziari sono disponibili, accessibili, accettabili, convenienti e di buona qualità.
- È garantito un accesso equo a farmaci essenziali e prodotti sanitari di qualità garantita.
- La leadership e gli standard clinici promuovono i servizi SRH basati sull'evidenza.
- L'organizzazione del sistema sanitario garantisce il rispetto della SRH e dei diritti umani, anche non discriminazione e uguaglianza, e per l'autonomia nel processo decisionale.
- La forza lavoro è robusta e riceve una formazione basata sulle competenze ed è abile nella fornitura di consulenza SRH basata sull'evidenza e fornitura di servizi.
- Oltre alla formazione tecnica, i servizi SRH sono forniti da persone che sono addestrate nel contenuto e significato della legge e addestrato e autorizzato a interpretare e applicare la legge e la politica in modi conformi ai diritti.
- La riservatezza e la riservatezza delle cure sono garantite e ci sono sforzi per contrastare lo stigma dell'aborto.
- C'è accesso a cure per l'aborto complete, sicure e tempestive e le donne non devono farvi ricorso aborto non sicuro.
- Le politiche di finanziamento della sanità dovrebbero evitare di subordinare l'accesso ai servizi SRH al pagamento diretto da parte dei pazienti al momento del servizio.
- L'assistenza è sempre fornita con rispetto e compassione.
- Le comunità sono impegnate e solidali.

Machine Translated by Google

1.3.1 Diritti umani compreso un quadro normativo e politico di sostegno

Un ambiente favorevole è quello in cui i diritti umani degli individui sono rispettati, protetti e soddisfatti. Ciò comporta un riesame periodico e, ove necessario, una revisione dei quadri normativi, legislativi e politici e l'adozione di misure per garantire la conformità con gli standard internazionali in materia di diritti umani in continua evoluzione (cfr. allegato 2).

In questa linea guida si fa riferimento agli standard sui diritti umani nel diritto internazionale, la cui applicabilità in un contesto specifico dipenderà da fattori quali la ratifica da parte dello Stato dei pertinenti strumenti sui diritti umani. Le fonti di questi standard sui diritti umani sono dettagliate nell'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani sull'aborto.

(i) Salute e diritti sessuali e riproduttivi

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi si fondano su una serie di diritti umani riconosciuti e garantiti dal diritto nazionale e internazionale e sono indissolubilmente legati al raggiungimento degli obiettivi delle politiche di salute pubblica, compresi gli SDG (32, 33). Le persone hanno una serie di diritti sessuali e riproduttivi, che sono rilevanti per informazioni e servizi lungo tutto il percorso di assistenza all'aborto (vedi Box 1.2). Al di sopra di tutti vi sono i principi di non discriminazione e uguaglianza e il diritto al più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale, anche nella fornitura di servizi SRH (3, par. 7). Tutto ciò è sostenuto dagli obblighi degli Stati di garantire che le leggi e le politiche, gli accordi istituzionali e le pratiche sociali non impediscano alle persone l'effettivo godimento del loro diritto a SRH (3, par. 8).

Il riquadro 1.2 fornisce una descrizione generale di alcuni diritti umani stabiliti da strumenti di diritto internazionale e dei relativi obblighi e principi relativi a SRH.

(ii) Prevenzione dell'aborto non sicuro e riduzione della mortalità e della morbilità materna

Prendere misure per prevenire l'aborto non sicuro è un obbligo fondamentale del diritto alla SRH (3, par. 49). Il diritto internazionale sui diritti umani richiede agli Stati di adottare misure per ridurre la mortalità materna e anche per proteggere efficacemente le donne dai rischi fisici e mentali (morbilità) associati all'aborto non sicuro (43, paragrafi 6, 9, 24, 30-33). Gli organismi di controllo del trattato (cfr. allegato 2) hanno confermato che gli Stati devono rivedere le loro leggi per garantire tale protezione (36, par. 8). Pertanto, il Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali (CESCR) ha confermato che gli Stati devono liberalizzare le leggi restrittive sull'aborto, garantire l'accesso all'aborto di qualità e alle cure post-aborto e rispettare il diritto delle donne a prendere decisioni autonome sulla loro SRH (3, punto 28). In tutte le situazioni, gli Stati hanno il dovere, ai sensi del diritto internazionale sui diritti umani, di garantire che la regolamentazione dell'aborto (vedi capitolo 2) non induca le donne e le ragazze a ricorrere ad aborti non sicuri (36, par. 8). In base al diritto internazionale sui diritti umani, gli Stati devono fornire i farmaci essenziali elencati nel Programma d'azione dell'OMS sui farmaci essenziali (46, par. 12a).
Gli Stati devono anche adottare misure per prevenire la stigmatizzazione delle persone che cercano di abortire (36, par. 8). Inoltre, le politiche devono cercare di ridurre al minimo il tasso di gravidanze indesiderate garantendo la fornitura di informazioni e servizi contraccettivi di qualità, compresa una gamma completa di metodi contraccettivi (metodi di emergenza, a breve e lunga durata d'azione).

(iii) Regolamentazione dell'aborto basata sui diritti

Il diritto alla SRH richiede agli Stati di garantire che le strutture sanitarie, i beni ei servizi siano disponibili, accessibili, accettabili e di buona qualità (46, paragrafi 8, 12). Questo dovrebbe informare tutte le parti della regolamentazione dell'aborto.

Gli organismi di controllo del trattato hanno chiesto la depenalizzazione dell'aborto in tutte le circostanze. Hanno ulteriormente chiarito gli obblighi degli Stati in materia di diritti umani in relazione all'aborto. Questi includono che:

- Gli Stati non possono regolamentare la gravidanza o l'aborto in modo contrario al loro obbligo fondamentale di garantire che le donne e le ragazze non debbano ricorrere ad aborti non sicuri. Se lo fanno, le loro restrizioni sull'accesso all'aborto devono essere riviste (36, par. 8).
- La regolamentazione dell'aborto non deve mettere a repentaglio la vita delle donne incinte, sottoporle a danni fisici o dolore o sofferenza mentale (compreso il caso in cui ciò costituisca tortura o trattamento o punizione crudele, inumano o degradante), discriminarli o interferire arbitrariamente con la loro privacy (36, paragrafo 8).
- La regolamentazione dell'aborto deve essere basata su prove e proporzionata per garantire il rispetto dei diritti umani (37, punto 18).

Machine Translated by Google

RIQUADRO 1.2: Diritti umani selezionati, come specificato nelle pertinenti norme internazionali

strumenti giuridici e i relativi obblighi e principi relativi alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi e in particolare all'aborto

Diritto umano	Principi e obblighi in materia di diritti umani selezionati relativi all'aborto
Il diritto al più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale, compresi i diritti e la salute sessuale e riproduttiva	• Gli Stati hanno l'obbligo di rispettare, proteggere e soddisfare il diritto di tutti alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi (34, articolo 12). Ciò comprende: ÿ l'eliminazione delle disposizioni legali, anche penali, che penalizzano le donne che hanno subito un aborto o medici che offrono questi servizi (3, 35-38); ÿ garantire che l'accesso ai servizi sanitari alle donne non sia impedito dall'esercizio da parte degli operatori sanitari di obiezione di coscienza (ad esempio, quando l'aborto è legale, se un medico si rifiuta di eseguirlo, il sistema sanitario deve fornire un rinvio a un fornitore alternativo di assistenza sanitaria) (3, 39); ÿ eliminare gli ostacoli alla fornitura di servizi per l'aborto, compresi gli ostacoli che inducono le donne a ricorrere a pratiche non sicure aborti – questo dovrebbe includere l'eliminazione di ritardi inaccettabili nel fornire assistenza medica (3, 36, 38, 40-42); ÿ adottare misure per prevenire gli aborti non sicuri e garantire l'accesso alle cure post-aborto in ogni circostanza, su base base riservata e senza la minaccia di procedimenti penali o misure punitive (3, 36-38, 40, 41, 42 [par. 33], 43-47); ÿ adottare misure per prevenire ed eliminare la discriminazione, la stigmatizzazione e gli stereotipi negativi che ostacolano l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva (SRH), anche nei confronti delle persone che cercano di abortire e degli operatori sanitari che offrono servizi di assistenza all'aborto (36, 38). • Gli Stati devono garantire che le strutture, i beni ei servizi per la salute sessuale e riproduttiva siano disponibili, accettabili e di buona qualità. Ciò comprende: ÿ garantire un numero adeguato di strutture, beni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva (ad es e personale medico e sanitario qualificato [42, 46, 48] e farmaci scientificamente approvati e non scaduti per l'aborto e l'assistenza post-aborto [49], nonché la disponibilità di un aborto sicuro in caso di stupro e incesto [3, 36 , 42, 50, 51]); ÿ garantire che l'assistenza sanitaria ei servizi, compresi i medicinali essenziali e i farmaci essenziali, siano fisicamente e geograficamente accessibili e alla portata di tutti gli individui, forniti gratuitamente o basati sulla garanzia che le spese sanitarie non espongano gli individui a difficoltà finanziarie (46); ÿ garantire che le informazioni su SRH siano accessibili (3, 52) (ad es. istituzioni e individui dovrebbero essere in grado di fornire informazioni sanitarie accurate, comprese informazioni sull'aborto, senza timore di sanzioni penali [41, 50, 51]); ÿ garantire che l'erogazione dei servizi sia rispettosa della cultura degli individui, delle minoranze, dei popoli e delle comunità, e sensibili al genere, all'età, alla disabilità, alla diversità sessuale e alle esigenze del ciclo di vita (53, par. 20).
Il diritto a non discriminazione e uguaglianza	• Gli Stati devono garantire che gli individui godano di pari accesso alla stessa gamma, qualità e standard di informazioni SRH, beni e servizi (36, 45, 52). • Gli Stati devono riconoscere e adottare misure per affrontare l'accesso all'aborto sicuro e all'assistenza post-aborto per particolari gruppi di individui, in particolare quelli che sono emarginati, hanno risorse limitate, vivono in aree rurali e/o appartengono a minoranze, poiché sono più suscettibili di subire forme incrociate di discriminazione (3, 36-38, 40, 41, 42 [punto 33], 43-47, 49, 54 [punto 45]). • Gli Stati devono abrogare o riformare le leggi, le politiche e le pratiche discriminatorie che annullano o compromettono la capacità degli individui di accedere a SRH, come la criminalizzazione dell'aborto e le leggi restrittive sull'aborto (3, 35-38, 41, 42 [par. 22], 55). • Gli Stati devono rimuovere tutte le barriere legali, procedurali, pratiche e sociali che impediscono agli individui di essere uguali e non accesso discriminatorio a SRH, compreso l'aborto, e dovrebbe abrogare misure come i requisiti di autorizzazione di terzi (vale a dire da parte di mariti, partner, genitori o tutori o autorità sanitarie), consulenza parziale, periodi di attesa obbligatori e restrizioni basate sull'essere una donna non sposata (3, 35-38). • Gli Stati devono adottare misure per prevenire l'imposizione dell'aborto forzato, in particolare a donne e ragazze appartenenti a gruppi emarginati (37, 40, 47, 52, 56).
Il diritto alla vita	• Gli Stati devono garantire che le misure volte a regolamentare l'accesso all'aborto non mettano a repentaglio la vita della donna, della ragazza o di altra persona incinta, non le sottopongano a dolore o sofferenza fisica o mentale o le discriminino o interferiscano arbitrariamente con la loro privacy (36) . • Gli Stati devono fornire un accesso effettivo e confidenziale all'aborto sicuro e legale laddove la vita o la salute della donna, della ragazza o di altra persona incinta sia a rischio, o laddove portare a termine una gravidanza provocherebbe all'individuo in stato di gravidanza notevole dolore o sofferenza, e in casi in cui la gravidanza è il risultato di stupro o incesto o in cui la gravidanza non è praticabile (36). • Gli Stati devono adottare misure per ridurre la morbilità e la mortalità materna, incluso affrontare l'aborto non sicuro, prendendo in considerazione tengono conto delle difficoltà esacerbate in determinati contesti (3, 36-38, 40, 43).

Machine Translated by Google

Diritto umano	Principi e obblighi in materia di diritti umani selezionati relativi all'aborto
Il diritto alla privacy	• Gli Stati devono rispettare il diritto degli individui a prendere decisioni a[illegible]ome sulla loro salute sessuale [illegible]iproduttiva, compreso se sottoporsi o meno a un aborto (35, 36, 57). • I servizi SRH, compreso l'aborto e l'assistenza post-aborto, devono essere forniti in modo da rispettare pienamente la donna, la privacy della ragazza o di altra persona incinta e ne garantisce la riservatezza (35, 36). • Gli operatori sanitari e medici non devono essere tenuti o incaricati di segnalare casi di donne che hanno hanno subito aborti (36, 37, 40, 48). • La negazione dell'aborto terapeutico può interferire arbitrariamente con il diritto alla privacy (57). • I requisiti di autorizzazione di terze parti possono violare il diritto alla privacy (3, 36, 38).
Il diritto di essere liberi da torture, trattamenti e punizioni crudeli, inumani e degradanti, compreso il diritto all'integrità fisica e mentale	• L'aborto forzato, la criminalizzazione dell'aborto, la negazione o il ritardo nell'assistenza all'aborto sicuro e/o nell'assistenza post-aborto e l'abuso e il maltrattamento di donne e ragazze che cercano informazioni, beni e servizi di SRH sono forme di violenza di genere (44, 55), che – a seconda delle circostanze – possono costituire tortura, trattamento crudele, inumano o degradante (55). • Gli Stati devono garantire che le misure che regolano l'aborto non sottopongano gli individui a sostanziali sofferenze fisiche o mentali o sofferenza, come quando una gravidanza è il risultato di uno stupro (36). • Le leggi e le politiche statali non devono consentire l'aborto senza il consenso libero e informato dell'individuo interessato (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Gli Stati devono prevenire e perseguire gli aborti forzati praticati da funzionari pubblici e attori privati, anche quando condotti su donne con disabilità o in conformità con leggi e politiche coercitive in materia di pianificazione familiare, nonché nel contesto di un conflitto (40, 41, 48, 52, 56, 58). • Gli Stati dovrebbero garantire che le persone che cercano un aborto legale sicuro non siano soggette ad atteggiamenti umilianti e giudicanti che portino alla negazione o al ritardo di tali servizi in un contesto di estrema vulnerabilità per queste persone e dove l'assistenza sanitaria tempestiva è essenziale (35). • La criminalizzazione dell'aborto può equivalere a tortura, trattamento crudele, inumano o degradante, inclusa la pratica di estorcere confessioni ai fini dell'azione penale da persone che richiedono cure mediche di emergenza a causa dell'aborto illegale in un contesto particolare (55).
Il diritto di decidere liberamente e responsabilmente il numero, la distanza e la tempistica dei bambini e di avere le informazioni e i mezzi per farlo	• Gli Stati devono garantire l'accesso alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare e SRH, compresi i contraccettivi a prezzi accessibili metodi per consentire a donne e adolescenti di prendere decisioni autonome e informate sulla loro salute riproduttiva (42 [punto 33], 49 [punto 33]). • Gli Stati devono garantire che le donne con disabilità possano esercitare il loro diritto di decidere il numero e la distanza tra figli (52, 59 [articolo 3, paragrafo 3]).
Il diritto all'informazione e all'istruzione anche sulla salute sessuale e riproduttiva	• Gli Stati devono adottare misure per garantire che informazioni aggiornate e accurate su SRH siano pubblicamente disponibili e accessibili a tutti individui, in lingue e formati appropriati (3, 50-52). • Gli Stati devono garantire che le istituzioni educative incorporino un'educazione sessuale imparziale, scientificamente accurata, basata sull'evidenza, adeguata all'età e completa nei loro curricula obbligatori (3, par. 63). • Gli Stati devono mettere a disposizione delle persone, su base riservata, informazioni sull'aborto accurate e basate su prove (3 [punto 63], 50-52). • Queste informazioni devono essere presentate in modo comprensibile da chi le riceve (3, 52). • La scelta di un individuo di rifiutare le informazioni quando offerte deve essere rispettata. • Gli Stati devono garantire che il consenso informato sia fornito liberamente, salvaguardato in modo efficace e basato sulla fornitura completa di informazioni di alta qualità, accurate e accessibili.
Il diritto di beneficiare del progresso scientifico e della sua realizzazione	• Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in modo accessibile (46, 49, 54). • Gli Stati devono garantire l'accesso alle tecnologie scientifiche necessarie e aggiornate, in particolare contraccezione e farmaci per l'aborto, senza discriminazione (42, 49).

Nota: per ulteriori informazioni, consultare l'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto. La formulazione utilizzata in questo riquadro riflette la lingua originale utilizzata nei documenti di origine (trattati sui diritti umani).

Machine Translated by Google

- L'accesso all'aborto deve essere disponibile quando portare a termine una gravidanza causerebbe alla donna notevole dolore o sofferenza. Ciò include ma non è limitato a situazioni in cui si trovano la sua vita e la sua salute rischio, quando la gravidanza è il risultato di stupro o incesto, o quando la gravidanza non è vitale (36, par. 8). Gli organismi di monitoraggio del trattato hanno anche raccomandato di rendere disponibile l'aborto in caso di compromissione fetale, mettendo in atto misure per proteggere dalla discriminazione sulla base della disabilità nella società (60).
- Gli Stati non dovrebbero criminalizzare coloro che abortiscono, coloro che abortiscono o coloro che sostengono qualcuno che abortisce (3 [par. 20, 34], 36 [par. 8], 55 [par. 18], 61 [par. 51(l)], 62 [punto 60], 63 [punti 82, 107]).
- Gli Stati non dovrebbero richiedere agli operatori sanitari di segnalare le donne che hanno avuto o che si sospetta abbiano avuto ha abortito (40, par. 20).
- Gli Stati devono fornire l'assistenza sanitaria primaria essenziale (64, par. 10) (vedere anche la sezione 1.4.1: Salute universale copertura e assistenza sanitaria primaria; sezione 1.4.4: Merci; Allegato 2: Trattati sui diritti umani selezionati e relativi organismi di monitoraggio dei trattati; e anche allegato Web A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).

(iv) Accessibilità delle cure per l'aborto

Dove è lecito, l'aborto deve essere accessibile nella pratica. Ciò richiede sia di garantire che le strutture sanitarie, i beni e i servizi siano accessibili (inclusi fornitori sufficienti; vedere la sezione 3.3.8 sulle restrizioni dei fornitori), sia che la legge e la politica sull'aborto siano formulate, interpretate e applicate in modo compatibile con diritti umani. Pertanto, laddove l'aborto sia attualmente disponibile sulla base di motivi, vale a dire in circostanze specifiche e in previsione del passaggio a un sistema di aborto su richiesta come raccomandato (vedere Raccomandazione 2: Approcci basati su motivi, sezione 2.2.2), tali motivi devono essere definiti e interpretati in un modo che dia pieno effetto ai diritti umani delle donne e che sia in linea con le seguenti definizioni dell'OMS:

> **Salute:** stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità (2).
>
> **Salute mentale:** uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità (65).

Gli Stati devono adottare misure efficaci per impedire a terzi (ad es. genitore, coniuge, autorità sanitaria) di compromettere il godimento da parte di una persona del proprio diritto a SRH (cfr. sezione 3.3.2: Autorizzazione di terzi) (3, par. 59), e devono anche garantire che il rifiuto del fornitore non sia un ostacolo all'accesso alle cure per l'aborto (vedere la sezione 3.3.9: Obiezione di coscienza) (3 [paragrafi 14, 43], 39 [cap. 1, paragrafi 11, 13]).

(v) Consenso libero e informato

Il diritto internazionale sui diritti umani richiede che la fornitura dell'aborto sia basata sul consenso libero e informato della persona che ha l'aborto senza che sia richiesta alcuna ulteriore autorizzazione.

Il diritto internazionale sui diritti umani obbliga gli Stati a garantire che le informazioni sull'aborto accurate e basate su prove (3 [para. 9], 36 [para. 8]) siano a disposizione delle persone su base riservata (36 [para. 8], 43), e anche che sia rispettata la loro scelta di rifiutare tali informazioni quando offerte (58, par. 15). La ricezione di tali informazioni è fondamentale in quanto sostiene il diritto e la capacità di prendere decisioni e scelte informate su questioni riguardanti il proprio corpo e SRH e di fornire il consenso informato (vedere anche la sezione 1.3.2 di seguito).

Per quanto riguarda il diritto internazionale dei diritti umani, gli Stati sono obbligati a garantire che il "consenso informato" sia:

- documentato prima di un intervento sanitario e fornito senza coercizione, indebita influenza o falsa dichiarazione (58, par. 13);
- salvaguardato attraverso strumenti legislativi, politici e amministrativi (58, co. 7), quale aspetto fondamentale di una serie di diritti umani (ossia il diritto alla salute, all'informazione, alla libertà dalla discriminazione, alla sicurezza e alla dignità della persona);
- sulla base della fornitura di informazioni complete sui benefici, sui rischi e sulle alternative associati;
- sulla base di informazioni di alta qualità, accurate e accessibili (inclusa la garanzia che siano disponibili in una gamma di formati e lingue, e in forme che lo rendano accessibile alle persone con capacità ridotte), e presentato in modo accettabile per la persona che acconsente.

Machine Translated by Google

Ulteriori informazioni pertinenti sono fornite nella sezione 3.2 sulla fornitura di informazioni e consulenza relativa all'aborto per singoli richiedenti l'aborto, e nella sezione 3.5.1 sulle cure di follow-up e nella sezione 3.5.4 sulla contraccezione post-aborto.
Gli Stati hanno l'obbligo di proteggere le donne da interferenze arbitrarie quando richiedono servizi SRH e di garantirne il rispetto per il processo decisionale autonomo da parte delle donne, comprese le donne con [illegible] merito loro [illegible] ber[illegible] (60).

Anche se le donne hanno diritto a informazioni accurate, alcuni operatori sanitari [illegible]si oppon[illegible] all' to s[illegible] principio di coscienza forniscono deliberatamente informazioni fuorvianti o si rifiutan[illegible] qualsia[illegible] orma[illegible] o aborto (66-68). Gli Stati in cui gli operatori sanitari possono invocare l'obiezione di coscienza (3, par. 4 [illegible]evono farlo regolamentare e monitorare tali rifiuti di cura dell'aborto per garantire che le donne possano accedere a informazioni accurate e servizi adeguati (cfr. sezione 3.3.9: Obiezione di coscienza).

In base al diritto internazionale sui diritti umani, gli Stati non possono limitare l'accesso delle donne ai servizi sanitari in base al motivo che non hanno l'autorizzazione di mariti, partner, genitori/tutori o autorità sanitarie, perché non sono sposati, o perché sono donne (39 [Cap.1, parr. 14, 21], 3 [parr. 41, 43]). Per gli adolescenti, l'autorizzazione o il consenso dei genitori non dovrebbe essere richiesta prima della fornitura di cure per l'aborto (vedi anche sezione 3.3.2: Autorizzazione di terzi). In generale, gli Stati devono riconoscere i bambini e gli adolescenti capacità evolutiva e la capacità ad essa associata di prendere decisioni che riguardano la loro vita (69, articolo 5). Al fine per garantire la protezione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi degli adolescenti, lo Speciale delle Nazioni Unite Relatore sul diritto di ciascuno al godimento del più alto livello raggiungibile di benessere fisico e mentale salute ha suggerito che gli Stati dovrebbero prendere in considerazione l'introduzione di "una presunzione legale di competenza che un l'adolescente che cerca beni o servizi sanitari preventivi o urgenti, anche per la salute sessuale e riproduttiva, ha la capacità necessaria per accedere a tali beni e servizi" (35, par. 60). Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo (CRC) ha anche esortato gli Stati a "esaminare e considerare la possibilità di permettere ai bambini di acconsentire a determinati trattamenti e interventi medici senza il permesso di un genitore, tutore o tutore, come … servizi di salute sessuale e riproduttiva, incluso … aborto sicuro" (45, paragrafo 31).

Le persone con disabilità hanno diritto all'autonomia (59, articolo 3a), ma subiscono discriminazioni continue e sistematiche accesso ai servizi SRH. Gli Stati sono obbligati a vietare e prevenire il rifiuto discriminatorio dei servizi SRH alle persone con disabilità (70, par. 66). Gli Stati non possono intraprendere e devono adottare misure per prevenire l'aborto forzato o forzato (40, paragrafo 11), che costituisce tortura, trattamento crudele, inumano o degradante (40 [paragrafo 11], 52 [paragrafo 62]).

(vi) Assistenza post-aborto

La fornitura di assistenza post-aborto è un obbligo fondamentale degli Stati ai sensi del diritto alla SRH (3, paragrafo 49e). Indipendentemente dal fatto che l'aborto sia legale o limitato, gli Stati sono tenuti a garantire l'accesso alle cure post-aborto (45, par. 70).
Tali cure devono essere disponibili su base riservata, senza discriminazioni e senza la minaccia di reati azione penale o altre misure punitive (36, par. 8). Gli Stati devono inoltre garantire l'accesso a un'ampia gamma di metodi contraccettivi moderni, sicuri e convenienti (36 [paragrafo 8], 49 [paragrafo 33]).

(vii) Responsabilità per violazioni dei diritti umani

I meccanismi di responsabilità sono essenziali per la protezione, il rispetto e l'adempimento della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Il monitoraggio e la responsabilità per il rispetto dei diritti umani avviene a livello nazionale, regionale e internazionale, a seconda della legge in questione. Il monitoraggio e la responsabilità coinvolgono una varietà di attori, come lo Stato stesso, le organizzazioni della società civile, le istituzioni nazionali per i diritti umani oi meccanismi internazionali o regionali per i diritti umani. Alcuni di tali meccanismi di responsabilità includono meccanismi amministrativi per la registrazione e il monitoraggio degli esiti sanitari rilevanti relativi alla legge e alla politica sull'aborto, e includendoli nei rapporti alle istituzioni per i diritti umani (39, Cap.1, paragrafi 9, 10, 12, 17) (vedere anche la sezione 1.4.5 sul monitoraggio e la valutazione della cura dell'aborto). Gli Stati devono garantire che tutte le persone abbiano accesso alla giustizia ea un rimedio significativo ed efficace in caso di violazione dei loro diritti umani (39, cap. 1, par. 13). Tali rimedi possono includere una riparazione adeguata, efficace e tempestiva sotto forma di restituzione, risarcimento, riabilitazione, soddisfazione e garanzie di non ripetizione (3, par. 64), anche mediante riforma della legge e della politica. Consapevole di quanto sopra, un ambiente favorevole per l'assistenza all'aborto assicurerebbe che vi siano meccanismi di responsabilità adeguati per i fallimenti per facilitare l'assistenza all'aborto di qualità, compresi meccanismi di responsabilità accessibili, trasparenti ed efficaci per le donne per contestare la negazione dell'aborto in modo tempestivo. Inoltre, un ambiente favorevole includerebbe rimedi adeguati per il fallimento nel facilitare la cura dell'aborto di qualità, compresa la revisione regolare e la riforma della legge e della politica per riconoscere e rimuovere gli ostacoli alla cura dell'aborto di qualità. Come confermato dal Comitato per l'eliminazione

Machine Translated by Google

di discriminazione contro le donne (CEDAW), tale riforma dovrebbe includere "[a]abolire[ing] la criminalizzazione discriminatoria e rivedere[ing] e monitorare[ing] tutte le procedure penali… [e] depenalizzare[ing] forme di comportamento che possono essere praticato solo da donne, come l'aborto" (61, par. 51[l]).

1.3.2 Disponibilità e accessibilità delle informazioni

Un primo passo essenziale per migliorare l'accesso e la qualità delle cure per l'aborto è garantire che tutti gli individui possano accedere a informazioni e consulenza sanitaria pertinenti, accurate e basate sull'evidenza, se e quando lo desiderano. Ciò è richiesto dal diritto internazionale dei diritti umani – fondato sul diritto all'informazione e sul diritto alla privacy (cfr. riquadro 1.2) – e facilita il processo decisionale individuale relativo ai servizi SRH, compreso l'aborto. Devono essere disponibili due diversi tipi di informazioni sull'aborto: (i) informazioni di natura generale per il pubblico (descritte di seguito) e (ii) informazioni specifiche su misura per essere rilevanti per ogni persona che richiede l'aborto (vedere la sezione 3.2.1) e alla base del consenso libero e informato, descritto nella sezione 1.3.1(v).

Gli Stati parti devono garantire che tutti abbiano il diritto di ricevere informazioni accurate, imparziali e basate su prove su SRH. Allo stesso modo, come parte del loro obbligo di ridurre la mortalità e la morbilità materna, gli Stati devono garantire la fornitura di un'educazione completa, non discriminatoria, scientificamente accurata e adeguata all'età sulla sessualità e la riproduzione, comprese le informazioni sull'aborto, sia all'interno che all'esterno delle scuole (46, 71 [articoli 10, 16], 72) e deve garantire che l'educazione sessuale completa (CSE) sia accessibile ai minori senza il consenso dei loro genitori o tutori (45, par. 31). In un ambiente favorevole a tutte le persone sarebbero fornite tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione informata in merito all'uso della contraccezione, comprese informazioni su dove e come ottenere un aborto o una contraccezione, i costi dei servizi e le specifiche di eventuali leggi locali .

Il crescente ricorso all'autogestione dell'aborto (cfr. sezione 3.6.2) sottolinea la necessità di garantire che informazioni accurate sull'aborto siano disponibili a tutti coloro che possono richiederlo.

In base al diritto internazionale sui diritti umani, la fornitura di informazioni sull'aborto non dovrebbe essere criminalizzata, anche in contesti in cui la procedura stessa può essere illegale (cfr. sezione 2.2.1: Criminalizzazione dell'aborto). Per garantire che informazioni accurate siano ampiamente accessibili, anche per coloro che hanno un basso livello di alfabetizzazione, un ambiente favorevole prevede che tali informazioni siano condivise utilizzando una varietà di formati/media appropriati per il pubblico previsto (ad esempio video, social media). Il CESCR delle Nazioni Unite ha confermato che "[l]a diffusione di disinformazione e l'imposizione di restrizioni al diritto degli individui di accedere alle informazioni su SRH viola anche il dovere di rispettare i diritti umani. … Tali restrizioni impediscono l'accesso alle informazioni e ai servizi e possono alimentare lo stigma e la discriminazione" (3, par. 41).

1.3.3 Fattori del sistema sanitario

All'interno del sistema sanitario, sono necessarie molteplici azioni per realizzare gli obblighi in materia di diritti umani. Azioni per facilitare e rafforzare l'erogazione dei servizi legati all'aborto dovrebbe basarsi sui diritti umani, sui bisogni sanitari locali e a conoscenza approfondita del sistema di erogazione dei servizi e del più ampio contesto sociale, culturale, politico ed economico contesto. Gli standard e le linee guida nazionali per la cura dell'aborto dovrebbero essere basati sull'evidenza e aggiornati periodicamente, e dovrebbe fornire la guida necessaria per raggiungere la parità di accesso a cure complete per l'aborto. Comando dovrebbe anche promuovere servizi SRH basati sull'evidenza secondo questi standard e linee guida.

Il diritto al più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale include il diritto a una salute rispettosa cura, nonché il diritto di essere libero dalla violenza e dalla discriminazione (73). Il diritto di beneficiare del progresso scientifico e la sua realizzazione consente alle donne di accedere alle tecnologie scientifiche aggiornate necessarie per le donne. Questo significa che gli Stati devono garantire l'accesso a forme moderne e sicure di contraccezione (compresa la contraccezione d'emergenza), farmaci per l'aborto, tecnologie di riproduzione assistita e altri beni e servizi SRH, sulla base del non discriminazione e uguaglianza (49, par. 33). Per raggiungere uno standard elevato di cure rispettose, i sistemi sanitari dovrebbero esserlo organizzati e gestiti in modo da garantire il rispetto dei diritti umani e dei diritti umani delle persone (73). Salute rispettosa l'assistenza riconosce i diritti degli individui, rispetta la loro agenzia e autonomia nel processo decisionale e incorpora i loro valori e preferenze nella cura.

Oltre alle barriere politiche e normative, altre barriere possono limitare ulteriormente la disponibilità di servizi per l'aborto, tra cui: lo stigma; costi formali e informali; mancanza di merci, servizi, fornitori qualificati e informazioni; E/ o la riluttanza di alcuni operatori sanitari a fornire assistenza. Questo lascia particolari gruppi di persone – come coloro che vivono in ambienti rurali, coloro che affrontano difficoltà finanziarie, adolescenti, non sposati, transgender o non binari individui, coloro che hanno meno accesso all'istruzione e coloro che vivono con l'HIV – sproporzionatamente vulnerabili a

Machine Translated by Google

ostacoli all'ottenimento di cure per l'aborto. Come parte di un ambiente favorevole, un sistema sanitario dovrebbe essere adeguatamente
risorse, nel senso che le risorse (ad es. medicinali essenziali, forniture, attrezzature, forza lavoro, allocazioni finanziarie)
sono disponibili, equamente distribuiti e utilizzati in modo efficiente. In questo modo, un accesso adeguato ed equo alla qualità è assicurato
dovrebbero essere assicurati medicinali e attrezzature essenziali. Allo stesso modo, le p nziam della hero di far
accesso ai servizi SRH subordinato al pagamento diretto da parte dei pazienti presso ito di ser , e l ute
la forza lavoro dovrebbe essere qualificata nel fornire servizi SRH basati sull'evidenza, sa la c enza

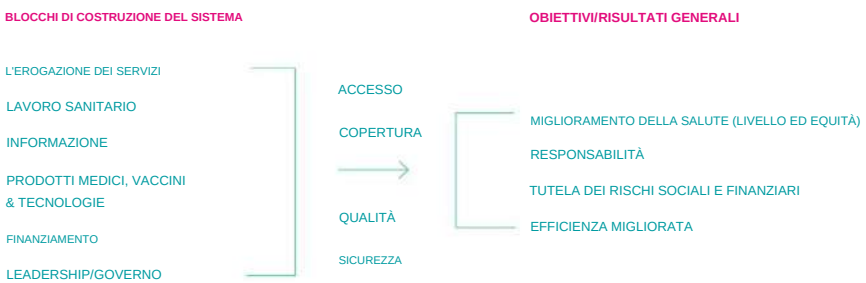
Lo stigma dell'aborto è comune e ha conseguenze psicologiche negative per le persone che cercano l'aborto
operatori sanitari che forniscono assistenza in caso di aborto (31, 74, 75) e possono anche essere dannosi per gli esiti di salute. Aborto
lo stigma è un processo sociale e dipende dal contesto, ma può essere considerato un esercizio di potere
e il controllo di un gruppo sui membri di un gruppo meno potente, che sono considerati diversi, negativamente
stereotipata, discriminata ed emarginata all'interno della società (75, 76). È necessario lavorare in tutti i settori per
contrastare lo stigma; i sistemi sanitari dovrebbero riconoscere i rischi e gli effetti dello stigma e implementare soluzioni
non solo garantire privacy e riservatezza, ma anche supportare gli operatori sanitari. La cura dovrebbe essere sempre fornita
rispettosamente e con compassione. In un ambiente favorevole, anche le comunità sono impegnate e di supporto.
Anche coloro che assistono e sostengono i richiedenti l'aborto - i loro partner, amici, familiari - hanno bisogno di sostegno
all'interno del sistema sanitario e dell'ambiente più ampio.

Una considerazione più approfondita dei fattori chiave del sistema sanitario è fornita nella sezione 1.4 di seguito.

1.4 Considerazioni sul sistema sanitario

Il sistema sanitario si riferisce a tutte le organizzazioni, persone e azioni il cui intento primario è quello di promuovere, ripristinare
o mantenere la salute (77). Il sistema sanitario è costituito dai sei elementi costitutivi fondamentali, come elencato nella figura 1.2, che
supportare quattro obiettivi e risultati generali, come mostrato di seguito. Questa sezione affronta in dettaglio il sistema sanitario
considerazioni rilevanti per un ambiente favorevole alla cura dell'aborto.

Figura 1.2: Il quadro del sistema sanitario dell'OMS



Fonte: OMS, 2007 (77).

Un sistema sanitario ben funzionante, con tutti i "blocchi" che lavorano in armonia, dipende dalla presenza di operatori sanitari formati e motivati,
un'infrastruttura ben mantenuta e una fornitura affidabile di farmaci e tecnologie, sostenuta da finanziamenti adeguati, solidi piani sanitari e politiche. I
servizi sanitari forniti tramite il sistema sanitario non sono limitati a quelli forniti presso una struttura sanitaria; l'assistenza sanitaria ei servizi possono
essere ricevuti anche attraverso fornitori basati sulla comunità (ad es. visitatori sanitari, farmacisti), interventi digitali o approcci di auto-cura (ad es.
telemedicina).

1.4.1 Copertura sanitaria universale e assistenza sanitaria di base

Copertura sanitaria universale (UHC) significa garantire a tutte le persone l'accesso ai servizi sanitari di promozione, prevenzione, cura,
riabilitazione e palliativi di cui hanno bisogno, che devono essere di qualità sufficiente per essere efficaci, garantendo anche che l'uso di
questi servizi non esporre eventuali utenti a difficoltà finanziarie (30).
UHC è parte integrante del raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.8: ottenere una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi
finanziari, l'accesso a servizi sanitari essenziali di qualità e l'accesso a servizi sicuri, efficaci, di qualità e convenienti

Machine Translated by Google

medicinali essenziali e vaccini per tutti. Lo scopo di questo obiettivo è quello di accelerare gli sforzi per garantire che tutte le persone e le comunità ricevono l'intera gamma di servizi sanitari essenziali e di qualità di cui hanno bisogno nel corso della vita, senza subire difficoltà finanziarie.

Per creare un ambiente favorevole, è necessario che la cura dell'aborto sia integrata nel sistema sanitario a tutti i livelli (incluso primario, secondario e terziario) – e supportato nella comunità – per consentire espansione dei ruoli degli operatori sanitari, compresi gli approcci di autogestione. Tale integrazione è un processo complesso che può verificarsi attraverso l'erogazione di servizi, meccanismi di finanziamento e/o inclusione in pacchetti di prestazioni sanitarie. Sebbene l'inclusione nei pacchetti di benefici per la salute possa migliorare l'accesso e la fornitura di cure per l'aborto, in molti paesi l'assistenza all'aborto non è esplicitamente riconosciuta nel pacchetto standard, contribuendo a un accesso iniquo servizi (78).

Dal punto di vista del finanziamento della sanità, è necessario migliorare l'accesso alle cure complete per l'aborto, come parte dell'UHC spostando l'onere del finanziamento dai privati verso il finanziamento pubblico interno, che combina la tassazione regimi di entrate e pagamenti anticipati per coprire i costi delle cure (78). Ulteriori informazioni sono fornite nella sezione 1.4.2 sotto. Nel frattempo, dal punto di vista dell'erogazione dei servizi, l'integrazione dell'assistenza all'aborto all'interno dell'assistenza materna nazionale e i programmi di pianificazione familiare sono tecnicamente l'opzione più semplice in quanto i servizi di aborto richiedono pochi, se eventuali, ulteriori competenze del fornitore, medicinali, attrezzature o forniture. Inoltre, è l'opzione più efficiente, in quanto riduce al minimo eventuali costi aggiuntivi/marginali di implementazione dei servizi per l'aborto.

Il rafforzamento dei sistemi sanitari, migliorando le prestazioni di tutti e sei gli elementi costitutivi del sistema sanitario (vedi sopra), è essenziale per progredire verso l'UHC (77). L'uso di tecnologie e approcci nuovi e innovativi per la fornitura, l'agevolazione o il sostegno di servizi per l'aborto devono essere incorporati nei programmi nazionali e nella sanità pacchetti di vantaggi. Il Compendio UHC dell'OMS fornisce un elenco di tutti gli interventi relativi alla cura dell'aborto da prendere in considerazione per l'inclusione nel pacchetto UHC di un paese (79).3

Per garantire sia l'accesso all'aborto che il raggiungimento dell'UHC, l'aborto deve essere incentrato sull'assistenza sanitaria primaria (PHC), che a sua volta è completamente integrato nel sistema sanitario, facilitando i percorsi di riferimento per l'assistenza di livello superiore Quando necessario. PHC è un approccio multisettoriale e sociale alla salute che mira a garantire il più alto livello possibile di salute e benessere per tutti gli individui, concentrandosi sui bisogni e sulle preferenze delle persone (individui, famiglie e comunità) lungo il continuum dell'assistenza dalla promozione della salute e dalla prevenzione delle malattie al trattamento, riabilitazione e cure palliative (30). La PHC di qualità è basata sulle prove, consegnata dalla comunità e persona centrato. Rendere l'aborto disponibile e accessibile all'interno della PHC è una strategia sicura ed efficace per avanzare in modo equo l'accesso all'aborto e fornire un ambiente favorevole all'aborto.

1.4.2 Finanziamento sanitario

Il finanziamento della sanità è una funzione fondamentale dei sistemi sanitari che può consentire il progresso verso l'UHC migliorando l'effettiva copertura dei servizi e la protezione finanziaria. Per migliorare l'effettiva copertura dei servizi, gli accordi di finanziamento sanitario per i servizi di aborto dovrebbero garantire che i costi di produzione siano sostenuti in modo che gli operatori sanitari abbiano i mezzi per svolgere queste attività senza vincoli finanziari. Per migliorare la protezione economica, il sistema sanitario deve garantire che la quota dei costi – costi di produzione e costi di accesso ai servizi – sostenuti dai pazienti non costituisca un ostacolo alla piena fruizione dei servizi. L'approccio dell'OMS al finanziamento della sanità si concentra sulle seguenti funzioni fondamentali:

- aumentare le entrate – stabilire fonti di finanziamento, compresi i bilanci governativi, obbligatori o volontari regimi assicurativi prepagati, pagamenti diretti diretti da parte degli utenti e aiuti esterni;
- pooling funds – l'accumulo di fondi prepagati per conto di una parte o di tutta la popolazione; E
- acquisto di servizi – il pagamento o l'allocazione di risorse agli operatori sanitari.

Inoltre, tutti i paesi hanno politiche che indicano a quali servizi la popolazione ha diritto, anche se non esplicitamente dichiarato dal governo e, per estensione, tutti i servizi non coperti sono generalmente pagati di tasca propria dai pazienti come canoni di utenza o co-pagamenti.

Per fornire un ambiente favorevole, il finanziamento dei servizi per l'aborto dovrebbe tenere conto dei costi per la salute sistema garantendo al tempo stesso che i servizi siano gratuiti o convenienti e prontamente disponibili per tutti coloro che ne hanno bisogno, a supporto dell'obiettivo di raggiungere l'UHC. Una recente revisione dell'ambito ha rilevato i costi per il sistema sanitario e per la donna

3 Disponibile selezionando “Salute sessuale e riproduttiva” a questo link: https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/interventi-per-area-programma o effettuando una ricerca nel database a questo link: https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/Banca dati

Machine Translated by Google

categorizzando le conseguenze economiche dell'aborto e delle politiche abortive attraverso tre livelli: micro, meso e macroeconomico. La valutazione dei livelli micro, meso e macroeconomico ha fornito informazioni sulle conseguenze economiche documentate degli aborti a livello individuale, comunitario e del sistema sanitario (80-82).

Costo per la struttura o il sistema sanitario

Per quanto riguarda i costi per la struttura sanitaria e il sistema sanitario, l . ulla re ne su esoe i hanno confermato che le risorse limitate influiscono negativamente sulla capacità delle str e di soddisfare la dom da e fornire servizi di qualità (81). Inoltre, i costi dell'assistenza post-aborto, compreso il trattamento delle complicanze post-aborto, consumano una quantità sproporzionata di risorse delle strutture in molti contesti, ponendo un onere per i sistemi sanitari esaurendo ulteriormente le loro risorse eccessive. Pertanto, i risparmi finanziari possono essere realizzati mantenendo o addirittura migliorando la qualità dei servizi di assistenza all'aborto, nonché decentralizzando i servizi e legalizzando l'aborto, come indicato nella valutazione macroeconomica (82).

Fornire l'accesso a cure di qualità per l'aborto è notevolmente meno costoso rispetto al trattamento delle complicanze dell'aborto non sicuro (83-87). I costi per la cura dell'aborto con aspirazione sottovuoto includono investimenti di capitale poco frequenti e modesti, come l'acquisto di una macchina di aspirazione per l'aspirazione elettrica del vuoto (EVA) o dell'attrezzatura per l'aspirazione manuale del vuoto (MVA), un lettino da visita, uno sterilizzatore a vapore o un'autoclave, e possibilmente anche la ristrutturazione delle sale di attesa, consultazione e ricovero, e dei servizi igienici. I costi ricorrenti per l'aborto chirurgico o medico includono quelli associati all'acquisto di strumenti e forniture che dovranno essere riforniti regolarmente, come cannule e aspiratori MVA, soluzioni antisettiche e disinfettanti di alto livello utilizzati per la lavorazione degli strumenti e medicinali per la gestione del dolore, prevenzione delle infezioni e l'aborto farmacologico.

Le decisioni su quali metodi di aborto offrire e su come organizzare i servizi influenzano direttamente il costo della fornitura dei servizi e la loro accessibilità. Due questioni organizzative sono di particolare importanza sia per aumentare la sicurezza che per ridurre i costi: (i) l'uso preferenziale dell'aspirazione sottovuoto o dell'aborto farmacologico e (ii) facilitare la fornitura dell'aborto (ad es. migliore accesso ai servizi per l'aborto, integrazione nell'assistenza sanitaria di base). Anche l'espansione del ruolo degli operatori sanitari nella fornitura di aborti e l'esplorazione di modalità innovative di erogazione dei servizi, come la telemedicina e le linee dirette, sono state identificate come strategie di risparmio sui costi per le sistemi sanitari (82).

Rendere i servizi accessibili alle donne

Nei paesi in cui è disponibile l'accesso legale all'aborto, rimane una sfida fornire servizi di aborto finanziati con fondi pubblici e gratuiti presso il punto di cura (88). Inoltre, in alcuni contesti, la protezione finanziaria è limitata a specifici gruppi demografici di individui che richiedono l'aborto oa determinate categorie legali di aborto.
Alle richiedenti l'aborto possono essere addebitati costi aggiuntivi sostanziali (oltre alle tariffe ufficiali), creando una barriera per molti, specialmente se combinati con le spese di viaggio e i costi di opportunità, come il tempo perso dal lavoro retribuito e non retribuito. In alcuni contesti, i tassi di rimborso per i fornitori privati o pubblici che lavorano con organizzazioni non governative sono ben al di sotto del costo dell'assistenza. È probabile che la barriera dei costi elevati dei farmaci e/o dei servizi per l'aborto generi costi più elevati per il sistema sanitario, poiché questi costi costringono molti, soprattutto tra la popolazione adolescente (89), a presentarsi in un'età gestazionale successiva o a utilizzare fornitori non sicuri o metodi, aumentando così i tassi di ospedalizzazione per complicanze gravi (80, 90-92). Tassi più elevati di complicanze, tasse aggiuntive e costi elevati contribuiscono anch'essi alla stigmatizzazione dell'aborto.

Il rispetto, la protezione e l'adempimento del diritto alla salute richiedono agli Stati di garantire, come minimo, un accesso universale ed equo a servizi, beni e strutture SRH accessibili, accettabili e di qualità, in particolare per le donne e i gruppi svantaggiati ed emarginati (3, par. 49). Pertanto, al fine di fornire un ambiente favorevole per la cura dell'aborto, la capacità di pagare non dovrebbe avere alcuna incidenza sulla capacità delle donne di accedere ai servizi legali per l'aborto (3 [par. 17], 35 [par. 31], 39 [cap. 1, punto 21]).

Come parte di un ambiente favorevole, le considerazioni sulla parità di genere, i diritti umani e l'equità dovrebbero guidare la progettazione della politica di finanziamento della sanità per ridurre se non eliminare le barriere finanziarie per i più vulnerabili e per garantire un accesso equo a servizi di buona qualità (93) . Il Comitato CEDAW ha descritto le tasse per l'aborto come gravose per la scelta informata e l'autonomia delle donne (94, par. 37). Laddove vengono addebitate tariffe per l'aborto, ciò dovrebbe essere basato su un'attenta considerazione della capacità di pagare e dovrebbero essere disponibili esenzioni per coloro che si trovano ad affrontare difficoltà finanziarie e adolescenti che cercano l'aborto. Va notato, tuttavia, che le prove del successo dell'esenzione dalle tasse nell'affrontare gli ostacoli finanziari e nel migliorare l'accesso alla qualità

Machine Translated by Google

l'assistenza all'aborto è mista e inconcludente (95). Numerosi organismi di monitoraggio del trattato (vedi allegato 2) hanno riconosciuto che i servizi di aborto devono essere economicamente accessibili, raccomandando agli Stati di abbassare il costo dell'aborto o altrimenti fornire sostegno finanziario quando necessario (96 [punti 37(b), 38(b)], 97 [punto 24], 98 [punti 38, 39]). Allo stesso modo, il Comitato contro la tortura (CAT) ha invitato gli Stati a garantire il libero accesso all'aborto nei casi di stupro (99, par. 15a). Tenendo presente quanto sopra, per quanto possibile, i servizi e le forniture per l'aborto dovrebbero essere obbligatori per la copertura nell'ambito dei piani assicurativi poiché l'incapacità di pagare non è un motivo accettabile per negare o ritardare la cura dell'aborto. Inoltre, avere procedure trasparenti in tutte le strutture sanitarie può garantire che le spese informali non lo siano imposto dal personale.

1.4.3. Competenze e formazione del personale sanitario

Gli operatori sanitari sono tutte le persone impegnate in azioni il cui intento primario è quello di migliorare la salute (100). L'erogazione di cure di alta qualità richiede un'offerta adeguata di operatori sanitari competenti, equamente distribuiti e con un mix ottimale di competenze a livello di struttura, assistenza e comunità (101). Tutti gli operatori sanitari devono essere adeguatamente supportati per fornire cure competenti. Le competenze richieste per fornire o supportare la cura dell'aborto sono in linea con le competenze richieste in molte diverse aree della salute (102, 103). L'OMS sta attualmente sviluppando un quadro di competenze globali per la copertura sanitaria universale (UHC), che identifica le competenze richieste agli operatori sanitari di base per fornire l'intero spettro di cure promozionali, preventive, diagnostiche, curative e palliative (104, 105).

L'erogazione dei servizi di assistenza e trattamento dovrebbe essere realizzata in modo centrato sulla persona, non giudicante e non direttivo, consentendo alle persone di guidare il processo decisionale sulla propria assistenza in modo informato e supportato (106). Come parte di garantire un ambiente favorevole, è particolarmente importante che la formazione per gli operatori sanitari coinvolti con i servizi SRH incorpori:

- le competenze uniche richieste per i servizi SRH, in particolare per la cura dell'aborto;
- fornitura di assistenza centrata sulla persona;
- diritti umani, e il contenuto e il significato della legge, e come interpretare e applicare la legge e la politica in modi conformi ai diritti;
- comunicazione per consentire un processo decisionale informato;
- chiarimenti sui valori;
- lavoro di gruppo interprofessionale; E
- approcci empatici e compassionevoli alla cura (105).

Queste competenze dovrebbero essere incluse nei programmi di formazione e promosse dalle società professionali. È particolarmente critico che gli atteggiamenti e i comportamenti degli operatori sanitari siano inclusivi, non giudicanti e non stigmatizzanti, e che promuovano la sicurezza e l'uguaglianza. I dirigenti della sanità – sia del settore pubblico che privato – sono responsabili della fornitura di servizi in modo appropriato e del rispetto degli standard basati sull'etica professionale e principi sui diritti umani concordati a livello internazionale.

1.4.4 Merci

La fornitura di assistenza sanitaria di base include l'accesso a farmaci sicuri, efficaci, di qualità garantita e convenienti, compresi i farmaci per l'aborto e le cure post-aborto (cioè antibiotici e farmaci per il controllo del dolore, nonché farmaci per l'aborto e contraccettivi post-aborto).

L'elenco modello dei farmaci essenziali dell'OMS (noto anche come elenco dei farmaci essenziali o EML) include i farmaci minimi necessari per un sistema sanitario di base, elencando i farmaci più efficaci, sicuri ed economici per le condizioni prioritarie. Le condizioni prioritarie sono selezionate in base alla rilevanza attuale e futura stimata per la salute pubblica e al potenziale per un trattamento sicuro ed economico. Sia il mifepristone che il misoprostolo sono stati inclusi negli elenchi modello dei medicinali essenziali dell'OMS dal 2005. Nel 2019, questi medicinali sono stati spostati dall'elenco complementare a quello di base dei farmaci essenziali nella 21a EML e il requisito di "stretto controllo medico" per il loro uso è stato rimosso (107). I medicinali abortivi pertinenti inclusi nella 21a EML e anche il più recente 22° EML sono indicati nella Tabella 1.1.

Machine Translated by Google

Tabella 1.1 Medicinali inclusi nell'elenco modello dei farmaci essenziali (EML) dell'OMS e relative indicazioni

Indicazione inclusa in EML	Medicinali inclusi nell'EML
Aborto indotto	• Mifepristone (200 mg) e misoprostolo (200 ÿg) • I medicinali sono disponibili singolarmente o in co-confe ento. • L'EML menziona specificamente la seguente formulazi -confezion comp di m tone (200 r 4 comp di mis olo (2).
Gestione dell'aborto incompleto e dell'aborto spontaneo	• Misoprostolo (200 ÿg)

Fonte: WHO EML – 21a lista, 2019 (107), 22a lista, 2021 (108).

All'interno di un paese, gli elementi chiave di una strategia per i prodotti di base includono la politica, la regolamentazione, gli appalti e la catena di approvvigionamento, nonché i collegamenti ai sistemi di finanziamento e rimborso (109).

Il mifepristone e il misoprostol dovrebbero essere elencati nei pertinenti EML nazionali (NEML) o loro equivalenti e dovrebbero essere inclusi nelle pertinenti linee guida per l'assistenza clinica/erogazione dei servizi. Nel caso dei test di gravidanza e delle apparecchiature MVA, i paesi possono avere un elenco dei dispositivi medici essenziali o un elenco simile per i dispositivi medici. Test di gravidanza e dispositivi MVA di qualità dovrebbero essere inclusi in questi elenchi come parte di una strategia di prodotti.

L'inclusione nel NEML è una componente importante per garantire la disponibilità di medicinali di qualità. Misoprostolo, mifepristone, attrezzature chirurgiche per l'aborto e altri prodotti sanitari pertinenti dovrebbero essere inclusi nelle gare d'appalto nazionali e nelle attività di monitoraggio della catena di approvvigionamento. Le attività di approvvigionamento dovrebbero includere metodi di previsione appropriati ai prodotti e al contesto del paese con l'obiettivo di garantire la continuità dell'approvvigionamento (110). Le entità dei Central Medical Stores (CMS) dovrebbero garantire che le specifiche per l'approvvigionamento di medicinali abortivi sicuri siano coordinate con le autorità nazionali di regolamentazione dei medicinali (NMRA) e che specifichino chiaramente gli standard di garanzia della qualità e tutti gli altri requisiti, come la resistenza, l'imballaggio
e durata di conservazione.

L'OMS raccomanda di perseguire il massimo livello di garanzia della qualità, ma riconosce che potrebbero essere necessari approcci basati sul rischio nei paesi in cui l'accesso ai mercati internazionali è limitato. Gli approcci basati sul rischio dipenderanno dal contesto di un determinato paese, ma possono includere eccezioni basate su informazioni precedenti su un produttore o sull'affidamento a informazioni di altre autorità di regolamentazione (111). I medicinali di qualità garantita includono quelli approvati da rigorose autorità di regolamentazione (SRA) (112)4 o elencati attraverso la prequalificazione dell'OMS (PQ).5 Qualora tali medicinali non siano disponibili, dovrebbe essere intrapreso per mifepristone e misoprostol.6

Gli NMRA sono gli organismi che forniscono la registrazione e l'autorizzazione all'immissione in commercio per prodotti specifici. L'NMRA esamina la sicurezza, l'efficacia e la qualità dei medicinali nell'ambito della concessione dell'autorizzazione all'immissione in commercio. Tale autorizzazione è specifica per ciascun medicinale prodotto in un determinato luogo da un determinato produttore. Le autorizzazioni all'immissione in commercio sono concesse sulla base di una valutazione di un dossier tecnico presentato dal produttore, o dal suo agente, che conferma l'efficacia, la qualità e la sicurezza del prodotto. Attraverso la prequalificazione, l'OMS supporta un meccanismo di affidamento normativo in cui fornisce informazioni di valutazione dettagliate agli NMRA sui prodotti che sono stati prequalificati dall'OMS, in modo che la decisione normativa possa essere presa sulla base della valutazione dell'OMS piuttosto che doverla duplicare. Sulla base dello stesso principio, l'OMS supporta anche la condivisione delle informazioni di valutazione per i prodotti approvati dalla SRA. Questi processi sono entrambi noti come procedure di registrazione collaborativa dell'OMS (CRP).7

Le autorità di regolamentazione determinano l'autorità di prescrivere e dispensare medicinali. Ci sono esempi, inclusa la contraccezione d'emergenza, in cui le autorità di regolamentazione hanno preso decisioni per cambiare l'autorità di prescrizione per migliorare l'accesso e l'uso appropriato, comprese le vendite "da banco" o la prescrizione da parte di un farmacista senza consultazione del medico. Le informazioni generalmente considerate includono se una condizione può essere ragionevolmente autodiagnosticata, la sicurezza complessiva del medicinale e la probabilità di un uso improprio

4 SRA sono elencate in questa pagina web: https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs. Nel riferimento citato (pp. 34-35), le SRA sono definite come “un'autorità di regolamentazione che è membro o osservatore dell'ICH [Consiglio internazionale per l'armonizzazione dei requisiti tecnici per i prodotti farmaceutici per uso umano], o è associata a un membro dell'ICH tramite un -accordo vincolante di mutuo riconoscimento” (come prima del 23 ottobre 2015).

5 La prequalificazione dell'OMS è uno standard per tutti i tipi di prodotti, compresi i medicinali (prodotti farmaceutici e bioterapeutici), i vaccini e dispositivi di immunizzazione, diagnostica in vitro e prodotti per il controllo dei vettori. Questo elenco implica una raccomandazione ma non un'autorizzazione all'immissione in commercio.

6 Per ulteriori informazioni, fare riferimento a The International Pharmacopoeia, disponibile su: https://digicollections.net/phint/2020/index.html#p/home

7 Per ulteriori informazioni, vedere: https://extranet.who.int/pqweb/medicines/collaborative-procedure-accelerated-registration

Machine Translated by Google

o complicanze con l'uso meno supervisionato o non supervisionato del medicinale, tra gli altri (113, 114). I programmi nazionali dovrebbero collaborare con le autorità di regolamentazione per determinare la prescrizione più appropriata basata sull'evidenza e autorità di dispensazione dei medicinali. Restrizioni all'autorità prescrittiva per alcune categorie di sanitari potrebbe essere necessario modificare i lavoratori o mettere in atto altri meccanismi per mettere a loro disposizione i medicinali operatori sanitari nel quadro normativo del sistema sanitario.

Una strategia completa per le materie prime e un approccio efficace all'accesso richiederanno: inclusione del necessario materie prime nel NEML; approvazione da parte dell'NMRA (ovvero autorizzazione o registrazione all'immissione in commercio); sviluppo di meccanismi per la previsione, l'approvvigionamento, la distribuzione e l'orientamento sulla prescrizione e dispensazione; e un piano per sorveglianza post-marketing.

1.4.5 Monitoraggio e valutazione dell'assistenza all'aborto di qualità

Un monitoraggio e una valutazione efficaci (M&E) sono essenziali per misurare la qualità e le tendenze dell'aborto, come base per il dialogo politico e il processo decisionale basato su prove per migliorare ulteriormente l'erogazione e la qualità dei servizi. Per supportare la M&E su scala nazionale della qualità dell'assistenza all'aborto, l'OMS sta sviluppando un quadro di M&E per l'assistenza all'aborto di qualità basato sul monitoraggio e la valutazione del rafforzamento dei sistemi sanitari dell'OMS: un quadro operativo (115). La struttura, i domini e le aree degli indicatori del quadro, le categorie per la disaggregazione della disuguaglianza e le fonti di dati standard sono presentati nella Tabella 1.2. Una serie di indicatori sulla cura dell'aborto è in fase di sviluppo e sarà pubblicata nel prossimo futuro (vedere l'allegato 6 per un riepilogo dei progressi di questo lavoro di M&E).

Il quadro M&E per l'assistenza all'aborto di qualità sosterrà M&E a livello di input del sistema sanitario, fornitura di servizi, risultati e impatto sulla popolazione. M&E dei servizi relativi all'aborto rimane debole nella maggior parte dei sistemi sanitari nazionali.
Devono essere identificate e affrontate specifiche lacune nella raccolta e nell'uso dei dati.

Il monitoraggio dell'input del sistema sanitario copre la governance, il finanziamento della sanità, il personale sanitario, i prodotti sanitari e le informazioni sanitarie. All'interno di queste cinque categorie, gli input del sistema sanitario per l'assistenza all'aborto di qualità da monitorare nel tempo includono tra gli altri:

- Governance: chiarimento dello status giuridico dell'aborto, adesione ai protocolli sull'aborto indotto in linee guida nazionali alla guida normativa globale (vedere anche la sezione 1.3.1[vii]);
- Finanziamento: inclusione di accordi di finanziamento sanitario per l'assistenza correlata all'aborto nelle principali prestazioni sanitarie pacchetti (vedi sezione 1.4.2);
- Operatore sanitario: inclusione dell'assistenza all'aborto indotto basata sulle competenze (in linea con la guida normativa globale) nei curricula nazionali per le categorie pertinenti di operatori sanitari (vedere la sezione 1.4.3);
- Prodotti sanitari: inclusione negli elenchi nazionali dei medicinali essenziali (NEML) di mifepristone e misoprostolo, monitoraggio delle scorte esaurite di prodotti per il servizio di aborto nei punti di consegna del servizio (vedi paragrafo 1.4.4);
- Sistemi informativi per la gestione della salute (HMIS): integrazione di indicatori per la cura dell'aborto di qualità nel HMIS nazionale.

Per questo livello di monitoraggio degli input, i dati sono generalmente disponibili da fonti amministrative, inclusi documenti di politica nazionale, sistemi di tracciamento della finanza sanitaria, programmi di studio nazionali, sistemi informativi di gestione della logistica (LMIS) e HMIS.

Il monitoraggio dell'erogazione dei servizi tiene traccia della disponibilità di fornitori formati e che forniscono cure per l'aborto indotto, disponibilità dei medicinali e dei prodotti necessari nei punti di erogazione del servizio, prontezza del sistema a fornire cura dell'aborto a uno standard minimo definito e qualità dei servizi forniti, compresa l'assistenza centrata sulla persona, valutato in parte attraverso le prospettive degli utenti e della comunità. Monitoraggio della fornitura di servizi per l'aborto a livello nazionale i dati dovrebbero essere inclusi nelle valutazioni a livello di struttura sanitaria, HMIS e indagini basate sulla popolazione.

Il monitoraggio dei risultati della popolazione per l'assistenza all'aborto valuta la copertura, incluso (i) l'accesso a cure per l'aborto di qualità e a prezzi accessibili e (ii) la conoscenza della popolazione dell'accesso a cure per l'aborto di qualità e a prezzi accessibili. Gli sforzi dovrebbero essere fatto per disaggregare i dati per dimensioni di disuguaglianza, come abilità, età, casta, istruzione, etnia, genere, geografia e ricchezza. Le fonti di dati sugli esiti della popolazione in genere includono valutazioni a livello di struttura sanitaria e sondaggi basati sulla popolazione e possono includere HMIS e sistemi informativi di gestione dell'istruzione. In molti impostazioni, i dati sugli esiti della popolazione correlati all'aborto sono un'area trascurata della raccolta e della segnalazione dei dati.

Machine Translated by Google

La misurazione dell'impatto per la cura dell'aborto di qualità include la mortalità e la morbilità correlate all'aborto. Le stime in queste aree dovrebbero essere il più possibile disaggregato per dimensioni di disuguaglianza. Le fonti di dati includono indagini basate sulla popolazione, HMIS e civili registri di registrazione e statistiche vitali (CRVS).

Laddove vengono identificate lacune nella disponibilità dei dati, è necessario eff[illegible]are inv[illegible]nenti [illegible] affr[illegible]le. A b[illegible] term[illegible] la mo[illegible]azio[illegible]atistic[illegible] trebb[illegible] essere tenuti a stimare i valori degli indicatori, in particolare a livello di impatto.

Tabella 1.2 Monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza all'aborto

Categorie	Aree indicatore	Disaggregazione della disuguaglianza	Origine dei dati
Input del sistema sanitario Governance		Geografia: intranazionale, internazionale	Fonti amministrative (inclusi documenti di politica nazionale, sistemi di monitoraggio della finanza sanitaria, curricula nazionali, LMIS e HMIS)
	Finanziamento sanitario		
	Personale sanitario		
	Prodotti sanitari		
	Informazioni sulla salute		
L'erogazione dei servizi	Disponibilità dei servizi	Geografia: intranazionale, internazionale	Valutazione della struttura sanitaria (comprese le interviste ai pazienti), indagine sulla popolazione, HMIS
	Prontezza per l'erogazione del servizio		
	Qualità dei servizi		
Risultati sulla popolazione Accesso a cure per l'aborto di qualità e convenienti		Abilità, età, casta, istruzione, etnia, genere, geografia, ricchezza	Valutazione delle strutture sanitarie, indagine sulla popolazione, HMIS, sistemi informativi per la gestione dell'istruzione
	Conoscenza della popolazione dell'accesso a cure per l'aborto di qualità e convenienti		
Impatto	Mortalità correlata all'aborto	Abilità, età, casta, istruzione, etnia, genere, geografia, ricchezza	CRVS, HMIS, indagine sulla popolazione
	Morbilità correlata all'aborto		

CRVS: anagrafe e anagrafica; HMIS: sistema informativo di gestione sanitaria; LMIS: sistema informativo per la gestione della logistica

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Capitolo 2.

Regolamento sull'aborto, comprese le raccomandazioni pertinenti

Come delineato nel Capitolo 1, sezione 1.3, un elemento di un ambiente favorevole è che la legge e la politica promuovono e proteggere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi (SRHR). Una serie di approcci comuni alla legge e alla politica sull'aborto di cui al capitolo 1 (sezione 1.3.1) pongono ostacoli all'accesso all'aborto, sono in contrasto con strumenti giuridici internazionali sui diritti umani e può avere effetti negativi sull'esercizio dei diritti umani. Questo capitolo riflette le prove sugli impatti di questi approcci legislativi e politici, considera i loro diritti umani implicazioni e presenta raccomandazioni basate sull'evidenza per migliorare la legge e la politica relativa all'aborto come parte di un ambiente favorevole per l'accesso universale a cure di qualità per l'aborto. Il riquadro 2.1 riassume i principi di legge e politica sull'aborto che sarebbero coerenti con i principi chiave della legge sui diritti umani.

RIQUADRO 2.1: Legge e politica sull'aborto coerenti con i principi chiave della legge sui diritti umani

Gli Stati devono rispettare, proteggere e realizzare i diritti dei richiedenti l'aborto, compresi i loro diritti e salute sessuale e riproduttiva (SRHR).

Gli Stati dovrebbero adottare misure positive per garantire un ambiente normativo e politico favorevole che assicuri la disponibilità, l'accessibilità, l'accettabilità e la qualità universali (AAAQ) dell'aborto e dell'assistenza post-aborto.

L'aborto dovrebbe essere completamente depenalizzato. Le barriere normative, politiche e programmatiche - così come le barriere pratiche - che ostacolano l'accesso e la fornitura tempestiva di cure di qualità per l'aborto dovrebbero essere rimosse. Questi includono approcci basati sul terreno, limiti di età gestazionale, periodi di attesa obbligatori, requisiti di autorizzazione di terze parti e restrizioni del fornitore. Gli Stati dovrebbero anche proteggere l'accesso e la continuità delle cure per l'aborto contro le barriere create dall'obiezione di coscienza (fare riferimento alle Raccomandazioni 1,2,3,6,7,21 e 22 in questa guida).

La regolamentazione dell'aborto dovrebbe avere l'obiettivo di rispettare, proteggere e realizzare l'SRHR delle donne; ottenere risultati positivi per la salute delle donne; fornire informazioni e servizi contraccettivi di buona qualità; e soddisfare i bisogni particolari delle persone emarginate, comprese le donne che affrontano difficoltà finanziarie, adolescenti, donne con disabilità, vittime di violenza sessuale e di genere, persone transgender e non binarie, donne appartenenti a minoranze etniche, religiose e razziali, donne migranti e sfollate , e le donne che vivono con l'HIV, tra gli altri. La regolamentazione dell'aborto dovrebbe essere fondata e dovrebbe promuovere l'uguaglianza e non discriminazione.

Fonte: fare riferimento al riquadro 1.2 per i riferimenti.

Machine Translated by Google

2.1 Approcci comuni alla regolamentazione dell'aborto

Quasi tutti i paesi in cui l'aborto è legalmente disponibile regolano l'aborto in modo diverso rispetto ad altre forme di assistenza sanitaria (116). A differenza di altri servizi sanitari essenziali, l'aborto è comunemente regolamentato a vari livelli attraverso il diritto penale oltre alla regolamentazione prevista dal diritto sanitario. Anche laddove l'aborto è disponibile per determinati motivi o fino a età gestazionali specificate (spesso legate a motivi particolari), in tali casi è solitamente designato come reato penale se si verifica al di fuori di quelle specifiche situazioni consentite. Di conseguenza, le persone possono sperimentare barriere significative nell'accesso all'aborto e alle cure post-aborto in tali contesti. Queste barriere persistono anche se l'aborto è una parte sicura, efficace e non complessa della cura della salute sessuale e riproduttiva (SRH), nonostante i significativi progressi nel diritto internazionale dei diritti umani e nonostante la crescente frequenza con cui si verifica l'autogestione dell'aborto in sicurezza con contatti scarsi o nulli con il sistema sanitario formale.

Le barriere tipiche all'accesso a cure di qualità per l'aborto, che possono o meno essere codificate dalla legge, includono la mancanza di l'accesso a informazioni accurate, la fornitura di informazioni o consulenze tendenziose, l'imposizione di obblighi periodi di attesa, requisiti di autorizzazione di terzi, restrizioni sul tipo di strutture o impostazioni in cui i servizi di aborto possono essere forniti legalmente, restrizioni sul tipo di operatori sanitari che possono fornire legalmente servizi, mancanza di servizi a prezzi accessibili, violazioni della riservatezza e della privacy, mancata salvaguardia dell'accesso a e continuità assistenziale nel caso in cui gli operatori sanitari rifiutino le cure sulla base dell'obiezione di coscienza, del mancato rilascio della licenza o rendere disponibili farmaci essenziali e il mancato riconoscimento delle donne come individui che possono gestirsi da soli aborti.

Leggi, politiche e pratiche restrittive hanno spesso l'effetto di rendere gli operatori sanitari, le strutture sanitarie, comitati, comitati etici, polizia, tribunali o altri i "custodi" per l'accesso a cure di qualità per l'aborto da parte di richiedendo loro di determinare se qualcuno "si qualifica" per l'aborto legale. In molti casi, questo introduce un ritardo nell'accedere all'aborto. Tali guardiani non sono sempre sufficientemente informati sulla legge o disposti a interpretarla e applicare la legge e la politica in modo da rispettare, proteggere e soddisfare i diritti dei richiedenti l'aborto. Criminalizzazione di l'aborto può anche avere un "effetto agghiacciante" in senso più ampio, in quanto può comportare un'interpretazione restrittiva dell'applicabilità legge da parte degli operatori sanitari, anche per evitare possibili responsabilità penali (ossia soppressione di azioni dovute al timore di rappresaglie o sanzioni). Di conseguenza, in molti contesti le esperienze delle donne di ricerca, accesso e la gestione dell'aborto è molto variabile, con molto che dipende non solo dalla legge ma anche dall'approccio di il guardiano con cui interagiscono. Pertanto, incluse le informazioni sui diritti, le leggi e le politiche pertinenti in la formazione e l'istruzione degli operatori sanitari è una parte cruciale per garantire un ambiente favorevole alla qualità cura dell'aborto (vedi anche Capitolo 1, sezione 1.4.3).

Come descritto sopra, leggi e politiche chiare, accessibili e basate sui diritti fanno parte di un ambiente favorevole alla cura dell'aborto (vedere la sezione 1.3). Tuttavia, in alcuni paesi la legge sull'aborto è incoerente, con disposizioni apparentemente contrastanti articolate in costituzioni, codici penali, legislazione sanitaria o orientamenti politici (117).
Inoltre, in alcuni casi le leggi nazionali sono incoerenti con gli standard internazionali sui diritti umani e incompatibile con le attuali prove di salute pubblica. Inoltre, in alcuni casi manca una guida da parte di governo per assistere i fornitori nell'identificare quando l'aborto è legale. Tale incoerenza può creare incertezza sulla legge sia per coloro che cercano che per coloro che forniscono cure per l'aborto. Le raccomandazioni in questa linea guida si basano su diritto dei diritti umani e prove di salute pubblica per delineare un approccio in base al quale l'aborto è regolato in modo simile ad altri interventi di assistenza sanitaria, vale a dire, dalla legge e dalla politica sanitaria generale, dalle migliori pratiche, dalla formazione e linee guida basate sull'evidenza.

2.2 Raccomandazioni relative alla regolamentazione dell'aborto

Tre raccomandazioni relative specificamente alla regolamentazione dell'aborto sono presentate in questa sezione (Raccomandazioni 1-3) e quattro ulteriori raccomandazioni, anch'esse relative alla legge, alla politica e all'aborto, sono presentate nel Capitolo 3, sezione 3.3: Pre-aborto (Raccomandazioni 6, 7,21 e 22). Queste sette raccomandazioni sono state formulate dai gruppi di esperti formati per lo sviluppo di questa linea guida, inclusi consulenti esperti in diritti umani (tutti i contributori sono elencati nell'allegato 1 e i ruoli dei gruppi che contribuiscono sono descritti nell'allegato 4).8 Le prove sono state prima sistematicamente rivisto per ogni argomento e domanda prioritari, e

8 I gruppi di esperti includevano i gruppi di revisione delle prove e delle raccomandazioni (ERRG) per ciascuno dei tre domini (diritto e politica, servizi clinici e fornitura di servizi) e successivamente il gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG), e ogni fase e ogni riunione di questi gruppi ha coinvolto anche almeno un consulente per i diritti umani. Per ulteriori dettagli sui ruoli di questi gruppi e la metodologia completa per il processo di sviluppo della linea guida, vedere l'Allegato 4: Metodi.

Machine Translated by Google

è stato valutato il livello di certezza di tali prove (vale a dire in base alla qualità delle prove, compresi i tipi e le dimensioni degli studi condotti e le loro varie limitazioni).

La direzione (favorevole o contraria) e la forza di ciascur dazione è stata determinata dal gruppo di esperti sulla base dei sei criteri sostanziali del quadro OMS-INT plicati a ciascun intervento per il popolazione specificata: equilibrio tra benefici e danni pe liritti umani e accettabilità socioculturale; salute e iscriminazione ed zioni sidera ed eco e oni sul sistem meta el

L dazioni a fa ervento sono qua forti o deboli zioni d'uso s r quest'ulti erza alternativa che mandazione vento. Per chia ir za e la dir scuna raccomandaz tilizzata la s

mandazio e raccomandazione l'intervento

risci – una ione debole a fr vento (che ric rmulazione a qualificarsi accomandazio

mandare contro – andazi intervento/a favore de

Per ogni argomento trattato, sia in questo capitolo che nel capitolo 3, vengono presentate prima brevi informazioni di base, quindi la azione stessa, seguita poi da un elenco di osservazioni (se presenti) del gruppo di esperti che ha esaminato le prove ir piegando le condizioni e il contesto rilevanti per la raccomandazione, quindi la logica, o il riassunto della base di prove e del processo decisionale per la raccomandazione, e infine un riquadro che elenca tutte le considerazioni chiave sui diritti umani rilevanti per la raccomandazione o l'argomento più ampio. Va notato che la guida sull'aborto sicuro del 2012 ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica; in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate usando la metodologia GRADE, ma non sono considerate "nuove" (cioè Raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22). I metodi sono descritti integralmente nell'allegato 4, comprese le differenze nei metodi applicati per le sette raccomandazioni relative a questioni legislative e politiche rispetto agli altri tipi di raccomandazioni. Una tabella riepilogativa che collega gli argomenti trattati, le domande di ricerca, le revisioni sistematiche condotte e i numeri delle raccomandazioni è fornita nell'allegato 7. I quadri Evidence-to-Decision (EtD) completi sono forniti online come materiale supplementare e i riferimenti incrociati con collegamenti ipertestuali a questi sono disponibili fornito con la motivazione per la raccomandazione nuova e aggiornata presentata.9

9 Materiale supplementare 1: EtD frameworks for law and policy topics, disponibile https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483.

Machine Translated by Google

2.2.1 Criminalizzazione dell'aborto

A differenza di altri servizi sanitari, l'aborto è comunemente regolamentato a vari livelli attraverso il diritto penale (cioè criminalizzato), oltre alla regolamentazione prevista dal diritto sanitario.

L'aborto rimane un reato penale nella maggior parte dei paesi, con sanzioni contro coloro che abortiscono e/o coloro che forniscono servizi di aborto o assistono nell'accesso o nella gestione dell'aborto, a volte compresi coloro che forniscono informazioni sull'aborto. In alcuni paesi, tutte queste azioni sono reati penali.

La depenalizzazione è un passo necessario per la legalizzazione dell'aborto, ma garantire che l'aborto sia disponibile, accessibile e di alta qualità può richiedere ulteriori modifiche legali o normative oltre alla depenalizzazione, inclusa, ove applicabile, l'implementazione delle altre raccomandazioni contenute in questa linea guida.

LEGGE E POLITICA Raccomandazione 1: Criminalizzazione

Raccomandare la piena depenalizzazione dell'aborto.

Osservazioni:

- Depenalizzazione significa rimuovere l'aborto da tutte le leggi penali/penali, non applicare altri reati reati (ad es. omicidio, omicidio colposo) all'aborto e garantire che non vi siano sanzioni penali per avere, assistere, fornire informazioni o fornire l'aborto a tutti gli attori coinvolti.
- La depenalizzazione assicurerebbe che chiunque abbia subito una perdita di gravidanza non venga sospettato di aborto illegale quando cerca assistenza.
- La depenalizzazione dell'aborto non rende le donne, le ragazze o altre persone in stato di gravidanza vulnerabili alla forzatura o l'aborto forzato. L'aborto forzato o forzato costituirebbe un grave attacco in quanto non lo sono interventi consensuali.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Fondamento logico

Numerosi organismi per i diritti umani e detentori di mandati, tra cui il Comitato CEDAW (38), il CESCR (3), il Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite (36) e il Relatore speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale (37), sostengono la piena depenalizzazione dell'aborto. Hanno chiarito che gli Stati non dovrebbero criminalizzare le procedure mediche necessarie solo alle donne, compreso l'aborto, né criminalizzare coloro che hanno subito un aborto, né punire o applicare sanzioni penali contro coloro che aiutano le donne ad abortire. In base al diritto internazionale sui diritti umani, gli Stati non devono richiedere agli operatori sanitari di segnalare casi di donne o ragazze che hanno abortito, o che sospettano di aver abortito, e gli Stati devono fornire assistenza post-aborto in tutte le circostanze e senza il rischio di azioni penali sanzione. Inoltre, gli Stati devono adottare misure, inclusa la revisione delle leggi, per ridurre la morbilità e la mortalità materna (incluse la morbilità e la mortalità legate all'aborto) e per proteggere efficacemente le donne e le ragazze dai rischi fisici e mentali associati al ricorso all'aborto non sicuro a causa del criminalizzazione dell'aborto (si veda anche il capitolo 1, sezione 1.3.1 sui diritti umani e l'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani sull'aborto, che fornisce ulteriori informazioni e riferimenti per le affermazioni di cui sopra).

Al fine di identificare gli impatti della criminalizzazione dell'aborto sui richiedenti l'aborto e sugli operatori sanitari, è stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2019, identificando 22 studi condotti in Australia, Brasile, Cile, El Salvador, Etiopia, Irlanda, Messico, Irlanda del Nord (Regno Unito), Filippine, Ruanda, Senegal, Repubblica Unita di Tanzania, Uruguay e Zambia. Un riassunto delle prove di questi studi è presentato in Materiale supplementare 1, quadro EtD per la criminalizzazione. Le prove di questi studi hanno dimostrato che la criminalizzazione ha ritardato l'accesso all'aborto, anche in alcuni casi facendo sì che i fornitori attendessero fino a quando la vita di una donna fosse in pericolo in modo che l'aborto potesse essere fornito entro le eccezioni legali ai divieti penali. Inoltre, la criminalizzazione impone una serie di oneri alle donne, tra cui viaggi e costi non necessari, ritardo o nessun accesso alle cure post-aborto, angoscia e stigmatizzazione. Le prove hanno indicato che la criminalizzazione non ha avuto alcun impatto sulla decisione di abortire, impedire alle donne di abortire o impedire alle donne di cercare informazioni e rivolgersi a servizi all'estero dove possono accedere all'aborto. Limiti, invece, alla criminalizzazione

Machine Translated by Google

l'accesso all'aborto sicuro e legale e aumenta il ricorso all'aborto illegale e non sicuro. Quando procedimenti giudiziari
potrebbero essere perseguiti in modo sproporzionato nei confronti di giovani donne non sposate e di coloro che devono affrontare problemi finanziari
difficoltà e con minore accesso all'istruzione. Alcuni paesi richiedono agli operatori sanitari di denunciare donne e ragazze
quando cercano l'aborto o le cure post-aborto.

La criminalizzazione può indurre gli operatori sanitari ad agire temendo procedimenti penali. Di conseguenza, potrebbero esserlo
e ire assistenza all'abo stupr ompro fatale, quar
p tuire tortura, trat
L uzione contri ore disponibilità d rti qualificati e competenze rile
p itario. Ciò p i negativi sugli opera e forniscono aumentare
b nterno dei s i.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER CRIMINALIZZAZIONE DELL'ABORTO

- Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità devono essere centrali per la regolamentazione di servizi di salute sessuale e riproduttiva (SRH).
- Cercare, avere, assistere o fornire l'aborto a cui la persona incinta ha fornito il consenso libero e informato non dovrebbe mai essere criminalizzato.
- Gli Stati non devono richiedere agli operatori sanitari di segnalare casi di donne o ragazze che hanno avuto aborti, o che sospettano di aver abortito.
- L'assistenza post-aborto deve essere sempre disponibile senza il rischio di sanzioni penali.
- Cercare o fornire informazioni accurate, basate su prove e imparziali su l'aborto non deve mai essere criminalizzato.
- Gli Stati devono adottare misure, compresa la revisione delle leggi, per ridurre la morbilità materna e mortalità e per proteggere efficacemente le donne e le ragazze dai rischi fisici e mentali associati al ricorso all'aborto non sicuro.
- Tutti hanno diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'accesso ai servizi SRH.
- I servizi SRH devono essere forniti in modo da garantire privacy e riservatezza.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

2.2.2 Approcci motivati al controllo dell'accesso all'aborto

Le leggi nazionali nella maggior parte dei paesi consentono alcuni aborti, anche in contesti in cui l'aborto è criminalizzato. Di solito gli aborti saranno ancora consentiti per "motivi" prescritti o circostanze specifiche. Le circostanze in cui è consentito l'aborto variano ampiamente tra i diversi paesi. Alcune di queste circostanze riflettono indicazioni cliniche (es. rischio per la salute della gestante o menomazione fetale), altre si riferiscono alle circostanze del concepimento (es. stupro) e altre si riferiscono a circostanze socioeconomiche (es. disagio economico). Gli approcci basati sui motivi sono comunemente accompagnati da limiti di età gestazionale, spesso variabili a seconda della condizione specifica in cui è consentito l'aborto. In alcuni paesi, l'aborto è disponibile su richiesta fino a un determinato limite
età gestazionale e successivamente limitata a motivi specifici.

DIRITTO E POLITICA Raccomandazione 2: Approcci basati sui motivi

UN. Raccomanda contro leggi e altri regolamenti che limitano l'aborto per motivi.

B. Raccomandare che l'aborto sia disponibile su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta.

Osservazioni:

- Gli approcci basati su motivi per limitare l'accesso all'aborto dovrebbero essere rivisti a favore del fare aborto disponibile su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta.
- Fino a quando non saranno sostituiti con l'aborto su richiesta, qualsiasi motivo esistente dovrebbe essere formulato e applicato in modo coerente con il diritto internazionale dei diritti umani. Ciò significa che il contenuto, l'interpretazione e l'applicazione della legge e della politica basate sui motivi dovrebbero essere rivisti per garantire il rispetto dei diritti umani. Ciò richiede che:

  io. i motivi esistenti sono definiti, interpretati e applicati in modo conforme ai diritti umani;

  ii. l'aborto è disponibile quando portare a termine una gravidanza causerebbe alla donna, ragazza o altra persona incinta notevole dolore o sofferenza, incluse ma non limitate a situazioni in cui la gravidanza è il risultato di stupro o incesto o la gravidanza non è praticabile;

  iii. l'aborto è disponibile laddove la vita e la salute della donna, ragazza o altra persona incinta sono a rischio;

  iv. i motivi di salute riflettono le definizioni di salute e salute mentale dell'OMS (vedi Glossario); E

  v. non ci sono requisiti procedurali per "provare" o "stabilire" la soddisfazione dei motivi, come ad esempio richiedere ordini giudiziari o rapporti di polizia in caso di stupro o violenza sessuale (per le fonti a supporto di queste informazioni, fare riferimento all'allegato Web A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Fondamento logico

La legge internazionale sui diritti umani richiede che l'aborto sia disponibile laddove portare a termine una gravidanza provocherebbe a una donna dolore o sofferenza sostanziali, o laddove la sua vita o la sua salute sono a rischio. Gli Stati non possono regolamentare l'aborto in modo da costringere le donne a ricorrere all'aborto non sicuro e devono adottare misure, inclusa la revisione delle leggi, per ridurre la morbilità e la mortalità materna e per proteggere efficacemente le donne e le ragazze dai rischi fisici e mentali associati all'aborto non sicuro (per ulteriori informazioni, fare riferimento al Capitolo 1, sezione 1.3.1[i] e all'allegato Web 1: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto). Gli approcci basati sui motivi sono spesso (i) definiti in modo troppo ristretto o (ii) applicati in modo troppo prudente per garantire che l'aborto sia disponibile in queste circostanze. L'obiettivo di ridurre la morbilità e la mortalità materna e proteggere le donne e le ragazze dai rischi associati all'aborto non sicuro può essere efficacemente raggiunto rendendo disponibile l'aborto su richiesta della donna o della ragazza incinta.

Al fine di identificare gli impatti degli approcci basati sui motivi sui richiedenti l'aborto e sugli operatori sanitari, è stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2021, identificando 21 studi condotti in Argentina, Australia, Brasile, Cile, Colombia, Etiopia, Ghana, Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, the Repubblica Islamica dell'Iran, Irlanda, Israele, Messico, Ruanda, Tailandia, Repubblica Unita di Tanzania, Stati Uniti Regno di Gran Bretagna e Irlanda del Nord, Uruguay e Zambia. Un riassunto delle prove di questi studi è presentato nel materiale supplementare 1, EtD framework for Grounds-based approachs. Le prove esaminate hanno mostrato che le leggi basate sui motivi hanno contribuito a ritardare l'aborto, con ritardi che si sono verificati a causa di incoerenze nell'interpretazione o nell'applicazione di motivi di salute, donne in attesa di determinazione della loro idoneità all'aborto o

Machine Translated by Google

avendo la loro affermazione che la gravidanza è stata il risultato di uno stupro messa in dubbio o non creduta, interpretazione eccessivamente restrittiva di motivi o disaccordo all'interno di un team medico sul fatto che una donna soddisfi un motivo legale. Incomprensioni della legge può anche comportare la negazione dell'aborto. In alcu eratori sanitari hanno atteso una condizione di salute per deteriorarsi sufficientemente da garantire che una donna soddisfi ischio per la vita", mettendo chiaramente in pericolo il diritto alla vita e potenzialmente violando il diritto di essere libero da torture, tratt inumani e degradanti.

L e dei motivi, e quindi l' legal rnitori sono
s ella legge o di cor ir è spes at
la ti umani e/o cr di salute e salute S, portando all orto. Donne
h fficoltà signif sso alle cure in circo n potevano ott a legale e
c tivi consenti ato che gli approcci bas hanno un impa ente negativo
s ifficoltà final lonne con un livello di is ore.

L nate per que o mostrato che gli app motivi hanno tivo sproporzionato
ir nne che cerca opo uno stupro. C no spesso sotto gatori, protratti
ri si burocratici dov (rze dell'ordine o
o nale, anche se non e rend lazione o processo un

accedere all'aborto. Anche laddove la legge preveda che la denuncia di stupro da parte di una donna sia sufficiente a soddisfare il requisito legale, i fornitori possono richiedere un documento o un'autorizzazione (ad es. ordinanza del tribunale o verbale della polizia). In realtà questo s enere un aborto dopo uno stupro è laborioso e richiede tempo. In alcuni casi, i ritardi sono così lunghi cl rtoriscono prima che sia determinata l'idoneità legale; in altri, le donne scelgono invece di ricorrere a mezzi non sicuri aborto. Pertanto, i "motivi di stupro" non soddisfano il requisito del diritto internazionale sui diritti umani che l'aborto sia disponibili e accessibili in situazioni di stupro. Queste restrizioni inoltre sottopongono l'individuo a traumi non necessari, può metterli a maggior rischio dall'autore del reato e può indurre le donne a ricorrere all'aborto non sicuro.

Le prove hanno anche dimostrato che gli approcci basati sul terreno che richiedono menomazioni fetali sono fatali per l'aborto essere legali frustrare i fornitori che desiderano supportare i pazienti e lasciare alle donne altra scelta che continuare gravidanza. Essere obbligati a continuare con una gravidanza che causa un disagio significativo viola numerosi umani diritti. Gli Stati sono obbligati a rivedere queste leggi per renderle compatibili con il diritto internazionale dei diritti umani.

In base al diritto internazionale sui diritti umani, gli Stati sono tenuti a garantire che le donne non debbano ricorrere a mezzi non sicuri aborto. L'evidenza degli studi sopra descritti suggerisce che le leggi basate sui motivi possono contribuire a un aumento dell'incidenza dell'aborto non sicuro, con persone che non soddisfano un motivo che ricorrono all'aborto illegale, compresa l'autogestione illegale dell'aborto, alcuni dei quali potrebbero non essere sicuri. Le prove dagli studi suggerisce anche indirettamente che le leggi basate sul terreno contribuiscono alla mortalità materna, perché quando gli Stati si spostano da un approccio motivato per consentire l'aborto su richiesta nel primo trimestre vi è una riduzione della mortalità materna (soprattutto per le adolescenti) così come una riduzione della fertilità (tassi di natalità). Questo suggerisce una connessione tra l'obbligo internazionale di adottare misure per ridurre la mortalità e la morbilità materna e l'allontanamento dai terreni approcci basati.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI AGLI APPROCCI BASATI SUL TERRENO

- Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità devono essere centrali per la regolamentazione di servizi di salute sessuale e riproduttiva (SRH).
- L'aborto deve essere disponibile laddove portare a termine una gravidanza provocherebbe a dolore o sofferenza sostanziale della donna, quando la gravidanza è il risultato di uno stupro o di un incesto, o quando la sua vita o la sua salute sono a rischio.
- Gli Stati non possono regolamentare l'aborto in modo tale da costringere le donne a ricorrere all'aborto non sicuro.
- Gli Stati devono adottare misure, compresa la revisione delle leggi, per ridurre la morbilità e la mortalità materna e per proteggere efficacemente le donne e le ragazze dai rischi fisici e mentali associati al ricorso all'aborto non sicuro.
- Tutti hanno diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'accesso ai servizi SRH.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

2.2.3 Limiti di età gestazionale

I limiti di età gestazionale sono comunemente specificati nelle leggi e nelle politiche sull'aborto sia liberali che restrittive. Imposti attraverso la legge formale, la politica istituzionale o la pratica personale da singoli operatori sanitari, questi limiti limitano quando è possibile accedere all'aborto legale facendo riferimento all'età gestazionale di una gravidanza. In molti paesi i limiti di età gestazionale sono legati ad approcci basati sul fondamento, con limiti di età gestazionale che variano a seconda dei motivi o delle circostanze in cui l'aborto è consentito. Sebbene i metodi di aborto possano variare in base all'età gestazionale (vedere il Capitolo 3, paragrafo 3.4), la gravidanza può essere interrotta in modo sicuro indipendentemente dall'età gestazionale. I limiti di età gestazionale non sono basati su prove; limitano quando l'aborto legale può essere fornito con qualsiasi metodo.

Il diritto internazionale dei diritti umani richiede che la qualità dell'assistenza sia centrale per la fornitura e la regolamentazione dell'SRH, e quindi che la regolamentazione dell'aborto sia basata su prove, scientificamente e medicalmente appropriata e aggiornata (3, par. 21). In base al diritto internazionale sui diritti umani, gli Stati non possono regolamentare la gravidanza o l'aborto in modo contrario al loro dovere di garantire che le donne e le ragazze non debbano ricorrere ad aborti non sicuri e sono tenuti a rivedere le loro leggi di conseguenza (vedi allegato Web A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).

LEGGE E POLITICA Raccomandazione 3: limiti di età gestazionale

Raccomanda contro leggi e altri regolamenti che vietano l'aborto in base ai limiti di età gestazionale.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Fondamento logico

Al fine di identificare gli impatti dei limiti di età gestazionale su richiedenti aborto e operatori sanitari, è stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2020, identificando 21 studi condotti in Australia, Belgio, Messico, Nepal, Sudafrica, Regno Unito e Stati Uniti d'America (USA).
Un riassunto delle prove di questi studi è presentato nel materiale supplementare 1, quadro EtD per i limiti di età gestazionale.
Le prove esaminate hanno dimostrato che, da sole o in combinazione con altri requisiti normativi, compresi gli approcci basati su motivi, i limiti di età gestazionale hanno ritardato l'accesso all'aborto, in particolare tra le donne che cercano di abortire in età gestazionale avanzata, le donne vicine al limite di età gestazionale e quelle che vivono in aree con accesso limitato agli ambulatori. È stato riscontrato che i limiti di età gestazionale sono associati a un aumento dei tassi di mortalità materna e a scarsi risultati di salute. La legge internazionale sui diritti umani richiede agli Stati di riformare la legge al fine di prevenire l'aborto non sicuro e ridurre la mortalità e la morbilità materna.

Gli studi hanno anche dimostrato che laddove le donne richiedessero un aborto e venissero negate le cure a causa dell'età gestazionale, ciò potrebbe comportare la continuazione indesiderata della gravidanza, specialmente tra le donne con disturbi cognitivi o quelle che si sono presentate a 20 settimane di gestazione o oltre. Questo risultato può essere considerato incompatibile con il requisito del diritto internazionale sui diritti umani di rendere disponibile l'aborto quando portare a termine una gravidanza causerebbe alla donna dolore o sofferenza sostanziali, indipendentemente dalla fattibilità della gravidanza.

Le prove di questi studi hanno dimostrato che le donne con disabilità cognitive, le adolescenti, le donne più giovani, le donne che vivono più lontano dalle cliniche, le donne che hanno bisogno di viaggiare per abortire, le donne con un livello di istruzione inferiore, le donne che affrontano difficoltà finanziarie e le donne disoccupate sono state colpite in modo sproporzionato dall'età gestazionale limiti. Ciò indica l'impatto sproporzionato dei limiti di età gestazionale su alcuni gruppi di donne, con implicazioni per l'obbligo degli Stati di garantire la non discriminazione e l'uguaglianza nella fornitura di servizi SRH.

Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER LIMITI DI ETÀ GESTAZIONALE

ibilità, accessibilità, a e qualità devo entrali per la reg e dei servi

ite sessuale e riprodu

i non possono regol porto in modo ringere le donne a ricorrere all'aborto non sicuro.

devono adottare a la revisione er ridurre la m ortalità materna e per

offic le ragazze dai mentali rso a

- Tutti hanno diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'accesso ai servizi SRH.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Capitolo 3.

Raccomandazioni, dichiarazioni di buone pratiche e il continuum della cura dell'aborto

3.1 Contesto

Come approccio standard all'assistenza sanitaria basata sui diritti umani, tutte le norme, gli standard e la pratica clinica relativi all'aborto dovrebbero promuovere e proteggere:

- salute delle persone e diritti umani
- processo decisionale informato e volontario
- autonomia decisionale
- non discriminazione (compresa la discriminazione intersezionale) e uguaglianza
- riservatezza e privacy
- adeguati meccanismi di rinvio
- il continuum assistenziale.

Raccomandazioni nuove e aggiornate presentate in questa linea guida sono state formulate dai gruppi di esperti formati per lo sviluppo di questa linea guida, inclusi consulenti esperti in diritti umani (tutti i contributori sono elencati nell'allegato 1 e i ruoli dei gruppi di contributori sono descritti nell'allegato 4) .10 Le evidenze sono state prima revisionate sistematicamente per ogni argomento e domanda prioritari, utilizzando la metodologia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (24, 119), ed è stato valutato il livello di certezza di tali evidenze (cioè sulla base qualità delle prove, compresi i tipi e le dimensioni degli studi condotti e le loro varie limitazioni).

La direzione (favorevole o contraria) e la forza di ciascuna raccomandazione è stata determinata dal gruppo di esperti sulla base dei sei criteri sostanziali del quadro OMS-INTEGRATE applicati a ciascun intervento per la popolazione specificata: equilibrio tra benefici e danni per la salute; diritti umani e accettabilità socioculturale; equità sanitaria, non discriminazione ed uguaglianza; implicazioni sociali; considerazioni finanziarie ed economiche; e considerazioni di fattibilità e sistema sanitario – tenendo anche conto del meta-criterio: qualità delle prove (118). I metodi sono descritti integralmente nell'allegato 4, comprese le differenze nei metodi applicati per le raccomandazioni relative a questioni legislative e politiche (raccomandazioni 1, 2, 3, 6, 7, 21, 22) rispetto agli altri tipi di raccomandazioni. I framework Evidence-to-Decision (EtD) completi sono forniti online come materiali supplementari e vengono forniti riferimenti incrociati con collegamenti ipertestuali a questi con il razionale per ogni raccomandazione nuova e aggiornata presentata.11

10 I gruppi di esperti includevano i gruppi di revisione delle prove e delle raccomandazioni (ERRG) per ciascuno dei tre domini (diritto e politica, servizi clinici e fornitura di servizi) e successivamente il gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG), e ogni fase e ogni riunione di questi gruppi ha coinvolto anche almeno un consulente per i diritti umani. Per ulteriori dettagli sui ruoli di questi gruppi e la metodologia completa per il processo di sviluppo della linea guida, vedere l'Allegato 4: Metodi.

11 È possibile accedere online a quadri EtD per questa linea guida: Materiale supplementare 1: Quadri EtD per argomenti giuridici e politici https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483; Materiale supplementare 2: quadri EtD per argomenti di servizio clinico https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483; Materiale supplementare 3: framework EtD per argomenti relativi alla fornitura di servizi https://www.who.int/pubblicazioni/i/item/9789240039483.

Machine Translated by Google

Le raccomandazioni a favore di un intervento sono qualificate come forti o deboli (con le condizioni d'uso specificate per quest'ultimo), con la terza alternativa che è una raccomandazione contro l'intervento. Per chiaramente indicare la forza e la direzione di ciascuna raccomandazione, viene utilizzata la seguente formulazione:

- **Raccomandazione** – una forte raccomandazione a favore dell'intervento
- **Suggerisci** – una raccomandazione debole a favore dell'intervento (che richiede una formulazione aggiuntiva per qualificarsi la raccomandazione, specificando le condizioni di utilizzo)
- **Raccomandare contro** – una forte raccomandazione contro l'intervento/a favore del confronto.

Raccomandazioni nuove e aggiornate sono risultate dalla revisione delle domande PICO (ovvero popolazione, intervento, comparatore, risultati) che erano stati identificati durante le riunioni di scoping per questa linea guida. Mentre 10 le raccomandazioni in questa linea guida sono completamente "nuove" (come indicato nella tabella riepilogativa esecutiva e in questo capitolo), le raccomandazioni aggiornate sono quelle che erano state pubblicate nelle precedenti linee guida dell'OMS ma che erano state sottoposte un processo aggiornato di scoping, ricerca e revisione delle prove rilevanti, applicazione della metodologia GRADE e riconsiderazione dei criteri WHO-INTEGRATE ai fini di questa linea guida, che può o meno hanno comportato modifiche sostanziali alla forza, alla direzione o alla sostanza della raccomandazione (19, 23, 120). Infine, ci sono alcune raccomandazioni esistenti che sono state portate avanti invariate rispetto alle precedenti linee guida dell'OMS;12 in questi casi, l'argomento non era stato approfondito prima dello sviluppo di questa linea guida e quindi non è stata condotta una nuova ricerca o revisione o, in alcuni casi, è stata condotta una ricerca bibliografica aggiornata per rivedere il l'attuale base di prove, ma non ha portato ad alcun cambiamento nella raccomandazione esistente. In particolare dovrebbe esserlo ha osservato che la guida sull'aborto sicuro del 2012 ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica; In questa linea guida, è stata sviluppata in sette raccomandazioni separate usando la metodologia GRADE, ma loro non sono considerate “nuove” (cioè Raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22). Una tabella riassuntiva che collega gli argomenti trattati, le domande di ricerca/PICO, le revisioni sistematiche condotte e i numeri di raccomandazione sono forniti in Allegato 7.

3.1.1 Struttura delle informazioni in questo capitolo

Le informazioni e le raccomandazioni in questo capitolo sono presentate in sezioni che riflettono il continuum della cura dell'aborto e le modalità di erogazione del servizio: (i) servizi applicabili attraverso il continuum della cura, (ii) pre-aborto, (iii) aborto, (iv) post-aborto, (v) opzioni di erogazione del servizio e approcci di autogestione. In ogni sezione, i seguenti aspetti sono trattati in modo appropriato: "cosa" (interventi clinici specifici), "chi" (quale tipo di operatore sanitario può fornire l'intervento o l'autogestione), "dove" (basato sulla struttura rispetto a -luogo/

modelli di erogazione del servizio in remoto/nessun requisito per l'ubicazione in sede o fuori sede) e "come" (modelli di erogazione del servizio, considerazioni sull'implementazione). Va notato che quattro raccomandazioni relative a considerazioni legali e politiche sono presentate nella sezione pre-aborto (sezione 3.3), mentre tre sono state presentate nel capitolo 2, sezione 2.2.

Per ogni argomento trattato in questo capitolo, vengono prima fornite brevi informazioni di base, seguite dai riquadri o tabelle di raccomandazione, che forniscono informazioni su "cosa" e "chi" per l'intervento in questione. Ogni raccomandazione è immediatamente seguita da un elenco di osservazioni correlate (se presenti) del gruppo di esperti che ha esaminato le prove in dettaglio, spiegando le condizioni e il contesto in cui si applica la raccomandazione. Se del caso, è presente anche una sezione che indica dove l'intervento può essere effettuato - in particolare se l'intervento deve essere effettuato presso un particolare livello della struttura sanitaria, o se non vi è tale requisito e un luogo "fuori sede" (ad es. a casa o in un altro luogo) sarebbe appropriato se preferito dall'individuo o se questa è l'unica opzione disponibile (il "dove" è spesso strettamente legato al "chi", ad es. i compiti forniti dai farmacisti sarebbero forniti in un farmacia). Le osservazioni per le raccomandazioni invariate esistenti sono ripetute dalla guida originale citata ove ancora pertinente, comprese le revisioni, se del caso, sulla base dei risultati di eventuali revisioni delle prove aggiornate pertinenti condotte.

12 Le raccomandazioni esistenti sono presentate esattamente come nelle linee guida precedenti o con la formulazione aggiornata per utilizzare la dicitura "raccomandare/raccomandare contro" per raccomandazioni forti e "suggerire" per raccomandazioni deboli (precedentemente denominate raccomandazioni "condizionali") e per ulteriori dettagli si fa riferimento alla guida originale.

Machine Translated by Google

Per ciascuna delle raccomandazioni nuove/aggiornate, le informazioni aggiuntive sono presentate nel seguente ordine dopo il

enta le raccomandazioni e le osservazioni:

ionale: questo include un breve riassunto del tipo e dell'estensione delle prove incluse nelle revisioni che costituiscono la base delle
re e una spiegazione della motivazione per la direzione (a favore o contro) e
a della raccomandazione (forte o debole), con riferimento ai giudizi chiave sugli effetti della
ervento (benefici e rischi), il livello di certezza delle prove e le eventuali informazioni rilevanti
li altri criteri del [illegible] GMS-INTEGRATE. Qualsiasi [illegible] potenziali danni o
gono evic ndesidera re state derivate da studi e
re aggiun ont re informazioni pertine
ssenza di prove dir atto da singoli st che o
e fonti pertinenti.

azioni sull'implemer iere a mente in merito all' mpresi que
tivo al "come".

one tematica, viene derazioni sui diritti umani rilevanti per il
o argomento più am scrive che fornisce riferimenti incrociati e collegamenti ipertestuali ad argomenti correlati
nea guida.

per tutte le domande disponibili negli alle sintesi delle prove
evisioni sistematiche; e e dai quadri nuovo o aggiornato
sono resi disponibili online

3.1.2 Principi e presupposti di base relativi alle raccomandazioni sui ruoli degli operatori sanitari

Gli operatori sanitari sono tutte le persone impegnate in azioni il cui intento primario è quello di migliorare la salute (100). Ciò inc
categorie di operatori sanitari elencate e descritte nell'allegato 5 , dagli operatori sanitari di comunità fino ai medici specialisti (ad esempio
ostetrici e ginecologi), compresi i professionisti della medicina tradizionale e complementare (ovvero i medici non allopatici). Gli aborti
possono essere eseguiti in modo sicuro utilizzando compresse (aborto medico) o una semplice proced modo tale che la
maggior parte non richieda più uno specialista o anche un medico generico. Le raccomandazioni prese guida forniscono una
guida su come coinvolgere una gamma più ampia di operatori sanitari e le stesse donne incinte nella fo tione della cura
dell'aborto, per incoraggiare l'ottimizzazione della forza lavoro sanitaria disponibile, affrontare le carenz io di personale
sanitario specializzato operatori sanitari, ridurre i costi e migliorare l'accessibilità, migliorare l'equità e l'uguaglianza nell'accesso all'assisten
sanitaria e aumentare l'accettabilità dei servizi sanitari per coloro che ne hanno bisogno.

I seguenti principi e presupposti si applicano a tutti gli operatori sanitari:

- Le raccomandazioni sono appropriate e intese per tutti i contesti di risorse, vale a dire contesti con risorse elevate, medie e scarse.

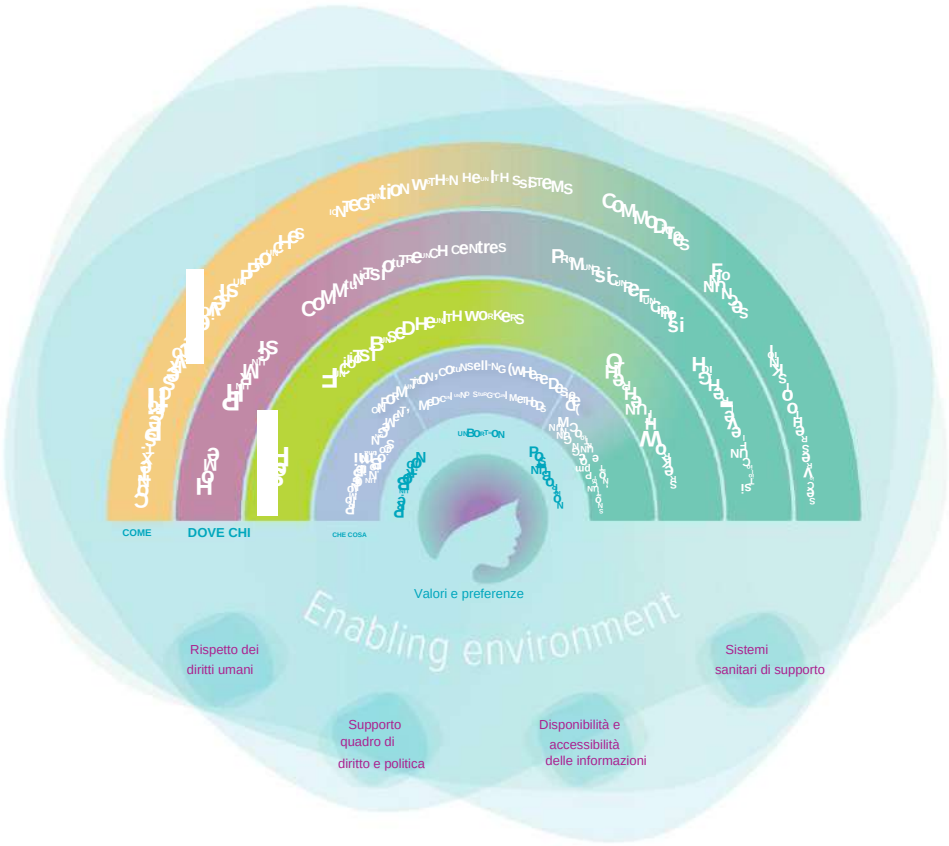
- Le raccomandazioni si riferiscono a una gamma di tipi di operatori sanitari che possono essere sicuri, efficaci e
  eseguire in modo soddisfacente alcuni o tutti i compiti specifici relativi all'aborto menzionati. Le opzioni per chi
  possono eseguire la stessa attività sono intese per essere inclusive e non implicano né una preferenza per né un
  esclusione di ogni particolare tipologia di operatore sanitario. La scelta dell'operatore sanitario per un compito specifico sarà
  dipendono dai bisogni, dalle preferenze e dalle condizioni dell'individuo e dal contesto locale.

- La formazione degli operatori sanitari deve garantire che abbiano le competenze per fornire un'assistenza di buona qualità e sensibile al
  genere, in conformità con gli standard e le linee guida nazionali e con i diritti umani. Garantire un'assistenza all'aborto di qualità richiede
  una supervisione continua, garanzia di qualità, monitoraggio e valutazione, nonché l'accesso alle attrezzature e ai beni necessari.

- Si presuppone che qualsiasi operatore sanitario discusso in questa linea guida abbia la formazione di base richiesta a quel tipo di operatore
  sanitario (e nel caso di individui che agiscono come fornitori di se stessi - cioè autogestione - che abbiano le informazioni e la compr
  appropriate) . Inoltre, tutte le raccomandazioni assumono
  che gli operatori sanitari che rientrano in una categoria raccomandata o suggerita per svolgere compiti specifici lo faranno
  aver ricevuto la formazione e le informazioni specifiche per il compito appropriato prima di svolgere tale compito.

Machine Translated by Google

3.2 Servizi applicabili attraverso il continuum di cura



Questa sezione copre le informazioni, la consulenza e il collegamento a cure o servizi aggiuntivi, alcuni o tutti i quali possono essere necessari o desiderati prima, durante e/o dopo la procedura o il processo di aborto.

La fornitura di informazioni scientificamente accurate e di facile comprensione a tutte le donne che subiscono un aborto e la consulenza volontaria non direttiva a chiunque ne faccia richiesta è un elemento centrale di servizi per l'aborto di buona qualità e conformi ai diritti umani (vedere il capitolo 1 , sezione 1.3.2). La fornitura di informazioni e consulenza (ove desiderato), così come l'accesso o il rinvio ad altri servizi correlati, inizia prima dell'aborto ma dovrebbe continuare attraverso il continuum delle cure. Inoltre, a tutti dovrebbero essere fornite tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione informata in merito all'uso della contraccezione.

Che cosa

3.2.1 Fornire informazioni

Informazioni relative all'aborto per le persone che stanno considerando o cercano di abortire o nel periodo successivo all'aborto dovrebbe includere:

- le opzioni disponibili per i metodi di aborto e la gestione del dolore;
- informazioni relative al consenso libero e informato;
- cosa accadrà prima, durante e dopo la procedura o il processo di aborto, inclusi eventuali test e/o sollievo dal dolore che potrebbe essere necessario e qualsiasi aspetto della cura che potrebbe essere autogestito se lo si desidera, con o senza supporto remoto;
- ciò che l'individuo probabilmente sperimenterà durante e dopo la procedura o il processo di aborto, e come è probabile che la procedura/processo e il recupero richiedano molto tempo;

Machine Translated by Google

• quando possono essere riprese le normali attività, compresi i rapporti sessuali;

• come riconoscere potenziali effetti collaterali e sintomi della gravidanza in corso (che possono persistere temporaneamente anche quando l'aborto ha avuto successo, o che può indicare il fallimento dell'aborto), e altri motivi medici per tornare per cure di follow-up, comprese complicazioni come sanguinamento abbondante prolungato o febbre; E

• quando, dove e come accedere alle cure di follow-up o ai servizi aggiuntivi che si potrebbero de consulenza (sezione 3.2.2), contraccezione (vedere sezione 3.5.4) e altri servizi (sezione 3.2.3).

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Operatori sanitari di comunità (CHW)	**Consiglia**	La fornitura di in mozione de rte dei CHW è generalmente ber ttibile in n cui esiste un forte programma CHW erata cer nziale per espandere e alle cur borto dotando i nziali sull'a
Lavoratori della farmacia	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui l'operatore della farmacia è sotto la diretta supervisione di un farmacista e vi è accesso o rinvio a servizi sanitari appropriati.	Sono state trov e insufficienti per la sicurezza, l'efficac one. Tuttavia, in molti contesti, gli operatori farmaceu da donne che cercano consigli su come affrontare il ritardo delle mestruazioni (prove di moderata cert l'efficacia degli interventi di formazione con gli operatori farm ta, i potenziali benefici di dotarli di strumenti per fornire inform. potenziali danni derivanti dal fatto che non fornisca. forniscano informazioni errate.
Farmacisti	**Consiglia**	I farmacisti sono qualificati per fornire informazioni sui r dispensano. Sono state trovate prove dell'efficacia dell' zione e consulenza sulle malattie croniche da parte dei farmaci a bassa a moderata). In molti contesti, i farmacisti sono spesso e donne che cercano consigli su come affrontare il ritardo delle prove di moderata certezza).
Professionisti della medicina tradizionale e complementare **Infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie (ANM)** **Infermieri** **Ostetriche** **Clinici associati associati/avanzati** **Medici generici** **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto n dotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: raccomandazione dell'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative agli operatori farmaceutici sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE, poiché quella era l'unica categoria di operatori sanitari che non disponeva già di una forte raccomandazione ("raccomandazione") per questa compito. Dopo la revisione, non è stata apportata alcuna modifica alla raccomandazione debole esistente ("suggerire"). Una sintesi delle prove è presentata in Materiale supplementare 3, quadro EtD sulla fornitura di informazioni da parte dei lavoratori delle farmacie.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Machine Translated by Google

Dove

Non vi è alcun requisito per l'ubicazione (on-site vs off-site), ma la privacy e la riservatezza dovrebbero essere garantite durante la fornitura di informazioni, con particolare attenzione necessaria a questo requisito nelle impostazioni off-site (out-of-facility), come farmacie e siti basati sulla comunità, dove l'infrastruttura e le procedure possono rendere questo più difficile.

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Esistono diverse modalità per la fornitura di informazioni sull'aborto, ad esempio l'accesso remoto tramite hotline e la telemedicina, e attraverso approcci come la riduzione del danno e la sensibilizzazione basata sulla comunità (vedere la sezione 3.6), nonché le interazioni di persona con gli operatori sanitari.
- Le informazioni dovrebbero essere accessibili e comprensibili, compresi i formati che si rivolgono a persone con scarsa alfabetizzazione e popolazioni diversamente abili.

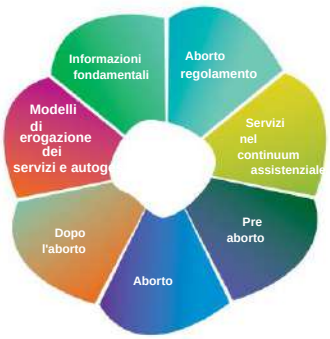
CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER IL FORNITURA DI INFORMAZIONI

- Il consenso informato richiede la fornitura di dati completi e accurati, basati sull'evidenza informazione.
- Informazioni accurate sull'aborto devono essere messe a disposizione delle persone in modo che rispetta la privacy e la riservatezza.
- Il diritto di rifiutare tali informazioni quando offerte deve essere rispettato.
- Le informazioni sull'aborto dovrebbero essere disponibili a tutte le persone senza il consenso o autorizzazione di un terzo. Ciò include la disponibilità di informazioni sull'aborto adolescenti senza il consenso o l'autorizzazione di un genitore, tutore o altra autorità.
- Le informazioni devono essere non discriminatorie e imparziali e presentate in modo rispettoso maniera. Non dovrebbe alimentare lo stigma o la discriminazione.
- La diffusione di informazioni errate, l'omissione di informazioni e la censura dovrebbero essere proibito.
- Le informazioni dovrebbero essere accettabili per la persona che le riceve e di alta qualità; Esso deve essere presentato in modo comprensibile e deve essere accurato e basato sull'evidenza.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Consenso informato (sezione 1.3.1: Diritti umani)

Disponibilità e accessibilità delle informazioni (sezione 1.3.2)

3.2.2 Offrire e fornire consulenza

Alcune persone potrebbero desiderare di ricevere consulenza prima o dopo un aborto. La consulenza è più che fornire informazioni. È un processo mirato e interattivo attraverso il quale una persona riceve volontariamente sostegno, informazioni e guida non direttiva da una persona formata (122), in un ambiente che favorisce la condivisione aperta di pensieri, sentimenti, percezioni ed esperienze personali. Oltre alle conoscenze specifiche sui servizi e le cure per l'aborto necessarie sia per la fornitura di informazioni che per la consulenza, quest'ultima richiede anche una formazione specializzata in consulenza. La consulenza è un elemento fondamentale della fornitura di assistenza all'aborto e post-aborto.

Quando si offre e si fornisce consulenza, è essenziale applicare i seguenti principi guida:

- assicurarsi che la persona richieda la consulenza e chiarire che la consulenza non è necessaria;
- garantire privacy e riservatezza;
- chiedere all'individuo che cosa vuole o di cui ha bisogno, quali sono le sue preoccupazioni, dato loro il tempo di cui ha bisogno, e ascoltare attivamente le loro esigenze e preferenze espresse;
- evidenziare le informazioni rilevanti durante la sessione di consulenza (come le informazioni fornite in punto 3.2.1);
- comunicare le informazioni in modo rispettoso e non giudicante e in modo comprensibile/su misura all'individuo;
- supportare l'individuo e verificare che riceva risposte adeguate alle sue domande e così via comprendono le informazioni fornite;
- presentare tutte le opzioni adatte alle esigenze individuali, evitando di imporre i propri valori personali e credenze su di loro; E
- chiarire che l'individuo dovrà decidere quali servizi ricevere.

Machine Translated by Google

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Operatori sanitari di comunità (CHW)	**Consiglia**	Sono state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, ma prove indirette hanno dimostrato che gli interventi di promozione della salute da parte dei CHW sono generalmente ben accettati, efficaci e fattibili in molti contesti e che i CHW sono spesso intermediari tra il sistema sanitario e donne in cerca di assistenza correlata all'aborto (prove di certezza moderata). Il gruppo di esperti ha affermato la fattibilità di questa opzione e la sua capacità di espandere l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Lavoratori della farmacia	**Suggerire** Condizione: viene fornita una consulenza equilibrata (vale a dire sui metodi sia medici che chirurgici) e vi è l'accesso o l'invio a servizi sanitari appropriati nel caso in cui la donna scelga un metodo chirurgico.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato la fattibilità di questa opzione e la sua capacità di espandere l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Farmacisti	Condizione **suggerita :** viene fornita una consulenza equilibrata (vale a dire sui metodi sia medici che chirurgici) e vi è l'accesso o l'invio a servizi sanitari appropriati nel caso in cui la donna scelga un metodo chirurgico.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a I farmacisti sono qualificati per fornire informazioni su le medicine che dispensano. Esistono prove dell'efficacia della fornitura di consulenza sulla gestione delle malattie croniche da parte dei farmacisti (prove di scarsa certezza). In molti contesti, i farmacisti sono spesso consultati dalle donne che cercano consigli su come affrontare il ritardo delle mestruazioni (prove di moderata certezza). Ai farmacisti è stato raccomandato di fornire l'aborto medico a < 12 settimane in tutte e tre le attività secondarie (Raccomandazione 28). Pertanto, il gruppo di esperti ha affermato che è fattibile per i farmacisti fornire una consulenza equilibrata sull'aborto, comprese le opzioni chirurgiche.
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a
Infermieri ausiliari/ANM **Infermieri**	**Consiglia**	La consulenza è una competenza fondamentale per questi operatori sanitari ae questo compito rientra nel loro tipico ambito di pratica.b
Ostetriche	**Consiglia**	La consulenza è una competenza fondamentale per le ostetriche ae questo compito rientra nel loro tipico ambito di pratica.b
Clinici associati associati/ avanzati	**Consiglia**	La consulenza è una competenza fondamentale per questi clinici ae questo compito rientra nel loro tipico ambito di pratica.b
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori farmaceutici e operatori sanitari della comunità sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE, poiché gli altri operatori sanitari avevano già una forte raccomandazione per questo compito . Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate per tutte e quattro queste categorie di operatori sanitari, da "consigliato contro" a "suggerito" per farmacisti e operatori farmaceutici, e da "suggerito" a "consigliato" per professionisti della medicina tradizionale e complementare e CHW. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD sulla consulenza pre e post-aborto.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Machine Translated by Google

Dove

Non vi è alcun requisito per la posizione (in loco o fuori sede), ma la privacy e la riservatezza dovrebbero essere garantite durante la consulenza, con particolare attenzione necessaria a questo requisito nelle impostazioni fuori sede (fuori dalla struttura), come il farmacie e siti basati sulla comunità, dove le infrastrutture e le procedure possono rendere questo più difficile.

Come

Considerazioni sull'implementazione

- La consulenza può essere fornita a coloro che cercano servizi per l'aborto, ma anche congiuntam) partner, fami
  membri o altri soggetti, qualora la donna desideri la loro presenza.
- Mentre la consulenza dovrebbe essere resa disponibile e accessibile, dovrebbe sempre essere volonta ere se
  riceverl
- nza dovr re incentrata sulle be essere necessario ad esigenze ona
  viduale; giov vissuti a violen li e e o membri di emargina
  gruppi possono ersi requisiti d ione c za.
- Il contenuto e l'appr consulenza essere ad conda del motivo p hiedono r l'aborto (ad
  es. aborto indott tale intra FD], anomali ertanto, è impo consulent apevole e
  le alla situ ai bisog iduo.
- Esistono diversi modelli di erogazione dei servizi per la consulenza pre e post-aborto, ad esempio l'accesso remoto tramite hotline e telemedicina e attraverso approcci come la consulenza per la riduzione del danno e la comunità sensibilizzazione ba

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI ALLA CONSULENZA

- La consulenza deve essere aperta liberamente e volontariamente, cioè non dovrebbe essere obbligatoria. Il diritto di rifiutare la consulenza quando offerta deve essere rispettato.
- Laddove prevista, la consulenza deve essere messa a disposizione delle persone in modo rispettoso privacy e riservatezza.
- La consulenza deve essere accettabile e di buona qualità, vale a dire deve essere fornita in modo che possa essere compresa dal destinatario e deve essere accurata e basata su prove.
- La consulenza deve essere non discriminatoria e imparziale.
- La diffusione di informazioni errate, l'omissione di informazioni e la censura dovrebbero essere proibito.
- La consulenza dovrebbe essere disponibile per tutte le persone senza il consenso o l'autorizzazione di un terzo. Ciò include la disponibilità della consulenza agli adolescenti senza il consenso o l'autorizzazio itore, t rità.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare adro 1.2 e a R: Principali standar li sui diritti un borto.

Machine Translated by Google

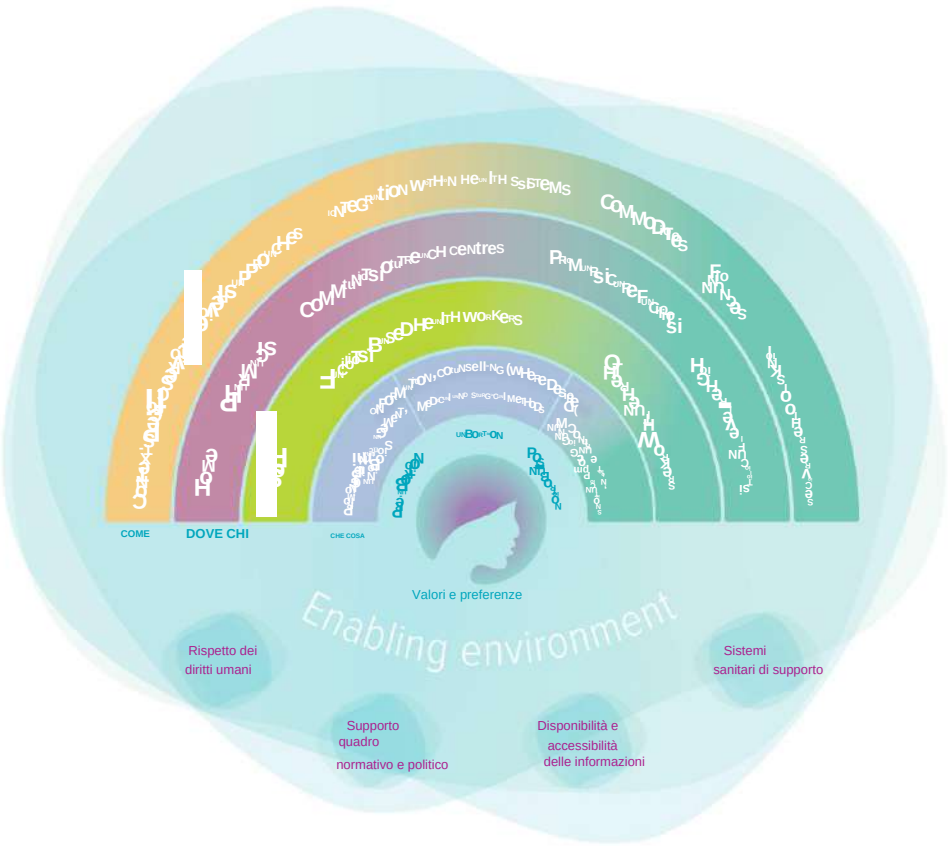
Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

3.2.3 Collegamenti a servizi aggiuntivi

Le persone che cercano di abortire possono richiedere servizi aggiuntivi (122). Se necessario, fornire la gestione o il riferimento a altri fornitori di servizi per altre condizioni di salute o necessità urgenti. Ciò include la facilitazione dei collegamenti (accesso o rinvii) a consulenza e test per le infezioni sessualmente trasmissibili incluso l'HIV, contraccezione ove desiderato, e servizi di supporto per i sopravvissuti alla violenza di genere.

Machine Translated by Google

3.3 Pre-aborto



Questa sezione include informazioni e raccomandazioni in primo luogo sulle questioni dei periodi di attesa obbligatori e dell'autorizzazione di terzi, seguite da raccomandazioni sull'isoimmunizzazione Rh, profilassi antibiotica, determinazione dell'età gestazionale della gravidanza, gestione del dolore e priming cervicale prima dell'aborto chirurgico, e infine anche raccomandazioni sulle questioni delle restrizioni agli operatori sanitari che possono fornire aborti e obiezione di coscienza.

3.3.1 Tempi di attesa obbligatori imposti da Stati, strutture sanitarie o operatori sanitari

In un certo numero di paesi, le strutture sanitarie o gli operatori sanitari richiedono alle donne di attendere un determinato periodo di tempo tra la richiesta e il ricevimento di un aborto. Questi ritardi imposti sono noti come periodi di attesa obbligatori.
In alcuni casi, le donne devono anche ricevere consulenza o consulenza (a volte parziale) (vedere sezioni 3.2.1 e 3.2.2), frequentare la struttura all'inizio e alla fine del periodo di attesa e/o sottoporsi a ecografia obbligatoria durante questi periodi di attesa (vedere la sezione 3.3.5, Raccomandazione 10 sull'ecografia pre-aborto).

LEGGE E POLITICA Raccomandazione 6: periodi di attesa obbligatori

Sconsigliare periodi di attesa obbligatori per l'aborto.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Fondamento logico

Al fine di identificare gli impatti dei periodi di attesa obbligatori sui richiedenti l'aborto e sugli operatori sanitari, è stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2020, identificando 33 studi tutti condotti negli Stati Uniti.
Un riassunto delle prove di questi studi è presentato in Materiale supplementare 1, quadro EtD sui periodi di attesa obbligatori. Le prove esaminate hanno mostrato che i periodi di attesa obbligatori ritardavano l'accesso all'aborto, a volte nella misura in cui l'accesso delle donne all'aborto o la scelta del metodo di aborto era limitato in tale contesto.

Machine Translated by Google

Le prove indicano anche che i periodi di attesa obbligatori aumentano il costo dell'aborto e possono farlo aborto irraggiungibile, con conseguente prosecuzione della gravidanza contro la volontà del richiedente l'aborto, soprattutto tra le donne con meno risorse, le adolescenti, le donne più giovani, quelle di razza o etnia minoranze e coloro che hanno bisogno di viaggiare più lontano per un aborto.

Tra coloro che cercano di abortire, gli studi hanno dimostrato che sono stati sperimentati periodi di attesa obbligatori negativamente, come restrizione al loro accesso all'aborto. Per alcune donne, le sfide logistiche ed economiche di completare un periodo di attesa obbligatorio, come la necessità di assentarsi dal lavoro o dall'istruzione, viaggi extra e/o assistenza all'infanzia, significava che erano costrette a rivelare la loro gravidanza ad altri anche se internazionali la legge sui diritti umani richiede agli Stati di garantire che i servizi SRH siano forniti in modo da garantire la privacy e riservatezza. Le prove non hanno stabilito alcun vantaggio dei periodi di attesa obbligatori per le donne.

Per le strutture sanitarie, i periodi di attesa obbligatori aumentano i costi del personale e le difficoltà logistiche, a causa dell'obbligo visite o interventi aggiuntivi al di fuori della pratica clinica standard (es. ecografie non necessarie, specifiche consulenza non basata su prove).

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER TEMPI DI ATTESA OBBLIGATORI

- Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità devono essere centrali per la regolamentazione di servizi di salute sessuale e riproduttiva (SRH).
- Gli Stati non possono regolamentare l'aborto in un modo che costringa le donne a ricorrere a pratiche non sicure aborto.
- Tutti hanno diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'accesso ai servizi SRH.
- I servizi SRH devono essere forniti in modo da garantire privacy e riservatezza.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

3.3.2 Autorizzazione di terzi all'aborto

Esistono requisiti di autorizzazione di terze parti laddove vi sia un requisito imposto dalla legge o dalla politica, o in pratica, che una parte diversa dalla donna incinta debba autorizzare un aborto, anche se sono stati soddisfatti altri requisiti legali applicabili per l'aborto legale (ad esempio motivi o limiti di età gestazionale, vedere paragrafi 2.2.2 e 2.2.3). Le terze parti comuni tenute a fornire l'autorizzazione includono un genitore, tutore, coniuge, partner, operatore sanitario, autorità sanitaria o autorità giudiziaria. I requisiti di autorizzazione di terzi operano indipendentemente dal fatto che la persona che cerca di porre fine a una gravidanza abbia la capacità di acconsentire alle cure mediche.

Indipendentemente dal fatto che si applichino i requisiti di autorizzazione di terzi, il consenso informato della persona che si avvale dell'aborto è un prerequisito per la fornitura dell'aborto (fare riferimento al Capitolo 1, sezione 1.3.1[v] per informazioni sul consenso libero e informato, e anche Web allegato A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).

Machine Translated by Google

LEGGE E POLITICA Raccomandazione 7: Autorizzazione di terzi

Raccomandare che l'aborto sia disponibile su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta senza l'autorizzazione di qualsiasi altro individuo, ente o istituzione.

Nota:

- Sebbene il coinvolgimento dei genitori o del partner nel processo decisionale relativo all'aborto possa supportare e assistere donne, ragazze o altre persone in stato di gravidanza, ciò deve essere basato sui valori e sulle preferenze della persona che si avvale dell'aborto e non imposto da requisiti di autorizzazione di terzi.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Fondamento logico

Al fine di identificare gli impatti dei requisiti di autorizzazione di terze parti sui richiedenti l'aborto e sugli operatori sanitari, sono state intraprese revisioni sistematiche degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2019. Sono stati inclusi un totale di 32 studi, condotti nella regione amministrativa speciale di Hong Kong (Cina), in Turchia e negli Stati Uniti. Un riassunto delle prove di questi studi è presentato in Materiale supplementare 1, quadro EtD per l'autorizzazione di terze parti. Le prove esaminate hanno mostrato che i requisiti di autorizzazione di terze parti erano associati a ritardi nell'aborto. Per i minori, questi ritardi sono stati talvolta, anche se non sempre, ridotti quando l'autorizzazione giudiziaria è stata utilizzata per aggirare i requisiti di autorizzazione dei genitori. Tuttavia, il bypass può essere gravoso e richiedere molto tempo, ed è molto più probabile che i minori appartenenti a minoranze etniche o di status socioeconomico inferiore ne abbiano bisogno. Le prove hanno mostrato che gli adolescenti e le donne cercavano di aggirare i requisiti di autorizzazione dei genitori/coniugi per evitare violenze anticipate, coercizione riproduttiva e disarmonia familiare.

Numerosi studi hanno descritto la "notifica dei genitori" o il "coinvolgimento dei genitori" piuttosto che utilizzare il termine "autorizzazione dei genitori". Poiché questi termini possono comprendere i requisiti di autorizzazione dei genitori e imporre la divulgazione del fatto che un minore sta cercando di abortire, creando così opportunità di veto dei genitori, questi studi sono stati inclusi nella base di prove per questo argomento. Questi studi hanno rafforzato le associazioni tra il coinvolgimento obbligatorio dei genitori (compresa l'autorizzazione) e le barriere all'accesso all'aborto (tra cui il ritardo, la continuazione della gravidanza, la violenza o lo sfruttamento interpersonale previsto, la coercizione riproduttiva, la disarmonia familiare e il ricorso all'aborto non sicuro).

I requisiti di autorizzazione di terzi sono incompatibili con il diritto internazionale sui diritti umani, che prevede che gli Stati non possano limitare l'accesso delle donne ai servizi sanitari sulla base del fatto che non hanno l'autorizzazione di mariti, partner, genitori o autorità sanitarie, perché non sono sposate, o perché sono donne.
Pertanto, le prove sottolineano l'importanza dei requisiti stabiliti nel diritto internazionale sui diritti umani che i servizi SRH siano forniti in modo da rispettare e mantenere la privacy e la riservatezza delle donne e delle ragazze, che gli Stati proteggano le donne e le ragazze che cercano di abortire e che gli Stati riconoscano le adolescenti ' capacità in evoluzione (cfr. sezione 1.3.1[v], riquadro 1.2 e allegato Web A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).

Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI AD AUTORIZZAZIONE DI TERZI

- Gli Stati non possono limitare l'accesso delle donne ai servizi sanitari sulla base del fatto che non hanno l'autorizzazione di mariti, partner, genitori o autorità sanitarie, perché non sono sposate o perché sono donne.
- I servizi di salute sessuale e riproduttiva (SRH) devono essere forniti in modo da garantire privacy e riservatezza.
- Gli Stati non possono regolamentare l'aborto in modo tale da costringere le donne a ricorrere all'aborto non sicuro.
- Gli Stati devono adottare misure, compresa la revisione delle leggi, per ridurre la morbilità e la mortalità materna e per proteggere efficacemente le donne e le ragazze dai rischi fisici e mentali associati al ricorso all'aborto non sicuro.
- Tutti hanno diritto alla privacy e alla riservatezza nell'accesso ai servizi SRH.
- Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità devono essere centrali per la regolamentazione di Servizi SRH.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

3.3.3 Isoimmunizzazione Rh

L'isoimmunizzazione Rh è un tipo di malattia emolitica del feto e del neonato (HDFN). Nello specifico è il sviluppo di anticorpi contro gli antigeni Rh sulla superficie dei globuli rossi di un altro individuo (es proprio feto) (123).

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 8 (NUOVO):
Isoimmunizzazione Rh per aborto in età gestazionale < 12 settimane

Sia per l'aborto medico che chirurgico a < 12 settimane: **sconsigliato l'** immunoglobulina anti-D amministrazione.

Nota:

- Lo standard di cura si applica alla somministrazione di anti-D in età gestazionale ÿ 12 settimane.

Chi

Non applicabile.

Fondamento logico

Una revisione sistematica ha valutato l'effetto della somministrazione di routine di anti-D tra individui Rh-negativi non sensibilizzati sottoposti ad aborto. Esistono pochi studi che esaminano l'isoimmunizzazione Rh in individui Rh negativi non sensibilizzati che cercano di abortire prima delle 12 settimane di gestazione. Solo due studi, condotti in Israele e negli Stati Uniti, soddisfacevano i criteri di inclusione per la revisione, entrambi pubblicati nel 1972 (124, 125). Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 2, quadro EtD sull'isoimmunizzazione Rh.

Machine Translated by Google

Le prove sull'efficacia dell'intervento possono favorire l'intervento, perché meno donne nel
gruppo di intervento (somministrazione anti-D) ha avuto formazione di anticorpi dopo la gravidanza iniziale rispetto al
donne nel gruppo di confronto (nessun anti-D) e non sono stati notati danni (effetti indesiderati) dell'intervento.
Tuttavia, dopo aver considerato le risorse necessarie, l'efficacia in termini di costi e la fattibilità della somministrazione dell'anti-D,
oltre alla certezza molto bassa delle prove sull'efficacia, il gruppo di esperti ha concluso che, nel complesso, il
le prove non favoriscono l'intervento e ha deciso di sconsigliarlo per età gestazionali < 12 settimane,
piuttosto che < 9 settimane, come menzionato nella guida del 2012 (19). La giustificazione di questa nuova raccomandazione
è delineato nei seguenti punti: (i) La presenza di sangue fetale nelle donne Rh-negative all'inizio della gestazione
l'età non è necessariamente correlata allo sviluppo dell'alloimmunizzazione Rh e se applichiamo i risultati di an
studio sperimentale a questo scenario, quindi teoricamente non vi è alcuna possibilità di formazione di anticorpi se Rh negativo
la donna è esposta all'antigene Rh delle cellule del sangue fetale (126); (ii) Uno studio che confronta i tassi di alloimmunizzazione Rh
in due paesi ha dimostrato la sicurezza di non trattare le donne Rh-negative con aborto spontaneo sotto
10 settimane di gestazione (127); (iii) L'OMS raccomanda solo la profilassi prenatale con immunoglobuline anti-D in non
donne incinte Rh-negative sensibilizzate a 28 e 34 settimane di gestazione per prevenire l'alloimmunizzazione RhD nel contesto di una
ricerca rigorosa (128).

Come

Considerazioni sull'implementazione

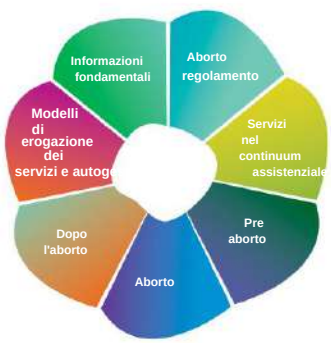
- I test di laboratorio di routine, incluso il test Rh, non sono assolutamente un requisito per i servizi di aborto
  età gestazionale.
- La determinazione dello stato Rh e l'offerta di profilassi anti-D non sono considerati prerequisiti per l'anticipo
  aborto farmacologico in età gestazionale prima delle 12 settimane.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER ISOIMMUNIZZAZIONE Rh

- Gli Stati devono garantire l'accesso alle tecnologie scientifiche aggiornate necessarie per le donne.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Machine Translated by Google

3.3.4 Profilassi antibiotica

Il ruolo degli antibiotici è pertinente per l'aborto chirurgico. La presenza di infezione nel tratto riproduttivo inferiore al momento dell'aborto chirurgico è un fattore di rischio per le infezioni del tratto riproduttivo post-aborto (129). La fornitura di antibiotici al momento dell'aborto (profilassi) serve a prevenire tali complicazioni dopo un aborto chirurgico.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 9: Profilassi antibiotica per l'aborto chirurgico e medico

UN. Per l'aborto chirurgico, indipendentemente dal rischio individuale di infezione infiammatoria pelvica:

Raccomandare una profilassi antibiotica appropriata pre o perioperatoria.

B. Per l'aborto farmacologico: **Raccomandare contro** l'uso di antibiotici profilattici.

Nota:

- La mancanza di antibiotici non dovrebbe limitare l'accesso ai servizi per l'aborto.

Fonte: Raccomandazione 11 ripresa dall'OMS (2012) (19). La formulazione è stata rivista per utilizzare la parola "raccomandare" per chiarire che si tratta di raccomandazioni forti, e la precedente formulazione "uso di routine" (in 9b) è stata modificata in "uso", in seguito alla discussione tra il gruppo di esperti.

Come

Considerazione sull'implementazione

- La somministrazione di una singola dose di nitroimidazoli, tetracicline o penicilline si è dimostrata efficace quando usati come antibiotici profilattici per l'aborto chirurgico.

Chi

Per informazioni su quali operatori sanitari possono fornire questo intervento, fare riferimento alla Raccomandazione 24 sull'aspirazione sottovuoto (< 14 settimane) e alla Raccomandazione 26 sulla dilatazione ed evacuazione (D&E) (ÿ 14 settimane).

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI ALLA PROFILASSI ANTIBIOTICA

- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in un modo accessibile e non discriminatorio.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Raccomandazioni 24 (sull'aspirazione a vuoto) e 26 (su D&E)

3.3.5 Determinazione dell'età gestazionale della gravidanza

Determinare l'età gestazionale della gravidanza è un passo preliminare prima di selezionare il più appropriato metodo di aborto. Esistono diversi modi per determinare l'età gestazionale. La datazione della gravidanza può essere effettuata solo in base all'ultimo periodo mestruale (LMP) o in combinazione con l'uso di uno strumento convalidato (ad es. app mobile, lista di controllo o ruota della gravidanza), consentendo così l'opzione dell'autovalutazione dell'età gestazionale. Quando la LMP è incerta, l'età gestazionale può essere determinata mediante un esame clinico/fisico (es. esame pelvico e addominale bimanuale) o mediante ecografia, entrambi utilizzati per valutare le dimensioni dell'utero, stimate in settimane, che corrisponde a un utero gravido della stessa età gestazionale datato da LMP. In generale, il metodo meno invasivo che è appropriato nelle circostanze e disponibile nell'ambiente dovrebbe essere utilizzato.

Lo screening di routine per la gravidanza ectopica non è necessario prima dell'aborto farmacologico. L'incidenza di gravidanze ectopiche è inferiore nelle richiedenti l'aborto rispetto alla popolazione generale (130). Anche per le gravidanze continue, l'OMS raccomanda solo un'ecografia prima delle 24 settimane di gestazione (ecografia all'inizio della gravidanza) per stimare età gestazionale, migliorare il rilevamento di anomalie fetali e gravidanze multiple, ridurre l'induzione del travaglio per la gravidanza post-termine e migliorare l'esperienza della gravidanza di una donna (128).

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 10: Ecografia pre-aborto

Sia per l'aborto medico che per quello chirurgico: **sconsigliare** l'uso dell'ecografia come prerequisito per fornire servizi di aborto.*

Nota:

- La regolamentazione legale che limita la disponibilità dell'aborto in base all'età gestazionale può richiedere o comportare l'uso degli ultrasuoni per verificare l'età gestazionale prima dell'aborto, anche se ciò non è necessario dal punto di vista clinico. La rimozione dei limiti legali di età gestazionale per l'accesso all'aborto (vedi Raccomandazione 3) dovrebbe comportare l'eliminazione di ecografie pre-abortive non necessarie e aumentare la disponibilità dell'aborto in ambienti in cui gli ultrasuoni sono di difficile accesso.

* Caso per caso, potrebbero esserci motivi clinici per utilizzare l'ecografia prima dell'aborto.

Fonte: Raccomandazione 12 ripresa dall'OMS (2012) (19). La formulazione è stata rivista per utilizzare la parola "raccomandare contro" per chiarire che si tratta di una forte raccomandazione contro l'intervento, e la precedente formulazione "routine" è stata modificata per utilizzare "prerequisito" per maggiore chiarezza, a seguito della discussione tra il gruppo di esperti .

Chi

Non applicabile.

Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER DETERMINAZIONE DELL'ETÀ GESTAZIONALE DELLA GRAVIDANZA

- Qualsiasi informazione sull'età gestazionale dovrebbe essere completa, accurata e basata sull'evidenza. Non dovrebbe essere fornito allo scopo di dirigere il processo decisionale.
- Come forma di informazione sanitaria, le informazioni sull'età gestazionale dovrebbero essere di alta qualità, accurate e accessibili. Dovrebbe essere presentato in modo rispettoso e accettabile per la persona che lo riceve. Non dovrebbe alimentare lo stigma e la discriminazione.
- Laddove siano disponibili informazioni sull'età gestazionale, devono essere fornite a individui in un modo che rispetti la privacy e la riservatezza.
- Il diritto di rifiutare tali informazioni quando offerte deve essere rispettato. Questo include il diritto di rifiutare di visualizzare le immagini ecografiche.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Machine Translated by Google

3.3.6 Gestione del dolore per l'aborto

C'è generalmente un certo grado di dolore con l'aborto. La necessità di gestione del dolore aumenta con l'età gestazionale. Il grado del dolore varia con l'età, la parità, il precedente parto vaginale, la storia di dismenorrea e il livello di ansia/paura della donna che subisce l'aborto (131-134). Un tempo di procedura più breve è stato associato a meno dolore (131). Trascurare questo importante elemento assistenziale aumenta inutilmente ansia, disagio e dolore, compromettendo seriamente la qualità dell'assistenza e aumentando potenzialmente la difficoltà di esecuzione della procedura. La gestione del dolore dovrebbe essere sempre disponibile e dovrebbe essere somministrata in anticipo, in previsione dell'insorgenza del dolore, o fornita alla donna nel caso sia necessaria per un uso successivo a casa.

SERVIZI CLINICI Raccomandazioni 11-14: gestione del dolore per l'aborto chirurgico e per il priming cervicale precedente

11. Per la gestione del dolore per l'aborto chirurgico a qualsiasi età gestazionale:

UN. Raccomandare che la gestione del dolore sia offerta di routine (ad es. farmaci antinfiammatori non steroidei [FANS]) e che dovrebbe essere fornito a coloro che lo desiderano; E

B. Sconsigliato l'uso routinario dell'anestesia generale.

LE NUOVE RACCOMANDAZIONI DI SEGUITO INDICANO LA GESTIONE DEL DOLORE IN AGGIUNTA AI FANS.

12. (NUOVO) Per la gestione del dolore per aborto chirurgico a < 14 settimane:

UN. Raccomandare l'uso di un blocco paracervicale; E

B. Suggerire l'opzione della gestione del dolore combinata con la sedazione cosciente13 più il blocco paracervicale dovrebbe essere offerto, laddove sia disponibile la sedazione cosciente.

13. (NUOVO) Per la gestione del dolore per il priming cervicale con dilatatori osmotici prima dell'aborto chirurgico a ÿ 14 settimane:

Suggerire l'uso di un blocco paracervicale. (Vedere anche la sezione 3.3.7 sul priming cervicale prima dell'aborto chirurgico.)

Nota:

- Per il priming cervicale (Raccomandazione 13), si possono prendere in considerazione ulteriori farmaci antidolorifici, come ad es l'uso di gel intravaginale.

14. (NUOVO) Per la gestione del dolore per aborto chirurgico a ÿ 14 settimane:

UN. Raccomandare l'uso di un blocco paracervicale; E

B. Suggerire l'opzione della gestione del dolore combinata utilizzando la sedazione cosciente più il blocco paracervicale dovrebbe essere offerto, laddove sia disponibile la sedazione cosciente.

Fonte: Raccomandazione 11 aggiornata dall'OMS (2012) (19). Le raccomandazioni 12-14 sono nuove.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: la Raccomandazione 11a è stata precedentemente pubblicata come parte della Raccomandazione 14 in OMS (2012) (19) e le prove a riguardo sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, in questa versione aggiornata, abbiamo diviso la prima parte della formulazione della raccomandazione originale da applicare all'aborto chirurgico qui (11a) e all'aborto medico in una raccomandazione separata (15) e abbiamo rivisto la formulazione per menzionare la disposizione, e abbiamo separato e ha rivisto la formulazione della seconda parte della raccomandazione relativa all'anestesia generale (Raccomandazione 11b).

13 La sedazione cosciente è anche nota come sedazione endovenosa (IV) o sedazione moderata. Vedere la definizione nel Glossario.

Machine Translated by Google

Dove

In una struttura sanitaria.

Motivazione delle Raccomandazioni 11b e 12

Un aggiornamento di una Cochrane Review esistente14 è servito come base di evidenza per valutare i regimi di gestione del dolore per gli aborti chirurgici a < 14 settimane di gestazione. Trenta studi sulla gestione del dolore per l'aborto chirurgico sono stati identificati dalla strategia di ricerca. Di questi studi, nove studi - condotti in Francia, Repubblica islamica dell'Iran, Norvegia, Turchia e Stati Uniti - sono al centro della base di prove per queste raccomandazioni.
Sei studi hanno confrontato il blocco paracervicale (PCB) con un placebo. Uno studio ha confrontato il PCB con l'anestesia generale. Due studi hanno confrontato la sedazione cosciente15 più PCB rispetto al solo PCB. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 2, quadro EtD per la gestione del dolore per la chirurgia
aborto < 14 settimane.

Combinazione di gestione del dolore mediante sedazione cosciente più PCB: i punteggi medi del dolore erano più bassi nel gruppo di donne che avevano ricevuto sedazione cosciente e PCB rispetto alle donne che avevano ricevuto solo un PCB, sulla base di prove di moderata certezza. Inoltre, la soddisfazione per la gestione del dolore era più alta nel primo gruppo di donne, sulla base di prove ad alta certezza.

Blocco paracervicale (PCB): sia con che senza sedazione cosciente, i punteggi medi del dolore erano più bassi nel gruppo di donne che avevano ricevuto un PCB rispetto alle donne che avevano ricevuto un placebo, sulla base di prove di moderata certezza. Un minor numero di donne ha richiesto ulteriori farmaci analgesici, sulla base di prove di alta certezza, e la soddisfazione nel primo gruppo di donne era alta, sulla base di prove di certezza moderata.

Anestesia generale: i punteggi del dolore erano più bassi nel gruppo di donne che hanno ricevuto l'anestesia generale rispetto al solo PCB, sulla base di prove di moderata certezza. Tuttavia, le discussioni sulle risorse necessarie, l'efficacia in termini di costi, la fattibilità e l'equità relative alla somministrazione dell'anestesia generale hanno portato a una conclusione che non ha favorito l'intervento. Inoltre, la Raccomandazione 11b si allinea con l'affermazione esistente secondo cui l'aspirazione a vuoto non richiede una sala operatoria (19).

Motivazione delle Raccomandazioni 13 e 14

Una revisione sistematica ha valutato i regimi di gestione del dolore per gli aborti chirurgici in età gestazionale ÿ 14 settimane. La strategia di ricerca ha identificato tre studi che riportano la gestione del dolore per D&E, tutti incentrati sulla gestione del dolore durante il priming cervicale prima della procedura chirurgica. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 2, quadro EtD per la gestione del dolore per l'aborto chirurgico ÿ 14 settimane.

I punteggi medi del dolore erano più bassi nel gruppo di donne che hanno ricevuto un PCB rispetto alle donne che hanno ricevuto un placebo, sulla base di prove ad alta certezza. La soddisfazione nel primo gruppo di donne era alta, sulla base di prove di moderata certezza. Un gel intravaginale può essere utilizzato come metodo alternativo di controllo del dolore; più donne avevano un punteggio del dolore inferiore dopo aver ricevuto il gel rispetto a quelle che avevano un PCB, sulla base di prove a bassa certezza. Il priming cervicale è stato eseguito con laminaria. Discussioni sui valori e le preferenze delle donne per quanto riguarda la gestione del dolore durante l'aborto chirurgico, e sulle risorse necessarie e la fattibilità di La somministrazione di PCB ha portato a una determinazione che ha favorito l'intervento.

Non sono stati identificati studi incentrati sulla gestione del dolore per la procedura D&E. Pertanto, il gruppo di esperti è giunto a un consenso per allineare le raccomandazioni a quelle per la gestione del dolore per l'aborto chirurgico a < 14 settimane di gestazione (vedere Raccomandazione 12).

Chi

Per informazioni su quali operatori sanitari possono fornire questo intervento, fare riferimento alle Raccomandazioni 24 e 26 per l'aborto chirurgico (aspirazione sottovuoto e D&E).

14 Una Cochrane Review è una revisione sistematica della ricerca in sanità e politica sanitaria pubblicata nel Cochrane Database of Revisioni sistematiche.

15 La sedazione cosciente è anche nota come sedazione endovenosa (IV) o sedazione moderata. Vedere la definizione nel Glossario.

Machine Translated by Google

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Dovrebbero essere garantite forniture e scorte sufficienti di antidolorifici.
- La formazione degli operatori nella cura dell'aborto dovrebbe includere la gestione del dolore, in particolare la tecnica per somministrazione di blocco paracervicale.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazioni 15 e 16: Gestione del dolore per l'aborto farmacologico

15. Per l'aborto medico a qualsiasi età gestazionale:

Raccomandare che la gestione del dolore sia offerta di routine (ad es. farmaci antinfiammatori non steroidei [FANS]) e che dovrebbe essere fornito all'individuo da utilizzare se e quando lo desidera.

LA NUOVA RACCOMANDAZIONE DI SEGUITO INDICA LA GESTIONE DEL DOLORE IN AGGIUNTA AI FANS.

16. (NUOVO) Per la gestione del dolore per l'aborto farmacologico a ÿ 12 settimane:

Suggerire di prendere in considerazione altri metodi per controllare il dolore o il disagio dovuto all'aumento del dolore con l'aumentare età gestazionale. Tali metodi includono alcuni antiemetici e l'anestesia epidurale, ove disponibile.

Nota:

- Per l'aborto farmacologico in età gestazionale < 14 settimane, se i FANS (ad es. ibuprofene) non sono disponibili o non sono disponibili opzione, allora il paracetamolo può essere preso in considerazione per il controllo del dolore.

Fonte: Raccomandazione 15 aggiornata dall'OMS (2012) (19). La raccomandazione 16 è nuova.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: la Raccomandazione 15 è stata precedentemente pubblicata come parte della Raccomandazione 14 in OMS (2012) (19) e le prove a sostegno di essa sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, in questa versione aggiornata, abbiamo diviso la prima parte della formulazione originale della raccomandazione da applicare all'aborto chirurgico (vedi Raccomandazione 11a) e all'aborto farmacologico (qui nella Raccomandazione 15), e abbiamo rivisto la formulazione per menzionare la disposizione.

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Motivazione della Raccomandazione 15 (specificamente per le età gestazionali < 14 settimane)

Una Cochrane Review è servita come base di prova per questa domanda chiave. La strategia di ricerca, condotta in Israele, nel Regno Unito e negli Stati Uniti, ha identificato cinque studi che riportano la gestione del dolore per l'aborto farmacologico in età gestazionale < 14 settimane. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 2, quadro EtD per la gestione del dolore per l'aborto medico < 14 settimane.

Di questi studi, tre sono stati valutati utilizzando i seguenti confronti:

- ibuprofene vs placebo
- FANS profilattici rispetto a quelli terapeutici
- ibuprofene vs paracetamolo.

Le donne che hanno ricevuto FANS avevano punteggi medi del dolore più bassi e un minor numero di donne di quel gruppo richiedeva ulteriori farmaci analgesici, sulla base di prove ad alta certezza. Le discussioni sui valori e le preferenze delle donne con gestione del dolore durante l'aborto medico e le risorse richieste, l'efficacia in termini di costi e la fattibilità per la somministrazione di FANS hanno portato a una determinazione che ha favorito l'intervento.

Machine Translated by Google

Motivazione delle Raccomandazioni 15 (specificamente per età gestazionali ÿ 14 settimane) e 16

È stata intrapresa una revisione sistematica per rispondere a questa domanda chiave. Undici studi che riportano la gestione del dolore per l'aborto farmacologico in età gestazionale ÿ 14 settimane sono stati identificati dalla strategia di ricerca, condotta in Belgio, Canada, Germania, Israele, Italia, Svezia, Tailandia e Stati Uniti. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 2, quadro EtD per la gestione del dolore per l'aborto medico ÿ 14 settimane.

Utilizzando i dati di questi studi, sono stati effettuati i seguenti confronti:

- blocco paracervicale (PCB) contro antidolorifici orali
- FANS vs non FANS/placebo
- antiemetici rispetto al placebo
- antiepilettici contro ansiolitici
- epidurale intermittente vs continua
- fentanil epidurale controllato dal paziente rispetto a fentanil controllato dal paziente per via endovenosa (IV).
- fentanil controllato dal paziente rispetto alla morfina controllata dal paziente
- tramadolo IV controllato dal paziente rispetto a fentanil IV controllato dal paziente.

Confronto tra PCB e antidolorifici orali: negli studi che hanno valutato questo confronto, un minor numero di donne ha manifestato dolore intenso e si è verificato un tempo di espulsione inferiore con l'uso di antidolorifici orali rispetto al PCB, sulla base di prove di moderata certezza.

Confronto tra FANS e non FANS/placebo: negli studi che hanno valutato questo confronto, un numero inferiore di donne ha richiesto narcotici supplementari dopo l'uso di FANS, sulla base di un'elevata certezza delle prove. Inoltre, un numero inferiore di donne che assumevano FANS ha manifestato effetti collaterali, sulla base di prove di moderata certezza.

Confronto tra antiemetici e placebo: negli studi che hanno valutato questo confronto, vi è stato un uso inferiore di narcotici supplementari e un tempo di espulsione inferiore con l'uso di antiemetici, sulla base di una moderata certezza prova.

Confronto tra antiepilettici e ansiolitici: negli studi che hanno valutato questo confronto, sulla base di prove di moderata certezza, sono stati riscontrati punteggi medi del dolore inferiori, minore utilizzo di analgesici aggiuntivi e tempi medi di espulsione inferiori con l'uso di antiepilettici.

Confronto tra epidurale intermittente e continua: negli studi che hanno valutato questo confronto, ci sono stati meno effetti collaterali con l'uso dell'epidurale intermittente, sulla base di prove di certezza da bassa ad alta.
La soddisfazione era più alta tra le donne che avevano l'epidurale intermittente per la gestione del dolore, sulla base di prove ad alta certezza.

Confronto tra epidurale controllata dal paziente (PCE) e fentanil EV controllato dal paziente: negli studi che hanno valutato questo confronto, sono stati riscontrati punteggi medi del dolore inferiori e minori effetti collaterali di vomito e sedazione con l'uso di PCE, sulla base di prove di moderata certezza . Inoltre, la soddisfazione era più alta tra le donne nel gruppo PCE, sulla base di prove di moderata certezza.

Confronto tra morfina controllata dal paziente e fentanil EV controllato dal paziente: negli studi che hanno valutato questo confronto, sono stati riscontrati punteggi del dolore più bassi e minori effetti collaterali con l'uso di fentanil controllato dal paziente (50 ÿg), sulla base di livelli da moderati ad alti -prova certa.

Confronto tra tramadolo IV controllato dal paziente rispetto a fentanil IV controllato dal paziente: negli studi che hanno valutato questo confronto, il controllo del dolore era paragonabile all'uso di tramadolo controllato dal paziente e fentanil, sulla base di prove di certezza da bassa a moderata. Anche le valutazioni di soddisfazione erano simili tra i due gruppi, sulla base di prove ad alta certezza.

Le discussioni sui valori e le preferenze delle donne per quanto riguarda la gestione del dolore durante l'aborto farmacologico e sulle risorse necessarie, l'efficacia in termini di costi e la fattibilità per la somministrazione di FANS hanno portato a una determinazione che ha favorito l'intervento.

Machine Translated by Google

Chi

Per informazioni su quali operatori sanitari possono fornire questo intervento, fare riferimento alle Raccomandazioni 28 e 30 sull'aborto farmacologico.

Come

Considerazione sull'implementazione delle Raccomandazioni 15 e 16

- Indipendentemente dalla modalità del servizio, dovrebbe esserci una chiara comunicazione alla donna sul dolore che potrebbe provare, che può variare in base alla percezione e alla tolleranza del dolore. In ogni caso, dovrebbe ricevere informazioni sulla gestione del dolore e dovrebbe essere garantito l'accesso a farmaci antidolorifici adeguati.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI ALLA GESTIONE DEL DOLORE

- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in un modo accessibile e non discriminatorio.
- La negazione dei farmaci antidolorifici può violare un'ampia gamma di diritti umani, compreso il diritto alla salute e all'autonomia decisionale.
- La negazione di farmaci antidolorifici come punizione per l'aborto o perché fa parte della cura dell'aborto può violare il diritto all'uguaglianza e non discriminazione.
- La negazione di farmaci antidolorifici può violare il diritto di esserne liberi trattamento crudele, inumano e degradante.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Copertura sanitaria universale (UHC) (sezione 1.4.1)

Merci (sezione 1.4.4)

Fornitura di informazioni (sezione 3.2.1)

Machine Translated by Google

3.3.7 Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico

Prima dell'aborto chirurgico, il priming cervicale (noto anche come preparazione cervicale) può essere preso in considerazione per tutte le donne con una gravidanza di qualsiasi età gestazionale, in particolare per le donne con una gravidanza superiore alle 12 settimane di gestazione. Il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico è particolarmente utile per le donne con anomalie cervicali o precedenti interventi chirurgici, adolescenti e quelle con gravidanze avanzate, che hanno tutte un rischio più elevato di lesioni cervicali o perforazioni uterine che possono causare emorragie (135, 136). Può anche facilitare la procedura di aborto per i fornitori inesperti. Tuttavia, il priming cervicale presenta degli svantaggi, tra cui un ulteriore disagio per la donna e il costo e il tempo aggiuntivi necessari per somministrarlo in modo efficace.

Se i dilatatori osmotici o i farmaci vengono utilizzati per il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico, questo viene fatto prima della procedura. Pertanto, il priming cervicale può essere avviato da un operatore sanitario diverso dal fornitore che condurrà il D&E.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 17: priming cervicale prima dell'aborto chirurgico a < 12 settimane di gestazione

Prima dell'aborto chirurgico a < 12 settimane:

UN. Se viene utilizzato il priming cervicale: **suggerire** i seguenti regimi terapeutici:

- ÿ Mifepristone 200 mg per via orale 24–48 ore prima della procedura
- ÿ Misoprostolo 400 ÿg per via sublinguale 1–2 ore prima della procedura
- ÿ Misoprostol 400 ÿg per via vaginale o buccale 2-3 ore prima della procedura

B. Sconsigliato l'uso di dilatatori osmotici per il priming cervicale.

Osservazioni:

- La via sublinguale è più efficace per la somministrazione di misoprostolo.
- Devono essere forniti farmaci antidolorifici appropriati.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dalla Raccomandazione 7.2 dell'OMS (2012) (19).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa raccomandazione è stata rivista utilizzando i metodi GRADE. Il regime suggerito per il mifepristone è rimasto invariato, ma i regimi per il misoprostolo sono stati aggiornati, in termini di tempo e via di somministrazione, e la laminaria non è più un'opzione raccomandata; queste raccomandazioni sostituiscono quindi la raccomandazione precedente.

Fondamento logico

Un aggiornamento di una Cochrane Review esistente funge da base di prove per questa domanda chiave. L'aggiornamento ha identificato 8 nuovi studi, per un totale di 61 studi inclusi che hanno valutato i metodi di priming cervicale per l'aspirazione sottovuoto. Da questa revisione, circa la metà degli studi inclusi è stata valutata per contribuire allo sviluppo del quadro Evidence-to-Decision (EtD). La revisione include i seguenti metodi di priming cervicale: farmaci con mifepristone e/o misoprostolo e metodi meccanici (cioè dilatatori osmotici naturali o sintetici). Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 2, struttura EtD per il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico < 12.16

Per la Raccomandazione 17a, suggeriamo l'opzione del misoprostolo o del mifepristone come agente di priming cervicale prima dell'aborto chirurgico a meno di 12-14 settimane. Per gli studi che hanno confrontato il misoprostolo rispetto al mifepristone, il tempo per completare la procedura è stato inferiore per il misoprostolo, sulla base di prove di moderata certezza. Tuttavia, la dilatazione cervicale pre-procedura era maggiore con l'uso di mifepristone, sulla base di prove di moderata certezza. Il profilo degli effetti collaterali era paragonabile tra i due gruppi, sulla base di prove di certezza molto bassa.

Per quanto riguarda i tempi di somministrazione del misoprostolo, gli studi che hanno confrontato l'intervallo temporale per la somministrazione del misoprostolo per il priming cervicale hanno rivelato che è stata osservata la massima efficacia (ovvero maggiore

16 Per motivi di coerenza tra le raccomandazioni, l'età gestazionale limite è di 12 settimane, ma le prove includevano donne con gravidanze fino a 14 settimane di gestazione sottoposte ad aspirazione sottovuoto.

Machine Translated by Google

dilatazione) con l'intervallo di 3 ore. Questa scoperta si basava su prove ad alta certezza. Sebbene l'intervallo di 3 ore sia considerato ottimale, è stato incluso anche l'intervallo di 1 ora in seguito alle discussioni dei membri del gruppo di esperti su la fattibilità e l'accettabilità della durata più breve del tempo di attesa prima dell'aborto chirurgico di una donna.

Per la Raccomandazione 17b, il ragionamento è dovuto al tempo più lungo per completare la procedura se i dilatatori osmotici sono utilizzato rispetto a quando il misoprostolo viene utilizzato per il priming cervicale, sulla base di prove ad alta certezza. Inoltre, i tassi di soddisfazione erano più alti tra coloro che avevano ricevuto misoprostolo rispetto al gruppo laminaria, basato su prove di moderata certezza.

Il gruppo di esperti ha aggiunto il percorso buccale (questo è stato aggiunto insieme al percorso vaginale a causa della via buccale e le curve di concentrazione di misoprostolo sono simili nei dati di farmacocinetica) e la loro osservazione evidenzia il via sublinguale come la via più efficace.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 18 **(NUOVO):** priming cervicale prima dell'aborto chirurgico (MVA o D&E) a ÿ 12 settimane di gestazione

Prima dell'aborto chirurgico in successive età gestazionali:

UN. Per l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane: **suggerire** il priming cervicale prima della procedura.

B. Per l'aborto chirurgico tra le 12 e le 19 settimane: **suggerire** il priming cervicale con il solo farmaco (è preferibile una combinazione di mifepristone più misoprostolo) o con un dilatatore osmotico più farmaci (mifepristone, misoprostolo o una combinazione di entrambi).

C. Per l'aborto chirurgico tra le 12 e le 19 settimane, quando si utilizza un dilatatore osmotico per il priming cervicale: **suggerire** che il periodo tra il posizionamento del dilatatore osmotico e la procedura non dovrebbe estendersi oltre i due giorni.

D. Per l'aborto chirurgico a ÿ 19 settimane: **raccomandare** il priming cervicale con un dilatatore osmotico più farmaci (mifepristone, misoprostolo o una combinazione di entrambi).

Nota:

- C'erano prove limitate per il priming cervicale per le età gestazionali tra le 12 e le 14 settimane e pertanto gli operatori sanitari dovrebbero utilizzare il giudizio clinico per decidere il metodo più conveniente per il priming cervicale prima dell'aspirazione sottovuoto per questa fascia di età gestazionale.

Nota: queste sono nuove raccomandazioni e sostituiscono le Raccomandazioni 8.1 e 8.2 dell'OMS (2012) (19), che erano per D&E dopo 14 settimane; queste nuove raccomandazioni ora includono informazioni sui metodi/regimi per il priming cervicale a diverse fasce di età gestazionale.

Fondamento logico

Una revisione Cochrane ha fornito la base di prove sui metodi di priming cervicale per l'aborto chirurgico in età gestazionale successive. Da questa revisione, 16 studi sono stati inclusi nello sviluppo del framework EtD relativo ai seguenti metodi di priming cervicale: medicazione con mifepristone e/o misoprostolo; metodi meccanici con dilatatori osmotici e dilatatori sintetici; procedure di un giorno contro procedure di due giorni con laminaria. Le impostazioni dello studio includevano Israele, Sud Africa, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 2, struttura EtD per il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico ÿ 12 settimane.

L'inclusione di tutte le opzioni terapeutiche per il priming cervicale si è basata sulla discussione del gruppo di esperti sulla fattibilità e l'accettabilità di questi interventi. L'uso del mifepristone con misoprostolo è preferito rispetto al solo misoprostolo per il priming cervicale a causa della maggiore dilatazione cervicale pre-procedura e del tempo più breve per completare la procedura, sulla base di prove di moderata certezza. L'uso combinato di farmaci e laminaria è preferito rispetto alla sola laminaria a causa della maggiore dilatazione cervicale pre-procedura, della ridotta necessità di ulteriore dilatazione e del tempo più breve per completare la procedura. Questo si basa su prove ad alta certezza. Sottoanalisi degli studi inclusi hanno mostrato che l'uso combinato di farmaci e laminaria sembra essere più efficace a livelli più alti

età gestazionale.

Machine Translated by Google

Come

Considerazione sull'implementazione

- L'uso di farmaci per il priming cervicale prima dell'aborto chirurgico oltre le 12-14 settimane di gestazione può essere autogestito e può far risparmiare tempo di viaggio alla donna e tempo impiegato dal personale per l'inserimento dei dilatatori osmotici.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Operatori sanitari di comunità (CHW)	**Suggerire** Condizione: la fornitura di farmaci ai fini del priming cervicale fa parte del processo di aborto chirurgico, quindi l'operatore sanitario deve garantire la continuità dell'assistenza alla donna che ottiene i farmaci prima della procedura di aborto	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Inoltre, sono stati raccomandati gli CHW fornire l'aborto medico a < 12 settimane (vedi Raccomandazione 28), che richiede abilità e conoscenze simili a quelle per questo compito.
Lavoratori della farmacia	**Suggerire** Condizione: la fornitura di farmaci ai fini del priming cervicale fa parte del processo di aborto chirurgico, quindi l'operatore sanitario deve garantire la continuità dell'assistenza alla donna che ottiene i farmaci prima della procedura di aborto	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Inoltre, gli operatori farmaceutici sono stati raccomandato di fornire l'aborto medico a < 12 settimane (vedi Raccomandazione 28), che richiede abilità e conoscenze simili a quelle per questo compito.
Farmacisti	**Suggerire** Condizione: la fornitura di farmaci ai fini del priming cervicale fa parte del processo di aborto chirurgico, quindi l'operatore sanitario deve garantire la continuità dell'assistenza alla donna che ottiene i farmaci prima della procedura di aborto	Sebbene non siano state trovate prove sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, la dispensazione di farmaci con prescrizione medica rientra nell'ambito tipico della pratica dei farmacisti. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Inoltre, ai farmacisti è stato raccomandato di fornire l'aborto farmacologico a < 12 settimane (vedere Raccomandazione 28), che richiede simili competenze e conoscenze relative a questo compito.
Professionisti della medicina tradizionale e complementare **Infermieri ausiliari/ANM** **Infermieri** **Ostetriche**	**Consiglia**	Sono state trovate prove per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione (prove a bassa certezza). L'adescamento cervicale fa parte della formazione per la fornitura di aspirazione manuale del vuoto. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a
Clinici associati associati/avanzati	**Consiglia**	Sono state trovate prove per gli operatori sanitari con simili o meno una formazione di base completa (ad es. ostetriche, infermiere, ANM) sull'uso di tali medicinali per fornire l'aborto farmacologico (prove di certezza moderata). L'adescamento cervicale fa parte della formazione per la fornitura di aspirazione manuale del vuoto. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le evidenze relative a tutti i tipi di operatori sanitari sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE, ad eccezione dei medici specialisti e generalisti, che erano già "raccomandati". Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate per tutti gli operatori sanitari esaminati, da "consigliato" a "suggerito" per farmacisti, operatori farmaceutici e CHW, e da "suggerito" a "raccomandato" per tutte le altre categorie di operatori sanitari. Anche l'età gestazionale per questa raccomandazione è stata modificata da "oltre 12 settimane" a "a qualsiasi età gestazionale" dopo aver conferito con il gruppo di esperti. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, struttura EtD per l'adescamento cervicale utilizzando farmaci e dilatatori osmotici.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-mansioni, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sulla competenza quadro nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121), che fornisce informazioni sulle competenze (comprese abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche sui criteri WHO-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità , equità e accettabilità dell'intervento e valori e preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Machine Translated by Google

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Come

Considerazione sull'implementazione

- Dato che il priming cervicale avvia il processo e viene eseguito prima di una procedura chirurgica, con un intervallo massimo di 1-2 giorni, è importante che l'operatore sanitario garantisca la continuità dell'assistenza alla donna assicurando che vi sia una chiara pianificare l'aborto chirurgico prima che la donna prenda l'agente di innesco e abbia accesso al sistema sanitario esistente se desidera o necessita di ulteriore supporto durante tale intervallo.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Suggerire** Condizione: l'operatore sanitario garantisce la continuità delle cure dal momento del priming cervicale al D&E	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, a questi operatori sanitari è stato suggerito di eseguire altre procedure transcervicali (ad es. inserimento di uno IUD e aspirazione con vuoto; vedere le Raccomandazioni 43 e 24). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto nelle regioni in cui questi professionisti costituiscono una parte significativa del personale sanitario.
Infermieri ausiliari/ANM	**Consiglia**	Sebbene siano state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, agli ANM è stato raccomandato di eseguire altre procedure transcervicali (ad esempio l'inserimento di uno IUD; vedere la Raccomandazione 43) e agli infermieri ausiliari è stato raccomandato in determinati contesti di eseguire altre procedure transcervicali (ad es. inserimento di uno IUD; vedi Raccomandazione 43). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione può aiutare a ottimizzare il flusso di lavoro all'interno di una struttura e ridurre i tempi di attesa per le donne.
Infermieri	**Consiglia**	Sebbene siano state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza o l'efficacia di questa opzione, agli infermieri è stato raccomandato di eseguire altre procedure transcervicali (ad es. inserimento di uno IUD; vedere Raccomandazione 43) e vi sono prove che la fornitura di aspirazione manuale tramite vuoto da parte degli infermieri è sicura e efficace (prove di moderata certezza). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione può aiutare a ottimizzare il flusso di lavoro all'interno di una struttura e ridurre i tempi di attesa per le donne.
Ostetriche	**Consiglia**	Sebbene siano state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza o l'efficacia di questa opzione, alle ostetriche è stato raccomandato di eseguire altre procedure transcervicali (ad es. l'inserimento di uno IUD; vedere Raccomandazione 43) e vi sono prove che la fornitura di aspirazione manuale tramite vuoto da parte delle ostetriche è sicura e efficace (prove di moderata certezza). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione può aiutare a ottimizzare il flusso di lavoro all'interno di una struttura e ridurre i tempi di attesa per le donne.

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Clinici associati associati/avanzati	**Consiglia**	Sono state trovate prove indirette per la sicurezza e l'efficacia di questi medici che forniscono l'aspirazione sottovuoto (prove di certezza moderata), che include l'adescamento cervicale con dilatatori osmotici per casi selezionati. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione può aiutare a ottimizzare il flusso di lavoro all'interno di una struttura e ridurre i tempi di attesa per le donne.
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le evidenze relative a tutti i tipi di operatori sanitari sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE, ad eccezione dei medici specialisti e generalisti, che erano già "raccomandati". Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate per medici associati/avanzati, ostetriche e infermieri da "suggerire" a "raccomandare", per infermieri ausiliari e ANM da "consigliare contro" a "raccomandare" e per i professionisti della medicina tradizionale e complementare da " sconsigliare" per "suggerire". Per i farmacisti, i farmacisti e gli operatori sanitari della comunità, le raccomandazioni rimangono "sconsigliate" (non elencate). Anche l'età gestazionale per questa raccomandazione è stata modificata da "oltre 12 settimane" a "12 settimane e oltre" (ÿ 12 settimane) per allineare questa raccomandazione con la Raccomandazione 18. Un riepilogo delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD per Priming cervicale con farmaci e dilatatori osmotici.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

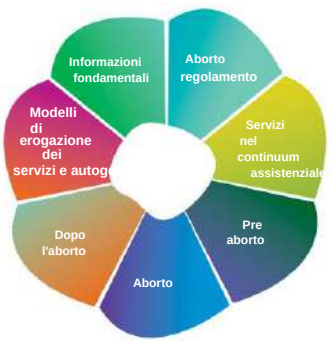
In una struttura sanitaria.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI AL PRIMING CERVICALE

- Negazione del priming cervicale come punizione per l'aborto o perché fa parte dell'aborto l'assistenza può violare il diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Raccomandazioni 11-15: gestione del dolore

Raccomandazione 23-26: aborto chirurgico (aspirazione sottovuoto, dilatazione ed evacuazione)

Machine Translated by Google

3.3.8 Restrizioni (legislative o politiche) per gli operatori sanitari che possono legalmente fornire assistenza in caso di aborto

In un certo numero di paesi, la legge e la politica limitano il tipo di operatori sanitari che possono legalmente fornire assistenza in caso di aborto (137), il più delle volte limitandolo ai ginecologi. Dall'avvento dell'aspirazione sottovuoto e dell'aborto farmacologico, tuttavia, l'aborto può essere praticato in modo sicuro da un'ampia gamma di operatori sanitari in contesti diversi e autogestito in modo sicuro nelle prime fasi della gravidanza (vedere Raccomandazioni 24, 28, 30, 33). Le restrizioni dei fornitori non sono coerenti con il supporto dell'OMS per l'ottimizzazione dei ruoli degli operatori sanitari; tali restrizioni sono arbitrarie e non basate su prove (138). Riflettendo l'obbligo degli Stati di rispettare, proteggere e soddisfare il diritto alla salute, le strutture sanitarie, i beni ei servizi devono essere disponibili, accessibili, adeguati e di buona qualità (46). Ciò include strutture, beni e servizi per l'assistenza SRH. Pertanto, gli Stati devono garantire un numero adeguato di personale medico e professionale e fornitori qualificati nel sistema sanitario, nonché scorte adeguate di farmaci essenziali (46). Inoltre, il Relatore Speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale, ha sottolineato che la legge sull'aborto deve essere basata su prove (37) (vedi Capitolo 1, sezione 1.3.1[i], e anche allegato Web A: Principali norme internazionali sui diritti umani in materia di aborto).

LEGGE E POLITICA Raccomandazione 21: Restrizioni del fornitore

Raccomandare contro la regolamentazione su chi può fornire e gestire l'aborto che è incoerente con Guida dell'OMS.

Nota:

- Laddove la legge o la politica disciplinano chi può fornire o gestire l'aborto, tale regolamentazione dovrebbe essere coerente con la guida dell'OMS, presentata in questo capitolo.

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Fondamento logico

Al fine di identificare gli impatti delle restrizioni dei fornitori sui richiedenti l'aborto e sugli operatori sanitari, è stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2019, identificando sette studi condotti in Australia, Etiopia, Nepal e Stati Uniti. Un riassunto delle prove di questi studi è presentato nel materiale supplementare 1, quadro EtD per le restrizioni del fornitore. Le prove esaminate hanno mostrato che le restrizioni su chi può fornire e gestire l'aborto hanno comportato ritardi e oneri nell'accesso all'aborto. Al contrario, l'ampliamento della gamma di operatori sanitari in grado di fornire assistenza per l'aborto ha migliorato l'accesso tempestivo all'aborto medico e chirurgico precoce; costi, viaggi e tempi di attesa ridotti; spostato le componenti dell'assistenza lontano dai medici; ha reso l'aborto più disponibile anche nelle zone rurali ea livello di assistenza sanitaria di base; ha impedito l'autogestione non sicura dell'aborto; e costi di sistema ridotti. Questa evidenza indica che le restrizioni dei fornitori producono inefficienze, oneri amministrativi e carichi di lavoro all'interno dei sistemi sanitari e riducono in pratica il numero di fornitori disponibili.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER RESTRIZIONI DEL FORNITORE

- Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità devono essere centrali per la regolamentazione dell'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva.
- La regolamentazione dell'aborto dovrebbe basarsi sui diritti umani e sull'evidenza.
- Gli Stati devono garantire un numero adeguato di personale medico e professionale e fornitori qualificati nel sistema sanitario e scorte adeguate di medicinali essenziali.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

3.3.9 Obiezione di coscienza o rifiuto da parte degli operatori sanitari di prestare assistenza in caso di aborto

Il rifiuto della cura dell'aborto sulla base della coscienza opera come una barriera all'accesso a un aborto sicuro e tempestivo (3 [par. 14], 36 [par. 8], 139 [par. 109], 140 [par. 353], 141 [punti 42, 43]), e l'obiezione/rifiuto di coscienza non regolamentato può portare a violazioni dei diritti umani o indurre le donne a cercare un aborto non sicuro (142 [punto 23], 143 [punto 106], 144). In alcuni paesi l'obiezione di coscienza è espressamente regolata dal diritto del lavoro, dai contratti di lavoro o dalla legge sull'aborto. Per quanto riguarda il diritto internazionale dei diritti umani, gli Stati che consentono l'obiezione di coscienza devono organizzare il loro sistema sanitario e l'offerta di aborto in modo tale da garantire che l'obiezione di coscienza non si traduca nel rifiuto delle cure legalmente disponibili per l'aborto e regolamentare l'esercizio dell'obiezione di coscienza in un modo che rifletta la migliore pratica clinica internazionale, protegga i richiedenti l'aborto e garantisca che il rifiuto del fornitore non comprometta o ostacoli l'accesso a cure di qualità per l'aborto (145 [par. 12], 146 [par. 28]). L'OMS ha inoltre consigliato che "i servizi sanitari dovrebbero essere organizzati in modo tale da garantire che un effettivo esercizio della libertà di coscienza degli operatori sanitari nel contesto professionale non
impedire ai pazienti di ottenere l'accesso ai servizi ai quali hanno diritto in base alla legislazione applicabile" (19).

LAW & POLICY **Raccomandazione 22:** Obiezione di coscienza

Raccomandare che l'accesso e la continuità delle cure complete per l'aborto siano protetti dalle barriere create dall'obiezione di coscienza.

Osservazioni:

- Nonostante l'obbligo dei diritti umani di garantire che l'obiezione di coscienza non ostacoli l'accesso a cure di qualità per l'aborto, e le precedenti raccomandazioni dell'OMS volte a garantire che l'obiezione di coscienza non comprometta o ostacoli l'accesso alle cure per l'aborto, l'obiezione di coscienza continua a operare come una barriera all'accesso alla cura dell'aborto di qualità. È fondamentale che gli Stati garantiscano la conformità alle normative e alla progettazione/organizzare i sistemi sanitari per garantire l'accesso e la continuità di cure di qualità per l'aborto. Se risulta impossibile regolamentare l'obiezione di coscienza in un modo che rispetti, protegga e soddisfi i diritti di chi richiede l'aborto, l'obiezione di coscienza nella disposizione sull'aborto può diventare indifendibile.
- Le prove esaminate consideravano l'impatto dell'obiezione di coscienza sull'accesso e la disponibilità di cura dell'aborto e non l'efficacia della regolamentazione dell'obiezione di coscienza in termini di miglioramento di tali risultati. Tuttavia, il diritto internazionale sui diritti umani fornisce alcune indicazioni su come gli Stati possono garantire che i diritti umani dei richiedenti l'aborto siano rispettati, protetti e rispettati. Questi includono:
  - ÿ organizzare il sistema sanitario in modo da garantire l'assunzione di un numero sufficiente di operatori non obiettori e equamente distribuito sul territorio (3);
  - ÿ mettere in atto una regolamentazione chiara e applicabile dell'obiezione di coscienza (147 [punti 30, 31], 148 [par. 41(f)], 149 [par. 37(b)]);
  - ÿ garantire un'adeguata applicazione della regolamentazione dell'obiezione di coscienza, compresa l'identificazione, la risoluzione e la sanzione della non conformità (147 [punti 30, 31], 148 [punto 41(f)], 149 [punto 37(b)]);
  - ÿ delineando chiaramente chi può opporsi a quali componenti dell'assistenza (150 [punti 30-31], 148 [punto 41(f)], 3 [par. 43]);
  - ÿ divieto di rivendicazioni istituzionali di coscienza (147, 150 [par. 33(c)], 148 [par. 41(f)]);
  - ÿ richiedere agli obiettori di fornire un rinvio tempestivo a fornitori accessibili e non obiettori (3 [par. 43], 37 [parà. 65(m)], 39 [par. 11], 150 [par. 33(c)], 146 [par. 28]);
  - ÿ esigere che l'obiezione di coscienza sia esercitata in modo rispettoso e non punitivo; E
  - ÿ vietare l'obiezione di coscienza in situazioni di urgenza o di emergenza (3, co. 43).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa e altre raccomandazioni legislative e politiche non sono raccomandazioni nuove. L'aborto sicuro dell'OMS del 2012 la guida ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica (19); in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate utilizzando la metodologia GRADE.

Machine Translated by Google

Fondamento logico

Al fine di identificare gli impatti dell'obiezione di coscienza sui richiedenti l'aborto e sugli operatori sanitari, è stata intrapresa una revisione sistematica degli studi pubblicati tra il 2010 e il 2020, identificando 26 studi condotti in Australia, Brasile, Colombia, Ghana, Italia, Messico, Nigeria, Norvegia, Portogallo, Sudafrica, Slovacchia, Svizzera, Tunisia, Regno Unito, Stati Uniti e Zambia. Un riassunto delle prove di questi studi è presentato in Materiale supplementare 1, quadro EtD per l'obiezione di coscienza. Le prove esaminate hanno stabilito che l'obiezione di coscienza può ritardare l'accesso tempestivo all'aborto e alle cure per l'aborto. Il ritardo nell'assistenza è esacerbato dove c'è una percentuale più alta di operatori sanitari che si oppongono, e talvolta anche nei casi di emergenza in cui l'aborto è necessario per salvare la vita di una donna. Talvolta i ritardi sono deliberatamente imposti dagli oppositori. L'evidenza suggerisce anche che l'obiezione di coscienza contribuisce ad aumentare la morbilità e la mortalità legate all'aborto e che alcuni operatori sanitari rivendicano l'obiezione di coscienza e rifiutano l'aborto nel settore pubblico, mentre forniscono l'aborto a pagamento nelle loro pratiche private.

Gli studi hanno dimostrato che l'obiezione di coscienza impone maggiori barriere alle popolazioni in contesti specifici: aree rurali; contesti in cui la legge sull'aborto è stata recentemente modificata e non c'è sufficiente chiarezza su chi può opporsi a quali aspetti della cura dell'aborto; luoghi in cui l'obiezione di coscienza non è effettivamente regolamentata; e contesti in cui gli operatori sanitari che si oppongono rifiutano intenzionalmente i rinvii o utilizzano consulenza parziale o informazioni legali e mediche imprecise per cercare di dissuadere e impedire alle persone di accedere all'aborto (fare riferimento alla sezione 3.2.1: Fornitura di informazioni).

È stato dimostrato che il rifiuto dell'aborto sulla base della coscienza impone oneri significativi a donne e ragazze, in particolare l'incertezza su se e dove possono accedere all'aborto. Alcuni obiettori decidono se fornire l'aborto caso per caso a seconda del loro punto di vista sul motivo per cui una donna cerca di abortire, il che significa che la disponibilità non è chiara o coerente. Inoltre, le pratiche di rinvio degli obiettori sono molto variabili.
Le prove hanno dimostrato che mentre la maggior parte degli obiettori era disposta a fare riferimento, questo non era vero per tutti, con alcuni obiettori che si riferivano caso per caso. Inoltre, i percorsi di rinvio possono essere tortuosi e gravosi, il che impone ulteriori difficoltà e ritardi.

L'obiezione di coscienza ha implicazioni significative sul carico di lavoro per gli operatori sanitari. Dove ci sono molti obiettori, gli operatori sanitari non obiettori hanno un carico di lavoro maggiore, la fornitura di aborto è spesso stigmatizzata e coloro che forniscono assistenza all'aborto possono subire limitazioni di carriera o discriminazioni. Regolamenti e quadri giuridici poco chiari, non applicati o inesistenti per l'obiezione di coscienza possono creare oneri per gli operatori sanitari, anche nell'affrontare le sfide associate alla loro coscienza o etica, causare conflitti sul posto di lavoro, portare il personale non clinico a tentare di rivendicare l'obiezione di coscienza e minare modelli organizzativi per la consegna dell'aborto.

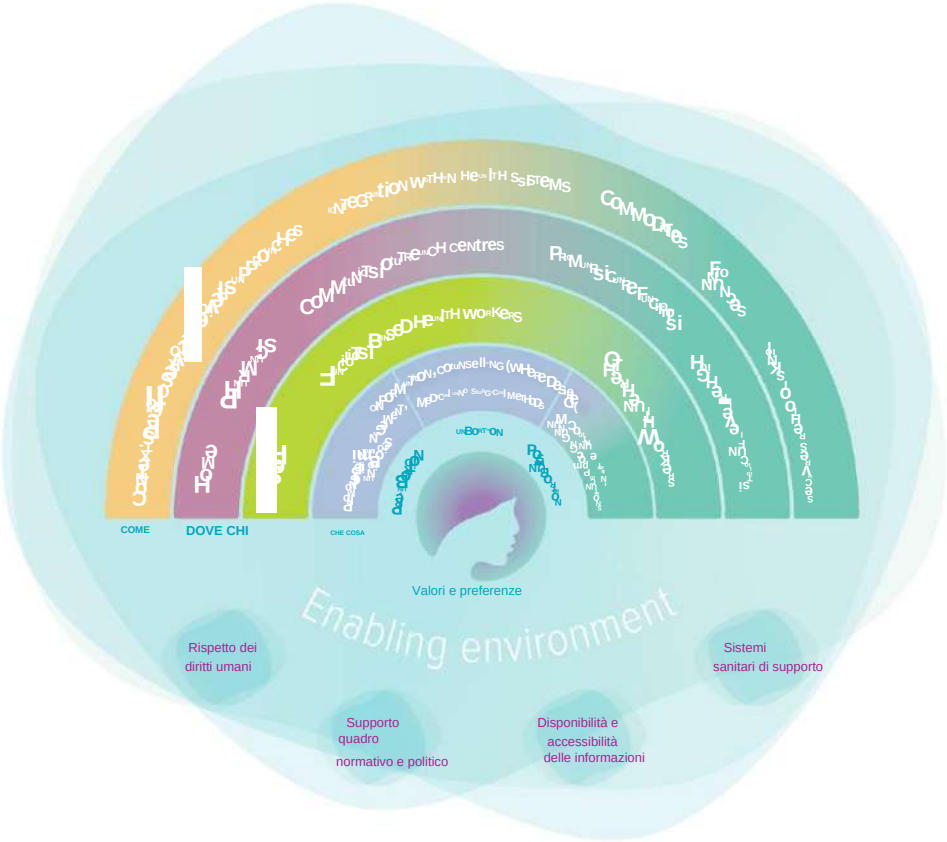
CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER OBIEZIONE DI COSCIENZA

- Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità devono essere centrali per la regolamentazione di servizi di salute sessuale e riproduttiva (SRH).
- Gli Stati che consentono l'obiezione di coscienza devono organizzare il proprio sistema sanitario e l'offerta di aborto in modo tale da garantire che l'obiezione di coscienza non ostacoli l'accesso o comporti il rifiuto delle cure legalmente disponibili per l'aborto.
- Gli Stati che consentono l'obiezione di coscienza dovrebbero regolamentare l'esercizio dell'obiezione di coscienza in un modo che rifletta la migliore pratica clinica internazionale, protegga i richiedenti l'aborto e garantisca che il rifiuto del fornitore non comprometta o ostacoli l'accesso all'aborto di qualità.
- Tutti hanno diritto a informazioni accurate su SRH.
- Tutti hanno diritto alla privacy e alla riservatezza nei servizi SRH.
- Tutti hanno diritto alla non discriminazione e all'uguaglianza nell'accesso ai servizi SRH.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

3.4 Aborto



La gestione dell'aborto è necessaria sia per l'aborto indotto che per quello spontaneo, comprese le indicazioni cliniche come l'aborto mancato e la morte fetale intrauterina (morte fetale).

Le opzioni di gestione consigliate includono la gestione medica o la gestione chirurgica utilizzando l'aspirazione del vuoto manuale o elettrica (MVA o EVA) o la dilatazione ed evacuazione (D&E). Il metodo dell'aborto chirurgico dipende dall'età gestazionale: generalmente aspirazione sottovuoto a < 14 settimane di gestazione e D&E a ÿ 14 settimane, ma c'è flessibilità nell'uso di questi metodi tra 12 e 16 settimane. I regimi di aborto medico includono l'uso sequenziale di mifepristone seguito da misoprostolo o, in contesti in cui il mifepristone non è disponibile (o è limitato per determinate indicazioni cliniche), l'uso del solo misoprostolo. È disponibile anche un nuovo metodo medico alternativo, in particolare utilizzando letrozolo in combinazione con misoprostolo.

Per l'aborto mancato e la morte intrauterina del feto (vedere paragrafi 3.4.5 e 3.4.6), oltre alle opzioni di gestione medica e chirurgica, può essere offerta come opzione la gestione della gravidanza a condizione che la donna sia prima informata del più lungo tempo per l'espulsione del tessuto della gravidanza e l'aumento del rischio di svuotamento incompleto dell'utero (lo stesso vale in caso di aborto incompleto, di cui si parla nella sezione 3.5.2 sull'assistenza post-aborto).

L'assistenza medica all'aborto per tutte le indicazioni svolge un ruolo cruciale nel fornire un accesso più ampio a cure per l'aborto sicure, efficaci e accettabili. Ciò può aumentare la disponibilità e l'accessibilità dell'aborto e la realizzazione del diritto a SRH. In tutti i contesti delle risorse, l'uso dell'aborto farmacologico ha contribuito all'espansione dei ruoli degli operatori sanitari, a un uso più efficiente delle risorse e alla riduzione della mortalità materna e della morbilità da aborti non sicuri. Inoltre, l'aborto farmacologico, in particolare all'inizio della gravidanza, può ora essere fornito a livello di cure primarie e in regime ambulatoriale o da una farmacia, il che aumenta ulteriormente l'accesso alle cure per l'aborto. Cura dell'aborto medico

Machine Translated by Google

riduce la necessità di fornitori di aborti chirurgici qualificati e offre un metodo non invasivo, altamente accettabile e sicuro opzione per le donne incinte. Per quanto riguarda il diritto internazionale dei diritti umani, gli Stati devono fornire farmaci essenziali elencate nel Programma d'azione dell'OMS sui farmaci essenziali, che includono i medicinali per l'aborto (46, par. 12a).

Le raccomandazioni presentate di seguito riguardano la gestione chirurgica e medica dell'aborto. Implementazione di tutte le raccomandazioni in questa sezione sono condizionate dai valori e dalle preferenze delle donne, l'accettabilità di ciascun intervento e la disponibilità di risorse per fornire il metodo scelto in sicurezza. Dovrebbe essere notato che la scelta del metodo di una donna per la gestione dell'aborto può essere limitata o non applicabile se ha un medico controindicazioni a uno dei metodi. Le raccomandazioni seguenti si riferiscono solo al metodo di aborto e non dovrebbe essere letta come un'indicazione di limiti di età gestazionale per la disponibilità dell'aborto.

3.4.1 Metodi di aborto chirurgico

La fornitura di aspirazione sottovuoto include la valutazione dell'età gestazionale, il priming cervicale (se necessario), la procedura effettiva, la gestione del dolore compresa la fornitura di un blocco paracervicale e la valutazione della completezza dell'aborto attraverso l'ispezione visiva dei prodotti del concepimento. Gli operatori sanitari con le competenze per eseguire un esame pelvico bimanuale per diagnosticare e datare una gravidanza e per eseguire una procedura transcervicale come l'inserimento di un dispositivo intrauterino (IUD), possono essere addestrati per eseguire l'aspirazione sottovuoto.

I metodi raccomandati per l'aborto chirurgico nelle successive età gestazionali sono l'aspirazione sottovuoto e la dilatazione ed evacuazione (D&E). Sebbene le raccomandazioni in questa sezione indichino differenze prima e dopo le 14 settimane di gestazione, va notato che esiste flessibilità nell'uso di un metodo chirurgico rispetto all'altro tra le età gestazionali di 12 e 16 settimane.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 23: Aspirazione sottovuoto per aborto indotto in età gestazionale < 14 settimane

Per l'aborto chirurgico a < 14 settimane:

UN. Consiglia l'aspirazione sottovuoto.

B. Si sconsiglia la pratica della dilatazione e del curettage tagliente (D&C), compresi i controlli della curette tagliente (cioè per “completare” l'aborto) dopo l'aspirazione sottovuoto.

Osservazioni:

- Studi osservazionali indicano che l'aspirazione sottovuoto è associata a meno complicazioni rispetto alla D&C; tuttavia, gli studi controllati randomizzati erano sottodimensionati per rilevare una differenza nei tassi di complicanze.
- Nessuna prova supporta l'uso di controlli taglienti della curette dopo l'aspirazione del vuoto.
- La qualità delle prove basate su studi controllati randomizzati è da bassa a moderata.

Fonte: Raccomandazione 1 ripresa dall'OMS (2012) (19). Parte della formulazione è stata rivista e l'intervallo di età gestazionale è stato modificato da "fino a 12-14 settimane" a "prima delle 14 settimane" (< 14 settimane).

Machine Translated by Google

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Sono state trovate prove di certezza molto bassa per l'efficacia di questa opzione per i componenti del compito (ad esempio, valutare le dimensioni dell'utero con esame bimanuale come parte della fornitura di aborto medico). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Questi professionisti eseguono procedure transcervicali (ad es. inserimento di IUD) in alcuni contesti. Il gruppo di esperti ha affermato che i benefici superano i possibili danni e questa opzione ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto nelle regioni in cui questi professionisti costituiscono una percentuale significativa della forza lavoro sanitaria.
Infermieri ausiliari/ANM	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui i meccanismi consolidati del sistema sanitario coinvolgono infermieri ausiliari/ANM nella fornitura di cure ostetriche di emergenza di base e dove i sistemi di riferimento e monitoraggio sono forti.	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, i benefici superano i possibili danni. Questa opzione si è dimostrata fattibile, anche su larga scala in contesti con poche risorse, e ha il potenziale per ridurre le disuguaglianze estendendo l'assistenza all'aborto di qualità alle popolazioni rurali e svantaggiate.
Infermieri	**Consiglia**	Sono state trovate prove per la sicurezza e l'efficacia (bassa certezza) e per la soddisfazione delle donne (bassa certezza) con questa opzione. Le donne spesso considerano l'assistenza ricevuta dagli infermieri come più solidale rispetto ad altri operatori sanitari (evidenza di moderata certezza). Questa opzione è fattibile e può ridurre le disuguaglianze estendendo l'assistenza all'aborto di qualità alle popolazioni svantaggiate.
Ostetriche	**Consiglia**	Questo compito è riconosciuto come una competenza fondamentale in ostetricia.a Sono state trovate prove per la sicurezza e l'efficacia (moderata certezza) e per la soddisfazione delle donne per l'esperienza complessiva dell'aborto (bassa certezza) con questa opzione. Le donne spesso considerano l'assistenza ricevuta dalle ostetriche come più solidale rispetto ad altri operatori sanitari (prove di moderata certezza). Questa opzione si è dimostrata fattibile, anche in contesti con poche risorse.
Clinici associati associati/avanzati	**Consiglia**	Sono state trovate prove per la sicurezza e l'efficacia (moderata certezza) e per la soddisfazione delle donne per l'esperienza complessiva dell'aborto (bassa certezza) con questa opzione. Questa opzione è fattibile in tutti i contesti di risorse e può ridurre le disuguaglianze estendendo l'assistenza all'aborto di qualità alle popolazioni svantaggiate.
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari e ostetriche infermiere ausiliarie sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, solo la raccomandazione per i professionisti della medicina tradizionale e complementare è stata aggiornata, da "suggerire" a "raccomandare"; le raccomandazioni per tutte le altre categorie di operatori sanitari sono rimaste invariate. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD per l'aspirazione sottovuoto per tutte le indicazioni < 14 settimane.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

In una struttura sanitaria. Entrambi i tipi di aspirazione sottovuoto possono essere eseguiti in una struttura di cure primarie e in regime ambulatoriale.

Machine Translated by Google

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Mentre la MVA è più comunemente utilizzata e più probabile nelle strutture di assistenza primaria, le competenze richieste per l'EVA sono simili, quindi le raccomandazioni di cui sopra si applicano alla fornitura di entrambe le forme di aspirazione sottovuoto.
- MVA viene utilizzato prima in gravidanza e in assenza di accesso a una fonte stabile di elettricità.
- La dilatazione e il raschiamento tagliente (D&C) devono essere sostituiti con MVA.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 25: Metodi di aborto chirurgico in età gestazionale ÿ 14 settimane

Per l'aborto chirurgico a ÿ 14 settimane: **raccomandare** la dilatazione e l'evacuazione (D&E).

Nota:

- L'aspirazione sottovuoto può essere utilizzata durante un D&E (vale a dire ai fini dell'amniotomia o della rimozione del tessuto al fine del D&E).

Fonte: Raccomandazione 5 ripresa dall'OMS (2012) (19). La formulazione è stata rivista per utilizzare la parola "raccomandare" per indicare che si tratta di una forte raccomandazione e l'età gestazionale è stata modificata da "oltre 12 a 14 settimane" a "14 settimane e oltre" (ÿ 14 settimane) e i metodi medici sono stati rimossi (i metodi medici nelle successive età gestazionali sono trattati nella Raccomandazione 29 in questa guida).

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui esistono meccanismi stabiliti dal sistema sanitario per includere questi operatori sanitari in altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta della sicurezza, dell'efficacia o dell'accettabilità di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Questo tipo di operatore sanitario è stato suggerito (raccomandazione debole) di eseguire altre procedure transcervicali, come priming cervicale con dilatatori osmotici, aspirazione sottovuoto e inserimento di uno IUD (vedere Raccomandazioni 20, 24 e 43). Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto nelle regioni in cui questi professionisti costituiscono una percentuale significativa del personale sanitario.
Ostetriche	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui esistono meccanismi consolidati del sistema sanitario per includere questi operatori sanitari in altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Questo tipo di operatore sanitario è stato raccomandato di eseguire altre procedure transcervicali, come il priming cervicale con dilatatori osmotici, l'aspirazione sottovuoto e l'inserimento di uno IUD (vedere Raccomandazioni 20, 24 e 43).
Clinici associati associati/avanzati	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui esistono meccanismi consolidati del sistema sanitario per includere questi operatori sanitari in altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza o l'efficacia di questa opzione, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che i potenziali benefici superano i possibili danni e questa opzione ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto oltre le 14 settimane di gestazione.

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Medici generici	**Consiglia**	Non è stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza o l'efficacia di questa opzione rispetto alla fornitura da parte di medici specialisti. Tuttavia, sembra essere fattibile sia in contesti con risorse elevate che con risorse limitate in cui l'uso di D&E è comune. Tali medici eseguono abitualmente altre procedure chirurgiche, come il taglio cesareo, l'aspirazione sottovuoto e la legatura delle tube. I potenziali benefici di questa opzione superano i danni. Un fornitore specializzato potrebbe non essere sempre disponibile in loco e questa opzione potrebbe quindi aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Medici specialisti	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative a medici associati/associati avanzati (precedentemente suggeriti solo nel contesto di una ricerca rigorosa), ostetriche e professionisti della medicina tradizionale e complementare (entrambi precedentemente sconsigliati) sono state esaminate utilizzando Metodologia GRADE. Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate per tutte a una raccomandazione debole ("suggerire"). Anche l'intervallo di età gestazionale è stato modificato da "oltre 12 settimane" a "14 settimane e oltre" (ÿ 14 settimane) per allinearsi alla Raccomandazione 25 su questo argomento. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD per D&E per aborto chirurgico ÿ 14 settimane.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

In una struttura sanitaria. La procedura può essere fornita su base ambulatoriale.

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Per tutti i fornitori, le competenze necessarie per la fornitura di D&E sono maggiori che per un'aspirazione sottovuoto eseguita in precedenza la gravidanza e le esigenze di allenamento sono più elevate.
- D&E include l'uso dell'aspirazione sottovuoto e quindi le competenze e la conoscenza dell'aspirazione sottovuoto lo sono rilevanti per questo compito.
- Gli operatori sanitari che forniscono l'aborto o si prendono cura di donne che subiscono un aborto in età gestazionale ÿ 12 settimane possono avere ulteriori esigenze di supporto professionale e di mentoring.

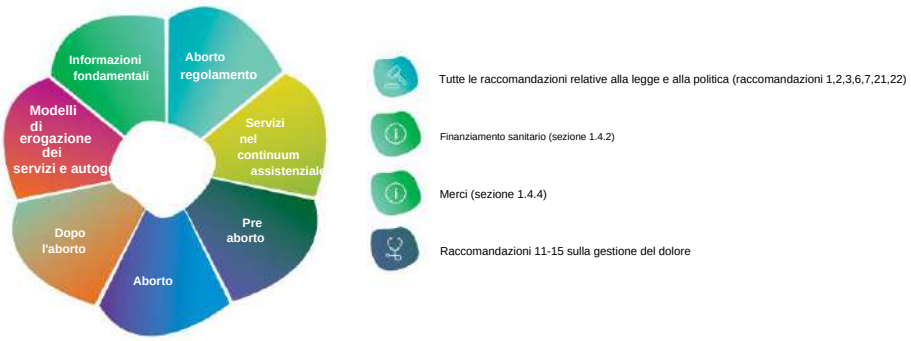
CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI ALL'ABORTO CHIRURGICO

- Le strutture sanitarie, i beni ei servizi devono essere disponibili, accessibili, accettabili e di buona qualità. Ciò significa che devono essere basate sull'evidenza, appropriate dal punto di vista scientifico e medico e aggiornate.
- **A < 14 SETTIMANE DI GESTAZIONE:** poiché la dilatazione e il raschiamento tagliente (D&C) provocano dolore e sofferenza alle donne e non sono raccomandati per l'uso, il suo uso è incompatibile con numerosi diritti umani tra cui il diritto alla salute.
- **A ÿ 14 SETTIMANE DI GESTAZIONE:** gli Stati devono garantire un accesso adeguato all'essenziale farmaci in modo accessibile e non discriminatorio.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



3.4.2 Gestione medica dell'aborto indotto

Gestione medica precoce dell'aborto spontaneo e indotto (sia per gravidanze vitali che non vitali).
o successive età gestazionali comportano l'uso di un regime a dose singola o di un regime di combinazione di farmaci usati in sequenza, con dosaggi e vie di somministrazione specifici.

I farmaci che sono stati usati per alcuni decenni per l'aborto farmacologico sono il mifepristone in combinazione con misoprostolo o solo misoprostolo. Simile al mifepristone, il letrozolo può essere utilizzato in combinazione con il misoprostolo per l'aborto medico nelle prime età gestazionali. Il letrozolo è un inibitore selettivo dell'aromatasi di terza generazione.
Il suo meccanismo d'azione comporta la soppressione dei livelli di estrogeni, che modifica il recettore del progesterone concentrazione, portando successivamente alla perdita della gravidanza.

L'aborto medico è un processo che si svolge in un periodo fino a diversi giorni piuttosto che essere una procedura separata. Oltre alla fornitura di informazioni (compresi i motivi per cercare cure urgenti in qualsiasi momento durante il processo), l'aborto medico include i seguenti componenti o attività secondarie:

io. valutare l'idoneità all'aborto medico (diagnosticare e datare la gravidanza, escludere controindicazioni mediche);

ii. somministrare i farmaci abortivi con istruzioni sul loro uso appropriato e gestire il effetti collaterali comuni;

iii. valutare se il processo di aborto ha avuto esito positivo e se ulteriormente è necessario l'intervento.

Un operatore sanitario può fornire l'intero pacchetto di cure per l'aborto medico, ma è ugualmente possibile per il sottoincarichi che devono essere svolti da diversi operatori sanitari e in diverse sedi, anche da remoto. Inoltre, data la natura del processo di aborto medico, è anche possibile per le donne gestire il processo da sole al di fuori di una struttura sanitaria (ad esempio a casa), con il supporto se e quando necessario. Tale autovalutazione e gli approcci di autogestione possono dare potere alle donne e aiutare a valutare l'assistenza, portando a un uso più centrato sulla donna e più ottimale delle risorse sanitarie.

Vie di somministrazione del misoprostolo utilizzato per l'aborto farmacologico:

- Orale: le pillole vengono inghiottite immediatamente
- Buccale: le pillole vengono posizionate tra la guancia e le gengive e deglutite dopo 20-30 minuti
- Sublinguale – le pillole vengono poste sotto la lingua e deglutite dopo 30 minuti
- Vaginale – le pillole vengono inserite nella vagina

Machine Translated by Google

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 27: gestione medica dell'aborto indotto in età gestazionale < 12 settimane

Per l'aborto farmacologico a < 12 settimane:

UN. **Raccomandare** l'uso di 200 mg di mifepristone somministrato per via orale, seguito 1-2 giorni dopo da 800 ÿg di misoprostolo somministrato per via vaginale, sublinguale o buccale. L'intervallo minimo consigliato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore.*

B. Quando si utilizza il misoprostolo da solo: **si raccomanda** l'uso di 800 ÿg di misoprostolo somministrato per via buccale, sublinguale o vaginale.*

C. **(NUOVO) Suggerire** l'uso di un regime di combinazione di letrozolo più misoprostolo (letrozolo 10 mg per via orale ogni giorno per 3 giorni seguito da misoprostolo 800 ÿg per via sublinguale il quarto giorno) come opzione sicura ed efficace.*ÿ

Osservazioni:

- L'evidenza degli studi clinici dimostra che il regime di combinazione (Raccomandazione 27a) è più efficace del solo misoprostolo.
- Tutti i percorsi sono inclusi come opzioni per la somministrazione di misoprostolo, in considerazione del paziente e dell'operatore preferenza.
- Il regime di combinazione suggerito di letrozolo più misoprostolo può essere sicuro ed efficace fino a 14 settimane di gestazione.

* Dosi ripetute di misoprostolo possono essere prese in considerazione quando necessario per ottenere il successo del processo di aborto. In questa linea guida non forniamo un numero massimo di dosi di misoprostolo.

ÿ Sono necessarie ulteriori prove per determinare la sicurezza, l'efficacia e l'accettabilità del letrozolo plus regime di combinazione di misoprostolo in successive età gestazionali, soprattutto in confronto a quello del regime di combinazione di mifepristone più misoprostolo (le prove disponibili si sono concentrate sul confronto con l'uso del solo misoprostolo).

Fonte: Raccomandazioni 27a e 27b riportate dall'OMS (2018) dove erano Raccomandazione 3a (120). La raccomandazione 27c è nuova.

Razionale per la Raccomandazione 27c (regime di associazione di letrozolo più misoprostolo)

Una revisione sistematica ha valutato l'efficacia, la sicurezza e l'accettabilità di metodi alternativi di aborto medico ai regimi standard che utilizzano mifepristone e/o misoprostolo. La ricerca in letteratura ha identificato sette studi, tutti riferiti sulla combinazione di letrozolo più misoprostolo (intervento) rispetto al solo misoprostolo (confronto) per l'aborto farmacologico. Non sono stati identificati studi che confrontassero letrozolo più misoprostolo rispetto a mifepristone più misoprostolo. Le impostazioni di studio includevano la Cina, l'Egitto e la Repubblica islamica dell'Iran. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 2, Quadro EtD per Nuovi metodi medici per
aborto.

Nel complesso, le prove hanno favorito l'intervento. L'uso di letrozolo in combinazione con misoprostolo ha mostrato tassi inferiori di gravidanza in corso e tassi più elevati di aborto riuscito, sulla base di prove di certezza da bassa a molto bassa. Inoltre, un numero inferiore di donne ha manifestato effetti collaterali, sulla base di prove di moderata certezza.

La discussione sull'efficacia in termini di costi, l'equità, la fattibilità e l'accettabilità ha favorito l'intervento. L'uso tipico del letrozolo per l'infertilità e il trattamento del cancro lo rende più facilmente accessibile del mifepristone in alcune parti del mondo. Inoltre, il basso costo del letrozolo è un altro fattore che contribuisce a renderlo un'alternativa
Metodo per l'aborto farmacologico.

Machine Translated by Google

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Operatori sanitari di comunità (CHW)	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza, dell'efficacia e dell'accettabilità di questa opzione, per tutte e tre le attività secondarie dell'aborto farmacologico (moderata certezza). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario. Prove indirette hanno anche dimostrato la fattibilità e l'accettabilità dei CHW facilitando la valutazione dell'idoneità e del risultato.
Lavoratori della farmacia	**Consiglia**	Sono state trovate prove limitate per la sicurezza, l'efficacia, l'accettabilità o la fattibilità di questa opzione (studi non comparativi). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Sono state applicate prove indirette sui CHW per supportare la fattibilità di questa opzione.
Farmacisti	**Consiglia**	Sebbene non siano state trovate prove sufficienti per la sicurezza, l'efficacia e l'accettabilità dei farmacisti che eseguono i tre compiti secondari dell'aborto farmacologico, le capacità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Dispensazione di farmaci su prescrizione rientra nel loro tipico ambito di pratica. Il gruppo di esperti ha affermato che, con l'ausilio di strumenti per la valutazione dell'ammissibilità e dell'esito, sarebbe fattibile per i farmacisti fornire tutte e tre le attività secondarie dell'aborto farmacologico.
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questa opzione e della soddisfazione delle donne nei confronti di questo tipo di fornitore e dei servizi da loro forniti (certezza molto bassa). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che i benefici superano qualsiasi possibile danno e il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto in regioni in cui questi professionisti costituiscono una percentuale significativa della forza lavoro sanitaria è elevata.
Infermieri ausiliari/ANM	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questa opzione (moderata certezza). Questa opzione è fattibile ed è già in fase di implementazione in alcuni contesti con poche risorse.
Infermieri	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questa opzione e della soddisfazione delle donne nei confronti dei servizi di aborto con questa opzione (moderata certezza).
Ostetriche	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questa opzione (moderata certezza). Più donne sono soddisfatte del fornitore quando le ostetriche forniscono l'aborto farmacologico (prove di certezza moderata). Questa opzione è fattibile ed è già in fase di attuazione in diversi paesi.
Clinici associati associati/avanzati	**Consiglia**	Sono state trovate prove dirette insufficienti per l'efficacia di questi medici che svolgono componenti del compito, ad esempio valutare l'età gestazionale come parte della fornitura di aspirazione manuale del vuoto. È stato inoltre riscontrato che i tipi di operatori sanitari con una formazione di base simile o meno completa (ad esempio ostetriche, infermiere, ostetriche infermiere ausiliarie) possono fornire l'aborto farmacologico in modo sicuro ed efficace (moderata certezza). Questa opzione è fattibile e il potenziale per espandere l'accesso alle popolazioni svantaggiate è elevato.
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Individuo/sé		
Donna incinta, ragazza o altra donna incinta persona	**Consiglia**	Si prega di fare riferimento alla Raccomandazione 50 nella sezione 3.6.2 per motivazioni, osservazioni e considerazioni sull'implementazione di questa raccomandazione e ulteriori informazioni sugli approcci di autogestione.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale evidenze relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare (precedentemente raccomandate solo in contesti con meccanismi del sistema sanitario consolidati per la partecipazione di questi operatori sanitari ad altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva) , farmacisti (precedentemente suggeriti solo nell'ambito di ricerche rigorose), operatori di farmacia (precedentemente "sconsigliato"), operatori sanitari di comunità (precedentemente suggeriti solo nell'ambito di ricerche rigorose) e individui/autogestiti (autogestione; precedentemente "suggeriti") è stato rivisto utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate per tutte quelle categorie di operatori sanitari a "raccomandare", comprese tutte e tre le attività secondarie di questo intervento. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD per l'aborto medico a < 12 settimane.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

* Le prove disponibili per la fornitura indipendente di aborto medico da parte di non medici sono per durate di gravidanza fino a 10 settimane (70 giorni).

ÿ Per questa raccomandazione, i regimi di aborto medico coperti dalle prove disponibili erano mifepristone più misoprostolo o solo misoprostolo (il regime che utilizzava letrozolo non era incluso).

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Considerazioni sull'implementazione

- Non è essenziale che anche la persona che fornisce l'aborto farmacologico sia formata e competente fornitura di aspirazione del vuoto.
- Potrebbe essere necessario modificare le restrizioni sull'autorità di prescrizione e dispensazione per alcune categorie di operatori sanitari all'interno del quadro normativo del sistema sanitario o altri meccanismi messi in atto per consentire a questi fornitori di mettere i farmaci a disposizione dei richiedenti l'aborto.
- La privacy dovrebbe essere garantita in tutti gli ambienti, in particolare nei luoghi in cui uno spazio privato può essere impegnativo (es. farmacie).
- Gli strumenti di supporto possono essere utilizzati per valutare l'ammissibilità e l'esito (ad es. test di gravidanza ad alta sensibilità, liste di controllo).
- Esiste una gamma di modelli di fornitura di servizi per facilitare il processo di aborto medico, come la telemedicina o sensibilizzazione della comunità (vedere la sezione 3.6.1).
- Devono essere istituiti meccanismi per garantire l'accesso a farmaci di qualità. Lo sviluppo di strumenti come i test point-of-care per valutare la qualità potrebbe supportare sia il personale farmaceutico che l'individuo.
- È importante notare che, come per tutti gli altri medicinali, il personale farmaceutico deve dispensare il mifepristone e misoprostolo come indicato dalla prescrizione.
- La persona sottoposta ad aborto farmacologico dovrebbe avere accesso/indirizzamento alle cure di emergenza in questo caso diventa necessario.
- Come parte dell'ambiente favorevole, gli operatori sanitari dovrebbero riconoscere l'autogestione come legittima percorso verso la cura dell'aborto e per adattare i sistemi sanitari per facilitare e sostenere le donne in se stesse gestione dell'aborto, ad esempio adattando i protocolli clinici.
- Devono essere stabiliti meccanismi per garantire l'accesso o l'invio ai servizi di contraccezione post-aborto e fornitura di contraccettivi per le donne che li desiderano.

Machine Translated by Google

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 29: Gestione medica dell'aborto indotto in età gestazionale ÿ 12 settimane

Per l'aborto farmacologico a ÿ 12 settimane:

UN. **Suggerire** l'uso di 200 mg di mifepristone somministrato per via orale, seguito 1-2 giorni dopo da dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via orale, sublinguale o vaginale ogni 3 ore.* L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore.

B. Quando si utilizza il misoprostolo da solo: **suggerire** l'uso di dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via vaginale, sublinguale o buccale ogni 3 ore.*

Osservazioni:

- Il regime di combinazione (Raccomandazione 29a) è più efficace dell'uso del solo misoprostolo.
- L'evidenza suggerisce che la via vaginale è la più efficace. Considerazione per il paziente e fornitore la preferenza suggerisce l'inclusione di tutti i percorsi.
- Il tessuto della gravidanza deve essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico, a meno che non sia l'individuo esprime il desiderio che venga gestito diversamente.

* Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. I fornitori dovrebbero usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con una precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale successiva.

Fonte: Raccomandazione 3b ripresa dall'OMS (2018) (120).

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Inoltre, questi professionisti sono stati raccomandato di fornire l'aborto farmacologico a < 12 settimane (Raccomandazione 28). Il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto nelle regioni in cui questi professionisti costituiscono una percentuale significativa della forza lavoro sanitaria è elevato.
Infermieri ausiliari/ANM	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatori sanitari.a Inoltre, questi operatori sanitari hanno stato raccomandato di fornire l'aborto farmacologico a < 12 settimane (Raccomandazione 28). Questa opzione è fattibile e accettabile e ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Infermieri	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene siano state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza e l'efficacia degli infermieri che forniscono questo intervento nel suo insieme, questi operatori sanitari sono spesso responsabili del monitoraggio e della cura delle donne dal momento della somministrazione del misoprostolo al completamento dell'aborto. Le donne spesso trovano più accettabile l'assistenza all'aborto fornita dagli infermieri (prove di moderata certezza).
Ostetriche	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia delle ostetriche che forniscono questo intervento nel suo complesso, questi operatori sanitari sono spesso responsabili del monitoraggio e della cura delle donne dal momento della somministrazione del misoprostolo al completamento dell'aborto. Le donne spesso trovano più accettabile l'assistenza all'aborto fornita dalle ostetriche (prove di moderata certezza).
Clinici associati associati/avanzati	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza dell'efficacia di questa opzione, questi medici svolgono abitualmente compiti di complessità simile (ad es. aspirazione del vuoto e rimozione manuale della placenta) (138). Questi medici sono spesso presenti in strutture di livello superiore dove viene fornita assistenza durante la gestazione avanzata. Un medico specialista qualificato potrebbe non essere sempre presente nelle strutture di livello superiore e il potenziale per sostenere i servizi per le età gestazionali avanzate è aumentato con più di un fornitore qualificato in loco.
Medici generici	**Consiglia**	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, i medici generici svolgono abitualmente compiti di complessità simile o maggiore (ad esempio condurre parti, rimozione manuale della placenta, aspirazione del vuoto). I potenziali benefici di questa opzione superano i danni e l'intervento si è dimostrato fattibile in diversi contesti. Un medico specialista potrebbe non essere sempre disponibile in loco e quindi questa opzione potrebbe aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Medici specialisti	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Note sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le evidenze relative a tutte le categorie di operatori sanitari sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE, ad eccezione dei medici specialisti e generalisti, per i quali esisteva già una forte raccomandazione per questo compito. Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate per i professionisti della medicina tradizionale e complementare e per gli infermieri ausiliari/ANM da "consigliare contro" a "suggerire" con condizioni specifiche. Per le altre categorie di operatori sanitari esaminate, le raccomandazioni rimangono invariate. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD per l'aborto medico a ÿ 12 settimane.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

L'aborto medico per le gravidanze in età gestazionale ÿ 12 settimane è stato praticato e studiato come procedura basata sulla struttura durante la quale le donne dovrebbero rimanere sotto osservazione fino al completamento del processo.

Come

Considerazione sull'implementazione

- Gli operatori sanitari che forniscono l'aborto o si prendono cura di donne che subiscono un aborto in età gestazionale ÿ 12 settimane possono avere ulteriori esigenze di supporto professionale e di mentoring.

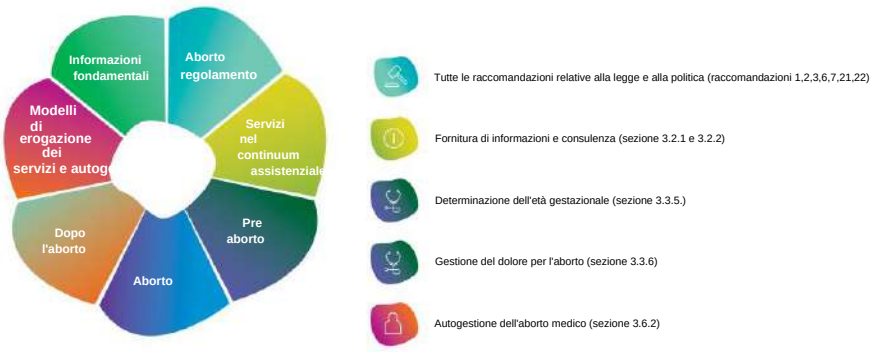
Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER ABORTO MEDICO

- Tutti hanno diritto alla privacy e alla riservatezza in materia di salute sessuale e riproduttiva (SRH) cura.
- La regolamentazione dell'aborto dovrebbe basarsi sui diritti umani e sull'evidenza.
- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in modo accessibile e non discriminatorio.
- Ogni individuo ha diritto al progresso scientifico e diritto alla salute, che richiede l' disponibilità e accessibilità, accettabilità e qualità dell'aborto farmacologico. Ciò significa che gli Stati dovrebbero garantire l'accesso ai farmaci per l'aborto e che gli standard e le linee guida basati sull'evidenza per la fornitura e la fornitura di servizi SRH sono (i) in atto e (ii) regolarmente aggiornati per incorporare i progressi della medicina.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Machine Translated by Google

3.4.3 Aborto mancato

L'aborto mancato si verifica quando una gravidanza smette di svilupparsi, in cui l'embrione/feto/tessuto embrionale o il sacco gestazionale vuoto rimane nell'utero e l'orifizio cervicale è chiuso. I sintomi possono includere dolore, sanguinamento o nessun sintomo. Se viene eseguita un'ecografia, la scansione può mostrare un embrione o un feto senza attività cardiaca, o quella che sembra essere una gravidanza in via di sviluppo precoce, con solo una sacca piena di liquido visibile all'interno dell'utero (151). La gestione medica, chirurgica (aspirazione sottovuoto) e in attesa sono tutte opzioni per la gestione dell'aborto mancato.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 31 (NUOVO): gestione medica dell'aborto mancato in età gestazionale < 14 settimane

Per l'aborto mancato a < 14 settimane, per le persone che preferiscono la gestione medica: **si raccomanda** l'uso della combinazione mifepristone più misoprostolo rispetto al solo misoprostolo.

- ÿ Regime raccomandato: 200 mg di mifepristone somministrati per via orale, seguiti da 800 ÿg di misoprostolo somministrato per qualsiasi via (buccale, sublinguale, vaginale).*
- ÿ Regime alternativo: 800 ÿg di misoprostolo somministrato per qualsiasi via (buccale, sublinguale, vaginale).ÿ

Osservazioni:

- La decisione sulla modalità di gestione (in attesa, medica o chirurgica) del mancato aborto dovrebbe basarsi sulle condizioni cliniche dell'individuo e sulla preferenza per il trattamento.
- La gestione in attesa può essere offerta come opzione a condizione che la donna, ragazza o altro la donna incinta viene informata del tempo più lungo per l'espulsione del tessuto gravidico e dell'aumento del rischio di svuotamento incompleto dell'utero.
- Il tessuto della gravidanza deve essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico, a meno che non sia l'individuo esprime il desiderio che venga gestito diversamente.

* L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore.

ÿ Se si utilizza il regime alternativo (misoprostolo da solo), si deve notare che in età gestazionale ÿ 9 settimane, le prove dimostrano che la somministrazione ripetuta di misoprostolo è più efficace per ottenere il successo del processo di aborto. In questa linea guida non forniamo un numero massimo di dosi di misoprostolo.

Fondamento logico

È stata intrapresa una revisione sistematica per rispondere a questa domanda chiave. La strategia di ricerca ha identificato venti studi che riferivano sulla gestione dell'aborto mancato. Questi studi sono stati condotti in Cina, Germania, India, Israele, Malesia, Pakistan, Svezia, Tailandia, Regno Unito, Stati Uniti e Yemen. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 2, quadro EtD per la gestione medica dell'aborto mancato a < 14 settimane.

Di questi studi, 19 sono stati valutati che includevano uno dei seguenti confronti:

- Mifepristone e misoprostolo rispetto al solo misoprostolo
- Gestione medica contro gestione in attesa
- Gestione chirurgica contro medica/in attesa

La gestione medica rispetto alla gestione in attesa ha prodotto tassi inferiori di gravidanza in corso e tassi più elevati di aborto riuscito (evacuazione uterina senza intervento chirurgico), sulla base di prove di certezza da moderata ad alta. Confrontando il regime di combinazione con il solo misoprostolo, il regime di combinazione ha prodotto tassi più elevati di aborti riusciti. Questa raccomandazione si basa su prove di moderata certezza. Anche le complicazioni e gli effetti collaterali erano minori, sulla base di prove di certezza da moderata ad alta.

Le donne hanno espresso maggiore soddisfazione per il regime combinato di mifepristone più misoprostolo, sulla base di prove ad alta certezza. La gestione chirurgica rispetto alla gestione medica e in attesa ha prodotto tassi più elevati di aborto riuscito, sulla base di prove di certezza da bassa a moderata. La discussione sui valori e sulle preferenze delle donne ha sottolineato l'importanza di offrire alla donna l'opzione di tutti e tre i tipi di gestione.

Per il regime medico, il gruppo di esperti ha stabilito che, dati i vari regimi degli studi inclusi, possono essere applicati i regimi raccomandati e suggeriti per l'aborto indotto a < 12 settimane di gestazione (vedere Raccomandazione 27).

Machine Translated by Google

Chi

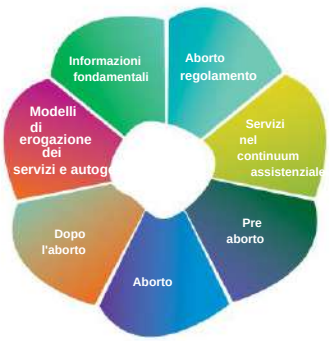
Per quanto riguarda chi è raccomandato per fornire la gestione medica dell'aborto mancato a < 14 settimane di gestazione, fare riferimento alla Raccomandazione 28 per la gestione medica dell'aborto indotto a età gestazionale < 12 settimane.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER GESTIONE DEL MANCATO ABORTO

- Tutti hanno diritto alla privacy e alla riservatezza in materia di salute sessuale e riproduttiva (SRH) cura.
- La regolamentazione dell'aborto dovrebbe basarsi sui diritti umani e sull'evidenza.
- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in modo accessibile e non discriminatorio.
- Ogni individuo ha diritto al progresso scientifico e diritto alla salute, che richiede l' disponibilità e accessibilità, accettabilità e qualità dell'aborto farmacologico. Questo significa che gli Stati dovrebbero garantire l'accesso ai medicinali per l'aborto e che si basi sull'evidenza standard e linee guida per la fornitura e la fornitura di servizi SRH, sono (i) in vigore e (ii) regolarmente aggiornato per incorporare progressi medici.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Merci (sezione 1.3.4)

Fornitura di informazioni e consulenza (sezioni 3.2.1 e 3.2.2)

Raccomandazione 27: gestione medica dell'aborto indotto < 12 settimane

Machine Translated by Google

3.4.4 Morte fetale intrauterina (IUFD)

La morte fetale (morte fetale) si riferisce a situazioni in cui il feto non è più vivo, ma l'utero non ha ancora iniziato ad espellere il suo contenuto e l'orifizio cervicale rimane chiuso (152). La diagnosi viene fatta mediante ecografia seguendo i risultati clinici, che possono includere sanguinamento vaginale, suoni cardiaci fetali assenti all'auscultazione elettronica, mancanza di percezione dei movimenti fetali o un utero significativamente più piccolo delle dimensioni attese (152). IUFD può essere gestito in attesa o trattato chirurgicamente (D&E) o medico.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 32: gestione medica dell'IUFD in età gestazionale da ÿ 14 a ÿ 28 settimane

Per la gestione medica dell'IUFD da ÿ 14 a ÿ 28 settimane: **suggerire** l'uso di una combinazione di mifepristone più misoprostolo rispetto al solo misoprostolo.

- ÿ Regime suggerito: 200 mg di mifepristone somministrati per via orale, seguiti 1-2 giorni dopo da dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostol somministrate per via sublinguale o vaginale ogni 4-6 ore.* L'intervallo minimo raccomandato tra l'uso di mifepristone e misoprostolo è di 24 ore.
- ÿ Regimi alternativi: dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrate per via sublinguale o vaginale ogni 4–6 ore.*

Osservazioni:

- L'evidenza degli studi clinici indica che il regime di associazione è più efficace dell'uso di solo misoprostolo.
- Il tessuto della gravidanza deve essere trattato allo stesso modo di altro materiale biologico, a meno che non sia l'individuo esprime il desiderio che venga gestito diversamente.

* Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. I fornitori dovrebbero usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale successiva.

Fonte: Raccomandazione 2 ripresa dall'OMS (2018) (120). La formulazione è stata rivista per corrispondere a quella utilizzata per la Raccomandazione 31 sull'aborto mancato.

Chi

(NUOVO):

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Inoltre, questi professionisti sono stati raccomandato di fornire l'aborto farmacologico a < 12 settimane (Raccomandazione 28). Il gruppo di esperti ha affermato che il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto nelle regioni in cui tali professionisti costituiscono una percentuale significativa della forza lavoro sanitaria è elevato.
Infermieri ausiliari/ANM	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta sulla sicurezza, l'efficacia o l'accettabilità di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatori sanitari.a Inoltre, questi operatori sanitari hanno stato raccomandato di fornire l'aborto farmacologico a < 12 settimane (Raccomandazione 28). Il gruppo di esperti ha stabilito che questa opzione è fattibile e accettabile con il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Infermieri	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, questi operatori sanitari sono spesso responsabili del monitoraggio e della cura delle donne dal momento della somministrazione del misoprostolo fino al completamento dell'aborto. Le donne spesso ritengono che l'assistenza all'aborto fornita dagli infermieri sia più accettabile rispetto ad altri operatori sanitari (prove di certezza moderata).
Ostetriche	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, questi operatori sanitari sono spesso responsabili del monitoraggio e della cura delle donne dal momento della somministrazione del misoprostolo fino al completamento dell'aborto. Le donne spesso ritengono che l'assistenza all'aborto fornita dalle ostetriche sia più accettabile rispetto ad altri operatori sanitari (moderata evidenza di certezza).
Clinici associati associati/avanzati	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui è disponibile un accesso consolidato e facile a un supporto chirurgico appropriato e a un'infrastruttura adeguata per affrontare l'aborto incompleto o altre complicazioni.	Sebbene siano state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, questi medici svolgono abitualmente compiti di complessità simile, come l'aspirazione sottovuoto e la rimozione manuale delle placente (138). Questi medici sono spesso presenti in strutture di livello superiore dove viene fornita assistenza in gestazione avanzata. Un medico specialista qualificato potrebbe non essere sempre presente in una struttura di livello superiore e il potenziale per sostenere i servizi per le età gestazionali avanzate è aumentato con più di un fornitore qualificato in loco.
Medici generici	Consiglia	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, questi professionisti svolgono abitualmente compiti di complessità simile o maggiore (ad esempio condurre parti, rimozione manuale della placenta, aspirazione del vuoto). I potenziali benefici di questa opzione superano i danni e l'intervento si è dimostrato fattibile in diversi contesti. Un medico specialista potrebbe non essere sempre disponibile in loco e quindi questa opzione potrebbe aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Medici specialisti	Consiglia	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Nota: questa è una nuova raccomandazione. Non c'era alcuna raccomandazione sulla gestione medica dell'IUFD nelle linee guida dell'OMS del 2015 sui ruoli degli operatori sanitari (23), ma una raccomandazione dei servizi clinici su questo intervento è stata fornita nella linea guida dell'OMS del 2018, Gestione medica dell'aborto (120). A causa della mancanza di prove dirette su questo argomento e della somiglianza tra i due compiti, qui è stata applicata la Raccomandazione 30 per l'aborto farmacologico a ÿ 12 settimane di gestazione. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD sulla gestione medica della morte fetale intrauterina.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (comprese abilità e conoscenze) richiesti per ciascun compito, nonché i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

L'aborto medico per le gravidanze in età gestazionale ÿ 12 settimane è stato praticato e studiato come procedura basata sulla struttura durante la quale le donne dovrebbero rimanere sotto osservazione fino al completamento del processo.

Come

Considerazione sull'implementazione

- Rimane qualsiasi regolamentazione relativa alla gestione/eliminazione della gravidanza e certificati di nascita o morte non dovrebbe costituire un onere o una violazione della riservatezza per le donne oi fornitori.

Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER GESTIONE DI IUFD

- Tutti hanno diritto alla privacy e alla riservatezza in materia di salute sessuale e riproduttiva (SRH) cura.
- La regolamentazione dell'aborto dovrebbe basarsi sui diritti umani e sull'evidenza.
- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in modo accessibile e non maniera discriminatoria.
- Ogni individuo ha diritto al progresso scientifico e diritto alla salute, che richiede l' disponibilità e accessibilità, accettabilità e qualità dell'aborto farmacologico. Ciò significa che gli Stati dovrebbero garantire l'accesso ai farmaci per l'aborto e che gli standard e le linee guida basati sull'evidenza per la fornitura e la fornitura di servizi SRH sono (i) in atto e (ii) regolarmente aggiornati per incorporare i progressi della medicina.

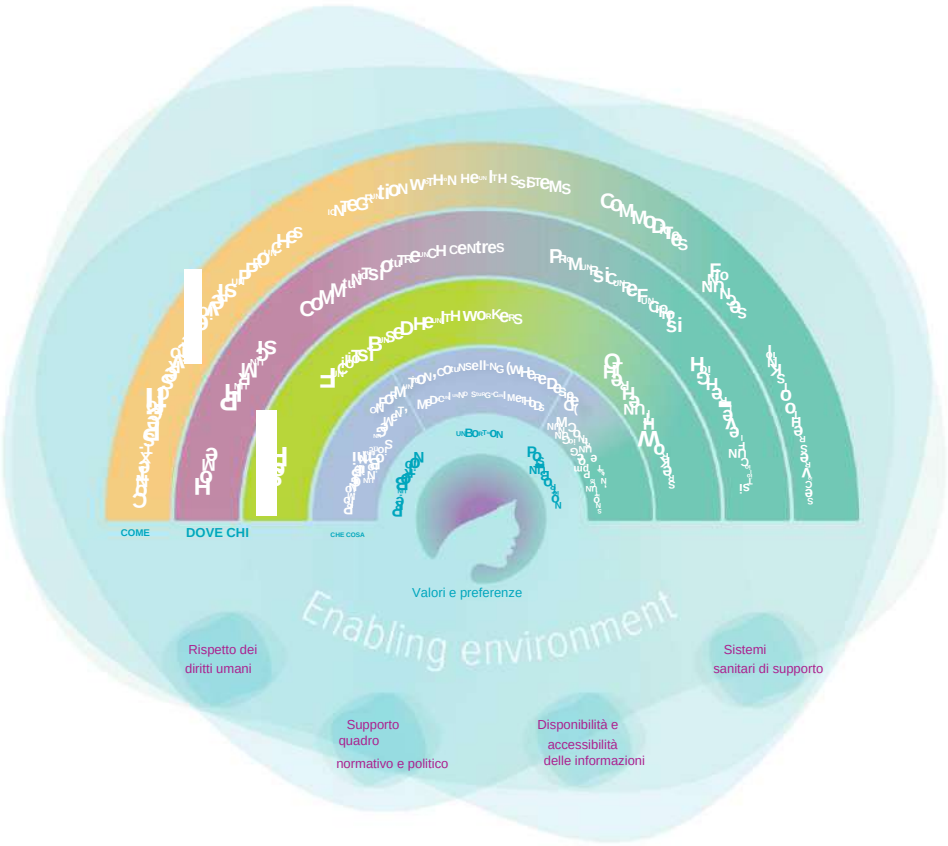
Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Machine Translated by Google

3.5 Post-aborto



Il periodo post-aborto è la terza e ultima parte del continuum di cura per l'aborto. L'assistenza post-aborto include uno o tutti i seguenti, a seconda delle necessità o desiderati: controllo di follow-up facoltativo, gestione degli effetti collaterali residui o delle complicanze e servizi di contraccezione. Se eseguito in modo sicuro, le complicanze dell'aborto sono rare, ma possono includere aborto incompleto, emorragia, infezione, perforazione uterina, complicanze legate all'anestesia, rottura uterina. In linea con il diritto internazionale sui diritti umani e le migliori pratiche mediche, l'assistenza post-aborto dovrebbe sempre essere fornita indipendentemente dal fatto che l'aborto sia limitato in un contesto particolare.

3.5.1 Assistenza post-aborto

Il follow-up di routine non è necessario a seguito di un aborto chirurgico o medico non complicato, se l'individuo dispone di informazioni adeguate su quando cercare assistenza per le complicanze e ha ricevuto tutte le forniture o le informazioni appropriate per soddisfare le esigenze contraccettive. Tuttavia, può essere offerta una visita di follow-up facoltativa 7-14 giorni dopo la procedura per fornire servizi contraccettivi, supporto emotivo o gestione di eventuali problemi medici.

Se la donna sceglie di partecipare a un appuntamento di follow-up, utilizza il contatto per:

- valutare il recupero della persona e informarsi su eventuali segni o sintomi di gravidanza in corso;
- esaminare eventuali cartelle cliniche e documenti di riferimento disponibili;
- chiedere informazioni su eventuali sintomi riscontrati dopo la procedura;
- eseguire un esame fisico mirato, se necessario, per valutare eventuali reclami; E
- valutare gli obiettivi di fertilità dell'individuo e la necessità di servizi contraccettivi.

ÿ Se non è stato fornito o avviato alcun metodo contraccettivo al momento dell'aborto, fornire informazioni sulla contraccezione e offrire consulenza contraccettiva e fornitura di servizi contraccettivi, se desiderato dalla donna.

ÿ Se è già stato avviato un metodo contraccettivo, valutare il metodo utilizzato e affrontare eventuali dubbi o rifornire se necessario (122).

Machine Translated by Google

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 34: Assistenza di follow-up o servizi aggiuntivi dopo l'aborto

A seguito di un aborto chirurgico non complicato o di un aborto farmacologico: **raccomandare** che non vi sia alcuna necessità medica di una visita di controllo di routine. Tuttavia, dovrebbero essere fornite informazioni sulla disponibilità di servizi aggiuntivi, se disponibili sono necessari o desiderati.

Osservazioni:

- Le donne, le ragazze e le altre persone in stato di gravidanza devono essere adeguatamente informate sui sintomi di in corso gravidanza (che può o meno indicare il fallimento dell'aborto) e altri motivi medici per tornare per il follow-up, come sanguinamento abbondante prolungato, assenza di sanguinamento con la gestione medica dell'aborto, dolore non alleviato dai farmaci o febbre.

- La qualità delle prove era bassa (studi osservazionali e prove indirette).

Fonte: Raccomandazione 9 aggiornata dall'OMS (2012) (19).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale è stata condotta una ricerca bibliografica aggiornata, ma non è stata applicata la metodologia GRADE. La formulazione della raccomandazione è stata rivista per rimuovere il regime di aborto farmacologico menzionato (questa raccomandazione ora si applica a tutti i metodi e regimi di aborto, vedere la sezione 3.4) e per usare la parola "raccomandare" per chiarire che si tratta di una raccomandazione forte.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI ALLE CURE DI FOLLOW-UP

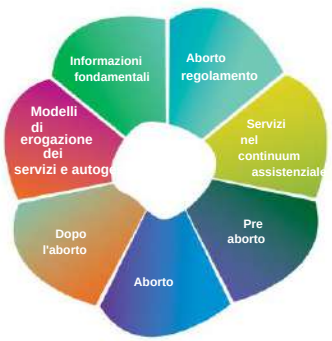
- Indipendentemente dal fatto che l'aborto sia legale, gli Stati sono tenuti a garantire l'accesso alla posta cura dell'aborto dove è necessario.

- L'assistenza post-aborto deve essere disponibile su base riservata, anche in situazioni in cui l'aborto è illegale.

- L'assistenza post-aborto deve essere disponibile senza la minaccia di procedimenti penali o misure punitive. Gli Stati non devono richiedere agli operatori sanitari di segnalare le persone sospettati di aver intrapreso un aborto illegale, o richiedere loro di fornire qualsiasi informazione potenzialmente incriminante durante o come prerequisito per ricevere assistenza post-aborto.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Fornitura di informazioni (sezione 3.2.1)

Machine Translated by Google

3.5.2 Aborto incompleto

L'aborto incompleto è definito dalla presenza clinica di un orifizio cervicale aperto e sanguinamento, per cui tutti i prodotti del concepimento non sono stati espulsi dall'utero, o i prodotti espulsi non sono coerenti con la stima durata della gravidanza. I sintomi comuni includono sanguinamento vaginale e dolore addominale. Dopo un aborto indotto o spontaneo (cioè un aborto spontaneo) può verificarsi un aborto incompleto non complicato; la gestione in entrambi i casi è la stessa. L'aborto incompleto può essere gestito in attesa, medicamente o chirurgicamente (aspirazione sottovuoto). La gestione dell'aborto incompleto non complicato con l'aspirazione sottovuoto (quando la dimensione dell'utero è inferiore a 14 settimane) include il riconoscimento della condizione, la valutazione della dimensione dell'utero, la procedura effettiva e la gestione del dolore.

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 35 e 36:
Gestione dell'aborto incompleto

35. Per aborto incompleto a < 14 settimane: **raccomandare** l'aspirazione con vuoto o la gestione medica.

36a. Per la gestione medica dell'aborto incompleto a < 14 settimane dimensione uterina: **suggerire** l'uso di 600 ÿg misoprostolo somministrato per via orale o 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via sublinguale.

36b. Per la gestione medica dell'aborto incompleto a ÿ 14 settimane di dimensioni dell'utero: **suggerire** l'uso di dosi ripetute di 400 ÿg di misoprostolo somministrato per via sublinguale, vaginale o buccale ogni 3 ore.*

Osservazioni:

- La decisione sulla modalità di gestione dell'aborto incompleto dovrebbe basarsi sulle condizioni cliniche dell'individuo e sulla preferenza per il trattamento.
- La gestione dell'aspettativa di un aborto incompleto può essere efficace quanto il misoprostolo; può essere offerto come opzione a condizione che la donna, la ragazza o altra persona incinta sia informata del maggior tempo per l'espulsione del tessuto gravidico e dell'aumentato rischio di incompleto svuotamento dell'utero.
- La Raccomandazione 35 è stata estrapolata da una ricerca condotta su donne con segnalazioni spontanee aborto.

* Il misoprostolo può essere ripetuto all'intervallo indicato secondo necessità per ottenere il successo del processo di aborto. In età gestazionale ÿ 14 settimane, gli operatori devono usare cautela e giudizio clinico per decidere il numero massimo di dosi di misoprostolo in soggetti in gravidanza con precedente incisione uterina. La rottura uterina è una rara complicanza; il giudizio clinico e la preparazione del sistema sanitario per la gestione dell'emergenza della rottura uterina devono essere considerati con l'età gestazionale avanzata.

Fonte: Raccomandazione 35 ripresa dall'OMS (2012) dove era la Raccomandazione 10 (19). La formulazione è stata rivista per modificare l'età gestazionale da "13 settimane o meno" a "prima delle 14 settimane" (< 14 settimane). Raccomandazioni 36a e 36b riportate dall'OMS (2018) dove erano Raccomandazioni 1A e 1B (120). Anche le età gestazionali sono state aggiornate per modificare il punto limite da 13 settimane a 14 settimane.

Machine Translated by Google

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Operatori sanitari di comunità (CHW)	**Consiglia**	Non è stata trovata alcuna prova diretta per questa opzione, ma alcune prove indirette sono state trovate che i CHW possono utilizzare semplici strumenti e liste di controllo per determinare l'età gestazionale (basata sulla storia del paziente) e per valutare l'idoneità e l'esito dell'aborto farmacologico (certezza da bassa a moderata). I CHW sono spesso coinvolti nella consulenza alle donne che cercano cure per l'aborto (prove di moderata certezza). In generale, gli interventi CHW sono accettabili e si sono dimostrati fattibili in molti contesti. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a
Lavoratori della farmacia **Farmacisti**	**Consiglia**	Sebbene non siano state trovate prove sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Inoltre, le abilità richieste per gestire l'aborto incompleto con misoprostol sono simili a quelli per la fornitura di aborto farmacologico a < 12 settimane, che è un compito raccomandato per questi operatori sanitari (vedi Raccomandazione 28).
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questi professionisti che forniscono l'aborto medico in età gestazionale < 12 settimane (bassa certezza) e le competenze richieste per gestire l'aborto incompleto con misoprostolo sono simili. Inoltre, le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze di questo tipo di operatore sanitario.a
Infermieri ausiliari/ANM	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questi operatori sanitari che forniscono l'aborto farmacologico in età gestazionale < 12 settimane (moderata certezza) e le competenze richieste per gestire l'aborto incompleto con misoprostolo sono simili.
Infermieri	**Consiglia**	Sono state trovate prove indirette per la sicurezza, l'efficacia e l'accettabilità degli infermieri che forniscono l'aborto farmacologico (moderata certezza) e le competenze richieste per gestire l'aborto incompleto con il misoprostolo sono simili. L'opzione è fattibile e ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Ostetriche	**Consiglia**	La sicurezza e l'efficacia di questa opzione sono state trovate in un ambiente con poche risorse (certezza da moderata ad alta). La soddisfazione complessiva delle donne nei confronti del fornitore è stata elevata quando le ostetriche gestiscono l'aborto incompleto (moderata evidenza di certezza). Questa opzione è fattibile e ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto.
Clinici associati associati/avanzati	**Consiglia**	Sono state trovate prove indirette di moderata certezza per la sicurezza e l'efficacia della gestione medica dell'aborto incompleto da parte delle ostetriche, e prove di moderata certezza sono state trovate anche per la sicurezza e l'efficacia della fornitura di aborto medico da parte di operatori sanitari con una formazione di base simile o meno completa. Inoltre, è stata trovata una prova diretta che questi medici possono valutare l'età gestazionale (in base alle dimensioni dell'utero) come parte della fornitura di aspirazione manuale del vuoto. Questa opzione è fattibile e il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto è elevato.
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale evidenze relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare (precedentemente "suggeriscono"), farmacisti e operatori farmaceutici (entrambi precedentemente "consigliati") e operatori sanitari della comunità (precedentemente "entro il contesto di ricerca rigorosa") è stato rivisto utilizzando la metodologia GRADE, poiché gli altri operatori sanitari avevano già una forte raccomandazione per questo compito. Dopo la revisione, le raccomandazioni sono state aggiornate a "raccomandare" per tutte le categorie di operatori sanitari esaminate. Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD sulla gestione medica dell'aborto incompleto.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Machine Translated by Google

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Potrebbe essere necessario modificare le restrizioni sull'autorità prescrittiva per alcune categorie di fornitori o mettere in atto altri meccanismi per rendere disponibili i medicinali per questi fornitori all'interno del quadro normativo del sistema sanitario.
- L'evacuazione dei prodotti trattenuti è una funzione segnaletica dell'assistenza ostetrica di emergenza di base (EmOC); così la formazione e l'attuazione di questi compiti possono essere integrate con i servizi EmOC.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Sono state trovate prove dell'efficacia di questi professionisti che svolgono componenti del compito, come la valutazione delle dimensioni dell'utero con esame bimanuale come parte della fornitura di aborto medico (certezza molto bassa). Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Questi professionisti eseguono altre procedure transcervicali (ad es. l'inserimento di IUD) in alcuni contesti. Questa opzione ha il potenziale per aumentare l'accesso equo a cure di qualità per l'aborto nelle regioni in cui questi professionisti costituiscono una percentuale significativa della forza lavoro sanitaria.
Infermieri ausiliari/ANM	**Suggerire** Condizione: in contesti in cui i meccanismi consolidati del sistema sanitario coinvolgono infermieri ausiliari/ANM nella fornitura di cure ostetriche di emergenza di base e dove i sistemi di riferimento e monitoraggio sono forti.	Sono state trovate prove dirette insufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione. Tuttavia, l'opzione di questo tipo di operatore sanitario che fornisce cure ostetriche di emergenza (che include la rimozione dei prodotti trattenuti come funzione di segnalazione) o l'assistenza post-aborto utilizzando l'aspirazione manuale del vuoto si è dimostrata fattibile nei programmi in diversi contesti con poche risorse.
Infermieri	**Consiglia**	Sono state trovate prove della sicurezza e dell'efficacia di questi operatori sanitari che forniscono l'aspirazione sottovuoto per l'aborto indotto (bassa certezza) e le competenze richieste per la gestione dell'aborto incompleto non complicato con l'aspirazione sottovuoto sono simili. L'opzione è fattibile, anche in contesti con poche risorse.
Ostetriche	**Consiglia**	Sono state trovate prove indirette della sicurezza e dell'efficacia di questi operatori sanitari che forniscono l'aspirazione sottovuoto per l'aborto indotto (moderata certezza) e le competenze richieste per la gestione dell'aborto incompleto non complicato con l'aspirazione sottovuoto sono simili. L'opzione è fattibile, anche in contesti con poche risorse.

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Clinici associati associati/avanzati	**Consiglia**	È stata trovata una prova indiretta della sicurezza e dell'efficacia di questi medici che forniscono l'aspirazione sottovuoto per l'aborto indotto (moderata certezza) e le competenze richieste per la gestione dell'aborto incompleto non complicato con l'aspirazione sottovuoto sono simili.
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le evidenze relative ai professionisti della medicina tradizionale e complementare e per gli infermieri ausiliari e le ostetriche infermiere ausiliarie sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, solo la raccomandazione per i professionisti della medicina tradizionale e complementare è stata aggiornata da "suggerire" a "raccomandare". Per tutte le altre categorie di operatori sanitari le raccomandazioni rimangono invariate rispetto alla precedente guida. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD sull'aspirazione del vuoto per la gestione dell'aborto incompleto.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

In una struttura sanitaria.

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Le competenze richieste per la fornitura sia di MVA che di EVA sono simili, pertanto si applicano le raccomandazioni di cui sopra A entrambi. MVA è più comunemente usato e più probabile che venga utilizzato in contesti di assistenza primaria.
- L'aborto incompleto non complicato può verificarsi dopo un aborto indotto o spontaneo (cioè aborto spontaneo). La gestione è identica e le raccomandazioni di cui sopra si applicano a entrambi.
- L'evacuazione dei prodotti trattenuti è anche una funzione segnaletica dell'assistenza ostetrica di emergenza di base (EmOC) e la formazione e l'implementazione possono essere integrate con i servizi EmOC.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER GESTIONE DELL'ABORTO INCOMPLETO

- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in modo accessibile e non maniera discriminatoria.
- Indipendentemente dal fatto che l'aborto sia legale, gli Stati sono tenuti a garantire l'accesso alla posta cura dell'aborto dove è necessario.
- L'assistenza post-aborto deve essere disponibile su base riservata, anche in determinate situazioni dove l'aborto è illegale.
- L'assistenza post-aborto deve essere disponibile senza la minaccia di procedimenti penali o misure punitive. Gli Stati non devono richiedere agli operatori sanitari di segnalare le persone sospettate di aver intrapreso un aborto illegale, o richiedere loro di fornire informazioni potenzialmente incriminanti durante o come prerequisito per ricevere cure post-aborto.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Machine Translated by Google

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Merci (sezione 1.4.4)

3.5.3 Gestione delle complicanze non mortali: infezione ed emorragia

La gestione iniziale e di base include il riconoscimento della complicanza, la stabilizzazione della donna, la somministrazione di antibiotici per via orale o parenterale e fluidi per via endovenosa prima dell'invio a un operatore/struttura sanitaria appropriata.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta della gestione dell'infezione post-aborto da parte di questi operatori sanitari, la loro formazione di base copre le competenze richieste per questo compito. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Il gruppo di esperti ha affermato che questa opzione è fattibile e che ha il potenziale per aumentare l'accesso equo alle cure post-aborto .
Infermieri ausiliari/ANM **Infermieri** **Ostetriche** **Clinici associati associati/avanzati**	**Consiglia**	Sebbene non sia stata trovata alcuna evidenza diretta per la gestione dell'infezione post-aborto da parte di questi operatori sanitari, la gestione della sepsi puerperale con antibiotici intramuscolari, che richiede competenze simili, rientra nel loro ambito tipico di pratica (138). [8]
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori farmaceutici e operatori sanitari della comunità sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, la raccomandazione è stata aggiornata solo per i professionisti della medicina tradizionale e complementare, da "suggerire" a "raccomandare". Per tutte le altre categorie di operatori sanitari esaminate, le raccomandazioni rimangono "sconsigliate" (non elencate). Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD sulla diagnosi e la gestione delle complicanze legate all'aborto.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

* Per i farmacisti, i farmacisti e gli operatori sanitari della comunità, è importante che siano dotati delle conoscenze per riconoscere segni e sintomi di questa complicanza.

Machine Translated by Google

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Come

Considerazioni sull'implementazione

- È importante che i farmacisti, gli operatori della farmacia e gli operatori sanitari della comunità siano dotati delle conoscenze necessarie per riconoscere i segni e i sintomi delle complicanze dell'aborto non sicuro e per sapere dove indirizzare le donne nelle loro comunità.
- Potrebbe essere necessario modificare le restrizioni sull'autorità di prescrizione per alcune categorie di fornitori o altro meccanismi messi in atto per consentire a tali fornitori di somministrare gli antibiotici all'interno del regolamento quadro del sistema sanitario.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	Non è stata trovata alcuna prova diretta della gestione dell'emorragia post-aborto da parte di questi professionisti, ma la loro formazione di base copre le competenze richieste per questo compito. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a
Infermieri ausiliari/ANM	**Consiglia**	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta per la gestione dell'emorragia post-aborto da parte di questi operatori sanitari, la gestione iniziale dell'emorragia post-partum con fluidi per via endovenosa (IV), che richiede competenze simili, è un compito che questi operatori sanitari sono invitati a svolgere (138).
Infermieri **Ostetriche** **Clinici associati associati/avanzati**	**Consiglia**	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova diretta per la gestione dell'emorragia post-aborto da parte di questi operatori sanitari, la gestione iniziale dell'emorragia post-partum con fluidi EV, che richiede competenze simili, rientra nel loro tipico ambito di pratica (138).
Medici generici **Medici specialisti**	**Consiglia**	Nell'ambito del loro tipico ambito di pratica,b pertanto non è stata condotta alcuna valutazione delle prove.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori farmaceutici e operatori sanitari della comunità sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, la raccomandazione è stata aggiornata solo per i professionisti della medicina tradizionale e complementare, da "suggerire" a "raccomandare". Per tutte le altre categorie di operatori sanitari esaminate, le raccomandazioni rimangono "sconsigliate" (non elencate). Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD sulla diagnosi e la gestione delle complicanze legate all'aborto.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

* Per i farmacisti, i farmacisti e gli operatori sanitari della comunità, è importante che siano dotati delle conoscenze per riconoscere segni e sintomi di questa complicanza.

Machine Translated by Google

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Come

Considerazione sull'implementazione

- Anche la gestione iniziale dell'emorragia e dell'infezione è una funzione segnaletica dell'ostetricia di emergenza di base care (EmOC) e la formazione e l'implementazione possono essere integrate con i servizi EmOC.

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER COMPLICAZIONI NON PERICOLOSE DI VITA

- Indipendentemente dal fatto che l'aborto sia legale, gli Stati sono tenuti a garantire l'accesso alla posta cura dell'aborto dove è necessario.
- L'assistenza post-aborto deve essere disponibile su base riservata, anche in situazioni in cui l'aborto è illegale.
- L'assistenza post-aborto deve essere disponibile senza la minaccia di procedimenti penali o misure punitive. Gli Stati non devono richiedere agli operatori sanitari di segnalare le persone sospettate di aver intrapreso un aborto illegale, o richiedere loro di fornire informazioni potenzialmente incriminanti durante o come prerequisito per ricevere cure post-aborto.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Machine Translated by Google

3.5.4 Contraccezione post-aborto

A seguito di un aborto indotto o spontaneo, l'ovulazione può tornare già 8-10 giorni dopo e di solito entro un mese, e quindi l'inizio della contraccezione il prima possibile entro il primo mese è importante per donne che desiderano ritardare o impedire una futura gravidanza (153, 154). Tutte le opzioni contraccettive possono essere prese in considerazione dopo un aborto. I desideri del cliente sono fondamentali; se l'individuo desidera iniziare o riprendere un contraccettivo metodo, allora tutte le opzioni contraccettive possono essere prese in considerazione in qualsiasi momento della cura e alcuni metodi possono essere avviati al momento dell'aborto (155). Gli Stati sono tenuti a garantire l'accesso a un'ampia gamma di metodi contraccettivi moderni, sicuri e convenienti (36 [paragrafo 8], 49 [paragrafo 33]). Dovrebbero essere rispettati i criteri stabiliti nelle pubblicazioni dell'OMS Garantire i diritti umani nella fornitura di informazioni e servizi contraccettivi e Criteri medici di ammissibilità per l'uso di contraccettivi (156, 157). Una considerazione approfondita di tutti i metodi di contraccezione post-aborto esula dallo scopo di questa linea guida.

Questa sezione affronta i tempi della contraccezione e gli operatori sanitari che possono fornire determinati metodi. Il ruolo degli approcci di autogestione con la contraccezione post-aborto sarà discusso ulteriormente nella sezione 3.6.3.

Che cosa

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 41: Criteri medici di ammissibilità per la contraccezione post-aborto

I seguenti metodi contraccettivi possono essere avviati immediatamente (MEC Categoria 1 - nessuna restrizione) dopo un aborto chirurgico o medico (primo e secondo trimestre, e anche dopo un aborto settico): contraccettivi ormonali combinati (COC), contraccettivi a base di solo progesterone (POC) e metodi di barriera (preservativi, spermicida, diaframma, cappuccio - nota: il diaframma e il cappuccio non sono adatti fino a 6 settimane dopo l'aborto del secondo trimestre)

I dispositivi intrauterini (IUD) possono essere avviati immediatamente dopo un aborto chirurgico o medico nel primo trimestre (categoria MEC 1 - nessuna restrizione) o dopo un aborto nel secondo trimestre (categoria MEC 2 - i vantaggi generalmente superano i rischi), ma non dovrebbero essere avviati immediatamente dopo l'aborto settico (categoria MEC 4 - l'inserimento di uno IUD può sostanzialmente peggiorare la condizione).

Metodi basati sulla consapevolezza della fertilità (FAB): i metodi basati sui sintomi dovrebbero essere avviati solo dopo l'aborto con "prudenza" (potrebbe essere necessaria una consulenza speciale per garantire l'uso corretto del metodo in questa circostanza) e l'uso di metodi basati sul calendario dovrebbe essere ritardato (fino a quando la condizione non viene valutata; devono essere offerti metodi contraccettivi temporanei alternativi).

Appunti:

- Fare riferimento al riquadro sottostante per una spiegazione delle categorie MEC.
- I COC includono i contraccettivi orali combinati (COC), il cerotto contraccettivo (P), l'anello vaginale combinato (CVR) e contraccettivi combinati iniettabili (CIC).
- I POC includono pillole di solo progesterone (POP), impianti di levonorgestrel (LNG) o etonogestrel (ETG), iniettabili di medrossiprogesterone acetato (DMPA) e noretisterone enantato (NET-EN).
- IUD includono IUD contenenti rame (Cu-IUD) e IUD a rilascio di levonorgestrel (LNG-IUD).
- I metodi basati sui sintomi includono il metodo del muco cervicale (chiamato anche metodo dell'ovulazione) e il metodo TwoDay, entrambi basati sulla valutazione del muco cervicale, e il metodo sintotermico, che è un metodo di doppio controllo basato sulla valutazione del muco cervicale per determinare il primo giorno fertile e valutazione del muco cervicale e della temperatura per determinare l'ultimo giorno fertile.
- I metodi basati sul calendario includono il metodo Calendar Rhythm (che evita i rapporti non protetti da dal primo all'ultimo giorno fertile stimato, dopo aver registrato la lunghezza di diversi cicli mestruali come base per il calcolo) e il metodo dei giorni standard (evitando i rapporti non protetti nei giorni del ciclo 8-19, per le persone i cui cicli sono generalmente lunghi 26-32 giorni).

Fonte: Raccomandazioni ricavate dai criteri di ammissibilità medica dell'OMS per l'uso di contraccettivi (2015) (157). La formulazione è stata rivista in formato narrativo dalle tabelle nella linea guida di origine.

Machine Translated by Google

Chiave per le categorie MEC per l'ammissibilità contraccettiva

- Categoria 1 – Una condizione per la quale non vi è alcuna restrizione per l'uso del metodo contraccettivo
- Categoria 2 – Una condizione in cui i vantaggi dell'utilizzo del metodo generalmente superano i rischi teorici o comprovati
- Categoria 3 – Una condizione in cui i rischi teorici o comprovati di solito superano i vantaggi dell'utilizzo del metodo
- Categoria 4 – Una condizione che rappresenta un rischio per la salute inaccettabile se il contraccettivo metodo viene utilizzato.

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 42: Tempistica della contraccezione e dell'aborto chirurgico

Per le persone sottoposte ad aborto chirurgico e che desiderano utilizzare la contraccezione: **raccomandare** l'opzione di iniziare la contraccezione al momento dell'aborto chirurgico.

Nota:

- La qualità delle prove basate su studi controllati randomizzati era molto bassa.

Fonte: Parte della Raccomandazione 13 ripresa dall'OMS (2012) (19). È stata mantenuta solo la componente della raccomandazione esistente che è rilevante per l'aborto chirurgico, con la parola "raccomandazione" utilizzata per chiarire che si tratta di una raccomandazione forte e sono state apportate revisioni per includere tutti i metodi contraccettivi).

SERVIZI CLINICI Raccomandazione 43: Tempistica della contraccezione e dell'aborto farmacologico

Per le persone che si sottopongono ad aborto farmacologico con il regime combinato di mifepristone e misoprostolo o con il solo misoprostolo:

UN. Per coloro che scelgono di utilizzare **la contraccezione ormonale** (pillole contraccettive orali, cerotto contraccettivo, anello contraccettivo, impianto contraccettivo o iniezioni contraccettive): **Suggerire** che venga data loro la possibilità di iniziare la contraccezione ormonale immediatamente dopo la prima pillola del regime abortivo medico.

B. Per coloro che scelgono di inserire uno **IUD : suggerire** il posizionamento dello IUD nel momento in cui viene determinato il successo della procedura di aborto.

Nota (per le Raccomandazioni 43a e b):

- Questa raccomandazione si applica al regime di combinazione mifepristone più misoprostol e all'uso di solo misoprostolo. Il regime di combinazione letrozolo più misoprostol non è menzionato qui perché gli studi inclusi che informano queste raccomandazioni non hanno valutato questo regime.

Osservazioni (solo per la Raccomandazione 43a):

- L'inizio immediato del deposito intramuscolare di medrossiprogesterone acetato (DMPA) è associato a un leggera diminuzione dell'efficacia dei regimi di aborto farmacologico (158). Tuttavia, l'inizio immediato del DMPA dovrebbe comunque essere offerto come metodo contraccettivo disponibile dopo un aborto.
- Le prove indirette sono state utilizzate come base per il processo decisionale sull'inizio della contraccezione ormonale come an opzione per le persone sottoposte a aborto farmacologico con il solo misoprostolo.
- Non erano disponibili dati sull'uso di contraccettivi ormonali combinati (pillole o iniezioni) da parte di coloro che si sottoponevano ad aborto farmacologico.
- Gli individui che scelgono di iniziare l'anello contraccettivo dovrebbero essere istruiti a controllare l'espulsione del anello in caso di forti emorragie durante il processo di aborto medico.

Fonte: Raccomandazioni 4a e 4b riprese dall'OMS (2018) (120).

Machine Translated by Google

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Fondamento logico
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Suggerire** Condizione: In contesti con salute accertata meccanismi di sistema per la partecipazione di questi professionisti ad altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva.	La loro formazione di base copre generalmente le competenze pertinenti necessarie per questo compito. Questa opzione è probabilmente fattibile e può promuovere la continuità dell'assistenza per le donne e aumentare l'accesso nelle regioni in cui questi professionisti costituiscono una percentuale significativa del personale sanitario.
Infermieri ausiliari	**Suggerire** Condizione: nel contesto di una ricerca rigorosa.	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
ANM **Infermieri** **Ostetriche**	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Clinici associati associati/avanzati **Medici generici** **Medici specialisti**	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138), in cui questo compito era considerato rientrare nel loro tipico ambito di pratica.a

Fonte: Raccomandazione portata avanti dall'OMS (2015) (23).

a Per l'ambito tipico di lavoro/pratica, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Fondamento logico
Operatori sanitari di comunità	**Suggerire** Condizione: nel contesto di una ricerca rigorosa.	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Suggerire** Condizione: in contesti con meccanismi del sistema sanitario consolidati per la partecipazione di questi professionisti ad altri compiti relativi alla salute materna e riproduttiva e in cui la formazione sulla rimozione dell'impianto viene fornita insieme alla formazione sull'inserimento.	Sebbene non siano state trovate prove dirette sufficienti per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione, la loro formazione di base copre le competenze necessarie per questo compito. Questa opzione può favorire la continuità dell'assistenza alle donne.
Infermieri ausiliari/ANM	**Suggerire** Condizione: nell'ambito di un monitoraggio e di una valutazione mirati.	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Infermieri **Ostetriche**	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Clinici associati associati/avanzati **Medici generici** **Medici specialisti**	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138), in cui questo compito era considerato rientrare nel loro tipico ambito di pratica.a

Fonte: Raccomandazione portata avanti dall'OMS (2015) (23).

a Per l'ambito tipico di lavoro/pratica, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Machine Translated by Google

Come

Considerazione sull'implementazione

- La rimozione degli impianti può richiedere maggiori abilità rispetto all'inserimento; qualsiasi operatore sanitario addestrato a inserire autonomamente gli impianti dovrebbe essere ben addestrato anche alla rimozione degli impianti (23).

Dove

In una struttura sanitaria o in un altro ambiente con condizioni sterili.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Operatori sanitari di comunità (CHW)	**Consiglia**	Sono state trovate prove limitate per la sicurezza, l'efficacia e la fattibilità di questa opzione. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze dei CHW.a Questa opzione è fattibile e accettabile dato che i CHW forniscono altri componenti della cura dell'aborto. Inoltre, questa opzione ha il potenziale per aumentare le scelte delle donne e ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai contraccettivi.
Lavoratori della farmacia	**Consiglia**	Sebbene non sia stata trovata alcuna prova per la sicurezza, l'efficacia, l'accettabilità o la fattibilità di questa opzione, la somministrazione delle iniezioni rientra nell'ambito tipico di b e le pratiche esigenze di formazione aggiuntiva per questo compito sarebbero minime. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Questa opzione ha il potenziale per aumentare le scelte delle donne e ridurre le disuguaglianze nella contraccezione accesso.
Farmacisti	**Consiglia**	Sebbene le prove disponibili per la sicurezza e l'efficacia di questa opzione siano di certezza molto bassa, la somministrazione di iniezioni rientra nel loro tipico ambito di praticab e le esigenze di formazione aggiuntiva per questo compito sarebbero minime. Questa opzione ha il potenziale per aumentare le scelte delle donne e ridurre le disuguaglianze nella contraccezione accesso.
Professionisti della medicina tradizionale e complementare	**Consiglia**	La loro formazione di base copre le competenze pertinenti necessarie per questo compito, quindi le esigenze di formazione aggiuntiva sarebbero minime. Le abilità e le conoscenze per questo compito (secondo il quadro delle competenze) sono in linea con le competenze per questo tipo di operatore sanitario.a Questa opzione è fattibile e accettabile dato che questi professionisti forniscono servizi simili nel sistema sanitario esistente, e quindi può promuovere continuità assistenziale per le donne.
Infermieri ausiliari/ANM	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Infermieri **Ostetriche** **Clinici associati associati/avanzati** **Medici generici** **Medici specialisti**	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138), in cui questo compito era considerato rientrare nel loro tipico ambito di pratica.b

La tavola continua

Machine Translated by Google

Tabella continua

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Motivazione
Individuo/sé		
Donna incinta, ragazza o altra persona incinta	**Consiglia**	Fare riferimento alla Raccomandazione 51 nella sezione 3.6.2 per le motivazioni, le osservazioni, le considerazioni sull'implementazione e ulteriori informazioni sugli approcci di autogestione.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: si trattava di una raccomandazione esistente per la quale le prove relative a professionisti della medicina tradizionale e complementare, operatori farmaceutici, operatori sanitari di comunità e individui/auto-somministrazione sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, le raccomandazioni per tutte e tre queste categorie di operatori sanitari sono state aggiornate da "suggerire" a "raccomandare". Le raccomandazioni per le altre categorie di operatori sanitari non sono state riviste e rimangono invariate, così che tutte le categorie di operatori sanitari e l'individuo/sé ora hanno una forte raccomandazione per questo compito. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD sulla consegna di contraccettivi iniettabili.

a Per questa e per tutte le raccomandazioni degli operatori sanitari, date le prove limitate per molte delle combinazioni operatore sanitario-attività, le discussioni del gruppo di esperti si sono concentrate sul quadro delle competenze nella pubblicazione dell'OMS del 2011, Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nell'assistenza primaria (121), che fornisce informazioni sulle competenze (incluse abilità e conoscenze) richieste per ciascun compito, e anche i criteri OMS-INTEGRATE, in particolare sulla fattibilità, l'equità e l'accettabilità dell'intervento e i valori e le preferenze delle donne.

b Per l'ambito di lavoro/pratica tipico, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Come

Considerazioni sull'implementazione

- La somministrazione di un contraccettivo iniettabile comporta l'uso di una siringa e può essere intramuscolare o sottocutaneo.
- È importante disporre di meccanismi adeguati per lo smaltimento di oggetti taglienti, siringhe e aghi usati.
- È importante garantire una fornitura costante delle sostanze iniettabili, in particolare presso il punto vendita per le donne ottenere e utilizzare in proprio.
- L'investimento nella formazione iniziale è una considerazione per la quale l'operatore sanitario non è già certificato fornire iniezioni. È importante disporre di meccanismi per collegare l'operatore sanitario al sistema sanitario e garantire un percorso di riferimento.

Chi

Tipo di operatore sanitario	Raccomandazione	Fondamento logico
Infermieri	**Suggerisci** condizione: nel contesto di una ricerca rigorosa.	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Ostetriche	**Suggerire** Condizione: nel contesto di una ricerca rigorosa.	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138).
Clinici associati associati/avanzati **Medici generici** **Medici specialisti**	**Consiglia**	La raccomandazione proviene originariamente dalla linea guida OptimizeMNH (138), in cui questo compito era considerato rientrare nel loro tipico ambito di pratica.a

Fonte: Raccomandazione portata avanti dall'OMS (2015) (23). Le raccomandazioni saranno riviste per il prossimo aggiornamento della guida dell'OMS sull'ottimizzazione dei ruoli degli operatori sanitari (138).

aPer l'ambito tipico di lavoro/pratica, fare riferimento all'Allegato 5: Categorie e ruoli degli operatori sanitari.

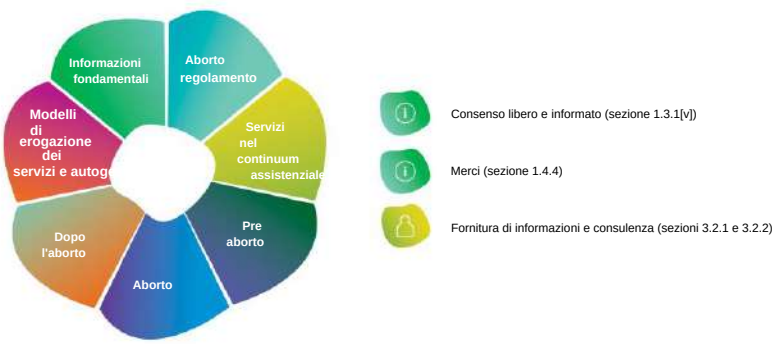
Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI ALLA CONTRACCEZIONE POST-ABORTO

- La contraccezione dovrebbe essere fornita solo dove la persona ha dato libero e informato consenso a riceverlo.
- Gli Stati devono garantire la disponibilità dell'intera gamma di opzioni contraccettive, tra cui a vasta gamma di metodi moderni, sicuri e convenienti.
- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali, compresi i contraccettivi, in modo accessibile e non discriminatorio.
- Tutti hanno diritto a informazioni basate su prove su tutti gli aspetti di SRH, incluso contraccettivi.
- Le informazioni e i servizi sulla contraccezione devono essere forniti senza discriminazioni, coercizione o violenza.
- Ognuno ha diritto alla privacy e alla riservatezza nella ricezione di contraccettivi informazioni e servizi.
- Dovrebbero essere disponibili informazioni e servizi contraccettivi post-aborto e accessibile agli adolescenti senza richiedere l'autorizzazione dei genitori o del tutore.
- Gli Stati devono garantire che le pratiche di rifiuto/obiezione di coscienza non violino il diritto alle informazioni e ai servizi contraccettivi.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Machine Translated by Google

3.6 Opzioni di erogazione del servizio e approcci di autogestione

Come indicato finora in tutto questo capitolo, i servizi di assistenza all'aborto possono essere forniti da una serie di operatori sanitari e alcuni compiti possono essere gestiti dagli stessi individui. Anche per le procedure che si svolgono presso una struttura sanitaria, alcuni elementi dell'assistenza (ad es. informazioni e consulenza pre-aborto, priming cervicale o assistenza di follow-up post-aborto) possono aver luogo in altri luoghi.

A differenza dell'aborto chirurgico, l'aborto medico è un processo che si svolge in un periodo di diverse ore o giorni piuttosto che essere una procedura separata. Il processo nel suo complesso o le sue componenti possono svolgersi in luoghi diversi anche in autogestione e/o con il supporto di diversi operatori sanitari nelle varie fasi del processo, rendendo possibile – e in alcuni casi auspicabile – ottenere assistenza in una gamma di impostazioni diverse, attraverso una vasta gamma di opzioni diverse.

Questa sezione affronta gli approcci di erogazione dei servizi supportati (sezione 3.6.1) e gli approcci di autogestione.
Gli approcci di autogestione affrontati in questa sezione includono l'autogestione dell'aborto farmacologico (sezione 3.6.2) e autogestione della contraccezione post-aborto (sezione 3.6.3).

3.6.1 Approcci di erogazione del servizio supportati

I servizi di aborto medico possono essere ottenuti e forniti o supportati da una moltitudine di attori all'interno del sistema sanitario. I servizi possono essere forniti attraverso un modello completo che affronti l'intero spettro della cura dell'aborto o possono includere solo componenti specifici nel percorso di cura. I servizi potrebbero essere erogati attraverso il settore pubblico o privato o le organizzazioni non governative (ONG) e potrebbero essere ricevuti presso una sede comunitaria, fuori sede o persino a casa, e una varietà di modelli di erogazione dei servizi può coesistere a livello nazionale,
livello subnazionale e locale.

Gli approcci alla fornitura di servizi non sono statici e man mano che il ruolo delle tecnologie digitali cresce e la scienza e le prove sugli interventi efficaci si evolvono, anche le innovazioni continueranno ad evolversi. Per questa linea guida, sono state esaminate le prove disponibili su varie modalità di fornire e/o supportare l'assistenza all'aborto. Esempi di approcci all'erogazione del servizio che sono stati identificati nelle revisioni sistematiche condotte per questa linea guida includevano:

- **Modelli di accompagnamento:** dove un operatore sanitario di comunità fornisce supporto accompagnando il individuo attraverso il processo di aborto medico (per telefono, piattaforma tecnologica sicura o di persona), compresa la fornitura di informazioni, consulenza, supporto emotivo/morale e/o supporto logistico (compresi i riferimenti e il supporto nell'interazione con le strutture sanitarie locali nel caso che la cura è necessaria o desiderata).
- **Sensibilizzazione della comunità:** comprende i servizi sanitari che mobilitano gli operatori sanitari per fornire servizi alla popolazione o ad altri operatori sanitari, lontano dal luogo in cui abitualmente lavorano e vivono (159).
  Questa è una strategia per mobilitare gli operatori sanitari in aree remote o rurali, come le cliniche mobili. Tuttavia, le prove documentate sull'uso di questo modello per la fornitura di assistenza all'aborto sono limitate.
- **Strumenti di supporto digitale:** includevano app che forniscono informazioni, promemoria di messaggi di testo e strumenti di assistenza nella valutazione della durata della gravidanza.
- **Modelli di riduzione del danno:** modelli di servizio in ambito clinico, in cui le donne sono supportate con pre informazioni sull'aborto, viene detto dove trovare le medicine e come usarle e possono tornare per la posta supporto per l'aborto se necessario, ma in realtà non vengono forniti i medicinali per interrompere la gravidanza.
- **Linee dirette:** questo si riferisce in genere a servizi di informazione telefonica che possono aiutare le donne ad accedere a cure di qualità per l'aborto. Le hotline per l'aborto possono limitarsi a fornire informazioni basate sull'evidenza sui servizi o possono essere collegate ad altri modelli di fornitura di servizi che facilitano l'accesso ai medicinali e supportano le donne durante il processo di aborto e dopo l'aborto.
- **Marketing sociale:** ampiamente definito come l'applicazione di tecniche di marketing a problemi sociali e mira a persuadere o motivare le persone ad adottare specifiche fonti di azione o comportamento che sono generalmente accettato come benefico. Questo approccio al marketing è stato ben studiato come modello di successo per la distribuzione di interventi sanitari/beni (ad es. preservativi), tuttavia la documentazione relativa alla cura dell'aborto di qualità (ad es. medicinali e istruzioni per l'aborto) è più limitata. Potrebbe essere un'opzione per aumentare l'accesso e rendere le cure più accessibili.

Machine Translated by Google

- **Franchising sociale:** è descritto come un sistema di rapporti contrattuali generalmente gestito da una ONG che utilizza la struttura di un franchising commerciale per raggiungere obiettivi sociali. La differenza generale tra franchising sociale e commerciale è che il franchising sociale cerca di soddisfare un vantaggio sociale mentre il franchising commerciale è guidato dal profitto. Tuttavia, le prove limitate illustrano le potenziali disuguaglianze di tali modelli (160).

- **Telemedicina:** questa è una modalità di erogazione di servizi sanitari in cui fornitori e clie consulenti, sono separati dalla distanza. L'interazione può avvenire in tempo reale ono), u collegament telefonico o video, o in modo asincrono utilizzando un metodo store-and-forward ne inviata una successivamente viene fornita una risposta (ad esempio tramite e-mail, testo o v nessaggio) (161)

In tutta la gamma di opzioni di erogazione del servizio, le interazioni tra un richiedente l'abo tore sanita venire di persona o in remoto. Dopo l'esame e la valutazione delle prove da parte del gruppo di esper s antità e qualità sufficienti delle prove per supportare la formulazione di una raccomandazione specifica in relazione all'utilizzo di telemedicina come alternativa alle interazioni di persona per la fornitura di assistenza medica aborto (vedi Raccomand

Le prove disponibili erano inadeguate per supportare la formulazione di raccomandazioni su uno erogazione dei servizi. Invece, data la natura contestuale degli approcci di erogazione dei servizi, l'eterogeneità dei tipi di le zioni tra gli appr sviluppa in due parti ri a dei servizi in iuttosto che qualsiasi modalità s mod zione del s i Best Practice Statement 4

La telemedicina si avvicina alla fornitura di cure mediche per l'aborto

Raccomandare l'opzione d dicina come alternativa alle interazioni di persona con l'operatore sanitario a fornire servizi di aborto med o in parte.

Osservazioni:

- La raccomandazione di cui sopra si applica alla valutazione dell'idoneità all'aborto farmacologico, alla consulenza e/o o istruzioni relative al processo di aborto, fornendo istruzione e facilitazione attiva del somministrazione di farmaci e assistenza post-aborto di follow-up, il tutto attraverso la telemedicina.
- Hotline, app digitali o modalità di comunicazione unidirezionali (ad es. SMS di promemoria) che forniscono semplicemente informazioni non sono state incluse nella revisione delle prove per questa raccomandazione.

Fondamento logico

È stata intrapresa una revisione sistematica per rispondere a questa domanda chiave. La strategia di ricerca ha identificato dieci studi che riportano la fornitura di aborto medico attraverso la telemedicina. Sono stati condotti quattro studi randomizzati controllati in Bangladesh, Cambogia, Egitto e Indonesia e sei studi osservazionali in Canada, Perù e Stati Uniti. Negli studi che hanno confrontato la telemedicina con i servizi di assistenza medica per l'aborto di persona, non vi era alcuna differenza tra i due gruppi nei tassi di aborto riuscito o di gravidanze in corso (sulla base di prove di certezza molto basse). Le segnalazioni per interventi chirurgici sono state inferio tra le donne che hanno utilizzato la telemedicina (sulla base di prove a bassa certezza). La soddisfazione per i servizi di telemedicina è stata alta e paragonabile ai normali servizi clinici (basata su prove di certezza molto basse). Un riassunto delle prove è presentato in Ma supplementare 3, quadro EtD sulla telemedicina.

Come

Considerazione sull'implementazione

- I servizi di telemedicina dovrebbero includere i rinvii (basati sulla posizione della donna) per i farmaci (aborto e farmaci per il controllo del dolore), qualsiasi cura per l'aborto o follow-up post-aborto richiesto (anche per le cure di emergenza se necessario) e per i servizi contraccettivi post-aborto, che possono essere applicati sia all'aborto medico che a quello chirurgico.

Machine Translated by Google

Che cosa Chi

EROGAZIONE DEL SERVIZIO Dichiarazione sulle migliori pratiche 49 (NUOVO)

Parte 1: non esiste un unico approccio raccomandato per fornire servizi di aborto. La scelta di uno o più operatori sanitari specifici (tra le opzioni raccomandate) o la gestione da parte dell'individuo stesso e l'ubicazione della prestazione del servizio (tra le opzioni raccomandate) dipenderanno dai valori e dalle preferenze della donna, ragazza o altro gestante, le risorse disponibili e il contesto nazionale e locale. Una pluralità di approcci alla fornitura di servizi può coesistere all'interno di un dato contesto.

Parte 2: Dato che gli approcci all'erogazione dei servizi possono essere diversi, è importante garantire che per l'individuo in cerca di assistenza, la gamma di opzioni di erogazione dei servizi prese insieme fornisca:

- accesso a informazioni scientificamente accurate e comprensibili in tutte le fasi;
- accesso a farmaci di qualità garantita (compresi quelli per la gestione del dolore);
- supporto di rinvio di riserva se desiderato o necessario;
- collegamenti a una scelta appropriata di servizi contraccettivi per coloro che desiderano la contraccezione post-aborto.

Un riassunto delle prove è presentato in Materiale supplementare 3, quadro EtD sull'aborto medico fornito in contesti diversi

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Gli approcci di erogazione dei servizi dovrebbero, ove possibile, essere co-creati con le persone che ne beneficeranno l'intervento.
- Tutti i modelli dovrebbero essere testati e adattati al contesto locale in cui opereranno.
- Non tutti gli approcci di erogazione dei servizi possono funzionare su larga scala, ma per quelli presi in considerazione programmi nazionali, è necessaria un'adeguata sperimentazione pilota prima dell'aumento progressivo.
- Tutti i modelli di erogazione dei servizi dovrebbero disporre di meccanismi per monitorare la qualità e garantire la responsabilità.

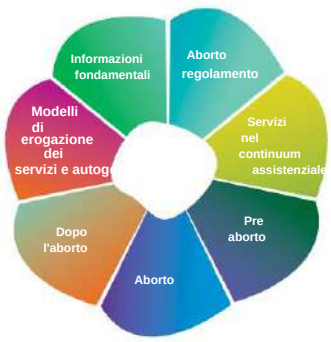
Machine Translated by Google

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI AI MODELLI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

- Gli Stati dovrebbero sviluppare e applicare standard e linee guida basati sull'evidenza per la fornitura e l'erogazione di servizi per la salute sessuale e riproduttiva (SRH), e tali linee guida devono essere regolarmente aggiornate per incorporare i progressi della medicina. Allo stesso tempo, gli Stati sono tenuti a fornire a tutti un'istruzione completa adeguata all'età, basata sull'evidenza e scientificamente accurata su SRH.
- I servizi SRH devono essere disponibili, accessibili, convenienti, accettabili e di buona qualità. Questo significa che l'erogazione dei servizi deve essere rispettosa della cultura degli individui, delle minoranze, popoli e comunità, sensibili al genere, all'età, alla disabilità, alla diversità sessuale e alla vita requisiti del ciclo.
- Gli Stati devono adottare misure per ridurre la mortalità e la morbilità materna.
- Gli Stati devono mettere a disposizione delle persone informazioni sull'aborto accurate e basate su prove a base riservata
- Gli Stati devono garantire l'erogazione dei servizi sulla base della non discriminazione e dell'uguaglianza.
- Gli Stati devono garantire la fornitura di servizi in modo da rispettare il diritto al progresso scientifico, il che significa che gli Stati dovrebbero garantire l'accesso a forme moderne e sicure di contraccezione, compresi contraccezione d'emergenza, farmaci per l'aborto, tecnologie di riproduzione assistita e altri beni e servizi SRH, sulla base della non discriminazione e dell'uguaglianza.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati



Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Machine Translated by Google

3.6.2 Approcci di autogestione per l'aborto medico in tutto o in parte

La cura di sé, come definito nel glossario, è un concetto ampio e può comprendere numerose azioni volte a potenziare l'individuo per migliorare la propria salute. Gli approcci di autogestione sono una componente della cura di sé. Data la natura del processo di aborto medico, è possibile per le donne gestire il processo da sole in tutto o in parte. Mentre gli individui possono condurre alcuni o tutti gli elementi relativi al processo di aborto (autovalutazione dell'idoneità, autosomministrazione di medicinali e autovalutazione del successo dell'aborto) interamente da soli, più tipicamente, l'autogestione coesiste con interazioni con operatori sanitari qualificati o con una struttura sanitaria e in combinazione con gli approcci di erogazione dei servizi descritti nella sezione 3.6.1. È l'individuo (cioè il "sé") che guida il processo di decisione di quali aspetti della cura dell'aborto saranno autogestiti e quali aspetti saranno supportati o forniti da operatori sanitari qualificati o in una struttura sanitaria.

Le donne possono autogestire parti o tutto il processo di aborto per una serie di motivi legati a circostanze e preferenze individuali. Per alcune donne, questa può essere l'unica opzione praticabile nel loro contesto e per altre può rappresentare una scelta attiva. Tuttavia, dal punto di vista del sistema sanitario, l'autogestione non dovrebbe essere considerata un'opzione di "ultima istanza" o un sostituto di un sistema sanitario non funzionante.
L'autogestione deve essere riconosciuta come un'estensione attiva e potenziante del sistema sanitario e degli approcci di condivisione dei compiti. Un ambiente abilitante di supporto, come descritto nel Capitolo 1, sezione 1.3, lo è ugualmente applicabile agli approcci di autogestione così come ad altri elementi della fornitura di assistenza.

Che cosa Chi

AUTOGESTIONE Raccomandazione 50:

Autogestione dell'aborto medico in tutto o in parte in età gestazionale < 12 settimane

Per l'aborto farmacologico a < 12 settimane (usando la combinazione di mifepristone più misoprostolo o usando solo misoprostolo): **Raccomandare** l'opzione dell'autogestione del processo di aborto medico in tutto o in una qualsiasi delle tre parti componenti del processo:

- autovalutazione dell'idoneità (determinazione della durata della gravidanza; esclusione di controindicazioni)
- autosomministrazione di farmaci abortivi al di fuori di una struttura sanitaria e senza la supervisione diretta di un operatore sanitario qualificato, e gestione del processo di aborto
- autovalutazione del successo dell'aborto.

Osservazioni:

- C'erano più prove per l'autogestione dell'aborto farmacologico (con uno dei due regimi) per le gravidanze prima delle 10 settimane di gestazione.
- Questa raccomandazione si applica al regime di combinazione di mifepristone più misoprostolo e all'uso del solo misoprostolo. Gli studi inclusi che informano queste raccomandazioni non hanno valutato il regime letrozolo più misoprostolo.
- Tutte le persone che praticano l'autogestione dell'aborto farmacologico devono avere accesso a dati accurati informazioni, farmaci di qualità garantita anche per la gestione del dolore, il supporto di operatori sanitari qualificati e l'accesso a una struttura sanitaria e ai servizi di riferimento se ne hanno bisogno o lo desiderano.
- Potrebbe essere necessario modificare o altri meccanismi posti in essere per l'autogestione nel quadro normativo del sistema sanitario.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa era una raccomandazione esistente per la quale l'evidenza per tutte le attività secondarie è stata rivista utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, le raccomandazioni per tutte le attività secondarie sono state aggiornate a "raccomandare" - da "suggerire" per l'autosomministrazione e l'autovalutazione del risultato, e da "solo nel contesto di una ricerca rigorosa" per l'autovalutazione dell'idoneità.

Machine Translated by Google

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Fondamento logico

Sono state intraprese due revisioni sistematiche per rispondere a questa domanda chiave. L[illegible]
sull'autovalutazione dell'idoneità e sull'autovalutazione del successo. La strategia di ricerca [illegible]ato un totale di [illegible]e
riportano queste due attività secondarie. I quattro studi sull'autovalutazione dell'ammissibili[illegible] volti in Sud Africa [illegible]nito e Stati
Uniti. Dieci studi sull'autovalutazione del successo si sono svolti in Austria, Finlandia, India[illegible] Nepal, Norvegia, [illegible]Svezia,
Uzbekistan e Vietnam. La seconda revisione riguardava l'autosomministrazione di medicina[illegible]va 18 st[illegible]
svolti in Albania, Bangladesh, Cina, Francia, India, Nigeria, Tunisia, Turchia e Vietnam. Un riass[illegible]se [illegible]nteriale
supplementare 2, quadro EtD sull'autogestione dell'aborto medico.

Autovalutazione dell'idoneità: vi sono prove a bassa certezza sulla sicurezza, l'efficacia e l'[illegible]neità
per un aborto farmacologico, utilizzando la data di inizio dell'ultimo periodo mestruale (LMP) da s[illegible]enti
(ad es. liste di controllo). Il gruppo di esperti ha discusso le fattibilità di questo intervento in alcuni scen[illegible]donna [illegible]ruazioni
LMP noto e la [illegible]di strume[illegible]
Qu[illegible]le informazi[illegible]rie, le donne sono in grado di [illegible]a loro idon[illegible]farmacologi[illegible]
Ciò p[illegible]enendo co[illegible]ri e delle preferenze e dell'[illegible]tabilità di qu[illegible]io, il panel
ha sta[illegible]ntervento[illegible]rito.

Autos[illegible]azione di[illegible]: vi sono prove ch[illegible]ell'autosomministrazio[illegible]inali per l'aborto fa[illegible]) è
effic[illegible]ta certezza[illegible]scarsa certezz[illegible], hanno riportato un'elevata[illegible]ne per l'assunzi[illegible]prie
[illegible]'aborto (prove[illegible]a molto bas[illegible]l regime di [illegible]logico [illegible]
[illegible]). L'elevata accetta[illegible]bilità ha fav[illegible]

Autovalutazione del successo: vi sono prove con alta certezza che l'autovalutazione dell'esito/successo dell'aborto (utilizzando strumenti
come un test di gravidanza [illegible]nsibilità o un test di gravidanza multilivello) è efficace quanto la valutazione da parte di un operatore
sanitario qualificato. Prove [illegible]tezza hanno indicato che più donne nel gruppo di autovalutazione hanno espresso soddisfazione per il
processo.

Come

Considerazioni sull'implementazione

- Ogni individuo deve avere accesso a informazioni accurate sul processo di autogestione così come altre opzioni disponibili nel loro contesto locale, per consentire un processo decisionale informato sull'opportunità di auto gestire in tutto o in parte il processo.
- L'autovalutazione dell'idoneità include la valutazione della durata della gravidanza basata su LMP. Strumenti cartacei o digitali per assistere il richiamo e calcolare la durata o liste di controllo possono aiutare nell'autovalutazione dell'ammissibilità. Quando i cicli mestruali sono irregolari o le donne hanno altre preoccupazioni, dovrebbe essere incoraggiata a cercare il supp un operatore sanitario qualificato, ove possibile.
- L'autosomministrazione di medicinali e la gestione del processo di aborto farmacologico comporta l'assunzione di tutti o alcuni dei farmaci abortivi senza la supervisione diretta di un operatore sanitario. È importante che tutti le fonti da cui vengono acquistati i medicinali forniscono medicinali di qualità garantita.
- Le donne dovrebbero anche avere informazioni sul dolore durante il processo e dovrebbero essere in grado di ottenerle farmaci per la gestione del dolore.
- Le donne dovrebbero anche avere informazioni sui requisiti per la gestione dell'emorragia correlata all'aborto a casa e dovrebbe avere accesso/indirizzamento alle cure di emergenza se ciò si rendesse necessario.

Machine Translated by Google

- L'autovalutazione del successo dell'aborto può essere effettuata utilizzando liste di controllo di segni e sintomi. Altri strumenti (ad es. test di gravidanza a bassa sensibilità), se disponibili, possono essere utilizzati per assistere la donna nel completamento dell'autovalutazione. I test di gravidanza sulle urine a bassa sensibilità sono diversi dai normali test di gravidanza. L'uso di un ad alta sensibilità test di gravidanza (un test di gravidanza multilivello [MLPT]) da solo o in combinazione con liste di controllo avere una maggiore sensibilità per rilevare l'aborto riuscito. L'accesso dovrebbe essere disponibile per un operatore sanitario o struttura sanitaria per confermare il successo dell'aborto o per gestire gli effetti collaterali o le complicanze.
- Come parte dell'ambiente favorevole, gli operatori sanitari ei dirigenti dovrebbero riconoscere l'autogestione come a percorso legittimo verso la cura dell'aborto e dovrebbe lavorare per adattare i sistemi sanitari per facilitare e sostenere le donne nella loro autogestione dell'aborto, ad esempio adattando i protocolli clinici utilizzati presso la loro struttura.
- Devono essere stabiliti meccanismi per garantire l'accesso o l'invio ai servizi di contraccezione post-aborto e fornitura di contraccezione per le donne che li desiderano.
- Mentre l'autogestione può supportare l'efficienza all'interno dei sistemi sanitari a lungo termine, non dovrebbe significare che l'onere del costo dei servizi sanitari sia semplicemente trasferito dal fornitore o dalla struttura alla donna stessa.

3.6.3 Approcci di autogestione per la contraccezione post-aborto

Tutte le opzioni contraccettive possono essere prese in considerazione dopo un aborto. Per ulteriori informazioni, fare riferimento alla sezione 3.5.4: Contraccezione post-aborto. Molti metodi di pianificazione familiare sono interamente autogestiti (ovvero autoprocurati al banco o online e autosomministrati) e generalmente disponibili senza prescrizione medica, compresi i metodi di barriera e alcuni contraccettivi ormonali, comprese alcune pillole contraccettive orali (OCP), e anche pillole contraccettive d'emergenza.
Per i metodi che tradizionalmente richiedevano la prescrizione di un medico e/o la somministrazione da parte di un operatore sanitario, il passaggio all'opzione di utilizzare approcci di autogestione, come gli OCP da banco e l'autoiniezione di contraccettivi ormonali, può migliorare la continuazione dell'uso di contraccettivi rimuovendo le barriere, come la necessità di tornare in una struttura sanitaria ogni tre mesi per un'iniezione ripetuta. Questi approcci potrebbero ampliare l'accesso alla contraccezione per coloro che affrontano difficoltà nell'accedere regolarmente alle strutture sanitarie e in luoghi in cui vi è carenza di operatori sanitari, riducendo potenzialmente notevolmente l'incidenza di gravidanze indesiderate.

Che cosa

Chi

AUTOGESTIONE Raccomandazione 51: Autosomministrazione di contraccettivi iniettabili (inizio e continuazione)17

Raccomandare l'opzione di autosomministrazione di contraccettivi iniettabili nel periodo post-aborto.

Nota:

- La somministrazione di un contraccettivo iniettabile comporta l'uso di una siringa e può essere intramuscolare o sottocutanea. Sono stati sviluppati dispositivi compatti di auto-disabilitazione preriempiti per facilitare il self processo amministrativo.

Fonte: Raccomandazione aggiornata dall'OMS (2015) (23).

Nota sull'aggiornamento della raccomandazione: questa era una raccomandazione esistente per la quale le prove sono state riviste utilizzando la metodologia GRADE. Dopo la revisione, la raccomandazione è stata aggiornata da "suggerire" a "consigliare".

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

17 Includere qui una raccomandazione solo sulla contraccezione iniettabile non implica che le opzioni contraccettive post-aborto per le donne debbano essere limitate a questo metodo, o addirittura ai metodi coperti dalle raccomandazioni presentate nella sezione 3.5.4; tutti i metodi contraccettivi possono essere considerati dopo un aborto.

Machine Translated by Google

Fondamento logico

È stata intrapresa una revisione sistematica per rispondere a questa domanda chiave. Anche gli studi con popolazioni indirette (ovvero donne in età riproduttiva disposte a iniziare o continuare con contraccettivi iniettabili) sono stati presi in considerazione per l'inclusione. Sette studi che riportano i contraccettivi iniettabili autosomministrati sono stati identificati dalla strategia di ricerca e inclusi nelle prove esaminate; tre studi controllati randomizzati sono stati condotti in Malawi e negli Stati Uniti e quattro studi osservazionali sono stati condotti in Senegal, Uganda, Regno Unito e Stati Uniti. L'evidenza è stata considerata indiretta poiché nessuna delle donne incluse negli studi esaminati è stata descritta come in cerca di contraccezione dopo l'aborto. Un riassunto delle prove è presentato nel materiale supplementare 3, quadro EtD sull'autosomministrazione di contraccettivi iniettabili.

Ci sono prove che i tassi di continuazione per i contraccettivi iniettabili autosomministrati sono più alti rispetto ai contraccettivi iniettabili forniti da fornitori basati sulla clinica (evidenza da molto bassa a bassa certezza).
La soddisfazione era più alta nel gruppo di autosomministrazione (prove di certezza da molto basse a moderate). L'opzione può comportare risparmi di tempo e denaro per le donne. Inoltre, questa opzione può aumentare la scelta e l'autonomia nell'uso dei contraccettivi all'interno di un quadro basato sui diritti.

Considerazioni sull'implementazione

- Ci deve essere formazione nella tecnica per l'autoiniezione.
- Ci deve essere la formazione e la fornitura di meccanismi per lo stoccaggio e lo smaltimento sicuri e protetti di taglienti (contraccettivi iniettabili usati), specialmente in ambienti con alta prevalenza di HIV.
- Il cliente deve essere in grado di procurarsi regolarmente contraccettivi iniettabili senza bisogno di farlo visitare ripetutamente una struttura sanitaria.

Che cosa | Chi

AUTOGESTIONE Raccomandazione 52: contraccettivi orali da banco

Raccomandare che le pillole contraccettive orali da banco (OCP) siano rese disponibili senza prescrizione medica per le persone che usano OCP.

AUTOGESTIONE Raccomandazione 53: Pillole contraccettive d'emergenza da banco

Raccomandare di rendere disponibili pillole contraccettive d'emergenza da banco senza prescrizione medica alle persone che desiderano utilizzare la contraccezione d'emergenza.

AUTOGESTIONE Raccomandazione 54: Uso del preservativo

L'uso coerente e corretto dei preservativi maschili e femminili è altamente efficace nella prevenzione della trasmissione sessuale dell'HIV; ridurre il rischio di trasmissione dell'HIV sia da uomo a donna che da donna a uomo nelle coppie sierodiscordanti; ridurre il rischio di contrarre altre malattie sessualmente trasmissibili e condizioni associate, comprese le verruche genitali e il cancro cervicale; e prevenire gravidanze indesiderate.

Fonte: raccomandazioni 15, 16 e 18 dell'OMS (2021) (26).

Machine Translated by Google

Dove

Nessun requisito per la posizione (in loco o fuori sede).

Come

Considerazioni sull'implementazione per gli OCP

- Fornire fino a un anno di fornitura di pillole, a seconda delle preferenze della donna e dell'uso previsto.
- I programmi devono bilanciare l'opportunità di dare alle donne il massimo accesso alle pillole con le preoccupazioni per quanto riguarda la fornitura di contraccettivi e la logistica.
- Il sistema di rifornimento dovrebbe essere flessibile, in modo che la donna possa ottenere facilmente le pillole nella quantità e alla data tempo lei li richiede.18

CONSIDERAZIONI CHIAVE SUI DIRITTI UMANI RILEVANTI PER APPROCCI DI AUTOGESTIONE

- L'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva (SRH) deve essere disponibile, accessibile, accettabile e di buona qualità.
- Gli Stati devono garantire la disponibilità di un'ampia gamma di servizi moderni, sicuri e convenienti metodi contraccettivi.
- Gli Stati devono garantire un accesso adeguato ai farmaci essenziali in modo accessibile e non maniera discriminatoria.
- Gli Stati devono rispettare il processo decisionale autonomo, la non discriminazione e l'uguaglianza. Ciò significa che gli Stati dovrebbero abrogare o riformare le leggi e le politiche che annullano o compromettono la capacità di determinati individui e gruppi di realizzare il loro diritto a SRH, incluso il criminalizzazione dell'aborto o leggi restrittive sull'aborto.
- Gli Stati devono mettere a disposizione delle persone, su base riservata, informazioni sull'aborto accurate e basate su prove
- Gli Stati devono adottare misure per ridurre la mortalità e la morbilità materna.
- In linea con i requisiti dei diritti umani, l'autogestione dell'aborto non dovrebbe esserlo criminalizzato. La criminalizzazione dell'autogestione dell'aborto può comportare ritardi o ostacoli alla ricerca di assistenza o cure post-aborto ove necessario. L'autogestione dell'aborto farmacologico dovrebbe essere disponibile come opzione sulla base dell'appropriatezza clinica. Non dovrebbe essere limitato per motivi non clinici come l'età.

Per ulteriori informazioni e fonti, fare riferimento al riquadro 1.2 e all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani in materia di aborto.

18 Si tratta delle Raccomandazioni 20a, b e c dell'OMS (2021) (26).

Machine Translated by Google

Collegamenti ad argomenti/raccomandazioni correlati

Tutte le raccomandazioni relative alla legge e alla politica (raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22)

Consenso informato (nella [illegible] Diritti umani)

Fornitura di [illegible] cura dell'ab[illegible] ione 3.2.1)

Fornitura [illegible] sezione 3.2.2)

Gestione d[illegible] (sezione [illegible]

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Capitolo 4.

Diffusione, applicabilità, lacune nella ricerca e futuri aggiornamenti della linea guida e delle raccomandazioni

4.1 Diffusione

Questa linea guida sarà pubblicata digitalmente (sia una versione interattiva basata sul web che un documento tradizionale disponibile online per il download) e in stampa; vedere ulteriori informazioni nell'allegato 11.

È prevista la traduzione della linea guida in spagnolo (in collaborazione con l'Organizzazione Panamericana della Sanità [PAHO]), francese e portoghese. Le traduzioni in altre lingue delle Nazioni Unite saranno sviluppate secondo necessità.

Diversi prodotti derivati saranno sviluppati sulla base di questa linea guida aggiornata e consolidata:*

- linee guida operative contenenti dettagli sull'attuazione delle raccomandazioni, anche strategiche considerazioni per migliorare l'accesso a cure di qualità per l'aborto per i giovani;
- materiali informativi, come poster che evidenziano raccomandazioni selezionate, che possono essere affissi nelle strutture sanitarie e in altri luoghi appropriati;
- schede/schede tascabili per gli operatori sanitari, che forniscono le raccomandazioni aggiornate per i medici e chirurghi aborto e contraccezione post-aborto e schede di riferimento per indirizzare le persone ad altre cure sanitarie servizi (adattati per essere utilizzati da diversi tipi di operatori sanitari e per diversi livelli di alfabetizzazione);
- strumenti di supporto decisionale di facile utilizzo per operatori sanitari e responsabili politici, creati con il contributo di utenti finali che saranno coinvolti nel processo di determinazione del modo migliore per tradurre la guida a tale scopo (gli strumenti possono includere strumenti decisionali digitali nel formato di un'applicazione mobile [app]);
- studi di casi sull'assistenza all'aborto di qualità in diversi contesti umanitari, per dimostrare ed evidenziare il considerazioni e requisiti pertinenti;
- guida operativa sulla gestione medica di indicazioni cliniche selezionate, come l'aborto spontaneo.

* Nota: ove applicabile, l'OMS collaborerà con le agenzie delle Nazioni Unite competenti negli sforzi di diffusione. Ad esempio, l'OMS collaborerà con l'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani (OHCHR) per diffondere linee guida e strumenti a sostegno dell'applicazione di un approccio basato sui diritti umani alla salute sessuale e riproduttiva, nonché per rispondere alle richieste dei Paesi di assistenza tecnica per attuare questi approcci.

4.2 Attuazione e valutazione dell'impatto della linea guida

L'attuazione di questa linea guida richiede un approccio multiforme. Dopo gli sforzi iniziali di pubblicazione, traduzione e diffusione a livello regionale, nazionale e locale (vedi Allegato 11), sarà importante applicare tecniche attive come la conduzione di workshop e programmi di formazione per familiarizzare gli utenti con la linea guida.
Coinvolgimento dei membri del team dell'OMS con i dirigenti e il personale delle strutture sanitarie per creare promemoria

Machine Translated by Google

anche le ultime linee guida nei loro sistemi di supporto clinico saranno cruciali. Per quanto riguarda la politica e il programma pianificazione, sarà importante lavorare con i responsabili politici e i funzionari sanitari nazionali e locali per garantire attuazione delle raccomandazioni adottate a tutti i livelli del sistema sanitario. Impegnarsi con la nazionale ministeri e uffici nazionali dell'OMS per contestualizzare le linee guida possono facilitare l'adattamento della linea guida. Si prevede che l'ostacolo principale all'attuazione di questa linea guida sarà l'oggetto: la qualità cura dell'aborto - che è un argomento delicato e stigmatizzato. Ciò significa che è ancora più importante lavorare con le parti interessate, compresi il governo, i responsabili politici e i sostenitori dell'aborto sicuro e legale, per informarli sulle linee guida e facilitare un dialogo aperto sulle realtà dell'aborto nel loro paese. Usando il Global Il database delle politiche sull'aborto faciliterà queste discussioni (116).

La valutazione del processo e dell'impatto sarà in corso durante il primo anno di attuazione di questa linea guida, focus sull'accessibilità, l'accettazione, l'uso, l'impatto e la generalizzabilità della linea guida e delle sue raccomandazioni. Come un valutazione dell'adozione del documento, l'impegno con la versione online interattiva della linea guida, il numero di download del documento dal sito web dell'OMS e il numero di copie cartacee della guida richiesta e distribuiti attraverso il centro documenti saranno monitorati.

Un anno dopo la pubblicazione, verrà effettuata una valutazione dell'impatto immediato delle linee guida di un sondaggio online. Ciò sarà condotto attraverso gli uffici regionali e nazionali dell'OMS e attraverso intervistati selezionati di altri gruppi di utenti (ad esempio società professionali, ONG) al fine di valutare l'utilizzo nel paese e se e come una qualsiasi delle raccomandazioni della linea guida è stata implementata o ha influenzato decisioni politiche. Questa valutazione d'impatto a breve termine includerà anche una valutazione degli ostacoli all'efficacia implementazione, che sarà un feedback importante per prodotti derivati e modifiche future.

4.3 Lacune nella ricerca/temi per ulteriori ricerche

Nel corso dello sviluppo di questa linea guida, durante gli incontri dell'Evidence and Recommendation Review Groups (ERRG) e il gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG), diverse lacune di evidenza e aree per ulteriori approfondimenti ricerca sono state identificate.

Diritto e politica

- Impatto delle leggi e delle politiche sull'aborto sulle persone con disabilità e sulle persone con capacità ridotte che cercare l'aborto
- Impatto delle leggi e delle politiche sull'aborto sui gruppi in situazioni vulnerabili e sui gruppi emarginati identità, in particolare adolescenti e individui transgender
- Impatti, effetti e implicazioni relative ai diritti delle barriere procedurali all'aborto in vari contesti
- Impatti, effetti e implicazioni relative ai diritti della messa a disposizione dell'aborto su richiesta della donna, ragazza o altra persona incinta, senza ulteriori restrizioni
- Impatti, effetti e implicazioni relative ai diritti della depenalizzazione dell'autogestione dell'aborto e di assistenza all'autogestione dell'aborto

Servizi clinici

- Efficacia, sicurezza e accettabilità del regime di combinazione letrozolo più misoprostolo durante tutta la gestazione età e rispetto al regime di combinazione mifepristone più misoprostolo
- Efficacia dell'uso del solo misoprostolo (vale a dire uso tipico/reale al di fuori delle condizioni di studio, numero ottimale di dosi ripetute)
- Efficacia, sicurezza e accettabilità dell'uso del solo misoprostolo durante le età gestazionali
- Efficacia, sicurezza e accettabilità dell'aborto medico ambulatoriale in età gestazionale ÿ 12 settimane
- Sicurezza, efficacia e accettabilità di antiepilettici e ansiolitici per la gestione del dolore per uso medico aborto in età gestazionale ÿ 14 settimane
- Gestione del priming cervicale prima della dilatazione e dell'evacuazione (D&E) in età gestazionale ÿ 18 settimane in impostazioni in cui i dilatatori osmotici non sono disponibili

Machine Translated by Google

- Regimi antibiotici ottimali per la profilassi delle infezioni post-aborto
- Metodi efficaci per la diagnosi e il trattamento della gravidanza ectopica non sintomatica
- Sicurezza ed efficacia dello screening e del trattamento antibiotico per la malattia infiammatoria pelvica prima aborto chirurgico contro fornitura di antibiotici profilattici pre o perioperatori senza screening o valutazione del rischio di infezione infiammatoria pelvica
- Efficacia della telemedicina per l'aborto farmacologico in età gestazionale < 6 settimane
- Efficacia, sicurezza e accettabilità di tutti i metodi di [illegible] dei relativi interventi clinici [illegible] dui transger [illegible] cercano cure per l'aborto
- Svi [illegible] eria [illegible] nate nell'autogestione dell'aborto [illegible] anno bisogno pe. [illegible] formate sui risc' all'uso di d [illegible] aborto
- Sviluppo di inf [illegible] di facile utilizzo per chi ric [illegible] empio vc o informaz [illegible] contesto di hotline e ser
- Sviluppo e co [illegible] rormazione di fornitori su una gamma di servizi di a [illegible] ratori farmaceutici e operatori sanitari della comunità per fornire [illegible] supportare l'autogestione di - tutti i compiti coinvolti nell'aborto farmacologico in età gestazionale < 12 settim
- Sicurezza, pra [illegible] del riutilizzo dell'attre [illegible] one manuale sottovuoto (MVA).

.'erogazione dei se

- Sicurezza, efficacia e fattib [illegible] operatori sanitari per alcuni c [illegible] rto in contesti a basso e medio reddito (ad es. aborto chirurgico in età gestazionale ÿ 12 settim [illegible] voto per aborto incompleto)
- Fattibilità dei farmacisti che somministrano contraccettivi iniettabili in contesti con risorse basse e me [illegible] (ricerca sull'implementazione)
- Valutazione dell'impatto degli approcci di social marketing e social franchising nella cura dell'aborto ricerca valutativa
- Le autorità più appropriate per la prescrizione e la dispensazione di medicinali per l'aborto, compreso il confronto tra medicinali per l'aborto di autoproduzione e medicinali prescritti e/o dispensati da operatori sanitari qualificati
- Meccanismi per garantire l'accesso ai farmaci alle persone che gestiscono autonomamente l'aborto farmacologico per la gestione del dolore e ai metodi contraccettivi
- Accettabilità e soddisfazione per una gamma di approcci di erogazione dei servizi per un'assistenza all'aborto di qualità per individui transgender, non binari e intersessuali

Copertura sanitaria universale (UHC), finanziamento sanitario e materie prime

- Impatto delle modifiche apportate al mifepristone più misoprostol dalle liste modello dei farmaci essenziali dell'OMS regime di combinazione valutato attraverso la ricerca di valutazione

Indicatori per l'uso nel monitoraggio e nella valutazione (M&E) dell'assistenza

- Sviluppo e convalida di indicatori che includano la disabilità sociale ed economica oltre alla disabilità fisica nel calcolo degli anni di vita con disabilità correlata all'aborto (in linea con la crescente attenzione al carico globale di malattia e alla stima della disabilità)
- Sviluppo e convalida di metodi standardizzati di verifica dei dati, in modo che i dati relativi all'aborto possano farlo essere presentato con un punteggio di verifica (come parte degli sforzi per affrontare la sottostima dei dati relativi all'aborto dati come risultato dello stigma correlato all'aborto)
- Sviluppo e maggiore utilizzo di metodi qualitativi per M&E di cure di qualità per l'aborto per valutare le barriere al progresso e fattori abilitanti per rafforzare le prestazioni del sistema sanitario

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Riferimenti

1. Strategia per la salute riproduttiva per accelerare i progressi verso il raggiun_ nento degli obiettivi e degli obiettivi di sviluppo int azionale: strategia globale adottata dalla 57a Assemblea mondiale della sanità. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2004 (https://www.who.int/

2. Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Adottato nel 1946, entrato in vigore nel 1948. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 1946 (http://www.who.int/about/mission/en/).

3. Commento generale n. 22: Il diritto alla salute sessuale e riproduttiva (articolo 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali). Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali; 2016 (E/C/12/GC/22).

4. Commento generale n. 31: La natura dell'obbligo giuridico generale imposto agli Stati parti del Patto: internazionale Patto sui diritti civili e politici. New York (NY): Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite (80a sessione); 2004 (CCPR/C/21/ Rev.1/Add.13).

5. DIU e diritto dei diritti umani. Comitato Internazionale della Croce Rossa (CICR); 2010 (https://www.icrc.org/en/document/ihl-human diritto-diritto).

6. Raccomandazione generale n. 30: Donne nella prevenzione dei conflitti, situazioni di conflitto e post-conflitto. Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2013 (CEDAW/C/GC/30).

7. Mantenimento dei servizi sanitari essenziali: guida operativa per il contesto COVID-19, guida ad interim. Ginevra: Salute mondiale Organizzazione; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2).

8. Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione. Continuando essenziale sessuale, servizi sanitari riproduttivi, materni, neonatali, infantili e adolescenziali durante la pandemia di COVID-19: considerazioni pratiche. Nuovo Delhi: Ufficio regionale dell'OMS per il sud-est asiatico; 2020 (https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1278406/retrieve).

9. Global Health Cluster, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Documento di lavoro sull'uso di pacchetti essenziali di servizi sanitari in emergenze prolungate. Ginevra: OMS; 2018 (https://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/EPHS-working-paper.pdf).

10. Task Team COVID-19 del Global Health Cluster. Servizi sanitari essenziali: una nota di orientamento: come stabilire le priorità e pianificare i servizi sanitari essenziali durante la risposta al COVID-19 in contesti umanitari. Cluster sanitario globale; 2020 (https://www.who.int/health-cluster/ news-ed-eventi/news/GHC-COVID-TT-EHS-final.pdf).

11. Domande frequenti sul COVID-19 [sito web]. Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA); 2020 (https://www.unfpa.org/covid-19- FAQ).

12. Documento tecnico COVID-19 per i servizi di maternità. Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA); 2020 (https://www.unfpa.org/ risorse/covid-19-brief-tecnico-servizi-maternità).

13. Raggiungere l'uguaglianza di genere per realizzare gli SDGs [sito web]. Istituto Internazionale per lo Sviluppo Sostenibile; 2017 (http://sdg.iisd. org/commentary/policy-briefs/achieve-gender-equality-to-deliver-the-sdgs/).

14. La strategia globale per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti (2016–2030). New York (NY): Ogni donna ogni bambino; 2015 (http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/).

15. Qualità dell'assistenza: un processo per fare scelte strategiche nei sistemi sanitari. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2006 (https://www. who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).

16. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Gravidanza e aborto involontari per reddito, regione e status legale dell'aborto: stime da un modello completo per il periodo 1990-2019. Lancetta Glob Salute. 2020;8(9):e1152-e61.

17. Scheda informativa: prevenire l'aborto non sicuro [sito web]. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2020 (https://www.who.int/news-room/ schede informative/dettaglio/prevenzione-aborto-non-sicuro).

18. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Classificazione globale, regionale e subregionale degli aborti per sicurezza, 2010-14: stime da un modello gerarchico bayesiano. Lancetta. 2017;390(10110):2372-81.

19. Aborto sicuro: guida tecnica e politica per i sistemi sanitari, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf).

Machine Translated by Google

20. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Cause globali di morte materna: un'analisi sistematica dell'OMS. Lancetta Glob Salute. 2014;2(6):e323-e33.

21. Kassebaum N, Bertozzi-Villa A, Coggeshall M, Shackelford K, Steiner C, Heuton K, et al. Livello globale, regionale e nazionale e cause di mortalità materna nel periodo 1990-2013: un'analisi sistematica per il Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384(9947):980-1004.

22. Singh S, Maddow-Zimet I. Trattamento basato sulla struttura per complicazioni mediche derivanti da interruzione di gravidanza non sicura nel mondo in via di sviluppo, 2012: una revisione delle prove provenienti da 26 paesi. BJOG. 2015;123(9):1489-98.

23. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_eng.pdf).

24. Manuale dell'OMS per lo sviluppo di linee guida, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2014 (https://apps.who.int/iris/manico/10665/145714).

25. Linee guida consolidate sulla salute sessuale e riproduttiva e sui diritti delle donne che vivono con l'HIV. Ginevra: Salute mondiale Organizzazione; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/254885).

26. Linee guida dell'OMS sugli interventi di auto-cura per la salute e il benessere. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909).

27. Consiglio per i diritti umani, trentacinquesima sessione, 6–23 giugno 2017, punto 3 dell'ordine del giorno: promozione e protezione di tutti i diritti umani, civili, diritti politici, economici, sociali e culturali, compreso il diritto allo sviluppo: rapporto dell'esperto indipendente sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e l'identità di genere: Nota del Segretariato. New York (NY): Assemblea Generale delle Nazioni Unite; 2017 (A/HRC/35/36; https://www.refworld.org/pdfid/593a9b3f4.pdf).

28. Rapporto dell'esperto indipendente sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basata sull'orientamento sessuale e l'identità di genere, 12 luglio 2018. New York (NY): Assemblea generale delle Nazioni Unite; 2018 (A/73/152; https://undocs.org/A/73/152).

29. Quadro sui servizi sanitari integrati incentrati sulla persona (IPCHS). Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2021 (https://www.who.int/team/servizi-sanitari-integrati/servizi-e-sistemi-clinici/organizzazioni-di-servizi-e-integrazione).

30. Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia. Una visione per l'assistenza sanitaria di base nel 21° secolo: verso la copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Ginevra: OMS; 2018. (https://apps.who.int/iris/manico/10665/328065).

31. Altshuler A, Whaley N. La prospettiva del paziente: percezioni della qualità dell'esperienza dell'aborto. Curr Opin Obstet Gynecol. 2018;30(6):407-13.

32. Conferenza internazionale sul programma d'azione per la popolazione e lo sviluppo, edizione del ventesimo anniversario. New York (NY): Nazioni Unite; 2014 (https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme action).

33. Sviluppo sostenibile: i 17 obiettivi [sito web]. Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite; 2021 (https://sdgs.un.org/goals).

34. Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali. Adottato e aperto alla firma, alla ratifica e all'adesione da parte di Risoluzione dell'Assemblea Generale 2200A (XXI) del 16 dicembre 1966, entrata in vigore il 3 gennaio 1976, ai sensi dell'articolo 27. Nazioni Unite; 1966.

35. Relatore speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale. Rapporto all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. New York (NY): Nazioni Unite; 2016 (A/HRC/32/32).

36. Commento generale n. 36: Articolo 6 del Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, sul diritto alla vita. Ginevra: Uniti Comitato delle Nazioni Unite per i diritti umani (124a sessione); 2018 (CCPR/C/GC/36).

37. Relatore Speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale. Relazione intermedia all'Assemblea generale. New York (NY): Nazioni Unite; 2011 (A/66/254).

38. Raccomandazione generale n. 34: I diritti delle donne rurali. New York (NY): Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2016 (CEDAW/C/GC/34).

39. Raccomandazione generale n. 24: Articolo 12 della Convenzione (Donne e salute). Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 1999 (A/54/38/Rev.1).

Machine Translated by Google

40. Commento generale n. 28: Articolo 3 del Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, sull'uguaglianza dei diritti tra uomini e donne. New York (NY): Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite; 2000 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10).

41. Rapporto del gruppo di lavoro delle Nazioni Unite sulla questione della discriminazione contro le [illegible] Consiglio dei Diritti. New York (NY): Assemblea Generale delle Nazioni Unite; 2016 (A/HRC/3[illegible]4,.

42. Relatore speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale: diritti alla salute sessuale e riproduttiva: sfide e opportunità durante la pandemia di COVID-19. Nazioni Unite; 2021 (A/76/172).

43. Commento generale n. 4: Salute e sviluppo degli adolescenti nel contesto della Convenzione sui diritti dell'infanzia. Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia; 2003 (CRC/GC/2003/4).

44. Relatore speciale sulle esecuzioni extragiudiziali, sommarie o arbitrarie. Rapporto del Relatore Speciale su stragiudiziale, esecuzioni sommarie o arbitrarie su un approccio di genere alle uccisioni arbitrarie. Nazioni Unite; 2017 (A/HRC/35/23).

45. Commento generale n. 15: Il diritto del bambino al godimento del più alto livello di salute possibile (articolo 24). Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia; 2013 (CRC/C/GC/15).

46. Commento generale n. 14: il diritto al più alto livello di salute raggiungibile (articolo 12). Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali; 2000 (E/C.12/2000/4).

47. Relatore Speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale. Relazione del relatore speciale, Paul Hunt. Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite; 2004 (E/CN.4/2004/49).

48. Relatore speciale sulla tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti, Juan E. Méndez. Rapporto al Consiglio dei diritti umani. New York (NY): Assemblea Generale delle Nazioni Unite; 2013 (A/HRC/22/53).

49. Commento generale n. 25: Scienza e diritti economici, sociali e culturali (Articolo 15(1)(b), (2), (3) e (4) dell'International Patto sui diritti economici, sociali e culturali. Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali; 2020 (E/C.12/GC/25).

50. Whelan c. Irlanda. Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite; 2017 (CCPR/C/11/D/2425/2014).

51. Mellet c. Irlanda. Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite; 2016 (CCPR/C/116/D/2324/2013).

52. Commento generale n. 3: Articolo 6: Donne e ragazze con disabilità. Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità; 2016 (CRPD/C/GC/3).

53. Commento generale n. 20: Non discriminazione nei diritti economici, sociali e culturali (articolo 2, paragrafo 2, del Codice internazionale Patto sui diritti economici, sociali e culturali). Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali; 2009 (E/C.12/GC/20).

54. Relatore Speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale. Relazione intermedia al Consiglio dei diritti umani. Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite; 2013 (A/HRC/23/42).

55. Raccomandazione generale n. 35: Violenza di genere contro le donne, aggiornamento della Raccomandazione generale n. 19. New York (NY): Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2017 (CEDAW/C/GC/35).

56. Relatore speciale sulla tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti. Rapporto ai Diritti Umani Consiglio. Nazioni Unite; 2008 (A/HRC/7/3).

57. KL c. Perù. Comitato per i diritti umani delle Nazioni Unite; 2005 (CCPR/C/85/D/1153/2003).

58. Relatore speciale sul diritto di tutti al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale. Relazione all'Assemblea Generale. Nazioni Unite; 2009 (A/64/272).

59. Convenzione sui diritti delle persone con disabilità. Adottato il 13 dicembre 2006, entrato in vigore il 3 maggio 2008. Nuovo York (New York); Nazioni Unite (A/RES/61/106).

60. Garantire la salute ei diritti sessuali e riproduttivi per tutte le donne, in particolare le donne con disabilità. Dichiarazione congiunta di il Comitato per i diritti delle persone con disabilità e il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne. Adottato il 29 agosto 2018. Nazioni Unite; 2018.

61. Raccomandazione generale n. 33: Accesso delle donne alla giustizia. New York (NY): Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2015 (CEDAW/C/GC/33).

Machine Translated by Google

62. Commento generale n. 20: Attuazione dei diritti del bambino durante l'adolescenza. Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite su i diritti del fanciullo; 2016 (CRC/C/GC/20).

63. Gruppo di lavoro sulla questione della discriminazione contro le donne nella legge e nella pratica. Rapporto al Consiglio dei diritti umani. Nuovo York (NY): Assemblea Generale delle Nazioni Unite; 2016 (A/HRC/32/44).

64. Commento generale n. 3: La natura degli obblighi degli Stati parti (articolo 2, paragrafo 1 del Patto). Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali; 1990 (E/19991/12).

65. Dipartimento per la salute mentale e l'abuso di sostanze dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Fondazione per la promozione della salute del Victoria, Università di Melbourne. Promuovere la salute mentale: concetti, prove emergenti, pratica: rapporto di sintesi. Ginevra: OMS; 2004.

66. Aniteye P, Mayhew S. Dare forma alla disposizione legale sull'aborto in Ghana: utilizzare la teoria politica per comprendere gli ostacoli correlati al fornitore attuazione della politica. Polizza Res Sanitaria Sist. 2013;11(23). doi:10.1186/1478-4505-11-23.

67. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Obiezione di coscienza, barriere e aborto in caso di stupro: uno studio tra i medici in Brasile. Riprodurre questioni di salute. 2014;22(43):141-8.

68. Fink L, Stanhope K, Rochat R, Bernal O. "Anche il feto è il mio paziente": atteggiamenti verso l'aborto e rinvio tra medici obiettori di coscienza a Bogotá, in Colombia. Int Perspect Sex Reprod Salute. 2021;42(2):71-80.

69. Convenzione sui diritti del fanciullo. New York (NY): Nazioni Unite; 1989.

70. Commento generale n. 6: Uguaglianza e non discriminazione. Ginevra: Comitato delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità; 2018 (CRPD/C/GC/6).

71. Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne. New York (NY): Nazioni Unite; 1979.

72. Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA). Guida tecnica internazionale sull'educazione sessuale: un'evidenza informata approccio (edizione riveduta). UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, OMS; 2018 (https://www.unfpa.org/publications/orientamento-tecnico-internazionale-educazione-sessuale).

73. La prevenzione e l'eliminazione della mancanza di rispetto e dell'abuso durante il parto in strutture: dichiarazione dell'OMS. Ginevra: Salute mondiale Organizzazione; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588).

74. Norris A, Bessett D, Steinberg J, Kavanaugh M, De Zordo S, Becker D. Stigma dell'aborto: una riconcettualizzazione dei costituenti, cause e conseguenze. Problemi di salute delle donne. 2011;21(3 Suppl):S49-54.

75. Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller S, Kersting A. Stigma dell'aborto: una revisione sistematica. Persp Sex Reprod Salute. 2016;48(4):169-77.

76. Kumar A, Hessini L, Mitchell E. Concettualizzare lo stigma dell'aborto. Culto Salute Sesso. 2009;11(6):625-39.

77. Affari di tutti: rafforzare i sistemi sanitari per migliorare i risultati sanitari: il quadro d'azione dell'OMS. Ginevra: Mondo Organizzazione Sanitaria; 2007 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918).

78. Copertura sanitaria universale per la salute sessuale e riproduttiva: sintesi delle prove. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2020 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/financing-uhc-for-sexual-reproductive-health-evidence-brief/en/).

79. Compendio UHC 2021. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2021 (https://www.who.int/universal-health-coverage/compendio).

80. Coast E, Lattof S, Meulen Rodgers Y, Moore B, Poss C. The microeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the conseguenze economiche per coloro che cercano assistenza all'aborto. PLoS One. 2021;16(6):e0252005.

81. Lattof S, Coast E, Rodgers Y, Moore B, Poss C. La mesoeconomia dell'aborto: una revisione e un'analisi dell'ambito economico effetti dell'aborto sui sistemi sanitari. PLoS One. 2020;15(11):e0237227.

82. Rodgers Y, Coast E, Lattof S, Poss C, Moore B. The macroeconomics of abortion: a scoping review and analysis of the cost and risultati. PLoS One. 2021;16(5):e0250692.

83. Cook R, Dickens B, Fathalla M. Salute riproduttiva e diritti umani: integrazione di medicina, etica e diritto. Oxford: Oxford Stampa universitaria; 2003.

84. Billings D, Moreno C, Ramos C, González de León D, Ramÿÿrez R, Villaseñor Martÿÿnez L, et al. Costruire l'accesso all'aborto legale servizi a Città del Messico. Riprodurre questioni di salute. 2002;10(19) :86-94.

Machine Translated by Google

85. Villela W, Araújo M. Rendere disponibile l'aborto legale in Brasile: partnership in pratica. Riprodurre questioni di salute. 2000;8(16):77-82.

86. Cook R, Ngwena C. Accesso delle donne all'assistenza sanitaria: il quadro giuridico. Int J Gynecol Obstet. 2006;94(3):216-25.

87. Cook R, Erdman J, Hevia M, Dickens B. Gestione prenatale dell'anencefalia. Int J Gynaecol Obstet. 2008; 2(3):204.

88. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: un'analisi descrittiva della regolamentazione e della politica ambiente legato all'aborto. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;62:25-35.

89. Assifi A, Kang M, Sullivan E, Dawson A. Percorsi di assistenza all'aborto e fornitura di servizi per gli adolescenti nei paesi ad alto reddito: a sintesi qualitativa delle prove. PLoS One. 2020;15(11):e0242015.

90. Iyengar K, Iyengar SD. L'aborto elettivo come servizio sanitario primario nell'India rurale: esperienza con l'aspirazione manuale del vuoto. Questioni di salute riproduttiva. 2002;10(19):54-63.

91. Cook R, Erdman J, Dickens B. Raggiungere la trasparenza nell'attuazione delle leggi sull'aborto. Int J Gynecol Obstet. 2007;99(2):157-61.

92. Coast E, Norris A, Moore A, Freeman E. Traiettorie delle cure legate all'aborto delle donne: un quadro concettuale. Soc Sci Med. 2018:199-210.

93. Mundigo A, Indriso C. L'aborto nel mondo in via di sviluppo. Londra e New York: Zed Books; 1999.

94. Osservazione conclusiva: Portogallo. Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2015 (CEDAW/C/PRT/CO/8-9).

95. Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impatto delle tariffe di utenza sull'utilizzo del servizio di salute materna e sulla salute correlata risultati: una revisione sistematica. Piano Politico Sanitario. 2014;29(2):137-50.

96. Osservazioni conclusive: Germania. Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2017 (CEDAW/C/DEU/CO/7-8).

97. Osservazioni conclusive: Slovacchia. Comitato per i diritti economici, sociali e culturali; 2012(E/C.12/SVK/CO/2).

98. Osservazioni conclusive: Austria. Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2013 (CEDAW/C/AUT/CO/7-8).

99. Osservazioni conclusive: Perù. Comitato delle Nazioni Unite contro la tortura; 2013.

100. Rapporto mondiale sulla salute 2006: lavorare insieme per la salute. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2006 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432).

[redacted]

102. Divisione Ingegneria e Medicina delle Accademie Nazionali delle Scienze, Salute e Medicina, Consiglio per i servizi sanitari, Consiglio sulla salute della popolazione e la pratica della sanità pubblica, commissione per i servizi di salute riproduttiva. Competenze cliniche essenziali per i fornitori di aborto (capitolo 3). In: La sicurezza e la qualità delle cure per l'aborto negli Stati Uniti. Washington, DC: National Academies Press (Stati Uniti); 2018 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507233/).

103. Competenze essenziali per la pratica ostetrica: aggiornamento 2019. Confederazione Internazionale delle Ostetriche; 2019 (https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html).

104. Sviluppare un quadro di competenze globali per la copertura sanitaria universale. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2018 (https://www.who.int/news/item/04-06-2018-developing-a-global-competency-framework-for-universal-health-coverage).

105. Competenza globale dell'OMS e quadro dei risultati per la copertura sanitaria universale. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2022 (imminente).

106. Quadro sui servizi sanitari integrati e incentrati sulla persona: rapporto del Segretariato. Assemblea Mondiale della Sanità; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698).

107. Elenco modello di farmaci essenziali dell'OMS – 21° elenco, 2019. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06).

108. Elenco modello OMS dei farmaci essenziali – 22° elenco, 2021. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02).

109. Tabella di marcia per l'accesso a medicinali, vaccini e prodotti sanitari 2019-2023: sostegno completo per l'accesso a medicinali, vaccini e altri prodotti sanitari. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145).

Machine Translated by Google

110. Giashuddin M, Kibria M. Esercizio di previsione per i 13 prodotti per la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile considerato prioritario dalla Commissione delle Nazioni Unite sui prodotti salvavita per donne e bambini. Presentato all'Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale dal programma Sistemi per un migliore accesso ai prodotti farmaceutici e ai servizi (SIAPS). Arlington (VA): Scienze gestionali per la salute; 2014 (https://siapsprogram.org/publication/forecasting-exercise-for-the-13-reproductive beni-per-la-salute-materna-neonati-e-infantili-priorizzati-dalla-commissione-delle-ONU-per-prodotti-salvavita-per-le-donne e bambini/).

111. Babigumira J, Stergachis A, Kanyok T, Evans L, Hajjou M, Nkansah P, et al. Promuovere la qualità dei farmaci: un rischio basato quadro di allocazione delle risorse per la garanzia della qualità farmaceutica per le autorità di regolamentazione dei medicinali a livello basso e medio paesi di reddito. Rockville (MD): USP; 2018 (https://www.usp-pqm.org/sites/default/files/pqms/article/risk-based_resource_ allocation_framework_giugno2018.pdf).

112. List of Severent Regulatory Authority, 51° rapporto del Comitato di esperti dell'OMS sulle specifiche per i prodotti farmaceutici Preparativi. Rapporto tecnico OMS serie 1003. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2017 (https://www.who.int/initiatives/who-listed-authority-reg-authorities/SRAs).

113. Autorizzazione all'immissione in commercio di prodotti farmaceutici con particolare riferimento ai prodotti multisorgente (generici). Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44576/9789241501453_eng.pdf).

114. Direzione generale Imprese e industria. Una linea guida sulla modifica della classificazione per la fornitura di un medicinale prodotto per uso umano. Commissione europea; 2006 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-2/c/ switchguide_160106_it.pdf).

115. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Banca Mondiale, Gavi, Fondo Globale. Monitoraggio e valutazione del rafforzamento dei sistemi sanitari: un quadro operativo. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2009 (https://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_ Nov_2009.pdf).

116. Database globale delle politiche sull'aborto (GAPD) [sito web]. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; senza data (http://abortion-policies.srhr.org/).

117. Mutua M, Manderson L, Musenge E, Achia T. Politica, diritto e servizi di assistenza post-aborto in Kenya. PLoS One. 2018;13(9):e0204240.

118. Rehfuess EA, Stratil JM, Scheel IB, Portela A, Norris SL, Baltussen R. The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework versione 1.0: integrazione delle norme e dei valori dell'OMS e una prospettiva di complessità. BMJ Glob Salute. 2019;4:e000844.

119. Schünemann, H, Broÿek J, Guyatt G, Oxman A, editori. Manuale GRADE: manuale per valutare la qualità delle prove e la forza delle raccomandazioni utilizzando l'approccio GRADE. GRADEpro.org; 2013 (https://gdt.gradepro.org/app/handbook/ manuale.html).

120. Gestione medica dell'aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/ pubblicazioni/gestione-medica-aborto/it/).

121. Salute sessuale e riproduttiva: competenze fondamentali nelle cure primarie. Ginevra; Organizzazione mondiale della sanità; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf).

122. Manuale di pratica clinica per l'aborto sicuro. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2014 (https://www.who.int/reproductivehealth/ pubblicazioni/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/).

123. Rodek C, Deans A. Alloimmunizzazione dei globuli rossi. In: Rodek CH e Martin JW, editori. Scienze di base e cliniche della medicina fetale pratica, seconda edizione. Londra: Churchill Livingstone Elsevier; 2009:559-77.

124. Goldman J, immunizzazione di Eckerling B. RH nell'aborto spontaneo. Acta Europaea fertilitatis. 1972;3(3):253-4.

125. Sensibilizzazione di Gavin P. Rhesus nell'aborto. Obstet Gynecol. 1972;39(1):37-40.

126. Stern K, Davidsohn I, Masaitis L. Studi sperimentali sull'immunizzazione Rh. Sono J Clin Pathol. 1956;26(8):833-43.

127. Wiebe E, Campbell M, Aiken A, Albert A. Possiamo interrompere in modo sicuro i test per lo stato Rh e immunizzare le donne Rh-negative che hanno aborti precoci? Un confronto tra l'alloimmunizzazione Rh in Canada e nei Paesi Bassi. Contraccezione X. 2019;1(100001).

128. Raccomandazioni dell'OMS sulle cure prenatali per un'esperienza di gravidanza positiva. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2016 (http:// www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/).

129. Penney G, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, et al. Un confronto randomizzato di strategie per la riduzione complicanze infettive dell'aborto indotto. BJOG. 1998;105(6):599-604.

Machine Translated by Google

130. Duncan C, Reynolds-Wright J, Cameron S. Utilità di un'ecografia di routine per il rilevamento di gravidanze ectopiche tra le donne richiesta di aborto: una revisione retrospettiva. BMJ Sex Reprod Salute. 2020.doi:10.1136/bmjsrh-2020-200888.

131. Smith G, Stubblefield P, Chirchirillo L, McCarthy M. Dolore dell'aborto del primo trimestre: sua quantifi :ioni : re :ioni n altri variabili. Am J Obstet Gynecol. 1979;133(5):489-98.

132. Bélanger E, Melzack R, Lauzon P. Dolore dell'aborto del primo trimestre: uno studio sui predittori psicosociali e medici. Dolore. 1989;36(3):339-50.

133. Renner R, Jensen J, Nichols M, Edelman A. Controllo del dolore nell'aborto chirurgico del primo trimestre. Database Cochrane Syst Rev. 2009;(2):CD006712.

134. Borgotta L, Nickinovich D. Dolore durante l'aborto precoce. J ReprodMed. 1997;42(5):287-93.

135. Grimes D, Schulz K, Cates W. Prevenzione della perforazione uterina durante l'aborto con curettage. GIAMA. 1984;251(16):2108-11.

136. Schulz K, Grimes D, Cates W. Misure per prevenire lesioni cervicali durante l'aborto con curettage per aspirazione. Lancetta. 1983;1(8335):1182-5.

137. Lavelanet A, Johnson B, Ganatra B. Global Abortion Policies Database: un'analisi descrittiva della regolamentazione e della politica ambiente legato all'aborto. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020;62:25-35.

138. Raccomandazioni dell'OMS: ottimizzare i ruoli degli operatori sanitari per migliorare l'accesso ai principali interventi di salute materna e neonatale attraverso lo spostamento dei compiti. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2012 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/77764).

139. Osservazioni conclusive: Croazia. Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 1998 (A/53/38).

140. Osservazioni conclusive: Italia. Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 1997 (A/52/38 Rev.1).

141. Osservazioni conclusive: Slovacchia. Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2008 (A/63/38).

142. Osservazioni conclusive: Polonia. Comitato delle Nazioni Unite contro la tortura; 2013 (CAT/C/POL/CO/5-6).

143. P e S c. Polonia, Ricorso n. 57375/08, Decisione 30 ottobre 2012, Corte europea dei diritti dell'uomo; 2012.

144. International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) c. Italia, Decisione nel merito, 10 settembre 2013. Comitato europeo dei diritti sociali (2013 (n. 87/2012).

145. Osservazioni conclusive: Polonia. Comitato per i diritti umani; 2010 (CCPR/C/POL/CO/6).

146. Osservazioni conclusive: Polonia. Comitato per i diritti economici, sociali e culturali; 2009 (E/C.12/POL/CO/5).

147. Osservazioni conclusive: Ungheria. Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2013 (CEDAW/C/HUN/CO/7-8).

148. Osservazioni conclusive: Slovacchia. Comitato per i diritti del fanciullo; 2016 (CRC/C/SVK/CO/3-5).

149. Osservazioni conclusive: Polonia. Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2014 (CEDAW/C/POL/CO/7-8).

150. Osservazioni conclusive: Romania. Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne; 2017 (CEDAW/C/ROU/CO/7-8).

151. Gemzell-Danielsson K, Ho P, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol per trattare l'aborto mancato nel primo trimestre. Int J Gynaecol Obstet. 2007;99 Supplemento 2:S182-S5.

152. Lemmers, M, Verschoor M, Kim B, Hickey M, Vazquez J, et al. Trattamento medico per morte fetale precoce (meno di 24 settimane). Cochrane Database Syst Rev. 2019(6)CD002253.

153. Lähteenmäki P, Luukkainen T. Ritorno della funzione ovarica dopo l'aborto. Clin Endocrinolo. 1978;8:123-32.

154. Schreiber C, Sober S, Ratcliffe S, Creinin M. Ripresa dell'ovulazione dopo aborto medico con mifepristone e misoprostolo. Contraccezione. 2011;84(3):230-3.

155. Kim C, Nguyen A, Berry-Bibee E, Ermias Y, Kapp N. Inizio della contraccezione ormonale sistemica dopo l'aborto: una revisione sistematica e metanalisi. Contraccezione. 2021;103(5):291-304.

156. Garantire i diritti umani nella fornitura di informazioni e servizi contraccettivi: guida e raccomandazioni. Ginevra:

Machine Translated by Google

157. Criteri di ammissibilità medica per l'uso di contraccettivi, quinta edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2015 (https://www.who.int/pubblicazioni/i/item/9789241549158).

158. Raymond E, Weaver M, Louie K, Tan Y, Bousiéguez M, Aranguré-Peraza A, et al. Effetti del deposito di medrossiprogesterone acetato tempi di iniezione sull'efficacia dell'aborto medico e gravidanza ripetuta: uno studio controllato randomizzato. Obstet Gynecol. 2016;128(4):739-45.

159. de Roodenbeke E, Lucas S, Rouzaut A, Bana F. Servizi di sensibilizzazione come strategia per aumentare l'accesso agli operatori sanitari in remoto e zone rurali. Rapporto tecnico n. 2. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2011 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310729/).

160. Haemmerli M, Santos A, Penn-Kekana L, Lange I, Matovu F, Benova L, et al. Quanto è equo il franchising sociale? Casi di studio di tre franchising di assistenza sanitaria materna in Uganda e India. Piano di politica sanitaria. 2018;33(3):411-9.

161. Diffusione globale della sanità elettronica: rendere possibile la copertura sanitaria universale. Relazione della terza indagine mondiale sulla sanità elettronica. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf).

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

Allegati

Machine Translated by Google

Allegato 1. Esperti esterni e personale dell'OMS coinvolti nello sviluppo della linea guida

Membri dei gruppi di revisione delle prove e delle raccomandazioni (ERRG)

C'erano tre ERRG (gruppi di esperti), uno per ogni dominio di questa guida: servizi clinici, fornitura di servizi, diritto e politica. Sotto ogni elenco di membri dell'ERRG, per ogni dominio sono elencati i contributori aggiuntivi alle riunioni di scoping pre-ERRG.

Membri dell'ERRG del dominio dei servizi clinici

Nome	**Affiliazione Città, paese**	**Regione di residenza dell'OMS**	**Competenza**	**Dichiarazioni/ conflitto di interessi**
Laura Castelman	Planned Parenthood Michigan e Università di Michigan Ann Arbor, MI, Stati Uniti d'America (USA)	Americhe	Ostetricia e Ginecologia	Nessuno
Suchitra Dalvie	Consulente in programmi di salute sessuale e riproduttiva Bombay, India	Sud-est asiatico	Aborto, difesa	Nessuno
Michalina Drejza	Alleanza internazionale dei giovani per la pianificazione familiare (IYAFP) Poznan, Polonia	Europa	Ostetricia e ginecologia, giovani	Nessuno
Kristina Gemzell Danielssona	Dipartimento per la salute delle donne e dei bambini, Karolinska Institutet Stoccolma, Svezia	Europa	Ostetricia e ginecologia, ricerca sull'aborto	Nessuno
Laura Gilà	Fundación Educación Para la Salud Reproductiva (ESAR) (Fondazione per l'educazione alla salute riproduttiva) Bogotà, Colombia	Americhe	Aborto, contraccezione	Nessuno
Selma Hajria	Gruppo TAWHIDA per la ricerca e l'azione sulle donne Salute Tunisi, Tunisia	Orientale mediterraneo	Aborto, contraccezione, ricerca Nessuno	
Guyo Jaldessa	Università di Nairobi Nairobi, Kenya	Africa	Ostetricia e Ginecologia	Nessuno
Dhammika Pereraa	Marie Stopes Internazionale Londra, Regno Unito di Gran Bretagna e Nord Irlanda	Europa	Aborto, contraccezione	Nessuno
Lungokone Phengsavanh	Università di Scienze della Salute Vientiane, Repubblica democratica popolare del Laos	Pacifico occidentale	Ostetricia e ginecologia, cura dell'aborto	Nessuno
Giudica Ranapea	Dipartimento della Salute Città del Capo, Sudafrica	Africa	Infermieristica, formazione infermieristica, aborto cura	Nessuno
Kitihoun Serge	Unità di salute riproduttiva, Alfred Comlan Quenum Istituto Regionale di Sanità Pubblica Ouidah, Benin	Africa	Aborto, contraccezione	Nessuno
Consulente per i diritti umani				
Cristina Zampas	Centro per i diritti riproduttivi Ginevra, Svizzera	Europa	Legge, diritti umani, prostituzione, sterilizzazione forzata	Nessuno

¨ Questi membri hanno anche contribuito alla riunione di scoping per questo dominio, in anticipo rispetto alle riunioni dell'ERRG, insieme ai seguenti ulteriori esperti: Abigail Aiken (Università del Texas, USA), Rodica Comendant (Centro di formazione sulla salute riproduttiva, Repubblica di Moldova), Debora Diniz (Instituto de Bioética, Brasile), Angel Foster (Università di Ottawa, Canada), Daniel Grossman (Università della California, San Francisco, USA), Kinga Jelinksa (Women Help Women, Paesi Bassi), Munir Kassa (Center for International Reproductive Health Training, Etiopia), Rasha Khoury (Médecins Sans Frontières, Afghanistan), Alice Mark (National Abortion Federation, USA), Mariana Romero (Center for the Study of State and Society, Argentina), Marion Stevens (Sexual and Reproductive Justice Coalition, Sudafrica), Nadira Sultana (Fondo Globale – Ufficio delle Nazioni Unite per i Servizi ai Progetti, Bangladesh).

Machine Translated by Google

Membri ERRG del dominio di erogazione del servizio

Nome	Affiliazione Città, paese	Regione di residenza dell'OMS	Competenza	Dichiarazioni/ conflitto di interessi
Fauzia Akhter Hudaa	Divisione Salute materna e infantile, Internazionale Centro per la ricerca sulle malattie diarroiche Bangladesh (ICDDRB) Dacca, Bangladesh	Sud-est asiatico	Sanità pubblica, sistemi sanitari, aborto	Nessuno
Nana Yaa Appia	Fondazione Voci di Donne Accra, Ghana	Africa	Farmacia, social marketing, sviluppo professionale	Nessuno
Karla Berdichevsky	Parità di genere e salute riproduttiva, Messico Ministero Federale della Salute Città del Messico, Messico	Americhe	Programmazione, politica e ricerca sulla salute sessuale e riproduttiva	Nessuno
Jemina Araba Dennis Antwi	Ghana College of Nurses and Midwives Accra, Ghana	Africa	Rafforzamento dei sistemi sanitari, salute materna, ostetricia, formazione infermieristica	Nessuno
Surendra Dhital	Farmacista indipendente Kathmandu, Nepal	Sud-est asiatico	Farmacia, consulenza, aborto sicuro	Nessuno
Caitlin Gerdtsa	Salute riproduttiva dell'ibis Oakland, California, Stati Uniti	Americhe	Ricerca qualitativa, uso della tecnologia, accesso all'aborto	Nessuno
Daniele Macera	Dipartimento di Economia, Università di Buenos Aires Buenos Aires, Argentina	Americhe	Ricerca sui sistemi sanitari, programmazione sanitaria e sviluppo delle politiche	Nessuno
Vinoj Manninga	Fondazione Ipas per lo Sviluppo Nuova Delhi, India	Sud-est asiatico	Sistemi sanitari, cura dell'aborto	Nessuno
Sybil Nkeiru	Iniziativa di generazione per le donne e la rete dei giovani (GIWYN) Lagos, Nigeria	Africa	Attivista per i diritti umani	Nessuno
Hiromi Obaraa	Dipartimento di pianificazione e gestione sanitaria, Ufficio di cooperazione sanitaria internazionale, nazionale Centro per la salute e la medicina globale Tokyo, Giappone	Pacifico occidentale	Pianificazione e gestione della salute, Salute materna e politica dell'aborto	Nessuno
Karan Parik	Alleanza internazionale dei giovani per la pianificazione familiare (IYAFP) Bombay, India	Sud-est asiatico	Clinico, giovane	Nessuno
Michele Remme	Istituto Internazionale per l'Università delle Nazioni Unite per Salute globale (UNU-IIGH) Kuala Lumpur, Malesia	Pacifico occidentale	Ricerca, genere, finanziamento del sistema sanitario	Nessuno
Karthik Srinivasanb	Federazione internazionale della paternità pianificata (IPPF) Londra, Regno Unito	Europa	Merci, sistema sanitario	Nessuno
Consulente per i diritti umani				
Cristina Zampas	Centro per i diritti riproduttivi Ginevra, Svizzera	Europa	Legge, diritti umani, prostituzione, sterilizzazione forzata	Nessuno

[a] Questi membri hanno anche contribuito alle riunioni di scoping per questo dominio, prima delle riunioni dell'ERRG, insieme ai seguenti esperti che hanno contribuito: Patrick Aboagye (Ghana Health Services, Ghana), Laura Castleman (Ipas, Planned Parenthood e University of Michigan, USA), Amanda Cleeve (Karolinksa Institutet, Svezia), Saida Chowdhury (Consulente indipendente, USA), Rodica Comendant (Reproductive Health Training Center, Republic of Moldova), Joanna Erdman (Dalhousie University, Canada), Rebecca Gomperts (Women on Waves, Paesi Bassi), Chisale Mhango (University of Malawi, Malawi), Monica Oguttu (Kisumu Medical and Education Trust, Kenya), Paul Mandira (United Nations Population Fund, USA), Mariana Romero (Center for the Study of State and Society, Argentina), Sarmad Soomar (International Youth Alliance for Family Planning, Pakistan).

[b] Questo membro ha iniziato a lavorare per un'agenzia di finanziamento prima della riunione finale dell'ERRG e quindi il suo coinvolgimento nello sviluppo della linea guida è terminato a quel punto.

Machine Translated by Google

Membri dell'ERRG nel dominio del diritto e della politica

Nome	Affiliazione Città, paese	Regione di residenza dell'OMS	Competenza	Dichiarazioni/ conflitto di interessi
Marge Berer	Campagna internazionale per il diritto delle donne alla sicurezza Aborto Londra, Regno Unito	Europa	Scienze sociali, politica sull'aborto Nessuna	
Joanna Ermana	Schulich School of Law, Dalhousie University Halifax, Canada	Americhe	Diritti umani, diritto e politica sanitaria	Nessuno
Goffredo Kangaude	Università di Pretoria e Università di Toronto Blantyre, Malawi	Africa	Diritto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi	Nessuno
Akila Radhakrishnan	Centro di giustizia globale New York, New York, Stati Uniti	Americhe	Diritto e politica	Nessuno
Ruben Avila Reyna	Alleanza internazionale dei giovani per la pianificazione familiare (IYAFP) Task force giovani Nuevo Leon, Messico	Americhe	Diritti umani, advocacy, giovani Nessuno	
Chichi Undie	Consiglio della popolazione Nairobi, Kenya	Africa	Aborto e contraccezione, politica	Nessuno
Consulenti per i diritti umani				
Abhijit Das	Centro per la salute e la giustizia sociale Nuova Delhi, India	Sud-est asiatico	Diritti umani	Nessuno
Sara Hossain	Bar della Corte Suprema del Bangladesh Dacca, Bangladesh	Sud-est asiatico	Diritto e politica, diritti umani	Nessuno
Karim Khalil	Consulente per la salute materno-infantile Nuova Delhi, India	Sud-est asiatico	Diritto e politica, diritti umani	Nessuno
Primah Kwagala	Direttrice, Iniziativa Probono femminile Kampala, Uganda	Africa	Diritto e politica, diritti umani	Nessuno
Monica Arango Olaya	Facoltà di Giurisprudenza, Università di Oxford Oxford, Regno Unito	Europa	Diritto e politica, diritti umani	Nessuno
Xian Warner	Coordinatore della ricerca e del programma, The Equality Istituto Dili, Timor Est	Pacifico occidentale	Diritto e politica, diritti umani	Nessuno
Cristina Zampasa	Centro per i diritti riproduttivi Ginevra, Svizzera	Europa	Legge, diritti umani, prostituzione, sterilizzazione forzata	Nessuno

[a] Questi membri hanno anche contribuito alle riunioni di scoping per questo dominio, in anticipo rispetto alle riunioni ERRG, insieme ai seguenti ulteriori esperti: Paola Bergallo (Università di Torcuato Di Tella, Argentina), Lucia Berro Pizzarossa (Università di Groningen, Paesi Bassi), Scott Burris (Temple University, USA), Fiona de Londras (Birmingham University, Regno Unito), Silvia de Zordo (Università di Barcellona, Spagna), Debora Diniz (Instituto de Bioética, Brasile), Heather Douglas (Università del Queensland , Australia), Daniel Grossman (University of California, San Francisco, USA), Selma Hajri (TAWHIDA Group for Research and Action on Women's Health, Tunisia), Jihan Jacob, Center for Reproductive Rights, Filippine), Minzee Kim (Ewha Womans University , Repubblica di Corea), Chisale Mhango (Università del Malawi, Malawi), Mahesh Puri (Centro per la ricerca sull'ambiente, la salute e le attività demografiche, Nepal), Patricia Schulz (Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, Svizzera), Patty Skuster (Ipas, USA), Marion Stevens (Sexual and Reproductive Justice Coalition, Sudafrica), Maya Unnithan (University of Sussex, Regno Unito).

Machine Translated by Google

Membri del gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG) e dichiarazioni di interessi

Nome	Titolo di lavoro, affiliazione Città, paese	Regione di residenza dell'OMS	Competenza	Dichiarazioni/ conflitti di interesse
Fauzia Akhter Huda	Coordinatore del progetto, Salute materna e infantile Divisione, Centro internazionale per le malattie diarroiche Ricerca Bangladesh (ICDDRB) Dacca, Bangladesh	Sud-est asiatico	Sanità pubblica, sistemi sanitari, aborto	Nessuno
Karla Berdichevsky	Direttore, Parità di genere e salute riproduttiva, Ministero Federale della Salute del Messico Città del Messico, Messico	Americhe	Programmazione, politica e ricerca sulla salute sessuale e riproduttiva	Nessuno
Marge Berer	Coordinatore, Campagna internazionale per il diritto delle donne all'aborto sicuro Londra, Regno Unito	Europa	Diritto e politica	Nessuno
Laura Castleman (CHAIR) Direttore medico associato, Planned Parenthood di	Michigan e professore assistente clinico aggiunto, Università del Michigan Ann Arbor, Michigan, USA	Americhe	Ostetricia e Ginecologia	Nessuno
Michalina Drejza	Direttore per la ricerca e lo sviluppo, internazionale Alleanza giovanile per la pianificazione familiare (IYAFP) Poznan, Polonia	Europa	Ostetricia e ginecologia, giovani	Nessuno
Joanna Erdmann	Professore associato, diritto e politica sanitaria, Schulich Facoltà di Giurisprudenza, Dalhousie University Halifax, Nuova Scozia, Canada	Americhe	Diritto e politica	Nessuno
Kristina Gemzell Danielesson	Capo, Dipartimento per la salute delle donne e dei bambini, Karolinska Institutet Stoccolma, Svezia	Europa	Ostetricia e ginecologia, ricerca sull'aborto	Nessuno
Caitlin Gerdt	Vicepresidente per la ricerca, Ibis Reproductive Health Oakland, California, Stati Uniti	Americhe	Ricerca qualitativa	Nessuno
Laura Gil	Clinico Bogotà, Colombia	Americhe	Clinico	Nessuno
Selma Hajri	Fondatore e Presidente, TAWHIDA Group for Research and Action on Women's Health Tunisi, Tunisia	Orientale mediterraneo	Aborto, contraccezione, ricerca	Nessuno
Guyo Jaldessa	Professore Associato di Ostetricia e Ginecologia, Università di Nairobi Nairobi, Kenya	Africa	Ostetricia e Ginecologia	Nessuno
Goffredo Kangaude	Ricercatore post-dottorato, Università di Pretoria, e Fellow in diritto della salute riproduttiva e sessuale, Università di Toronto Blantyre, Malawi	Africa	Diritto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi	Nessuno
Vinoj Manning	Amministratore delegato Fondazione Ipas per lo Sviluppo Nuova Delhi, India	Sud-est asiatico	Sistemi sanitari	Nessuno
Hiromi Obara	Medico, vicedirettore, Division of Global Politica sanitaria e ricerca, Dipartimento della salute Pianificazione e gestione, Bureau of International Cooperazione Sanitaria Giappone, Centro Nazionale per Global Health and Medicine, e coordinatore del progetto, Cambogia, Agenzia per la Cooperazione Internazionale del Giappone (JICA) Tokyo, Giappone	Pacifico occidentale	Sistemi sanitari	Nessuno
Lungokone Phengsavanh	Vice Preside, Facoltà di Medicina, Università della Salute Scienze Vientiane, Repubblica democratica popolare del Laos	Pacifico occidentale	Ostetricia e ginecologia, cura dell'aborto	Nessuno
Akila Radhakrishnan	Presidente, Global Justice Center New York, New York, Stati Uniti	Americhe	Diritto e politica	Nessuno

Continua alla pagina seguente

Machine Translated by Google

Continua

Nome	Titolo di lavoro, affiliazione Città, paese	Regione di residenza dell'OMS	Competenza	Dichiarazioni/ conflitti di interesse
Michele Remme	Responsabile della ricerca, Università delle Nazioni Unite Istituto internazionale per la salute globale (UNU-IIGH) Kuala Lumpur, Malesia	Pacifico occidentale	Ricerca, genere, finanziamento del sistema sanitario	Nessuno
Chi Chi Undie	Senior Associate, Consiglio della popolazione Nairobi, Kenya	Africa	Aborto e contraccezione, politica	Nessuno
Consulente per i diritti umani				
Cristina Zampas	Direttore associato di Global Advocacy, Center for Diritti riproduttivi Ginevra, Svizzera	Europa	Diritti umani	Nessuno

Osservatori della riunione del GDG:

- Patricia Lohr, Direttrice medica, British Pregnancy Advisory Service (BPAS), Londra, Regno Unito; anche membro del Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) Making Abortion Safe Program Gruppo consultivo
- Jaydeep Tank, Segretario Generale della Federazione delle Società di Ostetricia e Ginecologia dell'India (FOGSI) e presidente del gruppo di lavoro della Federazione internazionale di ostetricia e ginecologia (FIGO) per l'aborto sicuro, Mumbai, India
- Francelle Toedtli, Consulente, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), New York, New York, USA
- Ann Yates, consulente ostetrica principale, Confederazione internazionale delle ostetriche (ICM), sede centrale, L'Aia, Paesi Bassi

Metodologo(i) delle linee guida

Dominio dei servizi clinici: Jeppe Schroll, consulente, coordinatore della ricerca e professore associato, dipartimento di ostetricia e ginecologia, ospedale Amager Hvidovre, Copenaghen, Danimarca

Dominio di erogazione del servizio: Nicholas Henschke e Gemma Villanueva, revisori sistematici senior e Yanina Sguassero, Revisione sistematica, della risposta Cochrane

Dominio legale e politico: Maria Rodriguez, professore associato, ostetricia e ginecologia, Oregon Health & Università della Scienza (OHSU), Portland, Oregon, USA

Team/i di sintesi delle prove

Dominio dei servizi clinici:

- Gruppo Cochrane Fertility Regulation (CFR), presso l'Oregon Health & Science University (OHSU)
  - ÿ Ricercatori principali: Alison Edelman, Maria Rodriguez, Makalapua Motu'apuaka, Taylor King
  - ÿ Supporto per la strategia di ricerca: Robyn Paynter
  - ÿ Membri del team/autori della recensione: Jessica Atrio, Sharon Cameron, Justin T. Diedrich, Eleanor Drey, Alison Edelman, Katherine Gambir, Bela Ganatra, Jeffrey TJ Jensen, Nathalie Kapp, Caron Kim, Patricia Lohr, Adrienne E. McKercher, Karen Meckstroth, Chelsea Morroni, Kelly Ann Necastro, Sara J. Newmann, Thoai D. Ngo, Antoinette Nguyen, Mark DN Nichols, Regina-Maria Renner, John J. Reynolds-Wright, Tesfaye Tufa, Mulat A. Woldetsadik
- Personale, consulenti e familiari del Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva (SRH) dell'OMS

  Collaboratori alla progettazione:

  - ÿ Michelle Chan, borsista in pianificazione familiare, University of British Columbia, Vancouver, Columbia Britannica, Canada
  - ÿ Elizabeth Clark, borsista in pianificazione familiare, Emory University, Atlanta, Georgia, USA
  - ÿ Teresa DePiñeres, capo clinico, progetto di accesso all'aborto farmacologico, Essential Access Health

Machine Translated by Google

ÿ Margit Endler, ostetrica e ginecologa, Stockholm South Central Hospital e ricercatrice,
Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia

ÿ Roopan Gill, Consulente, Unità per la prevenzione degli aborti non sicuri, Dipartimento SRH, OMS, Ginevra,
Svizzera; Consulente per la salute delle donne, Medici Senza Frontiere (MSF), Parigi, Francia

ÿ Yelena Korotkaya, borsista in Pianificazione familiare, Università della California, Los Angeles, California, USA

ÿ Lemi Tolu, borsista in pianificazione familiare, professore assistente di ostetricia e ginecologia, Saint Paul's
Hospital Millennium Medical College, Addis Abeba, Etiopia

Dominio di erogazione del servizio:

• Risposta Cochrane

ÿ Ricercatori principali: Nicholas Henschke, Yanina Sguassero e Gemma Villanueva

ÿ Supporto alla strategia di ricerca: Elise Cogo

ÿ Membri del team/autori della recensione: Hanna Bergman, Brian Buckley, Jennifer Petkovic, Chantelle
Garritty, Candyce Hamel, Katrin Probyn

• Personale dell'OMS SRH, consulenti e borsisti di pianificazione familiare:

ÿ Ferid Abubeker, borsista in pianificazione familiare, professore assistente di ostetricia e ginecologia, Saint
Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Abeba, Etiopia

ÿ Mekdes Feyssa, Ufficiale medico, Unità per la prevenzione dell'aborto non sicuro (PUA), Dipartimento SRH, OMS,
Ginevra, Svizzera

ÿ Roopan Gill, Consulente, Unità PUA, Dipartimento SRH, OMS, Ginevra, Svizzera; La salute delle donne
Consulente, Medici Senza Frontiere (MSF), Parigi, Francia

ÿ Caron Kim, Ufficiale medico, Unità PUA, Dipartimento SRH, OMS, Ginevra, Svizzera

ÿ Bianca Stifani, borsista in Pianificazione Familiare, Ostetrica e Ginecologa, Albert Einstein College of
Medicina e Montefiore Medical Center, New York, New York, USA

ÿ Tesfaye Tufa, borsista in pianificazione familiare, professore assistente di ostetricia e ginecologia, Saint Paul's
Hospital Millennium Medical College, Addis Abeba, Etiopia

• Altri contributori:

ÿ Ernestina Coast, Professore di Salute e Sviluppo Internazionale, London School of Economics and Political Science,
Londra, Regno Unito

ÿ Samantha Lattof, Visiting Fellow, Department of International Development, London School of
Economia e scienze politiche, Londra, Regno Unito

ÿ Brittany Moore, consulente, consulente della divisione scientifica e tecnica, Ipas, Chapel Hill, North
Carolina, Stati Uniti

ÿ Cheri Poss, Direttore associato, Program Evidence, Ipas, Chapel Hill, North Carolina, USA

ÿ Yana Rodgers, Professore, Dipartimento di studi su donne, genere e sessualità, Direttrice del
Centro per le donne e il lavoro, Rutgers University, New Brunswick, New Jersey, USA

Dominio legale e politico:

• Il programma di sorveglianza delle politiche presso il Center for Public Health Law Research (CPHLR), Temple University,
Filadelfia, Pennsylvania, Stati Uniti

ÿ Capo ricercatore: Scott Burris

ÿ Membri del team/autori della recensione: Lindsay Foster Cloud, Adrienne R. Ghorashi, Rachel Rebouché, Patty
Skuster

• Birmingham Law School, Università di Birmingham, Birmingham, Regno Unito

ÿ Capo ricercatore: Fiona de Londras, Chair of Global Legal Studies, Birmingham Law School

ÿ Membri del team/autori della recensione: Alana Farrell, Magdalena Furgalska

Machine Translated by Google

- Personale e consulenti dell'OMS SRH:
  - ÿ Amanda Cleeve, Consulente in salute sessuale e riproduttiva e prevenzione dell'aborto non sicuro, Stoccolma, Svezia
  - ÿ Antonella Lavelanet, Medico, Unità PUA, Dipartimento SRH, OMS, Ginevra, Svizzera
  - ÿ Maria Rodriguez, Professore Associato, Ostetricia e Ginecologia, Oregon Health & Science Università (OHSU), Portland, Oregon, USA

Gruppo di revisione esterna (ERG)

Nome	Affiliazione Città, paese	Regione di residenza dell'OMS	Competenza
Safia Asan	Coalizione per i rifornimenti di salute riproduttiva, PERCORSO Washington, DC, Stati Uniti	Americhe	Sviluppo del mercato, gestione della supply chain
Traci Baird	Genera Salute Washington, DC, Stati Uniti	Americhe	Leadership, salute delle donne, salute sessuale e riproduttiva
Sharon Cameron	Ospedale Chalmers Edimburgo, Regno Unito	Europa	Ostetricia e ginecologia, aborto, contraccezione, infezioni del tratto genitale
Jane Harries	Unità di ricerca sulla salute delle donne, School of Public Salute, Università di Città del Capo Città del Capo, Sudafrica	Africa	Aborto, contraccezione, ricerca
Thoai Ngo	Consiglio della popolazione New York, New York, Stati Uniti	Americhe	Ricerca, politica sanitaria
Marianna Romero	Centro per lo studio dello stato e della società (CEDES) Buenos Aires, Argentina	Americhe	Salute materna, aborto, ricerca
Rachel Simon Kumar	Scuola di Salute della Popolazione, Università di Auckland e Centro per la ricerca sanitaria asiatica e Valutazione (CAHRE) Auckland, Nuova Zelanda	Europa	Scienze sociali, genere ed economia
Beverly Winikoff	Progetto Salute Ginuità New York, New York, Stati Uniti	Americhe	Scelta riproduttiva, contraccezione, aborto, salute della donna

Partner esterni (comprese le organizzazioni partner di attuazione) che hanno fornito feedback sulla bozza della linea guida

- Rasha Dabash, Ipas, Chapel Hill, North Carolina, USA
- Rebecca Wilkins, International Planned Parenthood Federation (IPPF), Londra, Regno Unito
- Bethan Cobley, MSI Reproductive Choices, Londra, Regno Unito
- Steve Luboya, esploratore, Watertown, Massachusetts, USA
- Eva Lathrop, Population Services International (PSI), Washington, DC, USA

Machine Translated by Google

Membri del gruppo direttivo dell'OMS

Nome	Dipartimento e Unità	Competenza
Mekdes Daba Feyssa	Dipartimento di salute sessuale e riproduttiva e Ricerca (SRH), Prevenzione dell'aborto non sicuro (PUA) Unità, quartier generale dell'OMS	Aborto, contraccezione
Bela Ganatra	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS	Aborto, scienze sociali
Roopan Gill (durante le prime fasi della pianificazione delle linee guida)	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS (precedentemente)	Aborto, contraccezione, contesti umanitari
Heidi Johnston	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS	Aborto, demografia
Rajat Khosla (durante le prime fasi della pianificazione delle linee guida)	SRH, Ufficio del direttore, quartier generale dell'OMS (ex) Consulente per i diritti umani	
Caron Kima	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS	Aborto, contraccezione, salute sessuale e riproduttiva e diritti nelle emergenze sanitarie
Antonella Lavelanet	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS	Aborto, contraccezione, diritto e politica e diritti umani
Lemi Tolu (durante le prime fasi della pianificazione delle linee guida)	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS (precedentemente)	Aborto, contraccezione

¨ Funzionario tecnico responsabile per lo sviluppo di questa linea guida

Membri del Segretariato dell'OMS

Nome	Dipartimento e unità (e regione se applicabile)
Mozzam Ali	Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva (SRH), Unità per la contraccezione e la cura della fertilità (CFC), sede centrale dell'OMS, Ginevra, Svizzera
Ian di traverso	SRH, quartier generale dell'OMS
Chilanga Asmani	Salute riproduttiva e materna (RMH) e invecchiamento, Ufficio regionale dell'OMS per l'Africa, Brazzaville, Congo
Laurence Codjia	Department of Health Work Force (HWF), Unità Health Labour Market and Partnerships (HLM), sede dell'OMS, Ginevra, Svizzera
Ibadat Dhillon	Risorse umane per la salute e borse di studio (HRH), Ufficio regionale dell'OMS per il sud-est asiatico, Nuova Delhi, India
Carolin Ekman	SRH, Unità per la prevenzione dell'aborto non sicuro (PUA), sede dell'OMS
Claire Garabedian	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS
Rodolfo Gómez Ponce de León	Centro latinoamericano di perinatologia, salute delle donne e salute riproduttiva (CLAP/WR), Organizzazione Panamericana della Sanità (OPS), Montevideo, Uruguay
Governatore di Veloshnee	SRH, SRH Integration in Health Systems (SHS) Unit, quartier generale dell'OMS
Hannah Portello	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS
Lisa Hedmann	Unità HIS, Essential Medicines and Health Products (EMP), sede dell'OMS
Nilmini Hemachandra	Reproductive and Maternal Health (RMH), Ufficio regionale dell'OMS per il Mediterraneo orientale, Il Cairo, Egitto
Shogo Kubota	Repubblica democratica popolare del Laos, Ufficio nazionale dell'OMS, Vientiane, Repubblica democratica popolare del Laos
Laurence Laser	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS
Ulrika Loi Rehnström	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS
Bruno Messen	Governance e finanziamento dei sistemi sanitari (HGF), finanziamento della salute (HEF), sede dell'OMS
Fahdi Dkhimi	HGF, HEF, quartier generale dell'OMS
Marta Schaaf	Ufficio del direttore di SRH, quartier generale dell'OMS
Patrizia Titulaer	SRH, PUA, quartier generale dell'OMS

Machine Translated by Google

Allegato 2. Trattati sui diritti umani selezionati e relativi organismi di monitoraggio dei trattati

Per informazioni più dettagliate su come gli standard internazionali sui diritti umani si applicano all'aborto, fare riferimento all'allegato Web R: Principali standard internazionali sui diritti umani sull'aborto, disponibili https://apps.who.int/iris/handle/10665/349317.

Trattato (in ordine cronologico)	Abbreviazione	Anno di adozione	Anno entrato in vigore	Organismo di controllo dei trattati (TMB)a	Abbreviazione
Convenzione internazionale sulla Eliminazione di tutte le forme di razzismo Discriminazione	ICERD	1965	1969	Comitato per l'eliminazione della razza Discriminazione	CERD
Patto internazionale sul diritto civile e Diritti politici	ICCPR	1966	1976	Comitato per i diritti umani	HRC
Patto internazionale sull'economia, Diritti sociali e culturali	ICESCR	1966	1976	Comitato economico, sociale e culturale Diritti	CESCR
Convenzione sull'eliminazione di Tutte le forme di discriminazione contro Donne	CEDAW	1979	1981	Comitato per l'eliminazione di Discriminazione contro le donne	CEDAW
Convenzione contro la tortura e Altro crudele, disumano o degradante Trattamento o punizione	GATTO	1984	1987	Comitato contro la tortura	GATTO
Convenzione sui diritti del fanciullo CRC		1989	1990	Comitato per i diritti del fanciullo	CRC
Convenzione internazionale sulla Protezione dei diritti di tutti i migranti Lavoratori e membri della loro Famiglie	ICMW	1990	2003	Comitato per i lavoratori migranti	CMW
Convenzione sui diritti delle persone con disabilità	CRPD	2006	2008	Comitato per i diritti delle persone con Disabilità	CRPD

a A volte indicato anche come “organi del trattato”.

Ulteriori informazioni sui principali strumenti internazionali per i diritti umani e sui relativi TMB sono disponibili all'indirizzo: https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx

Machine Translated by Google

Allegato 3. Riferimenti per il glossario

1. Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF). Assistenza sanitaria basata sulla comunità, comprese attività di sensibilizzazione e campagne, nel contesto della pandemia di COVID-19: guida provvisoria, maggio 2020. Documenti tecnici. Ginevra: OMS; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975).

2. Aborto sicuro: guida tecnica e politica per i sistemi sanitari, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf).

3. [redacted]

4. Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Adottato nel 1946. Entrato in vigore nel 1948. Ginevra: Mondo Organizzazione Sanitaria; 1946 (http://www.who.int/about/mission/en/).

5. Affari di tutti: rafforzare i sistemi sanitari per migliorare i risultati sanitari: il quadro dell'OMS per azione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2007 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918).

6. Il World Health Report 2006: lavorare insieme per la salute. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2006 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432).

7. ICD-11 per le statistiche di mortalità e morbilità (Versione: 09/2020) 2020 (https://icd.who.int/browse11/lm/en).

8. Dipartimento per la salute mentale e l'abuso di sostanze dell'Organizzazione mondiale della sanità, la promozione della salute del Victoria Foundation e l'Università di Melbourne. Promuovere la salute mentale: concetti, evidenze emergenti, prassi: relazione di sintesi. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2004 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940).

9. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Trattamenti medici per aborto spontaneo incompleto. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD007223.

10. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostolo da trattare mancato aborto nel primo trimestre. Int J Gynecol Obstet. 2007;99(Supplemento 2):S182-5.

11. Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), Ufficio del direttore associato per la politica e la strategia. Definizione di politica. Atlanta (GA): CDC; 2015 (https://www.cdc.gov/policy/analysis/process/definition.html).

12. Organizzazione mondiale della sanità (OMS), Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF). Una visione per l'assistenza sanitaria di base nel 21° secolo: verso la copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Documenti tecnici. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065).

13. Qualità dell'assistenza: un processo per fare scelte strategiche nei sistemi sanitari. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2006 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470).

14. Linee guida dell'OMS sugli interventi di auto-cura per la salute e il benessere. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909).

15. Barone A. Imprese sociali. Investopedia [sito web]; 2020 (https://www.investopedia.com/terms/s/social impresa.asp).

16. Ordine pubblico e franchising salute riproduttiva: prove attuali e direzioni future: orientamento da una riunione di consultazione tecnica (non pubblicata). Organizzazione Mondiale della Sanità e USAID; 2007.

17. Koehlmoos T, Gazi R, Hossain S, Zaman K. Franchising sociale per aumentare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari nei paesi a basso e medio reddito. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD007136.

18. Birkinshaw M. Marketing sociale per la salute. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 1989 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62146/HMD_89.2.pdf).

19. Diffusione globale dell'eHealth: rendere possibile la copertura sanitaria universale. Relazione della terza indagine mondiale sulla sanità elettronica. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/97 89241511780-ita.pdf).

20. Linee guida dell'OMS: raccomandazioni sugli interventi digitali per il rafforzamento del sistema sanitario. Ginevra: Mondo Organizzazione Sanitaria; 2019 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505).

Machine Translated by Google

Allegato 4. Metodi e processo di sviluppo della linea guida

A. Gruppi di lavoro per lo sviluppo della linea guida

Si prega di fare riferimento all'allegato 1 per i nomi dei membri di ciascuno dei gruppi di lavoro (e le dichiarazioni di interessi). Alla fine di questo allegato viene fornito un riepilogo delle principali riunioni tenutesi.

Il gruppo direttivo delle linee guida dell'OMS

Il gruppo direttivo delle linee guida dell'OMS ha guidato il processo di sviluppo delle linee guida. Presieduto dal Dipartimento per la ricerca e la salute sessuale e riproduttiva (SRH) dell'OMS, era composto da otto membri del personale del Dipartimento, di cui sette dell'Unità per la prevenzione dell'aborto non sicuro (PUA) e dal consulente per i diritti umani del Dipartimento. Le competenze in materia di genere, etica, responsabilità sociale e diritti umani tra i membri del gruppo direttivo hanno assicurato che i principi fondamentali alla base fossero adeguatamente rispecchiati. I membri del gruppo direttivo hanno redatto lo scopo iniziale della linea guida; individuato e redatto le domande prioritarie in formato "PICO" (popolazione, intervento, comparatore, esito); e individui individuati da invitare a partecipare come metodologi delle linee guida e come membri degli Evidence Synthesis Teams (EST), degli Evidence and Recommendation Review Groups (ERRGs), del Guideline Development Group (GDG) e dell'External Review Group (ERG) (vedi sotto). I membri di questi gruppi e la partecipazione di altri contributori esterni sono stati confermati solo dopo il completamento di un processo di dichiarazione e gestione di eventuali conflitti di interesse, che è stato gestito dallo Steering Group in consultazione con l'Ufficio di conformità, gestione dei rischi ed etica (vedi sezione B). Il gruppo direttivo ha individuato il presidente del GDG, e ciò è stato confermato dagli altri membri del GDG. Il gruppo direttivo ha supervisionato il lavoro degli EST, ha organizzato gli incontri dell'ERRG e del GDG e ha redatto le raccomandazioni basate sulle decisioni degli ERRG e del GDG. Il gruppo direttivo non ha determinato o concordato le raccomandazioni finali poiché questo era il ruolo del GDG. Il gruppo direttivo era responsabile della stesura, revisione e finalizzazione della linea guida in collaborazione con i membri di ERRG, GDG e ERG e altri contributori, e della supervisione della pubblicazione e diffusione della linea guida e dello sviluppo dei relativi strumenti di implementazione. Infine, il gruppo direttivo è responsabile del monitoraggio delle nuove informazioni e dei bisogni degli utenti e di determinare quando potrebbe essere necessario aggiornare la linea guida. Il gruppo direttivo dell'OMS è stato sostenuto dal più ampio Segretariato dell'OMS, che comprendeva 19 membri dello staff dell'OMS e consulenti del dipartimento SRH e di altri dipartimenti presso la sede centrale dell'OMS e rappresentanti degli uffici regionali dell'OMS.

Metodologi delle linee guida

I metodologi delle linee guida hanno lavorato a stretto contatto con il gruppo direttivo dell'OMS e i membri degli Evidence Synthesis Teams (EST) per valutare le prove dalle revisioni sistematiche utilizzando la metodologia GRADE (vedere la sezione D). Inoltre, i metodologi delle linee guida hanno supervisionato tutte le questioni metodologiche ed erano responsabili delle valutazioni GRADE della certezza delle prove. Un metodologo delle linee guida è stato nominato per il dominio dei servizi clinici e uno per il dominio della legge e delle politiche, mentre un team di Cochrane Response ha svolto questo ruolo per il dominio dell'erogazione dei servizi.1 Apprezzando che l'impatto sulla salute pubblica delle leggi e delle politiche è complesso, relativo al diritto e alla politica non è un'area di ricerca che si presta a studi controllati randomizzati o studi osservazionali comparativi, e che questa evidenza non può essere facilmente sintetizzata utilizzando l'approccio Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), è stato applicato un approccio pragmatico (vedi dettagli nella sezione D).

Evidence Synthesis Teams (EST)

Gli EST hanno pianificato e condotto le revisioni sistematiche e preparato i framework GRADE Evidence-to-Decision (EtD) (che includono sintesi delle prove, profili/tabelle delle prove e tabelle EtD). Gli EST comprendevano ricercatori del personale dell'OMS, consulenti e borsisti, oltre a gruppi di ricerca che collaborano esterni. Per il **dominio dei servizi clinici,** l'EST era formato da membri del gruppo Cochrane Fertility Regulation (CFR), borsisti di pianificazione familiare (personale o stagisti dell'OMS) e dal funzionario tecnico responsabile del gruppo direttivo per questa linea guida. Per il **dominio di erogazione dei servizi,** l'EST comprendeva personale di Cochrane Response, borsisti di pianificazione familiare (attuale ed ex personale dell'OMS) e l'ufficiale tecnico responsabile del gruppo direttivo. Il CFR

1 Cochrane Response è un'azienda di consulenza sulle prove gestita dalla Cochrane Collaboration. Fornisce su misura e reattivo servizi di prova e formati di revisione accessibili.

Machine Translated by Google

Group e Cochrane Response hanno aggiornato le loro revisioni sistematiche per fornire la base di evidenza per molte delle raccomandazioni in questi due domini. Per il **dominio Diritto e politica,** l'EST includeva consulenti dell'OMS oltre a team esterni basati su due centri:

- Il programma di sorveglianza delle politiche presso il Center for Public Health Law Research (CPHLR), Temple University, Filadelfia, USA: i ricercatori all'interno di questo programma hanno creato quadri concettuali e legali mappatura dei vari interventi e dei sistemi che li circondano e dati identificati per l'esperienza empirica valutazione delle leggi e delle politiche.
- Birmingham Law School, Università di Birmingham, Regno Unito: il team di Birmingham ha fornito competenze in diritto e politica sanitaria, diritti umani, diritto comparato e studi legali globali. Questo team ha condotto revisioni sistematiche per fornire la base di prove per la legge e le raccomandazioni politiche.

I gruppi di revisione delle prove e delle raccomandazioni (ERRG) e le linee guida Gruppo di sviluppo (GDG)

Invece di avere un gruppo di sviluppo della linea guida (GDG) dall'inizio del processo di sviluppo della linea guida, per lo sviluppo di questa linea guida consolidata ad ampio raggio, sono stati formati tre ERRG separati – uno per ciascuno dei tre domini: Servizi clinici, Fornitura di servizi e Diritto e politica. Per la fase finale del processo, è stato formato un GDG composto da 3-4 membri di ciascuno dei tre ERRG. I tre ERRG avevano 6-13 membri in rappresentanza di tutte le regioni e una vasta gamma di competenze, tra cui un rappresentante dei giovani dell'International Youth Alliance for Family Planning (IYAFP). I membri dell'ERRG sono stati identificati e invitati dal gruppo direttivo dell'OMS, così come i consulenti per i diritti umani che hanno anche contribuito agli incontri garantendo la considerazione dei diritti umani rilevanti durante la formulazione delle raccomandazioni. Ogni ERRG ha intrapreso una revisione dettagliata delle prove, formulato e concordato bozze di raccomandazioni durante una serie di 4-5 riunioni online tra marzo 2020 e marzo 2021. Prima di ogni riunione, i documenti di base - i quadri EtD e le bozze di raccomandazioni - sono stati condivisi con i membri dell'ERRG. Le consultazioni via e-mail, Skype, Microsoft Teams, GoToMeeting e Zoom sono state condotte secondo necessità tra una riunione e l'altra per garantire che ogni input fosse ricevuto

Membro ERRG per ciascuna area in esame.

All'inizio del 2021, i rappresentanti di ciascun ERRG sono stati invitati dal gruppo direttivo dell'OMS a unirsi al GDG per l'incontro finale alla fine di aprile 2021, durante il quale sono state presentate le bozze delle raccomandazioni di tutti e tre gli ERRG per la revisione e la finalizzazione. I membri confermati del GDG a loro volta hanno confermato la selezione di un presidente per il GDG da parte del gruppo direttivo dell'OMS. C'erano 18 membri del GDG (14 donne, 4 uomini), in rappresentanza di tutte e sei le regioni dell'OMS e una vasta gamma di competenze, tra cui un rappresentante dei giovani dell'IYAFP. Una bozza del documento completo delle linee guida, comprese le bozze delle raccomandazioni, è stata condivisa con tutti i membri del GDG per la revisione prima della riunione formale, insieme ad altri documenti di riferimento pertinenti (i quadri EtD). Durante l'incontro, il GDG ha esaminato e discusso le evidenze e le bozze di raccomandazione, con l'obiettivo di raggiungere un consenso sulla certezza delle evidenze a sostegno e sulla forza e la direzione delle raccomandazioni nuove e aggiornate (cfr. Capitoli 2 e 3). Successivamente alla riunione del GDG, i membri hanno avuto anche l'opportunità di rivedere il documento di orientamento rivisto in cui erano state integrate le decisioni prese durante la riunione del GDG.

Il gruppo di revisione esterna (ERG)

Il gruppo direttivo dell'OMS, in consultazione con il GDG, ha identificato e confermato nove esperti tecnici e parti interessate con competenze in aree tematiche rilevanti per le raccomandazioni presentate in questa linea guida per fungere da membri dell'ERG. I membri di ERG sono equilibrati in termini di rappresentanza geografica e non presentano conflitti di interesse rilevanti. A seguito della riunione del GDG e delle successive revisioni della bozza di linea guida, il documento è stato diffuso ai membri di ERG. Il ruolo dei membri dell'ERG era quello di fornire input riguardo l'accuratezza, la chiarezza del linguaggio, le considerazioni sull'implementazione/ adattamento e la presentazione della linea guida.
L'ERG ha inoltre assicurato che i processi decisionali del GDG avessero considerato e incorporato i valori contestuali e le preferenze delle persone interessate dalle raccomandazioni. Le raccomandazioni nel documento, che era stato finalizzato dal GDG, non sono state modificate sulla base del contributo di ERG se non per migliorare la chiarezza e la leggibilità, se necessario. Tutti i commenti dei membri dell'ERG sono stati raccolti dal funzionario tecnico responsabile e condivisi con il gruppo direttivo dell'OMS per la revisione. Non sono stati individuati gravi errori fattuali o preoccupazioni che hanno influenzato le raccomandazioni o le sezioni principali della bozza delle linee guida.

Machine Translated by Google

Incontro con osservatori e partner esterni

In accordo con le indicazioni contenute nel manuale dell'OMS per lo sviluppo delle linee guida, seconda edizione (2014),2 sono stati invitati rappresentanti di una serie di importanti organizzazioni professionali e agenzie delle Nazioni Unite partecipare alla riunione del GDG nell'aprile 2021 in qualità di osservatori senza alcun ruolo nella determinazione delle raccomandazioni (cfr. allegato 1). Tra gli osservatori invitati c'erano il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) e il Royal College of Obstetricians e Ginecologi (RCOG), la Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO), la Federazione Internazionale Confederazione delle Ostetriche (ICM) e il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN), e rappresentanti di tutti frequentato ad eccezione dell'ICN. Inoltre, sono state invitate una serie di organizzazioni partner attuatrici dell'OMS/HRP rivedere la bozza della linea guida prima della presentazione al GRC; queste organizzazioni includevano Ipas, l'Internazionale Planned Parenthood Federation (IPPF), MSI Reproductive Choices, Pathfinder e Population Services internazionale (PSI).

B. Gestione delle dichiarazioni e dei conflitti di interesse e riservatezza

In conformità con il manuale dell'OMS per lo sviluppo di linee guida, tutti i membri invitati degli ERRG, GDG, EST, ERG e osservatori della riunione del GDG, i revisori delle linee guida che rappresentano le organizzazioni partner di attuazione e altri contributori esterni (ad es. consulenti e collaboratori) sono stati invitati dichiarare per iscritto qualsiasi interesse in competizione (accademico, finanziario o altro) al momento dell'invito a partecipare allo sviluppo della linea guida o al processo di revisione delle evidenze. Ciò è stato fatto mediante l'invio elettronico di un modulo di dichiarazione di interessi (DOI) dell'OMS firmato insieme a una copia del loro curriculum vitae al funzionario tecnico responsabile prima della partecipazione. Inoltre, sono state condotte ricerche su Internet su ciascun membro invitato per valutare eventuali conflitti di interesse che non erano stati resi noti. La gestione dei conflitti di interesse è stata spiegata ai partecipanti invitati, compreso il fatto che nessun membro sarebbe stato autorizzato a partecipare alla/e riunione/i se non avesse prima compilato e firmato un modulo DOI.

L'ufficiale tecnico responsabile ha valutato i moduli DOI e i CV ricevuti con riferimento al manuale dell'OMS per lo sviluppo delle linee guida, in consultazione con il direttore del dipartimento SRH e con il contributo del gruppo direttivo dell'OMS, per determinare l'esistenza (e la gravità) di qualsiasi conflitto di interessi e concordare un piano di gestione. Un conflitto è sorto per un membro dell'ERRG durante il corso dello sviluppo della linea guida, e questa persona quindi non ha partecipato ad alcuna riunione in seguito. Non si sono verificati altri casi di conflitto di interessi (questo è riportato anche negli elenchi dei membri di ERRG e GDG di cui all'Allegato 1).

Le informazioni biografiche per tutti i membri dell'ERRG e del GDG ritenuti non avere significativi conflitti di interesse (vale a dire conflitti che precludevano la loro partecipazione al GDG) sono state pubblicate sul sito web del Dipartimento SRH dell'OMS per un commento pubblico per almeno due settimane prima dell'inizio delle rispettive riunioni , con il loro consenso (nel 2020 per gli ERRG e nel 2021 per il GDG). I membri di ERRG e GDG sono stati confermati una volta completato questo processo. Tutti gli esperti di ERRG, GDG ed ERG, all'atto della conferma della loro idoneità a partecipare, sono stati incaricati di comunicare al responsabile tecnico responsabile ogni mutamento degli interessi rilevanti nel corso della loro partecipazione al processo. All'inizio di ogni incontro, tutti i partecipanti di ERRG e GDG hanno avuto l'opportunità di confermare verbalmente, aggiungere o modificare eventuali interessi dichiarati in modo che tutti i colleghi membri di GDG e gli altri partecipanti ne fossero informati. Hanno avuto un'opportunità simile di fare lo stesso per iscritto prima di inviare commenti sulle bozze delle linee guida.

Infine, va notato che a ciascun membro degli ERRG, GDG, ERG, EST ea ciascun metodologo della linea guida è stato chiesto di firmare un accordo di riservatezza relativo al processo di sviluppo della linea guida e ai risultati. Inoltre, l'ufficiale tecnico responsabile ha archiviato in modo sicuro tutte le copie cartacee elettroniche e stampate ricevute dei moduli DOI firmati e del curriculum vitae per garantire la riservatezza.

C. Ambito della guida: definizione delle aree tematiche e dei risultati di interesse

Nel settembre 2018 è stato condotto un sondaggio online per avviare il processo di aggiornamento delle linee guida dell'OMS sulla sicurezza aborto. Gli obiettivi di questa indagine erano (i) identificare le aree rilevanti che richiedono un aggiornamento o nuove aree che devono essere aggiunti alla guida e (ii) generare suggerimenti per rendere le linee guida più facili da usare.
Il sondaggio è stato distribuito all'interno di varie reti nel campo della salute sessuale e riproduttiva e ha portato a 122 risposte.

2 Manuale dell'OMS per lo sviluppo di linee guida, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2014 (https://apps.who.int/iris/manico/10665/145714).

Machine Translated by Google

Successivamente, tra novembre 2018 e giugno 2019, sono state condotte riunioni di definizione dell'ambito per ciascuno dei tre ambiti (servizi clinici, fornitura di servizi e diritto e politica) con una serie di esperti. Lo scopo di questi incontri era quello di determinare le aree tematiche chiave che richiedevano la formulazione di domande chiave nel formato "PICO" (popolazione, intervento, confronto, risultati) e di formulare e discutere tali domande. Le domande del PICO erano ulteriormente rivisto, modificato e finalizzato negli scambi di e-mail di follow-up tra il gruppo direttivo dell'OMS e i membri ERRG per ciascun dominio. Le aree tematiche per i PICO finali di ciascun dominio, come determinato durante il riunioni di scoping, sono fornite nel riquadro A sottostante. Le domande PICO per ogni dominio sono fornite negli Allegati 8, 9 e 10.

Oltre alle riunioni di scoping, tre incontri tecnici si sono concentrati anche su questioni relative alla cura dell'aborto in contesti umanitari (giugno 2019), valori e preferenze relativi alla cura dell'aborto (settembre 2019) e giovani preoccupazioni relative alla cura dell'aborto (aprile 2021) (ulteriori dettagli su questi incontri e questioni sono presentati nel riquadro B alla fine di questo allegato e nell'allegato Web B: Riunioni tecniche durante lo sviluppo della linea guida).

RIQUADRO A: Aree tematiche per dominio per lo sviluppo di PICO per raccomandazioni nuove e aggiornate

Diritto e politica	Criminalizzazione Approcci basati sul terreno Limiti di età gestazionale Tempi di attesa obbligatori Autorizzazione di terzi Restrizioni sui fornitori di aborto Obiezione di coscienza di un operatore sanitario
Servizi clinici	Isoimmunizzazione Rh Gestione del dolore per l'aborto medico e chirurgico e per il priming cervicale Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico Autogestione dell'aborto farmacologico (tutte le attività secondarie) Aborto farmacologico con nuovi metodi (regimi che includono il letrozolo) Gestione medica dell'aborto mancato Assistenza di follow-up o servizi aggiuntivi dopo l'aborto
L'erogazione dei servizi	Operatori sanitari erogatori di servizi: operatori sanitari autonomi, operatori sanitari di comunità, operatori farmaceutici, farmacisti, professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari, ostetriche infermiere ausiliarie, infermieri, ostetriche, clinici associati/avanzati, medici generalisti, medici specialisti Servizi: • Fornitura di informazioni sull'aborto sicuro • Counseling nel continuum assistenziale • Priming cervicale con farmaci e dilatatori osmotici prima dell'aborto chirurgico • Aborto chirurgico (aspirazione sottovuoto [VA] e dilatazione ed evacuazione [D&E]) • Gestione medica dell'aborto indotto (tutte le attività secondarie; inclusa l'autogestione) • Gestione medica della morte fetale intrauterina (IUFD) • Gestione medica e chirurgica dell'aborto incompleto • Gestione iniziale delle complicanze non pericolose per la vita • Inizio e continuazione dei contraccettivi iniettabili (compresa l'autoiniezione) Metodi di erogazione del servizio: • Modelli di sensibilizzazione basati sulla comunità per la fornitura di cure per l'aborto • Assistenza medica all'aborto fornita tramite telemedicina • Consulenza per la riduzione del danno sulla cura dell'aborto • Metodi di marketing sociale per i servizi di aborto • Autoapprovvigionamento di farmaci per l'aborto online

Machine Translated by Google

D. Revisione delle prove e formulazione delle raccomandazioni

Definizione e revisione delle domande prioritarie

L'elenco completo delle domande PICO è stato confermato durante le comunicazioni di follow-up tra il gruppo direttivo dell'OMS ei membri dell'ERRG dopo le riunioni di scoping per ciascun dominio, descritte nella sezione precedente. Tutte le domande PICO e i relativi dettagli sono forniti negli Allegati 8, 9 e 10.

Metodi di revisione sistematica (recupero delle prove)

Un elenco di tutte le revisioni condotte per lo sviluppo di questa linea guida è presentato nell'Allegato 7. Fare riferimento alle revisioni sistematiche pubblicate e ai pacchetti di materiali supplementari online per informazioni sui metodi specifici utilizzati, comprese le strategie di ricerca. Fare riferimento all'inizio di questo allegato per informazioni sugli Evidence Synthesis Teams (EST).

Le fonti di evidenza relative ai PICO di interesse per i domini dei servizi clinici e dell'erogazione dei servizi includevano studi controllati randomizzati (RCT) nonché studi controllati non randomizzati, studi controllati prima e dopo, serie temporali interrotte e studi di coorte. I seguenti database sono stati cercati dall'inizio a dicembre 2020, senza filtri linguistici:

- Database globali: ClinicalTrials.gov, database Cochrane, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), database Excerpta Medica (Embase), POPLINE, PubMed.
- Database regionali: African Index Medicus (AIM), Chinese Biomedical Literature Database, Global Index Medicus, Index Medicus per il sud-est asiatico (IMSEAR), Index Medicus per la letteratura scientifica dell'OMS nel Mediterraneo orientale, America latina e Caraibica (LILACS), Western Pacific Regional Index Medicus.

Inoltre, è stata condotta una ricerca nei siti dei registri degli studi e nei siti web delle organizzazioni e sono state utilizzate anche le informazioni di esperti del settore per identificare eventuali studi importanti in corso o completati ma non pubblicati che potrebbero essere rilevanti per le raccomandazioni delle linee guida. I dati degli studi che soddisfano i criteri di inclusione sono stati estratti utilizzando un modulo standardizzato e organizzati in tabelle di riepilogo dei risultati all'interno dei riepiloghi delle prove GRADE, utilizzando l'applicazione online GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).3

Per il dominio Diritto e politica, i principali database cercati includevano Google Scholar, JSTOR, Hein Online e PubMed, dal 2010 al 2021. Per questo dominio, oltre a RCT e altri tipi di studi, le revisioni includevano anche analisi legali e politiche, documenti normativi e revisioni legali e politiche.4

Valutazione della qualità e della certezza delle prove per le raccomandazioni

In accordo con il processo di sviluppo delle linee guida dell'OMS, il GDG ha formulato le raccomandazioni guidate dalla qualità/certezza delle prove disponibili.5 L' OMS ha adottato l'approccio Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) per lo sviluppo delle raccomandazioni, che definisce la qualità / certezza dell'evidenza come la misura in cui si può essere sicuri che le stime degli effetti riportati (desiderabili o indesiderabili) disponibili dalle prove siano vicine agli effetti effettivi di interesse.6 L'approccio GRADE specifica quattro livelli di certezza dell'evidenza, che dovrebbero essere interpretato come segue:

- Alto – Siamo molto fiduciosi che l'effetto reale sia vicino a quello della stima dell'effetto.
- Moderato – Siamo moderatamente fiduciosi nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia vicino alla stima dell'effetto, ma esiste la possibilità che sia sostanzialmente diverso.
- Basso – La nostra fiducia nella stima dell'effetto è limitata: l'effetto reale potrebbe essere sostanzialmente diverso da la stima dell'effetto
- Molto basso – Abbiamo poca fiducia nella stima dell'effetto: è probabile che l'effetto reale sia sostanziale diverso dalla stima dell'effetto.

3 GRADEpro GDT. GRADEpro Guideline Development Tool [Software] (sviluppato da Evidence Prime, Inc.). Università McMaster; 2020 (https://gradepro.org/).
4 de Londras F, Cleeve A, Rodriguez M, Lavelanet A. Integrare diritti e prove: un progresso tecnico nelle linee guida sull'aborto sviluppo. BMJ Glob Salute. 2021;6(2):e004141.
5 Manuale dell'OMS per lo sviluppo di linee guida, 2014.
6 Schünemann H, Broÿek J, Guyatt G, Oxman A, editori. Manuale GRADE per valutare la qualità delle prove e la forza delle raccomandazioni. Il gruppo di lavoro GRADE; 2013 (https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html).

Machine Translated by Google

Come linea di base, gli RCT forniscono prove di "alta qualità", mentre studi non randomizzati e studi osservazionali fornire prove di "bassa qualità". Questa valutazione della qualità di base può essere ridotta in base alla considerazione dello studio limiti di progettazione (rischio di bias – valutato utilizzando i criteri delineati nel manuale Cochrane per revisioni sistematiche di interventi lungo sei domini)7, incoerenza, imprecisione, indirettezza e bias di pubblicazione. Per studi osservazionali, altre considerazioni, come l'entità dell'effetto, potrebbero portare all'aggiornamento del rating se non ci sono limitazioni che indicassero la necessità di effettuare il downgrade. I membri EST e i metodologi delle linee guida, in conformità con le procedure operative standard approvate dal gruppo direttivo dell'OMS, ha eseguito la classificazione delle prove di revisione.

L'approccio GRADE per valutare la qualità dell'evidenza quantitativa è stato utilizzato per tutti i risultati critici identificati nelle domande PICO,8 ed è stato preparato un profilo di evidenza GRADE (tabella GRADE) per ciascun risultato quantitativo all'interno di ogni PICO; questi sono presentati nei materiali supplementari disponibili online.

Per quanto riguarda il dominio Diritto e politica, nel 2012 Safe esisteva una raccomandazione composita guida sull'aborto, che ha parlato di questi problemi e dei relativi interventi; gli argomenti individuati durante lo scoping processo per questa linea guida aggiornata (cfr. riquadro A) è nato da lì. Tuttavia, non esisteva uno standard esistente approccio per valutare la qualità o la certezza delle prove relative a leggi e politiche sull'aborto utilizzando un'analisi basata sui diritti.9 Pertanto, è stato sviluppato un approccio innovativo per valutare le prove che effettivamente protezione e godimento integrati dei diritti umani come parte dei risultati e dell'analisi sulla salute, considerando diversi fattori importanti e le loro potenziali interazioni.10 Ciò è in linea con le norme e i valori dell'OMS, e quindi sostiene le prove integrate per l'applicazione all'interno di un quadro Evidence-to-Decision (EtD).

I risultati di interesse per il dominio del diritto e della politica sono stati informati dai quadri concettuali e legali mappatura inizialmente eseguita dal team EST della Temple University (vedi sezione A), che ha mappato i vari interventi e i sistemi che li circondano e identificato la ricerca empirica che valuta gli effetti sulla salute di leggi e politiche. Questa mappatura ha enfatizzato la sorveglianza delle politiche, l'avanzamento della tecnologia e dei metodi legali valutazione, insegnamento dei metodi di sorveglianza delle politiche e condivisione di dati scientifici credibili con i ricercatori, politica produttori e il pubblico per difendere le leggi che migliorano la salute. Successivamente, il team ha sviluppato la logica causale modelli per gli interventi legali sull'aborto per mostrare percorsi plausibili dall'attuazione del restrizione per la salute e gli esiti socioeconomici. La terza fase prevedeva l'utilizzo dei modelli come guida per la condotta una seconda scansione rapida, al fine di individuare gli studi non giuridici indagando se i processi e gli esiti postulati nei modelli si verificano, infatti, e con quale frequenza e gravità, e con quali conseguenze. Questa prova, a sua volta, ha supportato plausibili inferenze di causalità per politiche pratiche e sviluppo di linee guida scopi. Il metodo IDEAL (Identificazione dei dati per la valutazione empirica del diritto) tenta di creare un quadro oggettivo per cristallizzare le varie influenze e conseguenze attribuibili all'impatto di specifiche restrizioni all'aborto, che portano all'identificazione di prove scientifiche non sfruttate sugli effetti plausibili della legge.11

Le prove quantitative recuperate da tutti i tipi di studi e documenti sono state valutate per precisione, immediatezza e grandezza dell'effetto, mentre l'evidenza qualitativa è stata valutata per l'adeguatezza e compilata in un tabella EtD. Una tabella generale di analisi dei diritti, che ha identificato gli standard sui diritti umani rilevanti per lo specifico interventi, è stato applicato alla tabella delle prove, portando allo sviluppo di una tabella dei diritti umani alle prove, organizzata per risultato di interesse. I metodi completi sono descritti in de Londras et al. (2021).12

Formulazione di raccomandazioni e determinazione della forza delle raccomandazioni

Il gruppo direttivo dell'OMS ha supervisionato e finalizzato la preparazione dei riepiloghi delle prove, comprese le tabelle GRADE e le tabelle di riepilogo dei risultati, per ciascuna domanda PICO. Per i domini dei servizi clinici e dell'erogazione dei servizi, i riepiloghi delle evidenze hanno seguito il nuovo framework Evidence-to-Decision (EtD), noto come WHO-INTEGRATE

7 Ciascuno studio incluso è valutato e classificato come a basso, alto o poco chiaro rischio di bias per la generazione della sequenza, l'occultamento dell'allocazione, l'accecamento del personale dello studio e dei partecipanti, l'attrito, la segnalazione selettiva e altre fonti di bias (Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, Welch V, editors. Manuale Cochrane per revisioni sistematiche degli interventi, versione 6.2. The Cochrane Collaboration, 2021 [https://training.cochrane.org/handbook/current]).

8 Schünemann et al., editori, GRADE Handbook, 2013.

9 Rehfuess E, Stratil JM, Portela A, Baltussen R, Scheel IB, Norris SL. L'evidenza OMS-INTEGRATE per il quadro decisionale versione 1.0: integrare le norme e i valori dell'OMS e una prospettiva di complessità. BMJ Glob Salute. 2019;4:e000844.

10 de Londras et al., 2021.

11 Burris S, Ghorashi AR, Cloud LF, Rebouché R, Skuster P, Lavelanet A. Dati identificativi per la valutazione empirica del diritto (IDEAL): un realista approccio alle lacune della ricerca sugli effetti sulla salute della legge sull'aborto. BMJ Glob Salute. 2021;6:e005120.

12 de Londras et al., 2021.

Machine Translated by Google

struttura. Questo nuovo quadro è più ampio e più adatto agli interventi a livello di sistema. I sei sostantivi i criteri del quadro OMS-INTEGRATE sono i seguenti: equilibrio tra benefici e danni per la salute; diritti umani e accettabilità socioculturale; equità sanitaria, non discriminazione ed uguaglianza; implicazioni sociali; finanziario e considerazioni economiche; e considerazioni sulla fattibilità e sul sistema sanitario. Il meta-criterio aggiuntivo è qualità delle prove (cioè tipo, dimensione e limiti degli studi disponibili usati come prove). L'OMS-INTEGRO quadro tiene conto del fatto che alcuni interventi sono complessi e hanno più componenti che interagiscono sinergicamente o disinergicamente, possono essere non lineari nei loro effetti o possono dipendere dal contesto. Questo quadro è in grado di accogliere meglio la formulazione di raccomandazioni per il dominio della legge e della politica, nonché i domini dei servizi clinici e dell'erogazione dei servizi, consentendo così agli utenti delle linee guida di prendere decisioni informate in merito tutti gli interventi. Anche i valori inseriti nel processo di formulazione delle raccomandazioni in tutti i domini sono parte integrante sui risultati e sulle preferenze delle donne interessate dalle raccomandazioni. Tenendo conto di questo insieme a tutti i criteri del quadro OMS-INTEGRATE, applicati a ciascun intervento per lo specifico popolazione, raccomandazioni nuove e aggiornate sono state formulate dai membri di ERRG e GDG e qualificate come raccomandazioni forti ("raccomandare") o deboli ("suggerire"; con condizioni specificate per l'applicazione) a favore dell'intervento, o come raccomandazioni forti contro l'intervento/a favore del comparatore.

Le raccomandazioni erano considerate "nuove" (come indicato nella tabella alla fine dell'Executive Summary e nel Capitolo 3) se non esisteva alcuna raccomandazione in una precedente linea guida dell'OMS sull'argomento o intervento specifico in questione per la popolazione specificata. In particolare va notato che la Guida sull'aborto sicuro del 2012 ha fornito una raccomandazione composita relativa alla legge e alla politica; in questa linea guida, questo è stato sviluppato in sette raccomandazioni separate, ma non sono considerate “nuove” (es. Raccomandazioni 1,2,3,6,7,21,22).

E. Processo decisionale da parte del GDG durante lo sviluppo della linea guida

La riunione del GDG si è svolta nell'aprile 2021 per rivedere, rivedere e finalizzare le bozze di raccomandazioni di tutti e tre i domini che erano state preparate dagli ERRG, come descritto sopra. Il processo decisionale si è basato sulla discussione delle prove sintetizzate e sull'uso del DECIDE Framework.13 L'adozione finale di ciascuna raccomandazione è stata effettuata per consenso, definito come pieno accordo tra tutti i partecipanti al GDG quando possibile: questo è il metodo preferito. In un caso, è stato utilizzato il voto poiché non è stato possibile raggiungere il consenso. La decisione su come presentare i regimi di aborto farmacologico è stata presa sulla base del voto a larga maggioranza a sostegno del mantenimento del modo in cui è descritto e presentato nelle linee guida precedenti. Il personale dell'OMS presente alla riunione, i membri dell'EST, i metodologi e gli osservatori della riunione non hanno potuto votare.

F. Compilazione, revisione e presentazione del contenuto della linea guida

L'ufficiale tecnico responsabile dell'OMS ha guidato la stesura della linea guida con scrittori esterni/consulenti, con contributi significativi da parte degli EST, dei metodologi delle linee guida e di altri membri del gruppo direttivo dell'OMS. Prima della riunione del GDG, è stata preparata una prima bozza del documento completo delle linee guida. La linea guida i metodologi hanno redatto i riassunti delle prove GRADE ei membri del gruppo direttivo dell'OMS quadri Evidence-to-Decision (EtD) corrispondenti. La bozza completa e questi materiali supplementari erano condiviso elettronicamente con tutti i membri del GDG (vedi Allegato 1) due settimane prima della riunione del GDG che si è tenuta durante l'ultima settimana di aprile 2021.

A seguito della riunione del GDG, sono state apportate revisioni per riflettere accuratamente le deliberazioni e le decisioni del membri del GDG sulle raccomandazioni e per incorporare il loro feedback sulla bozza. Successivamente, il la bozza rivista della linea guida è stata condivisa elettronicamente con tutti i membri del GDG per due settimane per ulteriori commenti. Esso è stato condiviso contemporaneamente per un commento con tutti i membri dell'External Review Group (ERG), l'incontro del GDG osservatori e i rappresentanti delle organizzazioni partner esecutive (cfr. sezione A e allegato 1), che erano estraneo al processo di sviluppo della linea guida.

Successivamente, il gruppo direttivo ha valutato attentamente il contributo scritto di tutti i revisori (via e-mail e commenti diretti/ modifiche alla bozza del documento) per l'inclusione nel documento finale della linea guida e la versione rivista è stata rivista dal direttore del dipartimento SRH dell'OMS e modificato per chiarezza. La bozza finale è stata sottoposta a revisione durante una riunione del Comitato di revisione delle linee guida dell'OMS (GRC) ed è stata completamente approvata dal GRC nell'agosto 2021 dopo alcune revisioni richieste erano state completate.

13 Evidence to Decision frameworks (EtDs) for policy makers [sito web]. Cochrane Norvegia; 2021 (https://www.cochrane.no/decide frameworks-policy-makers).

Machine Translated by Google

Le prove derivate dalle revisioni sistematiche a sostegno delle raccomandazioni nuove e aggiornate erano riassunti nei quadri EtD per fornire la base di prove sull'efficacia che ha informato il nuovo raccomandazioni in questa linea guida. Questi framework EtD sono presentati separatamente nei tre pacchetti di materiali supplementari disponibili online:

- Materiale supplementare 1: quadri Evidence-to-Decision per le raccomandazioni legislative e politiche, disponibile https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
- Materiale supplementare 2: quadri Evidence-to-Decision per le raccomandazioni del servizio clinico, disponibile https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
- Materiale supplementare 3: quadri Evidence-to-Decision per le raccomandazioni sull'erogazione dei servizi e dichiarazioni di best practice, disponibili https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

RIQUADRO B: Incontri chiave durante lo sviluppo della linea guida (a Ginevra, in Svizzera o online)

Incontri di scoping: novembre 2018 – giugno 2019

Per ciascuno dei tre ambiti di questa linea guida si sono tenuti incontri di scoping di due giorni, durante i quali esperti esterni delle aree tematiche e della metodologia (vedi Allegato 1) hanno identificato i temi prioritari e le aree specifiche che richiedono raccomandazioni nuove o aggiornate o dichiarazioni di buona pratica.

- **Ambito giuridico e politico:** Ginevra, novembre 2018. Questo incontro ha facilitato la discussione e lo sviluppo di nuovi approcci allo sviluppo di linee guida per (i) leggi e politiche sull'aborto e (ii) integrazione dei diritti umani.
- **Dominio dei servizi clinici:** incontro virtuale, dicembre 2018.
- **Dominio dell'erogazione dei servizi:** Ginevra, giugno 2019.

Riunioni tecniche:

(i) Considerazioni sull'attuazione della cura dell'aborto in contesti umanitari: nel giugno 2019 si è tenuta a Ginevra una riunione tecnica di due giorni. Questa riunione ha riunito circa 20 esperti nei settori dell'aiuto umanitario, delle situazioni di conflitto, della cura dell'aborto e dei diritti umani (compresi tre rappresentanti dei giovani) insieme a 20 rappresentanti del Segretariato dell'OMS. I partecipanti esperti provenivano da nove paesi delle regioni dell'Africa, del Mediterraneo orientale, dell'Europa e del Nord America. Durante l'incontro i partecipanti hanno identificato ostacoli specifici e fattori facilitanti per l'attuazione dell'aborto sicuro in contesti umanitari/di emergenza. Le barriere comuni identificate includevano: lo stigma, il ruolo delle norme e dei valori sociali, la mancanza di competenze e conoscenze cliniche e le barriere legali percepite. Le pratiche che facilitano l'implementazione di un'assistenza all'aborto di qualità in questi contesti sono: impegno con le principali parti interessate (in particolare con la comunità e i leader religiosi), sviluppo di una strategia di attuazione concreta con l'identificazione di potenziali punti di ingresso e garanzia di raccolta e monitoraggio dei dati. Per ulteriori dettagli, consultare l'allegato Web B: Riunioni tecniche durante lo sviluppo della linea guida.

(ii) Valori e preferenze globali sull'aborto: un sondaggio online è stato preparato e diffuso a ottobre e novembre 2018. A settembre 2019 è stato convocato a Ginevra un incontro tecnico di due giorni con una vasta gamma di parti interessate, tra cui 19 partecipanti provenienti da 15 diverse organizzazioni /paesi (inclusi tre rappresentanti dei giovani) e 8 membri del Segretariato dell'OMS. Per la prima volta, questo è stato un incontro incentrato esclusivamente sul disimballaggio del significato di "valori e preferenze" in relazione all'aborto. Alla fine dell'incontro, le informazioni generate dalle ricche discussioni hanno costituito una base per le discussioni sullo sviluppo della linea guida sui valori e le preferenze delle donne, che è stato uno dei criteri chiave nel processo di formulazione della raccomandazione.
Per ulteriori dettagli, incluso un riepilogo dei risultati della revisione della letteratura, vedere l'allegato Web B: Riunioni tecniche durante lo sviluppo della linea guida.

Machine Translated by Google

RIQUADRO B: Continua

(iii) Preoccupazioni dei giovani relative alla cura dell'aborto: per ciascuno degli incontri tecnici e di scoping per questa linea guida, menzionati in questo riquadro, c'erano rappresentanti dell'International Youth Alliance for Family Planning (IYAFP) per fornire una prospettiva giovanile, e un rappresentante da IYAFP servito anche su ciascun ERRG e uno sul GDG finale. Inoltre, nell'aprile 2021 si è tenuto online un incontro tecnico dedicato di due giorni, che ha riunito 16 membri dell'IYAFP Youth for Abortion Taskforce che l'IYAFP aveva formato per supportare e informare il processo di sviluppo della linea guida, e 4 membri dello staff dell'OMS del Preventing Unsafe Unità sull'aborto (PUA) del Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva dell'OMS. I partecipanti includevano giovani (fino a 30 anni) con dimostrate capacità di leadership nel campo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi degli adolescenti, in rappresentanza di 13 paesi nelle regioni dell'OMS. Le discussioni dell'incontro si sono incentrate su tre temi chiave: i valori e le preferenze dei giovani relativi ai servizi per l'aborto, affrontare le barriere e lo stigma dell'aborto e aumentare le pratiche e gli interventi promettenti. Le questioni chiave discusse includevano gli elementi di un ambiente favorevole e un impegno significativo dei giovani. I membri dell'IYAFP stanno sviluppando un documento di posizione come risultato principale dell'incontro. Per ulteriori dettagli, consultare l'allegato Web B: Riunioni tecniche durante lo sviluppo della linea guida.

Riunioni del gruppo di revisione delle prove e delle raccomandazioni (ERRG): marzo 2020 – marzo 2021

Gli incontri dell'ERRG (4-5 incontri per ciascuno dei tre domini) si sono svolti tutti online, ciascuno nell'arco di due giorni, facilitati dal funzionario tecnico responsabile dell'OMS e da altri membri del gruppo direttivo dell'OMS. In questi incontri, i membri degli Evidence Synthesis Teams hanno presentato le loro revisioni sistematiche delle evidenze, e i membri dell'ERRG (vedi sezione A e Allegato 1) hanno discusso e rivisto le evidenze e formulato bozze di raccomandazioni, considerazioni sull'implementazione e dichiarazioni di buona pratica da presentare per ulteriore revisione, revisione e finalizzazione da parte del GDG.

- Dominio dei servizi clinici: marzo 2020, maggio 2020, giugno 2020, settembre 2020, febbraio 2021
- Dominio di erogazione del servizio: pre-ERRG giugno 2020, ottobre 2020, gennaio 2021, inizio marzo 2021, fine marzo 2021
- Ambito legale e politico: marzo-aprile 2020, giugno 2020, agosto-settembre 2020, marzo 2021.

Riunione del gruppo di sviluppo delle linee guida (GDG).

Online, 27–30 aprile 2021. Durante la riunione del GDG, i membri del GDG hanno rivisto, discusso, rivisto e finalizzato la bozza delle raccomandazioni, le considerazioni sull'implementazione e le dichiarazioni di buona pratica di tutti e tre i domini.

Riunione del Comitato di revisione delle linee guida dell'OMS (GRC).

7 luglio 2021.

Machine Translated by Google

Allegato 5. Categorie e ruoli degli operatori sanitari

Le tipologie di operatori sanitari considerate nella linea guida sono descritte nella tabella sottostante. Le descrizioni sono state adattate allo scopo di questa linea guida per essere sufficientemente generiche da essere applicate a tutte le impostazioni. Sono indicativi ed illustrativi e non intendono sostituire le definizioni formali di albi professionali o titoli utilizzati in specifici paesi.

Categoria ampia	**Descrizione delle qualifiche e dei compiti, ai fini di questa linea guida**	**Esempi illustrativi di altri termini per questi tipi di operatori sanitari (alcuni esempi possono essere specifici di un contesto nazionale o regionale)**
Operatore sanitario comunitario (CHW)	Una persona che svolge funzioni relative all'erogazione di assistenza sanitaria/fornitura di informazioni ed è stata in qualche modo formata nel contesto del compito ma non ha ricevuto alcun certificato professionale o paraprofessionale formale o diploma di istruzione terziaria.	Operatrice sanitaria laica, operatrice sanitaria di villaggio, volontaria sanitaria di comunità femminile, assistente al parto qualificata, operatrice di assistenza telefonica qualificata, accompagnatrice per l'aborto, consulente di assistenza telefonica diretta
Operaio di farmacia	Tecnici e assistenti che svolgono una serie di compiti legati alla dispensazione di medicinali sotto la guida di un farmacista. Inventano, preparano e immagazzinano farmaci e altri composti e forniture farmaceutiche e possono dispensare medicinali e droghe ai clienti e istruire sul loro uso come prescritto dagli operatori sanitari. I tecnici in genere ricevono due o tre anni di formazione in una scuola farmaceutica, con un diploma non equivalente a un diploma universitario. Gli assistenti hanno solitamente frequentato anche due o tre anni di scuola secondaria con un successivo periodo di tirocinio o apprendistato.	Assistente farmacista, dispensatore tecnico farmacista, aiutante farmacista, assistente dispensario
Farmacista	Operatore sanitario che dispensa medicinali. Un farmacista può consigliare sull'uso corretto e sugli effetti avversi di droghe e medicinali a seguito di prescrizioni rilasciate da medici/operatori sanitari. L'istruzione comprende la formazione a livello universitario in farmacia teorica e pratica, chimica farmaceutica o un campo correlato.	Chimico, farmacista clinico, farmacista di comunità
Tradizionale e professionisti della medicina complementare	Un professionista dei sistemi di medicina tradizionale e complementare (medico non allopatico) la cui formazione comprende una laurea quadriennale o quinquennale che insegna anatomia umana, fisiologia, gestione del travaglio normale e farmacologia delle moderne medicine utilizzate in ostetricia e ginecologia, oltre ai loro sistemi di medicina. Ai fini di questa linea guida, questi medici sono inclusi con riferimento alla fornitura di elementi di assistenza correlata all'aborto secondo la pratica medica convenzionale.	Medico ayush, medico ayurvedico, medico dei sistemi complementari di medicina, medico non allopatico
Ostetrica infermiera ausiliaria (ANM) e infermiera ausiliaria	Un infermiere ausiliario è qualcuno addestrato nelle abilità infermieristiche di base ma non nel processo decisionale infermieristico. Un ANM ha competenze infermieristiche di base e alcune competenze ostetriche, ma non è pienamente qualificato come ostetrica. La durata della formazione può variare da pochi mesi fino a tre anni. Può essere previsto un periodo di tirocinio in azienda, talvolta formalizzato in apprendistato.	Ostetrica ausiliaria, assistente familiare
Infermiera	Una persona che è stata legalmente autorizzata (registrata) a esercitare dopo l'esame da parte di un consiglio statale di infermieri esaminatori o autorità di regolamentazione simile. L'istruzione comprende tre o più anni di scuola per infermiere e porta al conseguimento di un diploma universitario o post-laurea o equivalente.	Infermiera registrata, infermiera clinica specializzata, infermiera autorizzata, infermiera laureata
Ostetrica	Una persona che è stata registrata da un'ostetrica statale o da un'autorità di regolamentazione simile ed è stata formata nelle competenze essenziali per la pratica dell'ostetricia. La formazione dura in genere tre o più anni nella scuola per infermieri o ostetriche e porta a un diploma universitario o equivalente. Un'ostetrica registrata ha l'intera gamma di abilità ostetriche, che includono l'aborto.	Ostetrica registrata, ostetrica di comunità, infermiera-ostetrica
Socio avanzato clinico e clinico associato	Un medico professionista con competenze di base per diagnosticare e gestire condizioni mediche e chirurgiche comuni e anche per eseguire alcuni tipi di interventi chirurgici. La formazione richiede generalmente tre o quattro anni di istruzione post-secondaria in un istituto di istruzione superiore stabilito. Il medico è registrato e la sua pratica è regolata da un'autorità di regolamentazione nazionale o subnazionale.	Dirigente medico assistente, dirigente clinico, medico abilitato, dirigente sanitario, assistente medico, tecnico chirurgico, clinico non medico, assistente medico, infermiere
medico generico praticante	Medico laureato in medicina di base ma non specializzato in ostetricia e ginecologia.	Medico di famiglia, medico generico, medico, medico
Medico specialista	Medico con formazione clinica post-laurea e specializzazione in ostetricia e ginecologia.	Ginecologo, ostetrico

Fonte: adattato con revisioni minori dall'OMS (2015) (18), incluso l'aggiornamento di alcuni dei nomi delle categorie di operatori sanitari per utilizzare la terminologia dell'OMS attualmente preferita, come presentato nella Classificazione internazionale standard delle occupazioni (ISCO), Parte III: Definizioni di gruppi maggiori, sottogruppi maggiori, gruppi minori e gruppi unitari, aggiornato il 21 giugno 2016 (disponibile su: https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/indice.htm).

Machine Translated by Google

Allegato 6. Monitoraggio e valutazione della cura dell'aborto di qualità: identificazione degli indicatori

Metodi e risultati preliminari

Per raggiungere il consenso sugli indicatori che possono essere utilizzati per documentare efficacemente i progressi nella cura dell'aborto di qualità a livello programmatico e nazionale, gli scienziati della London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) e dell'OMS hanno condotto una revisione dell'ambito e più processi di consultazione di esperti .

Scoping review: la scoping review ha prodotto un riepilogo delle misure e degli indicatori relativi all'aborto riportati nel periodo di 10 anni 2008-2018 nella letteratura scientifica e nei materiali identificati sui principali siti web delle organizzazioni non governative. In totale, 1999 abstract e 7 ulteriori documenti rilevanti sono stati vagliati per gli indicatori, ottenendo 792 indicatori identificati da 142 documenti. I risultati della revisione dell'ambito sono stati recentemente pubblicati su BMJ Global Health e i 792 indicatori sono disponibili su un foglio di calcolo ricercabile tra i materiali supplementari per la pubblicazione. [1]

Riunione di consultazione: in una riunione di consultazione iniziale (virtuale) nel giugno 2020, sono state presentate diverse serie di indicatori che potrebbero essere utilizzate per il monitoraggio a livello globale e di programma. Questi includevano un sottoinsieme di 17 indicatori chiave che erano stati selezionati tra gli indicatori identificati nella revisione della scoping e tra gli indicatori per il monitoraggio della cura dell'aborto sulla base di iniziative di misurazione implementate in vario modo dal Programma speciale UNDP-UNFPA-UNICEF OMS-Banca mondiale di ricerca, sviluppo e formazione alla ricerca sulla riproduzione umana (HRP), l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Africa, la Maternal Mortality Initiative (del Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva dell'OMS) e Ibis Reproductive Health. In totale, durante la riunione di consultazione sono stati proposti 52 indicatori unici. Anche il quadro di monitoraggio e valutazione del rafforzamento dei sistemi sanitari dell'OMS è stato presentato come una struttura potenziale per il monitoraggio e la valutazione dell'aborto di qualità (M&E).

Consolidamento: durante una fase di consolidamento, un team di scienziati di LSHTM e dell'OMS ha eliminato 29 dei 52 indicatori, rimuovendo gli indicatori con duplicazione di informazioni, utilizzando come criteri di revisione principali (i) rilevanza all'interno dei sistemi sanitari che rafforzano il quadro di monitoraggio e valutazione e (ii) fattibilità per M&E. Sono stati aggiunti sei indicatori per rappresentare le categorie nel sistema sanitario rafforzando il quadro di monitoraggio e valutazione che in precedenza non aveva indicatori proposti associati (come la protezione sociale e le infrastrutture) e nel tentativo di allinearsi con gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) relativi a sesso e salute e diritti riproduttivi. Questi sei indicatori aggiuntivi sono stati ricavati dall'elenco di indicatori della revisione della scoping originale2, dagli indicatori della qualità dell'assistenza sanitaria riproduttiva Ibis3 e dagli indicatori del Dipartimento per la salute materna, neonatale, infantile e dell'adolescente (MCA) dell'OMS sulla cura rispettosa.4

Consultazione online: in una consultazione online nel marzo 2021, gli esperti di misurazione e M&E nella cura dell'aborto sono stati invitati a commentare (i) la rilevanza per i programmi di aborto dei sistemi sanitari dell'OMS che rafforzano il quadro di monitoraggio e valutazione, (ii) la validità, fattibilità, importanza e sensibilità al cambiamento di ciascun indicatore proposto e (iii) suggerimenti per indicatori alternativi. Ventidue esperti invitati (su 27) hanno esaminato un totale di 29 indicatori consolidati durante la consultazione online. I 29 indicatori sono stati classificati nelle aree del quadro di monitoraggio e valutazione del rafforzamento dei sistemi sanitari: governance (5), finanziamento (1), infrastrutture (1), sistema informativo (1), personale sanitario (1), accesso agli interventi e disponibilità ai servizi (5), qualità e sicurezza dell'intervento (5), copertura degli interventi (1), prevalenza di comportamenti a rischio e fattori di rischio (1), migliori risultati sanitari ed equità (4), reattività (2) e protezione sociale (2).

Prossimi passi

Il core team di LSHTM e dell'OMS sta attualmente finalizzando l'elenco degli indicatori in seguito alla revisione degli input raccolti durante la consultazione online, riconoscendo che l'elenco degli indicatori richiederà una valutazione periodica per rafforzare e mantenere l'utilità e la rilevanza. Una relazione sarà pubblicata a tempo debito.

1 Filippi V, Dennis M, Calvert C, Tunçalp Ö, Ganatra B, Kim CR, Ronsmans C. Abortion metrics: a scoping review of abortion measures and indicatori. Salute globale del BMJ. 2021;6(1):e003813.

2 Ibid.

3 Dennis A, Blanchard K, Bessenaar T. Identificazione degli indicatori per la cura dell'aborto di qualità: una revisione sistematica della letteratura. J Fam Plann Reprod Assistenza sanitaria. 2017;43(1):7-15.

4 Qualità dell'assistenza per la salute materna e neonatale: un quadro di monitoraggio per i paesi della rete, aggiornato a febbraio 2019. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2019 (https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/qed-quality-of-care-for-maternal-and-newborn health-a-monitoring-framework-for-network-countries .pdf, accesso 3 settembre 2021).

Machine Translated by Google

Allegato 7. Revisioni sistematiche e collegamenti a PICO e raccomandazioni

Area tematica	Titolo e autori della recensione (e dettagli di riferimento, se pubblicati)	Numeri PICO correlati, elencati negli allegati	Numero/i di raccomandazione correlato/i presentato/i nel documento principale
Argomenti interessati allo sviluppo di raccomandazioni nuove o aggiornate			
Temi giuridici e politici Per le prove alla decisione (EtD), fare riferimento a Materiale aggiuntivo 11	Tutte le revisioni condotte dal Law and Policy Evidence Synthesis Team per lo sviluppo di questa linea guida2	Fare riferimento all'allegato 8	
Criminalizzazione3	Impatto della criminalizzazione sugli esiti correlati all'aborto	1	1
Approcci basati sul terreno	Impatto dei motivi sugli esiti correlati all'aborto	2	2
Limiti di età gestazionale	Impatto dei limiti gestazionali sugli esiti correlati all'aborto	3	3
Tempi di attesa obbligatori	Impatto dei periodi di attesa obbligatori sugli esiti correlati all'aborto	4	6
Autorizzazione di terzi	Impatto dell'autorizzazione di terze parti sugli esiti correlati all'aborto	5,6,7,8,9	7
Restrizioni del fornitore di aborto	Impatto delle restrizioni del fornitore sugli esiti correlati all'aborto	10	21
Obiezione di coscienza	Impatto dell'obiezione di coscienza sugli esiti legati all'aborto	11	22
Argomenti di servizio clinico Per le prove alla decisione (EtD), fare riferimento a Materiale aggiuntivo 24	Tutte le revisioni condotte dal Clinical services Evidence Synthesis Team per lo sviluppo di questa linea guida	Fare riferimento all'allegato 9	
Isoimmunizzazione Rh	Nuova revisione sistematica: Chan M, Gill R, Kim C. L'effetto della somministrazione di routine anti-D tra individui Rh negativi non sensibilizzati che hanno un aborto. BMJ Sex Reprod Salute. 2021 (in stampa).	1	8
Gestione del dolore per l'aborto chirurgico	Revisione aggiornata del gruppo Cochrane Fertility Regulation (CFR): Renner RM, Edelman A, McKercher AE, Jensen JTJ, Nichols MDN. Controllo del dolore nell'aborto chirurgico del primo trimestre. 2020 (imminente) Nuova revisione sistematica: DePiñeres T. Regimi di gestione del dolore per l'aborto chirurgico> 14 settimane di gestazione. 2020 (inedito)	2, 3	11 e 12 13 e 14
Gestione del dolore per l'aborto farmacologico	Nuova recensione di CFR Group: Reynolds-Wright JJ, Woldetsadik MA, Morroni C, Cameron S. Gestione del dolore per l'aborto medico prima della gestazione di 14 settimane. 2020 (imminente) Nuova revisione sistematica: Korotkaya Y, Kim C. Controllo del dolore nell'interruzione medica della gravidanza nel secondo trimestre: una revisione sistematica. 2019 (inedito)	4, 5	15 16
Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico < 12 settimane	Revisione aggiornata del gruppo CFR: Kapp N, Nguyen A, Atrio J, Lohr P. Preparazione cervicale per aborto chirurgico inferiore a 14 settimane. 2020 (imminente)	6a	17
Priming cervicale prima dell'aborto chirurgico ý 12 settimane	Revisione aggiornata di CFR Group: Newmann SJ, Tufa T, Drey E, Meckstroth K, Diedrich JT. Preparazione cervicale per la dilatazione e l'evacuazione del secondo trimestre. 2019 (di prossima pubblicazione)	6b,7,8,9	18
Altri metodi medici per indurre l'aborto	Nuova revisione sistematica: Tolu L, Kim C. L'efficacia, la sicurezza e l'accettabilità di metodi alternativi di aborto farmacologico al mifepristone di routine e/o al misoprostolo. 2020 (manoscritto in corso)	10,11,12	27c
Aborto mancato < 14 settimane	Nuova revisione sistematica: DePiñeres T. Opzioni di gestione per le persone incinte con aborto mancato < 14 settimane. 2020 (inedito)	13,14,15	31

1 Materiale supplementare 1, disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

2 Gli autori di tutte e sette le recensioni includono: Amanda Cleeve, Fiona de Londras, Alana Farrell, Magdalena Furgalska, Antonella Lavelanet, Maria Isabel Rodriguez.

3 Queste prime tre raccomandazioni sono presentate nel capitolo 2. Le restanti sono presentate nel capitolo 3.

4 Materiale supplementare 2, disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Machine Translated by Google

Area tematica	Titolo e autori della recensione (e dettagli di riferimento, se pubblicati)	Numeri PICO correlati, elencati negli allegati	Numero/i di raccomandazione correlato/i presentato/i nel documento principale
Autogestione dell'aborto medico (ammissibilità, somministrazione di farmaci, valutazione dell'esito)	Nuova revisione sistematica: Clark E, Tolu L, Gill R, Kim C. Ammissibilità e valutazione dei risultati. 2020 (inedito) Nuova recensione di CFR Group: Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Aborto medico autosomministrato rispetto a quello somministrato dal fornitore. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(3):CD013181.	16	50 (Autogestione)
Argomenti di erogazione del servizio Per le prove alla decisione (EtD), fare riferimento a Materiale aggiuntivo 35	Tutte le revisioni condotte dal Service delivery Evidence Synthesis Team per lo sviluppo di questa linea guida	Fare riferimento all'allegato 10	
Fornitura di informazioni	Revisione aggiornata di Cochrane Response (sui lavoratori della farmacia): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: fornitura di informazioni da parte dei lavoratori della farmacia. 2021 (inedito)	1	4
Consulenza	Revisione aggiornata di Cochrane Response (su professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori farmaceutici e operatori sanitari della comunità): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: consulenza pre e post aborto. 2021 (inedito)	2	5
Priming cervicale con dilatatori osmotici o farmaci prima dell'aborto chirurgico indotto	Revisione aggiornata di Cochrane Response (su professionisti della medicina tradizionale e complementare, clinici associati/avanzati, ostetriche, infermiere o infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Adescamento cervicale mediante dilatatori osmotici o farmaci. 2021 (inedito)	3	19 e 20
Aspirazione sottovuoto per tutte le indicazioni a < 14 settimane Aspirazione sottovuoto per la gestione dell'aborto incompleto	Revisione Cochrane aggiornata (su professionisti della medicina tradizionale e complementare, ostetriche infermiere ausiliarie, infermiere ausiliarie, infermiere, ostetriche, clinici associati/avanzati): Kim C, Barnard S, Park MH, Ngo TD. Medici o fornitori di medio livello per l'aborto. Cochrane Database Syst Rev. 2021 (di prossima pubblicazione)	4 e 10	24 e 38
Dilatazione ed evacuazione (D&E) per aborto chirurgico a ÿ 14 settimane	Nuova revisione sistematica (su professionisti della medicina tradizionale e complementare, clinici associati/avanzati, ostetriche): Feyssa M, Kim C. Revisione sistematica sull'efficacia, la sicurezza e l'accettabilità dell'aborto del secondo trimestre da parte di operatori di medio livello. 2021 (inedito)	5	26
Aborto medico a < 12 settimane (ammissibilità, somministrazione di farmaci, valutazione dell'esito)	Revisione Cochrane aggiornata (su professionisti della medicina tradizionale e complementare, ostetriche infermiere ausiliarie, infermiere ausiliarie, ostetriche, infermieri, medici associati/avanzati): Kim C, Barnard S, Park MH, Ngo TD. Medici o fornitori di medio livello per l'aborto. Cochrane Database Syst Rev. 2021 (di prossima pubblicazione) Nuova revisione di Cochrane Response (su farmacisti, operatori farmaceutici e operatori sanitari di comunità): Villanueva G, Cogo E, Petkovic J, Bergman H, Probyn K, Buckley B, et al. Facilitazione medica dell'aborto. 2021 (inedito)	6	28
Aborto farmacologico a ÿ 12 settimane	Nuova revisione sistematica (su professionisti di medicina tradizionale e complementare, clinici associati/avanzati, ostetriche, infermieri, infermieri ausiliari): Feyssa M, Kim C. Revisione sistematica sull'efficacia, la sicurezza e l'accettabilità dell'aborto del secondo trimestre da parte di operatori di medio livello. 2021 (inedito)	7	30
Gestione medica della morte fetale intrauterina (IUFD)	Nuova recensione di Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: gestione medica della morte fetale intrauterina (IUFD). 2020 (inedito)	8	33
Gestione medica dell'aborto incompleto	Revisione aggiornata di Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: gestione medica dell'aborto incompleto. 2020 (inedito)	9	37

5 Materiale supplementare 3, disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Machine Translated by Google

Area tematica	Titolo e autori della recensione (e dettagli di riferimento, se pubblicati)	Numeri PICO correlati, elencati negli allegati	Numero/i di raccomandazione correlato/i presentato/i nel documento principale
Diagnosi e gestione delle complicanze legate all'aborto	Revisione aggiornata di Cochrane Response (su professionisti della medicina tradizionale e complementare, clinici associati/avanzati, ostetriche, infermiere, infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie): Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: diagnosi e gestione delle complicanze correlate all'aborto. 2021 (inedito)	11	39 e 40
Consegna di contraccettivi iniettabili	Revisione aggiornata di Cochrane Response (sulla medicina tradizionale e complementare professionisti della medicina, farmacisti, operatori della farmacia) Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: contraccezione iniettabile. 2020 (inedito)	12	46
Telemedicina per la fornitura di assistenza medica all'aborto (assistenza completa all'aborto o singoli componenti)	Revisione aggiornata di Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: la telemedicina. 2020 (inedito)	13	48
Modelli di sensibilizzazione basati sulla comunità per la fornitura di cure per l'aborto	Nuova revisione sistematica di Cochrane Response: Villanueva G, Probyn K, Bergman H, Petkovic J, Cogo E, Buckley B, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: modelli di sensibilizzazione della comunità. 2021 (inedito)	14	49 (Dichiarazione di best practice [BPS])
Consulenza per la riduzione del danno per le persone che cercano l'aborto indotto	Nuova revisione sistematica: Stifani B, Gill R, Kim C. Consulenza per la riduzione del danno per ridurre i danni dell'aborto non sicuro: una revisione sistematica. 2021 (manoscritto in revisione)	15	49 (PSB)
Attività di marketing sociale per le donne incinte che cercano l'aborto indotto	Nuova revisione sistematica: Abubeker F, Tufa T, Kim C. Impatto degli interventi di marketing sociale sui servizi di aborto sicuro. 2021 (inedito)	16	49 (PSB)
Autoapprovvigionamento di farmaci attraverso servizi online per le donne incinte che cercano l'aborto indotto	Nuova revisione sistematica: Abubeker F, Tufa T, Kim C. Sicurezza, efficacia e accettabilità dell'autoapprovvigionamento di farmaci per l'aborto indotto. 2021 (inedito)	17	49 (PSB)
Autosomministrazione di contraccettivi iniettabili nel periodo post-aborto	Revisione aggiornata di Cochrane Response: Villanueva G, Bergman H, Cogo E, Petkovic J, Buckley B, Probyn K, et al. Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto: autosomministrazione di contraccettivi iniettabili. 2020 (inedito)	18	51 (Autogestione)
II. Argomenti non definiti, ma è stata condotta una revisione aggiornata delle prove			
Antibiotici profilattici	Revisione esistente: Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. Antibiotici perioperatori per prevenire l'infezione dopo l'aborto del primo trimestre. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3):CD005217. (Revisione aggiornata delle prove condotta nel 2021)	N / A	9
Ecografia pre-aborto	Revisione esistente: Kulier R, Kapp N. Analisi completa dell'uso degli ultrasuoni pre-procedura per l'aborto del primo e del secondo trimestre. Contraccezione, 2011;83(1):30-3. (Revisione aggiornata delle prove condotta da Cochrane Response nell'aprile 2021)	N / A	10
Metodi chirurgici per l'aborto del primo trimestre	Revisione esistente: Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Metodi chirurgici per l'interruzione della gravidanza nel primo trimestre. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD002900. (Revisione aggiornata delle prove condotta nell'aprile 2021)	N / A	23
Gestione medica dell'aborto indotto	Revisione esistente: Abubeker FA, Lavelanet A, Rodriguez MI, Kim C. Interruzione medica per gravidanza all'inizio del primo trimestre (ÿ 63 giorni) utilizzando la combinazione di mifepristone e misoprostolo o misoprostolo da solo: una revisione sistematica. BMC Salute delle donne. 2020;20(1):142. Recensione aggiornata: Whitehouse K, Brant A, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B, et al. Regimi medici per l'aborto a 12 settimane e oltre: una revisione sistematica e una meta-analisi. Contraccezione X. 2020;2:100037.	N / A	27 29

Machine Translated by Google

Area tematica	Titolo e autori della recensione (e dettagli di riferimento, se pubblicati)	Numeri PICO correlati, elencati negli allegati	Numero/i di raccomandazione correlato/i presentato/i nel documento principale
Gestione medica di IUFD	Revisione esistente: Cleeve A, Fønhus MS, Lavelanet A. Una revisione sistematica dell'efficacia, della sicurezza e dell'accettabilità della gestione medica della morte fetale intrauterina a 14-28 settimane di gestazione. Int J Gynaecol Obstet. 2019;147(3):301-12.	N / A	32
Follow-up post-aborto	Revisioni esistenti: Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Visite di follow-up di routine dopo l'aborto indotto nel primo trimestre. Obstet Gynecol. 2004:103(4):738-45. Grossman D, Grindlay K. Alternative agli ultrasuoni per il follow-up dopo l'aborto farmacologico: una revisione sistematica. Contraccezione. 2011:83(6):504-10. (Revisione aggiornata delle prove condotta da Cochrane Response nell'aprile 2021)	N / A	34
III. Argomenti per le raccomandazioni che sono state portate avanti o inserite in questa linea guida senza ulteriori revisioni			
Metodi di aborto chirurgico in età gestazionale ÿ 14 settimane	Portato avanti: Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Metodi chirurgici rispetto a metodi medici per l'aborto indotto dal secondo trimestre. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(1):CD006714.	N / A	25 (Raccomandazione 5 dell'OMS, 2012)
Gestione medica dell'aborto incompleto	Portato avanti: Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Trattamenti medici per aborto spontaneo incompleto. Cochrane Database Syst Rev. 2017(1);CD007223.	N / A	35 36a e 36b (Raccomandazioni 1a e 1b da OMS, 2018)
Contraccezione post-aborto	Portato dentro: Fare riferimento a Criteri di ammissibilità medica per l'uso di contraccettivi (WHO, 2015)	N / A	41 (Raccomandazione del MEC, OMS, 2015)
Tempistica della contraccezione e dell'aborto chirurgico	Portato avanti: N / A	N / A	42 (Raccomandazione 13 dell'OMS, 2012)
Tempistica della contraccezione e dell'aborto farmacologico	Portato avanti: Kim C, Nguyen AT, Berry-Bibee E, Ermias Y, Gaffield ME, Kapp N. Inizio della contraccezione ormonale sistemica dopo l'aborto: una revisione sistematica e una meta-analisi. Contraccezione. 2021;103(5):291-304. Ermias Y, Berry-Bibee E, Nguyen AT, Curtis K. Inserimento IUD post-aborto: una revisione sistematica. 2017 (inedito)	N / A	43 (Raccomandazioni 4a e 4b da OMS, 2018) 44 (Raccomandazione dell'OMS, 2015)
Inserimento e rimozione degli impianti Legatura delle tube	Portato avanti: Fare riferimento alla linea guida OptimizeMNH (WHO, 2012)	N / A	45 47 (Raccomandazioni dell'OMS, 2015)
Pillole contraccettive orali da banco Pillole contraccettive d'emergenza da banco Uso del preservativo	Portato dentro: Fare riferimento a Interventi di auto-cura per la salute e il benessere (WHO, 2021)	N / A	52 (Autogestione) 53 (Autogestione) 54 (Autogestione)

Machine Translated by Google

Allegato 8. Questioni PICO di dominio giuridico e politico

PICO: P = popolazione; **I** = intervento; **C** = comparatore (ove applicabile*); **O** = risultato(i)1

* Laddove è disponibile un comparatore, questi dati sono stati inclusi, ma pochissimi studi che riportano interventi politici relativi all'aborto includono un comparatore di qualsiasi tipo.

Regolamento sull'aborto

Criminalizzazione

PICO 1: L'impatto della criminalizzazione (vedi Raccomandazione 1)

Domanda PICO: per le donne in gravidanza che cercano di abortire e anche per i professionisti medici che forniscono servizi di aborto, qual è l'impatto della criminalizzazione su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, rinvio a un altro fornitore, implicazioni del carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro), costi di sistema (inclusi costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private) , impatto percepito sulla relazione operatore-cliente, stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento), procedure di giustizia penale, molestie, operazioni di puntura anti-aborto, disponibilità di operatori qualificati, segnalazione di sospetto aborto illegale?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto; professionisti medici che forniscono servizi di aborto

I: Criminalizzazione

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:2

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza
- Costi opportunità (include costi opportunità psicologici)
- Aborto illegale
- Aborto autogestito
- Rinvio ad un altro fornitore
- Implicazioni sul carico di lavoro (inclusi problemi di riassegnazione con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro)
- Costi di sistema (include costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)
- Impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente
- Stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento)
- Procedure di giustizia penale
- Molestie
- Operazioni puntuali contro l'aborto
- Disponibilità di fornitori qualificati
- Denuncia di sospetto aborto illegale.

1 Per ulteriori informazioni sui risultati delle revisioni basate sui PICO presentati in questo allegato, fare riferimento ai quadri EtD in Materiale aggiuntivo 1.

2 Per ciascuno dei PICO in questo allegato, i risultati per entrambe le popolazioni (persone incinte che cercano di abortire e operatori sanitari fornitura di servizi per l'aborto) sono stati riuniti in un unico elenco; per informazioni più specifiche sui risultati di interesse per ciascuna revisione, fare riferimento ai framework EtD in Materiale supplementare 1.

Machine Translated by Google

Approcci basati sul terreno

PICO 2: L'impatto degli approcci basati sul terreno (cfr. Raccomandazione 2)

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire e anche per i professionisti medici che forniscono servizi di aborto, qual è l'impatto degli approcci basati sui motivi (che limitano l'accesso e/o la fornitura dell'aborto per "motivi" o che vietano l'accesso all'aborto) sul ritardo aborto, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (compresi i costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, disarmonia familiare prevista o vissuta, esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale, coercizione riproduttiva prevista o vissuta, impatto sproporzionato, rinvio a un altro fornitore, implicazioni del carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro), imposizione percepita sulla coscienza personale o sull'etica, impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente, costi di sistema (inclusi costi di sistema diretti e “deviazioni” dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private), stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto; professionisti medici che forniscono servizi di aborto

I: Approcci basati sui motivi (che limitano l'accesso e/o la fornitura dell'aborto per "motivi" o che vietano l'accesso all'aborto)

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza
- Costi opportunità (include costi opportunità psicologici)
- Aborto illegale
- Aborto autogestito
- Disarmonia familiare anticipata o vissuta
- Esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale
- Coercizione riproduttiva anticipata o sperimentata
- Impatto sproporzionato
- Rinvio ad un altro providerw
- Implicazioni sul carico di lavoro (inclusi problemi di riassegnazione con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzione del carico di lavoro)
- Percepita imposizione sulla coscienza personale o sull'etica
- Impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente
- Costi di sistema (include costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/ tariffe private)
- Stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento).

Machine Translated by Google

Limiti di età gestazionale

PICO 3: L'impatto dei limiti di età gestazionale (vedi Raccomandazione 3)

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire e anche per i professionisti medici che forniscono servizi di aborto, qual è l'impatto dei limiti di età gestazionale su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, squalifica dall'aborto illegale, impatto sproporzionato, rinvio a un altro fornitore, implicazioni del carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro), costi di sistema (inclusi costi di sistema diretti e "deviazioni" dalla sanità pubblica sistemi a servizi a pagamento/tariffe private), impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente, stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto; professionisti medici che forniscono servizi di aborto

I: Limiti di età gestazionale

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza
- Costi opportunità (compresi i costi opportunità psicologici)
- Aborto illegale
- Aborto autogestito
- Interdizione dall'aborto illegale
- Impatto sproporzionato
- Rinvio ad un altro fornitore
- Implicazioni sul carico di lavoro (inclusi problemi di riassegnazione con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro)
- Costi di sistema (include costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)
- Impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente
- Stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento).

Pre-aborto

Tempi di attesa obbligatori

PICO 4: L'impatto dei periodi di attesa obbligatori (cfr. Raccomandazione 6)

Domanda PICO: per le donne in gravidanza che cercano di abortire e anche per i professionisti medici che forniscono servizi di aborto, qual è l'impatto dei periodi di attesa obbligatori su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), impatto sproporzionato, aborto illegale, autogestione aborto, esclusione dall'aborto legale, rinvio a un altro fornitore, implicazioni del carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro), costi di sistema (inclusi costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici ai servizi a pagamento/tariffe private), impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente, stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento)?

P: Persone che cercano servizi per l'aborto; professionisti medici che forniscono servizi di aborto

I: Tempi di attesa obbligatori

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza

Machine Translated by Google

- Costi di opportunità (inclusi viaggi per aborto e costi di opportunità psicologica))
- Impatto sproporzionato
- Aborto illegale
- Aborto autogestito
- Interdizione dall'aborto legale
- Rinvio ad un altro fornitore
- Implicazioni sul carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro)
- Costi di sistema (include costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)
- Impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente
- Stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento).

Autorizzazione di terzi per l'aborto (vedi Raccomandazione 7)

PICO 5: Impatto del bypass giudiziario

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire, qual è l'impatto dell'aggiramento giudiziario su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, disarmonia familiare anticipata o sperimentata, anticipata o sperimentata esposizione a violenza o sfruttamento interpersonale, coercizione riproduttiva anticipata o sperimentata, costi di sistema (compresi i costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto

I: Bypass giudiziario

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza
- Costi di opportunità (inclusi viaggi per aborto e costi di opportunità psicologica)
- Aborto illegale
- Aborto autogestito
- Disarmonia familiare anticipata o vissuta
- Esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale
- Coercizione riproduttiva anticipata o sperimentata
- Costi di sistema (include i costi di sistema diretti e le "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/quote private).

PICO 6: Impatto del bypass giudiziario rispetto al consenso dei genitori

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire, qual è l'impatto dell'esclusione giudiziaria rispetto al consenso dei genitori su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, disarmonia familiare anticipata o vissuta, esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale, coercizione riproduttiva prevista o vissuta, costi del sistema (compresi i costi diretti del sistema e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/
spese private)?

[PIO uguale a PICO 5 ma con un comparatore (C) aggiunto: consenso dei genitori]

Machine Translated by Google

PICO 7: Impatto del consenso dei genitori rispetto alle leggi/requisiti di notifica ai genitori

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire, qual è l'impatto del consenso dei genitori rispetto alle leggi/requisiti di notifica ai genitori su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (compresi i costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, anticipato o sperimentato disarmonia familiare, esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale, coercizione riproduttiva prevista o vissuta, costi di sistema (compresi i costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)?

[P e O come PICO 5; I = consenso dei genitori e C = leggi/requisiti per la notifica ai genitori]

PICO 8: Impatto dell'autorizzazione da parte del genitore attraverso il consenso o la notifica

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire, qual è l'impatto dell'autorizzazione da parte dei genitori attraverso il consenso o la notifica su aborto ritardato, proseguimento della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, famiglia anticipata o esperta disarmonia, esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale, coercizione riproduttiva prevista o vissuta, costi di sistema (compresi i costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)?

[PCO uguale a PICO 5 ma I = autorizzazione del genitore tramite consenso o notifica]

PICO 9: Impatto dell'autorizzazione tramite consenso sponsale

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire, qual è l'impatto dell'autorizzazione con il consenso del coniuge su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (compresi i costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, disarmonia familiare prevista o vissuta, esposizione prevista o vissuta a violenza o sfruttamento interpersonale, coercizione riproduttiva prevista o vissuta, costi di sistema (include i costi diretti del sistema e le "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici ai servizi a pagamento/
spese private)?

[PCO come PICO 5 ma I = autorizzazione per consenso sponsale]

Restrizioni del fornitore di aborto

PICO 10: Impatto delle restrizioni del fornitore (cfr. Raccomandazione 21)

Domanda PICO: Per le donne incinte che cercano di abortire e anche per i professionisti medici che forniscono l'aborto servizi, qual è l'impatto delle restrizioni del fornitore su aborto ritardato, continuazione della gravidanza, opportunità costi (compresi i costi opportunità psicologici), impatto sproporzionato, aborto illegale, autogestione aborto, rinvio a un altro fornitore, implicazioni del carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione di lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro), costi di sistema (compresi i costi diretti di sistema e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici ai servizi a pagamento/tariffe private), imposizione percepita sulla coscienza personale o etica, impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente, stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando il applicazione dell'intervento)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto; professionisti medici che forniscono servizi di aborto

I: Restrizioni del provider

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza
- Costi di opportunità (inclusi viaggi e stigmatizzazione per aborto e costi di opportunità psicologici)
- Impatto sproporzionato
- Aborto illegale
- Aborto autogestito

Machine Translated by Google

- Rinvio ad un altro fornitore
- Implicazioni sul carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro)
- Costi di sistema (compresi i costi di sistema diretti e le "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a quelli a pagamento servizi/tariffe private)
- Percepita imposizione sulla coscienza personale o sull'etica
- Impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente
- Stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento).

Obiezione di coscienza

PICO 11: Impatto dell'obiezione di coscienza (vedi Raccomandazione 22)

Domanda PICO: per le donne incinte che cercano di abortire e anche per i professionisti medici che forniscono servizi di aborto, qual è l'impatto dell'obiezione di coscienza su aborto ritardato, prosecuzione della gravidanza, costi opportunità (inclusi costi opportunità psicologici), aborto illegale, aborto autogestito, rinvio a un altro fornitore, implicazioni del carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro), costi di sistema (inclusi costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private) , imposizione percepita sulla coscienza personale o sull'etica, impatto percepito sulla relazione operatore-cliente, stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto; professionisti medici che forniscono servizi di aborto

I: Obiezione/rifiuto di coscienza

C: Nessuno (gli studi non devono specificare il comparatore)

O:

- Aborto ritardato
- Continuazione della gravidanza
- Costi di opportunità (inclusi viaggi e stigmatizzazione per aborto e costi di opportunità psicologici)
- Aborto illegale
- Aborto autogestito)
- Rinvio ad un altro fornitore
- Implicazioni sul carico di lavoro (inclusa la riassegnazione, problemi con l'organizzazione del lavoro, nonché aumenti o diminuzioni del carico di lavoro)
- Costi di sistema (include costi di sistema diretti e "deviazioni" dai sistemi sanitari pubblici a servizi a pagamento/tariffe private)
- Percepita imposizione sulla coscienza personale o sull'etica
- Impatto percepito sulla relazione fornitore-cliente
- Stigmatizzazione degli operatori sanitari (considerando l'applicazione dell'intervento).

Machine Translated by Google

Allegato 9. Domande PICO relative al dominio dei servizi clinici

PICO: P = popolazione; **I** = intervento; **C** = comparatore; **O** = risultato(i)1

Pre-aborto

Isoimmunizzazione Rh

PICO 1: Nessuna somministrazione di anti-D in individui Rh-negativi non sensibilizzati che chiedono l'aborto (vedere Raccomandazione 8 [NUOVO])

Domanda PICO: per un individuo Rh-negativo non sensibilizzato che cerca di abortire a < 12 settimane di gestazione, la somministrazione di anti-D non è un'alternativa sicura ed efficace alla somministrazione di routine di anti-D?

P: Individui Rh-negativi non sensibilizzati che cercano di abortire a < 12 settimane (in fase di aborto medico o chirurgico)

I: Nessuna amministrazione anti-D

C: Somministrazione di routine anti-D

O:

- Tasso di isoimmunizzazione nella gravidanza successiva
- Tasso di formazione di anticorpi dopo la gravidanza iniziale.

Gestione del dolore per l'aborto chirurgico

PICO 2: Controllo del dolore per aborto chirurgico a < 14 settimane di gestazione (vedi Raccomandazioni 11 e 12 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto chirurgico a < 14 settimane di gestazione, il controllo del dolore con un metodo particolare (I) è più sicuro, più efficace e/o più soddisfacente/accettabile rispetto al controllo del dolore con un metodo diverso o nessun controllo del dolore (C)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto chirurgico a meno di 14 settimane di gestazione.

IO:

io. Blocco paracervicale (PCB) (questo include le diverse concentrazioni, tipo [lidocaina], carbonato vs non, profondità di iniezione)

ii. PCB con premedicazione

iii. Sedazione cosciente endovenosa (IV) più PCB

iv. Anestesia generale

v. Anestesia topica (es. lidocaina)

VI. Interventi non farmacologici (musica, agopuntura, “verbicaina”, ecc.)

C:

io. Nessun circuito stampato

ii. PCB da solo

iii. PCB con premedicazione

iv. Sedazione cosciente IV più PCB

O:

- Efficacia (dolore massimo misurato dalla scala analogica visiva; VAS)
- Punteggi di ansia utilizzando VAS
- Sicurezza (complicanze legate ai metodi di controllo del dolore, uso di stupefacenti supplementari, uso di eventuali farmaci aggiuntivi farmaci analgesici, durata del tempo di recupero, ricovero ospedaliero), effetti collaterali
- Soddisfazione/accettabilità.

1 Per ulteriori informazioni sui risultati delle revisioni basate sui PICO presentati in questo allegato, fare riferimento ai quadri EtD nel materiale supplementare 2.

Machine Translated by Google

PICO 3: Controllo del dolore per aborto chirurgico a ÿ 14 settimane di gestazione

(vedere Raccomandazioni 11, 13 e 14 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto chirurgico a ÿ 14 settimane di gestazione (incluso il priming cervicale prima della procedura), il controllo del dolore con un metodo particolare (I) è più sicuro, più efficace e/o più soddisfacente/accettabile rispetto al dolore controllo con un metodo diverso o nessun controllo del dolore (C)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto chirurgico a 14 settimane di gestazione o oltre

IO:

io. PCB (questo include le diverse concentrazioni, tipo [lidocaina], gassata vs no, profondità di iniezione)

ii. PCB con premedicazione

iii. Sedazione cosciente IV più PCB

iv. Anestesia generale

v. Anestesia topica (es. lidocaina)

VI. Interventi non farmacologici (musica, agopuntura, “verbicaina”, ecc.)

C:

io. Nessun circuito stampato

ii. PCB da solo

iii. PCB con premedicazione

iv. Sedazione cosciente IV più PCB

O:

- Efficacia (dolore massimo misurato dalla VAS)
- Punteggi di ansia utilizzando VAS
- Sicurezza (complicanze legate ai metodi di controllo del dolore, uso di stupefacenti supplementari, uso di eventuali farmaci aggiuntivi farmaci analgesici, durata del tempo di recupero, ricovero ospedaliero), effetti collaterali
- Soddisfazione/accettabilità.

Gestione del dolore per l'aborto farmacologico

PICO 4: Controllo del dolore per aborto farmacologico a < 14 settimane di gestazione (vedi Raccomandazione 15)

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto farmacologico a < 14 settimane di gestazione, il controllo del dolore con un particolare (i) metodo farmacologico (somministrato come profilassi o dopo l'insorgenza del dolore) o (ii) metodo non farmacologico è più sicuro, più efficace e /o più soddisfacente/accettabile rispetto a qualsiasi altro metodo simile o nessun trattamento/placebo?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico a < 14 settimane di gestazione

IO:

io. Metodi farmacologici (Timing: profilattico o dopo l'insorgenza del dolore)

- Ibuprofene
- Paracetamolo più codeina
- Antiemetici
- Loperamide
- Tramadolo

ii. Metodi non farmacologici (musica, agopuntura, “verbicaina”, ecc.)

Machine Translated by Google

C:

io. Metodi farmacologici (Timing: profilattico o dopo l'insorgenza del dolore)

- Ibuprofene
- Paracetamolo più codeina
- Antiemetici
- Loperamide
- Tramadolo

ii. Metodi non farmacologici (musica, agopuntura, “verbicaina”, ecc.)

iii. Nessun trattamento/placebo

O:

- Efficacia (dolore massimo misurato dalla VAS)
- Sicurezza (complicanze legate ai metodi di controllo del dolore, uso di qualsiasi stupefacente supplementare, uso di qualsiasi farmaco analgesico aggiuntivo), effetti collaterali
- Efficacia del regime di aborto farmacologico, definito come completamento con successo senza interventi chirurgici aggiuntivi intervento
- Tempo di espulsione
- Soddisfazione/accettabilità.

PICO 5: Controllo del dolore per aborto farmacologico a ÿ 14 settimane di gestazione (vedere Raccomandazione 16 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto farmacologico a ÿ 14 settimane di gestazione, il controllo del dolore con un particolare (i) metodo farmacologico (somministrato come profilassi o dopo l'insorgenza del dolore) o (ii) metodo non farmacologico è più sicuro, più efficace e /o più soddisfacente/accettabile rispetto a qualsiasi altro metodo simile o nessun trattamento/placebo?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico a 14 settimane di gestazione o oltre

IO:

io. Metodi farmacologici (Timing: profilattico o dopo l'insorgenza del dolore)

- Pretrattamento (ibuprofene, paracetamolo più codeina, antiemetici, loperamide, tramadolo)
- Oppiacei IV
  - circuito stampato

ii. Metodi non farmacologici (musica, agopuntura, “verbicaina”, ecc.)

C:

io. Metodi farmacologici (Timing: profilattico o dopo l'insorgenza del dolore)

- Pretrattamento (ibuprofene, paracetamolo più codeina, antiemetici, loperamide, tramadolo)
- Oppiacei IV
  - circuito stampato

ii. Metodi non farmacologici (musica, agopuntura, “verbicaina”, ecc.)

iii. Nessun trattamento/placebo

O:

- Efficacia (dolore massimo misurato dalla VAS)
- Sicurezza (complicanze, uso di qualsiasi stupefacente supplementare, uso di qualsiasi farmaco analgesico aggiuntivo), effetti collaterali
- Efficacia del regime di aborto farmacologico, definito come completamento con successo senza interventi chirurgici aggiuntivi intervento
- Tempo di espulsione
- Soddisfazione/accettabilità.

Machine Translated by Google

Innesco cervicale

PICO 6a: priming cervicale a < 12 settimane di gestazione (vedi Raccomandazione 17)

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto chirurgico a < 12 settimane di gestazione, il priming cervicale è efficace, sicuro e accettabile?

P: Donne incinte che richiedono un aborto chirurgico < 12 settimane

I: Innesco cervicale con farmaci o metodi meccanici

C: Priming cervicale con placebo, con farmaci (utilizzando percorsi, dosi o intervalli di trattamento diversi) o con diversi metodi meccanici

O:

- Efficacia
- Soddisfazione/accettabilità
- Sicurezza.

PICO 6b: priming cervicale a ÿ 12 settimane con farmaci (confronto di diversi regimi) (vedere Raccomandazioni 18b-d [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane di gestazione, il priming cervicale con mifepristone più misoprostolo o con il solo mifepristone è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla preparazione cervicale con il solo misoprostolo?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane

I: Adescamento cervicale con

io. Mifepristone più misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

ii. Mifepristone da solo [varie vie, dosi, intervalli]

C: Priming cervicale con solo misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

O:

- Efficacia (dilatazione cervicale pre-procedura, necessità di ulteriore dilatazione, facilità della procedura, tempo per procedura completa)
- Sicurezza (complicanze, necessità di ulteriori interventi, dolore pre e post procedura), effetti collaterali
- Soddisfazione (cliente e fornitore)/accettabilità
- Costo (costo comparativo e costo per il cliente).

PICO 7: priming cervicale a ÿ 12 settimane con farmaci rispetto ai metodi meccanici (vedi Raccomandazione 18b [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto chirurgico a ÿ 12 settimane di gestazione, il priming cervicale con metodi medici (mifepristone, misoprostolo o entrambi) è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile ai metodi meccanici (laminaria, bulbo di Foley, Dilapan)?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane

I: Innesco cervicale con metodi medici

io. Mifepristone da solo

ii. Misoprostolo più mifepristone

iii. Misoprostolo da solo

C: Priming cervicale con metodi meccanici (es. laminaria, bulbo di Foley, Dilapan)

O:

- Efficacia (dilatazione cervicale pre-procedura, necessità di ulteriore dilatazione, facilità della procedura, tempo per procedura completa)
- Sicurezza (complicanze, necessità di ulteriori interventi, dolore pre e post procedura), effetti collaterali

Machine Translated by Google

- Soddisfazione (cliente e fornitore)/accettabilità
- Costo (costo comparativo e costo per il cliente).

PICO 8: priming cervicale a ÿ 12 settimane con farmaci più laminaria rispetto alla sola laminaria (vedi Raccomandazione 18d [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto chirurgico a ÿ 12 settimane di gestazione, il priming cervicale con farmaci più laminaria è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla preparazione cervicale solo con laminaria?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane

I: priming cervicale con farmaci più laminaria

io. Mifepristone più misoprostolo più laminaria

ii. Misoprostolo più laminaria

iii. Mifepristone più laminaria

C: Innesco cervicale con sola laminaria

O:

- Efficacia (dilatazione cervicale pre-procedura, necessità di ulteriore dilatazione, facilità della procedura, tempo per procedura completa)
- Sicurezza (complicanze, necessità di ulteriori interventi, dolore pre e post procedura), effetti collaterali
- Soddisfazione (cliente e fornitore)/accettabilità
- Costo (costo comparativo e costo per il cliente).

PICO 9: Priming cervicale a ÿ 12 settimane con metodi meccanici prima della dilatazione e dell'evacuazione (D&E) (vedere Raccomandazione 18 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto chirurgico (D&E) a ÿ 12 settimane di gestazione, il priming cervicale con un metodo meccanico è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile al priming cervicale con un metodo meccanico diverso?

P: Persona incinta che chiede l'aborto chirurgico a ÿ 12 settimane

I: Priming cervicale con un metodo meccanico prima di D&E

C: Priming cervicale con un metodo meccanico diverso prima di D&E

O:

- Efficacia (dilatazione cervicale pre-procedura, necessità di ulteriore dilatazione, facilità della procedura, tempo per procedura completa)
- Sicurezza (complicanze, necessità di ulteriori interventi, dolore pre e post procedura), effetti collaterali
- Soddisfazione (cliente e fornitore)/accettabilità
- Costo (costo comparativo e costo per il cliente).

Machine Translated by Google

Aborto

Nuovi metodi medici per l'aborto

PICO 10: Aborto farmacologico con letrozolo più misoprostolo, rispetto al solo misoprostolo (vedere Raccomandazione 27c [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta che desidera abortire farmacologicamente, l'aborto farmacologico con letrozolo più misoprostol è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile all'aborto farmacologico con solo misoprostolo?

P: Donne incinte che cercano l'aborto farmacologico (tutte le età gestazionali)

I: Aborto medico con letrozolo più misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

C: Aborto farmacologico con solo misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

O:

- Efficacia (tasso di gravidanza in corso, procedura completata senza intervento chirurgico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo (comparativo e costo per il cliente).

PICO 11: Aborto medico con letrozolo più misoprostolo, rispetto a mifepristone più misoprostolo

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto medico, l'aborto medico con letrozolo più misoprostolo è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente all'aborto medico con mifepristone più misoprostolo?

P: Donne incinte che cercano l'aborto farmacologico (tutte le età gestazionali)

I: Aborto medico con letrozolo più misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

C: Aborto farmacologico con mifepristone più misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

O:

- Efficacia (tasso di gravidanza in corso, completata senza intervento chirurgico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo (comparativo e costo per il cliente).

PICO 12: Aborto farmacologico con mifepristone più letrozolo, rispetto al solo misoprostolo

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto medico, l'aborto medico con mifepristone più letrozolo è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente all'aborto medico con il solo misoprostolo?

P: Persona incinta che chiede l'aborto farmacologico

I: Aborto medico con mifepristone più letrozolo [varie vie, dosi, intervalli]

C: Aborto farmacologico con solo misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

O:

- Efficacia (tasso di gravidanza in corso, completata senza intervento chirurgico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo (comparativo e costo per il cliente).

Machine Translated by Google

Aborto mancato a < 14 settimane di gestazione

PICO 13: Gestione medica dell'aborto mancato con mifepristone più misoprostol (vedi Raccomandazione 31 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta con mancato aborto a < 14 settimane di gestazione, è la gestione medica con mifepristone più misoprostol un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile al medico gestione con il solo misoprostolo?

P: Donne incinte con mancato aborto < 14 settimane

I: Gestione medica con mifepristone più misoprostolo [varie vie, dosi, intervalli]

C: Gestione medica con solo misoprostolo [percorsi, dosi, intervalli]

O:

- Efficacia (espulsione fallita/prodotti trattenuti in corso, completati senza intervento chirurgico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo del trattamento.

PICO 14: Gestione medica dell'aborto mancato con tutti i regimi (vedere Raccomandazione 31 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta con mancato aborto a < 14 settimane di gestazione, la gestione medica (tutti i regimi) è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla gestione in attesa?

P: Donne incinte con mancato aborto < 14 settimane

I: Gestione medica (tutti i regimi)

C: Gestione in attesa

O:

- Efficacia (espulsione fallita/prodotti trattenuti in corso, completati senza intervento chirurgico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo del trattamento.

PICO 15: Gestione chirurgica dell'aborto mancato (vedi Raccomandazione 31 [NUOVO])

Domanda PICO: per una donna incinta con mancato aborto a < 14 settimane di gestazione, la gestione chirurgica è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla gestione medica o in attesa?

P: Donne incinte con mancato aborto < 14 settimane

I: Gestione chirurgica

C:

- Gestione medica
- Gestione in attesa

O:

- Efficacia (espulsione fallita/prodotti trattenuti in corso, completati senza intervento chirurgico
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo del trattamento.

Machine Translated by Google

Approcci di autogestione

Autogestione dell'aborto medico (vedi Raccomandazione 49)

PICO 16: Autogestione dell'aborto farmacologico

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto farmacologico, è l'autogestione del processo di aborto farmacologico (valutazione dell'idoneità, somministrazione di mifepristone e/o misoprostolo, autovalutazione dell'esito/successo), senza la supervisione diretta di un operatore sanitario qualificato, un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile all'aborto farmacologico gestito da un operatore sanitario qualificato?

P: Le donne incinte che cercano l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale

I: Le persone incinte che gestiscono autonomamente il processo di aborto farmacologico (in toto) senza la supervisione diretta di a operatore sanitario qualificato

C: Aborto medico gestito da un operatore sanitario qualificato (tutti i regimi di aborto farmacologico)

O:

- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Soddisfazione/accettabilità
- Esperienza fisica ed emotiva (effetti collaterali, emozioni positive e negative, stigma interiorizzato), sapere quando cercare assistenza medica (visite non programmate, telefonate alla clinica, visite di emergenza)
- Costo.

PICO 16a: Autovalutazione di ammissibilità per MA

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto farmacologico, l'autovalutazione dell'idoneità2 all'aborto farmacologico è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla valutazione dell'idoneità da parte di un medico o di un altro operatore sanitario qualificato?

P: Le donne incinte che cercano l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale

I: Le donne in gravidanza autogestiscono la prima parte del processo di aborto farmacologico autovalutando la loro idoneità per l'aborto medico senza la supervisione diretta di un operatore sanitario

C: Valutazione dell'idoneità eseguita da un operatore sanitario qualificato

O:

- Percentuale di donne incinte ritenute idonee all'aborto farmacologico
  - ÿ Percentuale di donne in gravidanza ritenute non idonee a causa dell'età gestazionale
  - ÿ Percentuale di donne in gravidanza ritenute non idonee a causa di controindicazioni
- Accuratezza di queste valutazioni se confrontate con un verificatore e/o diagnostico indipendente standard
- Gravidanza in corso
- Completato senza intervento chirurgico
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo.

2 Criteri di ammissibilità definiti come: < 12 settimane; nessuna controindicazione; nessun segno o sintomo di gravidanza extrauterina.

Machine Translated by Google

PICO 16b: Farmaci autosomministrati per l'aborto farmacologico

Domanda PICO: per una persona che richiede l'aborto medico, l'autosomministrazione di farmaci per l'aborto farmacologico, quando vengono fornite istruzioni per il loro uso da una fonte affidabile, è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla somministrazione di farmaci da parte di un operatore sanitario qualificato ?

P: Le donne incinte che cercano l'aborto farmacologico a qualsiasi età gestazionale

I: Persone incinte che si autosomministrano i farmaci per l'aborto medico (come parte del processo di aborto medico) senza la supervisione diretta di un operatore sanitario (ma con le istruzioni di una fonte affidabile di assistenza sanitaria)

C: Somministrazione di farmaci per l'aborto farmacologico da parte di un operatore sanitario qualificato

O:

- Aderenza delle persone incinte al regime di aborto medico raccomandato seguendo le istruzioni
- Efficacia (tasso di gravidanza in corso, completata senza intervento chirurgico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento
- Esperienza fisica ed emotiva (effetti collaterali, emozioni positive e negative, stigma interiorizzato), sapere quando cercare assistenza medica (visite non programmate, telefonate alle cliniche, visite di emergenza)
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo (comparativo e costo per il cliente).

PICO 16C: Autovalutazione dell'esito del processo di aborto medico

Domanda PICO: per una persona che ha subito un aborto farmacologico, l'autovalutazione dell'esito/successo dell'aborto farmacologico è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla valutazione dell'esito/successo da parte di un operatore sanitario qualificato?

P: Individui che hanno subito un aborto farmacologico

I: Le donne incinte gestiscono autonomamente l'ultima parte del processo di aborto farmacologico autovalutando l'esito/successo dell'aborto senza la diretta supervisione di un operatore sanitario qualificato

C: Valutazione dell'esito/successo dell'aborto da parte di un operatore sanitario qualificato

O:

- Efficacia (percentuale di donne incinte valutate per aver abortito con successo, accuratezza di queste valutazioni se misurate rispetto a un verificatore indipendente e/o standard diagnostico)
- Tasso di gravidanza in corso
- Completato senza intervento chirurgico
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze), effetti collaterali
- Tempo di espulsione dall'inizio del trattamento;
- Esperienza fisica ed emotiva (effetti collaterali, emozioni positive e negative, stigma interiorizzato), sapere quando cercare assistenza medica (visite non programmate; telefonate alle cliniche, visite di emergenza)
- Soddisfazione/accettabilità
- Costo (comparativo e costo per il cliente).

Machine Translated by Google

Allegato 10. Domande PICO relative all'ambito dell'erogazione dei servizi

PICO: P = popolazione; **I** = intervento; **C** = comparatore; **O** = risultato(i)1

Nota: per una descrizione di tutte le categorie di operatori sanitari menzionate nel presente allegato, fare riferimento all'allegato 5.

Servizi applicabili attraverso il continuum di cura

Fornitura di informazioni

PICO 1: I dipendenti delle farmacie devono fornire informazioni accurate (vedi Raccomandazione 4)

Domanda PICO: Per una persona che cerca informazioni sulla cura dell'aborto (prima o dopo il trattamento/aborto), le informazioni sulla disponibilità di fornitori sicuri per la cura dell'aborto (fornitura di aborto, assistenza per complicazioni dell'aborto, assistenza per aborto incompleto) sono fornite da una farmacia lavoratore un sicuro, efficace e soddisfacente/ alternativa accettabile alla mancata fornitura di informazioni (prassi abituale)?

P: Persona che cerca informazioni sulla cura dell'aborto prima del trattamento o dopo un aborto incompleto o complicanze dell'aborto (comprese quelle mediche o chirurgiche, a qualsiasi età gestazionale)

I: Informazione e collegamento ai servizi per l'aborto, nella comunità o in altri luoghi, da parte degli operatori della farmacia

C: Nessuna informazione (prassi usuale)

O:

- Efficacia (corretta conoscenza da parte del personale farmaceutico dell'aborto sicuro e delle possibili complicanze, della sicurezza assistenza post-aborto e indicazioni per il rinvio)
- Privacy e riservatezza nella fornitura di informazioni
- Accessibilità dei servizi per la persona che li richiede
- Soddisfazione/accettabilità delle informazioni e dei servizi forniti.

Consulenza

PICO 2: Consulenza pre e post-aborto (vedi Raccomandazione 5)

Domanda PICO: per una donna incinta che ha abortito, la consulenza pre e post-aborto fornita da un professionista della medicina tradizionale e complementare, un farmacista, un farmacista o un operatore sanitario di comunità è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla consulenza fornita da in -personale della clinica?

P: Donne incinte che abortiscono

I: Consulenza pre e post-aborto da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori farmaceutici o operatori sanitari della comunità

C: Consulenza fornita dal personale della clinica (es. medici generici o specialisti, infermieri o ostetriche)

O:

- Efficacia (corretta conoscenza da parte degli operatori sanitari e dei clienti delle opzioni contraccettive, dei metodi sicuri e servizi appropriati per l'aborto e di cure post-aborto sicure)
- Soddisfazione/accettabilità del consiglio di contraccezione fornito e della consulenza e servizi forniti
- Disponibilità di consulenza e servizi contraccettivi
- Accessibilità delle informazioni e metodo di scelta
- Privacy e riservatezza del cliente rispettate durante la fornitura di consulenza e servizi
- Partecipazione alla fornitura di consulenza e servizi
- Qualità della consulenza e dei servizi
- Processo decisionale informato dopo la fornitura di consulenza e servizi
- Responsabilità nella fornitura di consulenza e servizi
- Mescolare i tipi di contraccezione offerti nella consulenza.

1 Per ulteriori informazioni sui risultati delle revisioni basate sui PICO presentati in questo allegato, fare riferimento ai quadri EtD nel materiale supplementare 3.

Machine Translated by Google

Pre-aborto

PICO 3: priming cervicale con dilatatori osmotici o farmaci (vedi Raccomandazioni 19 e 20)

Domanda PICO: per una donna incinta che ha subito un aborto chirurgico indotto, la fornitura di priming cervicale mediante dilatatori osmotici o farmaci da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, di un medico associato/avanzato, di un'ostetrica, di un'infermiera o di un'infermiera ausiliaria/ostetrica ausiliaria è sicura, efficace e soddisfacente/ alternativa accettabile alla fornitura di priming cervicale da parte di un medico?

P: Donne incinte che hanno un aborto indotto con aspirazione sottovuoto o D&E

I: Adescamento cervicale con

io. dilatatori osmotici forniti da professionisti della medicina tradizionale e complementare, associati/avanzati medici associati, ostetriche, infermiere o infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie

ii. farmaci forniti da professionisti della medicina tradizionale e complementare, associati/avanzati medici associati, ostetriche, infermiere, infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie, farmacisti o farmacisti lavoratori

C: Priming cervicale eseguito da medici con (i) dilatatori osmotici o (ii) farmaci

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (grado di dilatazione e percezione della facilità della procedura da parte del fornitore)
- Soddisfazione/accettabilità.

Aborto

Aborto chirurgico in età gestazionale < 14 settimane

PICO 4: Aspirazione sottovuoto per tutte le indicazioni in età gestazionale < 14 settimane (vedere Raccomandazione 24)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca un aborto indotto o un trattamento per aborto incompleto o aborto spontaneo (vale a dire tutte le indicazioni per l'aspirazione sottovuoto), la fornitura di aspirazione sottovuoto da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, un'ostetrica infermiera ausiliaria o un'infermiera ausiliaria è sicura, efficace e soddisfacente/ alternativa accettabile alla fornitura di aspirazione a vuoto da parte di un medico?

P: Donne incinte che cercano un aborto indotto o un trattamento per aborto incompleto o aborto spontaneo

I: Aspirazione sottovuoto fornita da un professionista della medicina tradizionale e complementare, infermiere ausiliario ostetriche o infermiere ausiliarie

C: Aspirazione con vuoto fornita da medici generici o specialisti (ostetrici/ginecologi)

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto dopo la procedura
- Soddisfazione/accettabilità.

Aborto chirurgico in età gestazionale successiva

PICO 5: Dilatazione ed evacuazione (D&E) per aborto chirurgico a ÿ 14 settimane (vedere Raccomandazione 26)

Domanda PICO: per una donna incinta che ha subito un aborto chirurgico (D&E), la fornitura da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, di un medico associato/avanzato associato, di un'ostetrica è un'alternativa sicura, efficace o soddisfacente/accettabile alla fornitura di cure da parte di un medico?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto chirurgico a ÿ 14 settimane di gestazione

I: D&E fornito da professionisti della medicina tradizionale e complementare, associato/associato avanzato medici, ostetriche

Machine Translated by Google

C: Aborto chirurgico fornito da medici generici e specialisti

O:

- Efficacia (successo dell'aborto dopo la procedura)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Soddisfazione/accettabilità.

Aborto medico per età gestazionali < 12 settimane e le sue attività componenti (vedi Raccomandazione 28)

PICO 6: Fornitura di assistenza medica per l'aborto a < 12 settimane

Domanda PICO: per una donna incinta che richiede un aborto farmacologico a < 12 settimane, è possibile fornire un aborto farmacologico (vale a dire valutazione dell'idoneità, somministrazione di farmaci di qualità garantita, valutazione dell'esito/successo) da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità, un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla fornitura dell'aborto farmacologico da parte di un medico?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico

I: Aborto medico fornito da professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, farmacia lavoratori o operatori sanitari di comunità

C: Aborto medico fornito da medici generici o specialisti (ostetrici/ginecologi)

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo il trattamento)
- Soddisfazione/accettabilità.

PICO 6a: Valutazione dell'ammissibilità all'autorizzazione all'immissione in commercio

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto farmacologico, la valutazione dell'idoneità all'aborto farmacologico da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile a - e accurata quanto - valutazione da parte di un medico?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico

IO: Valutazione di idoneità da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori di farmacia o operatori sanitari di comunità

C: Valutazione di idoneità da parte di medici generici o specialisti (ostetrici/ginecologi)

O:

- Efficacia (percentuale di donne incinte ritenute idonee all'aborto farmacologico per tipo di fornitore e l'accuratezza di queste valutazioni quando confrontate con un verificatore indipendente e/o uno standard diagnostico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi, escluso il trattamento per aborto incompleto o gravidanza in corso)
- Efficacia (successo dell'aborto dopo la procedura)
- Soddisfazione.

Machine Translated by Google

PICO 6b: Somministrazione di farmaci per MA

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca l'aborto medico, è la somministrazione di farmaci per l'aborto farmacologico (ovvero fornitura di informazioni, erogazione di farmaci di qualità garantita, rinvio a una fonte attendibile per i farmaci) con istruzioni per il loro uso da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla somministrazione da parte di un medico?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico

I: Somministrazione di farmaci (ovvero fornitura di informazioni, erogazione di farmaci di qualità garantita, rinvio a una fonte attendibile per i farmaci) con istruzioni per il loro uso da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori di farmacia o operatori sanitari della comunità

C: Somministrazione di farmaci (ovvero fornitura di informazioni, erogazione di farmaci di qualità garantita, rinvio a una fonte attendibile per i farmaci) da medici generici o specialisti

O:

- Comprensione del protocollo da parte dei partecipanti, come dimostrato dall'assunzione del regime corretto
- Sicurezza (eventi avversi gravi, escluso il trattamento per aborto incompleto o gravidanza in corso)
- Efficacia (successo dell'aborto dopo la procedura)
- Soddisfazione.

PICO 6C: valutazione accurata del successo del processo di MA

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca di abortire farmacologicamente, la valutazione del successo del processo di aborto farmacologico da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile a - e come accurato come – valutazione da parte di un medico?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico

I: Valutazione del successo dell'aborto da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori farmaceutici o operatori sanitari della comunità

C: Valutazione del successo dell'aborto da parte di medici generici o specialisti

O:

- Efficacia della valutazione dell'esito (percentuale di donne incinte valutate per il successo dell'aborto per tipo di fornitore e accuratezza di queste valutazioni quando misurate rispetto a un verificatore indipendente e/o standard diagnostico)
- Efficacia (successo dell'aborto dopo la procedura)
- Sicurezza (eventi avversi gravi, escluso il trattamento per aborto incompleto o gravidanza in corso, gravidanza extrauterina)
- Soddisfazione.

Gestione dell'aborto indotto in età gestazionale ÿ 12 settimane

PICO 7: Fornitura di cure per l'aborto a ÿ 12 settimane (vedere Raccomandazione 30)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca di abortire indotto, l'aborto medico o chirurgico da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, un medico associato, un'ostetrica, un'infermiera, un'infermiera ausiliaria, un farmacista, un farmacista o un operatore sanitario di comunità è un'alternativa sicura, efficace o soddisfacente a fornitura di cure per l'aborto da parte dei medici?

P: Donne incinte che chiedono l'aborto medico o chirurgico dopo 12 settimane di gestazione

I: aborto medico o aborto chirurgico fornito da professionisti della medicina tradizionale e complementare, medici associati, ostetriche, infermieri, infermieri ausiliari, farmacisti, operatori di farmacia o salute della comunità lavoratori

Machine Translated by Google

C: Aborto medico o aborto chirurgico fornito da medici generici e specialisti

O:

- Efficacia (successo dell'aborto senza bisogno di ulteriori interventi medici o chirurgici)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Soddisfazione.

Morte fetale intrauterina (IUFD)

PICO 8: Gestione medica della morte fetale intrauterina (IUFD) (vedere Raccomandazione 33 [NUOVO])

Domanda PICO: per una persona incinta con diagnosi di morte fetale intrauterina (IUFD), la gestione medica dell'IUFD (con mifepristone e misoprostolo, o solo misoprostolo) è fornita da un professionista della medicina tradizionale e complementare, un medico associato/avanzato, un'ostetrica, un'infermiera, infermiere ausiliario/ostetrica infermiere ausiliario, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente alla gestione medica da parte di un medico?

P: Persone in gravidanza con diagnosi di IUFD

I: Gestione medica con mifepristone e misoprostolo o solo misoprostolo fornito da tradizionale e professionisti della medicina complementare, medici associati/associati avanzati, ostetriche, infermieri, infermiere ausiliarie/ostetriche infermiere ausiliarie, farmacisti, operatori di farmacia o operatori sanitari di comunità

C: Gestione medica con mifepristone e misoprostolo o solo misoprostolo fornita da medici generici o specialisti

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)
- Soddisfazione/accettabilità.

Post-aborto

Aborto incompleto in età gestazionale < 14 settimane

PICO 9: Gestione dell'aborto incompleto con misoprostolo (vedi Raccomandazione 37)

Domanda PICO: per una persona incinta con aborto incompleto, è la gestione dell'aborto incompleto con misoprostolo fornito da un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla gestione con misoprostolo fornito da un medico?

P: Donne incinte con aborto incompleto

I: Gestione medica con misoprostolo fornita da professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori di farmacia o operatori sanitari di comunità

C: Gestione medica con misoprostolo fornita da medici generici o specialisti

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)
- Soddisfazione/accettabilità.

Machine Translated by Google

PICO 10: Aspirazione sottovuoto per la gestione dell'aborto incompleto non complicato

(vedi Raccomandazione 38)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca un aborto indotto, la fornitura di aspirazione sottovuoto per aborto indotto/aborto incompleto/aborto spontaneo (tutte le indicazioni) da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermiere ausiliarie o ostetriche infermiere ausiliarie è un'opzione sicura, efficace o soddisfacente per fornitura di aspirazione sottovuoto da parte dei medici?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto indotto

I: Aspirazione sottovuoto fornita da professionisti della medicina tradizionale e complementare, infermieri ausiliari o ostetriche infermiere ausiliarie

C: Aspirazione a vuoto fornita da medici generici o specialisti (ostetrici/ginecologi)

O:

- Efficacia (successo dell'aborto dopo la procedura)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Soddisfazione/accettabilità.

Riconoscere e gestire le complicanze (vedi Raccomandazioni 39 e 40)

PICO 11: Diagnosi e gestione delle complicanze legate all'aborto

Domanda PICO: per una persona che presenta una o più complicanze di un aborto indotto e in condizioni stabili, la diagnosi e la gestione delle complicanze correlate all'aborto da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacista, farmacista o operatore sanitario di comunità sono sicure, efficace e soddisfacente/un'alternativa accettabile e accurata quanto la diagnosi e la gestione da parte di un medico?

P: Donne che presentano complicanze di un aborto indotto e in condizioni stabili

I: Diagnosi e gestione delle complicanze da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori di farmacia o operatori sanitari di comunità

io. Diagnosi e gestione dell'infezione da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori di farmacia, operatori sanitari di comunità

ii. Diagnosi e gestione dell'emorragia da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacisti, operatori di farmacia, operatori sanitari di comunità

C: Diagnosi e gestione dell'infezione e dell'emorragia abbondante da parte di medici generici e specialisti

O:

- Efficacia (accurata determinazione di una complicanza seguita da un'offerta di trattamento corretto o rinvio a seconda della capacità professionale e del contesto clinico)
- Sicurezza (eventi avversi gravi)
- Soddisfazione/accettabilità.

Contraccezione post-aborto

PICO 12: Fornitura post-aborto di contraccettivi iniettabili (vedi Raccomandazione 46)

Domanda PICO: per una persona nel periodo post-aborto che necessita di contraccezione, è prevista la fornitura di iniettabili contraccettivi (inizio o continuazione) da parte di un professionista della medicina tradizionale e complementare, farmacia lavoratore o operatore sanitario di comunità, un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla fornitura da parte di a operatore sanitario qualificato?

P: Donne nel periodo post-aborto che necessitano di contraccezione

I: Consegna di contraccettivi iniettabili, da parte di professionisti della medicina tradizionale e complementare, farmacia lavoratori o operatori sanitari di comunità

C: Consegna di contraccettivi iniettabili da parte di operatori sanitari qualificati

O:

- Captazione e continuazione dell'anticoncezionale

Machine Translated by Google

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze legate alla fornitura del metodo)
- Efficacia (fallimento del metodo)
- Soddisfazione/accettabilità.

Considerazioni sull'erogazione del servizio

Assistenza non assistita/ambulatoriale/domiciliare

PICO 13: Telemedicina (vedi Raccomandazione 48)

Domanda PICO: per una donna incinta che chiede l'aborto medico, l'assistenza medica per l'aborto fornita attraverso la telemedicina (assistenza completa o singoli componenti) è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile all'assistenza medica per l'aborto di persona?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto farmacologico

I: assistenza medica per l'aborto fornita tramite telemedicina, inclusa l'assistenza medica completa per l'aborto, o qualsiasi numero dei seguenti singoli componenti:

- Valutazione dell'idoneità all'aborto farmacologico attraverso la telemedicina
- Consulenza e/o istruzioni per l'aborto farmacologico attraverso la telemedicina
- Istruzioni e facilitazione attiva dell'aborto farmacologico attraverso la telemedicina
- Follow-up dell'aborto farmacologico attraverso la telemedicina

C: Assistenza medica per l'aborto di persona

O:

- Efficacia (tassi di gravidanza in corso, successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura e di evacuazione chirurgica dopo l'aborto)
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Soddisfazione/accettabilità
- Tasso di aderenza al regime posologico raccomandato (autoriportato)
- Costo dichiarato dei servizi.

PICO 14: Outreach basato sulla comunità (vedi Dichiarazione di buone pratiche 49)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca l'aborto indotto, i modelli di sensibilizzazione basati sulla comunità per la fornitura di cure per l'aborto sono alternative sicure, efficaci e soddisfacenti/accettabili alla fornitura di cure per l'aborto in una struttura sanitaria da parte di un operatore sanitario qualificato?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto indotto

I: Outreach che coinvolge gli operatori sanitari

C: Fornitura di assistenza in una struttura sanitaria da parte di operatori sanitari qualificati

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)
- Efficacia dei costi
- Aumento dei comportamenti di ricerca della salute
- Soddisfazione/accettabilità.

Collocamento:

- Infrastrutture deboli
- Legalmente restrittivo.

Machine Translated by Google

PICO 15: consulenza per la riduzione del danno (vedere Dichiarazione di buone pratiche 49)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca un aborto indotto, la consulenza per la riduzione del danno sulla cura dell'aborto è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile all'erogazione di servizi di routine in clinica?

P: Donne incinte che cercano un aborto indotto

I: Consulenza per la riduzione del danno

C: Fornitura di servizi di routine in clinica

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)
- Soddisfazione/accettabilità.

Collocamento:

- Ambienti umanitari
- Ambienti non umanitari.

PICO 16: Attività di marketing sociale/comunicazione dell'aborto sicuro (vedere Dichiarazione di buone pratiche 49)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca un aborto indotto, il marketing sociale può fornire un migliore accesso a servizi di aborto indotto sicuri, efficaci e soddisfacenti/accettabili rispetto alla fornitura di cure per l'aborto in una struttura sanitaria da parte di un operatore sanitario qualificato?

P: Donne incinte che cercano un aborto indotto

I: Metodi di marketing sociale per i servizi di aborto indotto

C: Fornitura di servizi di aborto in clinica

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)
- Accesso (accessibilità economica, utilizzo, volume di clienti, presenze e copertura per popolazione)
- Qualità dell'assistenza (metodi di scelta dell'aborto, qualità delle informazioni fornite alla donna incinta, fornitore competenza, rapporto gestante/fornitore)
- Effetti avversi (impatti indesiderati sui servizi pubblici o privati esistenti, uso inappropriato dei servizi)
- Accesso o utilizzo equo (distribuzione dell'accesso tra le caratteristiche sociodemografiche)
- Costo/servizio (dal punto di vista della società o dal punto di vista dell'operatore di marketing/franchiser, dell'affiliato o della donna incinta/cliente)
- Soddisfazione/accettabilità.

PICO 17: Autoapprovvigionamento di farmaci per l'aborto indotto (vedere Dichiarazione di buone pratiche 49)

Domanda PICO: per una donna incinta che cerca l'aborto indotto, l'autoapprovvigionamento di farmaci attraverso fonti online è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile all'ottenimento di una prescrizione e/o di farmaci da un operatore sanitario qualificato?

P: Le donne incinte che chiedono l'aborto indotto

I: Le persone incinte si autoapprovvigionano farmaci per l'aborto attraverso una fonte online senza prescrizione medica

C: Le donne in stato di gravidanza ottengono la prescrizione e/o i farmaci da un operatore sanitario (specialista o generico medico, professionista della medicina tradizionale e complementare, ostetrica, infermiere, infermiere ausiliario, infermiere ausiliario ostetrico, farmacista, operatrice farmaceutica, operatore sanitario di comunità)

O:

- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze)
- Efficacia (successo dell'aborto senza necessità di intervento chirurgico dopo la procedura)

Machine Translated by Google

- Qualità dei farmaci
- Soddisfazione/accettabilità.

Approcci di autogestione

PICO 18: Autosomministrazione post-aborto di contraccettivi iniettabili (vedi Raccomandazione 50)

Domanda PICO: per una persona nel periodo post-aborto che necessita di contraccezione, l'autosomministrazione di contraccettivi iniettabili (inizio o continuazione) è un'alternativa sicura, efficace e soddisfacente/accettabile alla fornitura da parte di un operatore sanitario qualificato?

P: Donne nel periodo post-aborto che necessitano di contraccezione

I: Autosomministrazione di contraccettivi iniettabili (inizio o continuazione)

C: Consegna di contraccettivi iniettabili da parte di operatori sanitari qualificati

O:

- Captazione e continuazione dell'anticoncezionale
- Sicurezza (eventi avversi gravi e complicanze legate alla fornitura del metodo)
- Efficacia (fallimento del metodo)
- Soddisfazione/accettabilità.

Machine Translated by Google

Allegato 11. Dettagli sulla diffusione e l'aggiornamento delle linee guida

Diffusione

La linea guida completa sarà pubblicata digitalmente (sia una versione web interattiva che un documento PDF disponibile online per il download) e in stampa. Le raccomandazioni di questa linea guida figureranno anche nel compendio aggiornato annualmente delle raccomandazioni approvate dal Comitato di revisione delle linee guida dell'OMS (GRC), che sarà prodotto dal Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva (SRH) dell'OMS in tutte le aree tematiche. Le versioni digitali delle linee guida saranno disponibili tramite il sito Web dell'OMS.1 I collegamenti alle versioni digitali saranno diffusi attraverso i partner delle organizzazioni non governative (ONG), i siti Web delle associazioni professionali e le piattaforme dei social media. Sono inoltre disponibili online materiali supplementari, inclusi i corrispondenti framework GRADE Evidence to-Decision (EtD) per ciascuna delle raccomandazioni.2 Versioni stampate della linea guida saranno distribuite agli uffici regionali e nazionali dell'OMS, ai partner delle ONG e alle associazioni professionali.

È prevista la traduzione della linea guida in spagnolo (in collaborazione con l'Organizzazione Panamericana della Sanità [PAHO]), francese e portoghese. Le traduzioni in altre lingue delle Nazioni Unite saranno sviluppate secondo necessità. Le traduzioni di terze parti in altre lingue saranno incoraggiate, a condizione che rispettino le linee guida dell'OMS su tali traduzioni.

La linea guida sarà lanciata attraverso incontri di divulgazione in ogni regione dell'OMS e specifiche attività di trasferimento e adattamento delle conoscenze e ricerca sull'implementazione si svolgeranno in paesi selezionati in base alle necessità e ha espresso interesse ad andare avanti con l'attuazione delle raccomandazioni. Altri prodotti lo faranno sostenere il lancio della linea guida per consentire ai colleghi regionali di diffondere ampiamente le informazioni chiave. Tali prodotti includono:

- una presentazione in PowerPoint che riassume i messaggi chiave ei nuovi elementi della linea guida;
- una presentazione in PowerPoint sulle prove alla base delle raccomandazioni selezionate;
- tessere di social media.

Gli uffici regionali dell'OMS e un certo numero di agenzie interessate e partner delle ONG dovrebbero essere partner attivi nella diffusione e nell'adattamento regionale, nazionale e locale di questa linea guida e nello sviluppo di derivati materiali informativi.

In aggiornamento

Questa linea guida sarà presentata online in un formato web interattivo subito dopo la pubblicazione della versione in formato standard, che sarà disponibile per il download. Il formato basato sul web consentirà alla linea guida di essere una "linea guida vivente", facilitando la revisione di nuove evidenze di ricerca per garantire che possa essere portata al GDG per la revisione e quindi aggiornata come appropriato nella linea guida su base continuativa. Questa linea guida consolidata attualmente combina e aggiorna le raccomandazioni di tre precedenti linee guida dell'OMS sulla cura dell'aborto,3 e futuri aggiornamenti copriranno anche nuovi argomenti correlati, se necessario.

La natura in rapida evoluzione degli interventi e degli approcci per l'assistenza all'aborto di qualità, in particolare quelli per l'autogestione dell'aborto, richiede una revisione continua della letteratura. Il gruppo direttivo delle linee guida dell'OMS (vedi allegato 1) sta sviluppando un sistema di database che consentirà la continua ricerca e revisione delle prove. Questo a sua volta aiuterà con i futuri aggiornamenti delle raccomandazioni e informerà tutte le aree che potrebbero potenzialmente richiedere una nuova raccomandazione. Ci sono molte aree per le quali non è stata trovata alcuna evidenza o che sono supportate solo da prove a bassa certezza (vedi Capitolo 4, sezione 4.3), e in questi casi possono essere giustificate rispettivamente nuove raccomandazioni o un cambiamento nella raccomandazione pubblicata. Qualsiasi preoccupazione sulla validità di una raccomandazione esistente può essere comunicata tempestivamente all'Unità per la prevenzione dell'aborto non sicuro (PUA) presso il Dipartimento per la salute e la ricerca sessuale e riproduttiva dell'OMS (e-mail: srhpua@who.int), dopodiché la PUA

1 Disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
2 Disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
3 Aborto sicuro: guida tecnica e politica per i sistemi sanitari, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2012 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241548434).
Ruoli degli operatori sanitari nel fornire cure sicure per l'aborto e contraccezione post-aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/).
Gestione medica dell'aborto. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gestione-medica-aborto/it/).

Machine Translated by Google

L'unità richiederà l'approvazione del GRC dell'OMS per sottoporsi al processo di "guida rapida" e verranno elaborati i piani per aggiornare la raccomandazione secondo necessità.

Tutti i prodotti tecnici sviluppati durante il processo di sviluppo di questa linea guida, inclusi i rapporti completi di revisioni sistematiche, strategie di ricerca corrispondenti e date delle ricerche - saranno archiviate per riferimento futuro e uso. Laddove vi siano dubbi sulla validità di una raccomandazione basata su nuove prove, il sistematico la recensione che affronta la domanda principale verrà aggiornata. Per aggiornare la recensione, la strategia di ricerca utilizzata per la revisione iniziale verrà riapplicata. Eventuali nuove domande identificate a seguito dell'esercizio di scoping originale per il La linea guida subirà un processo simile di recupero delle prove, sintesi e applicazione dell'approccio GRADE in in accordo con gli standard del manuale dell'OMS per lo sviluppo di linee guida.[4] Per ulteriori informazioni sul processo di "linee guida viventi", fare riferimento alle recenti pubblicazioni di Vergara-Merino et al. (2020)5 e Vogel et al. (2019).6

4 Manuale dell'OMS per lo sviluppo di linee guida, seconda edizione. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2014 (https://apps.who.int/iris/manico/10665/145714).

5 Vergara-Merino L, Verdejo C, Carrasco C, Vargas-Peirano M. Revisione sistematica vivente: nuovi input e sfide. Medwave. 2020;20(11):e8092.

6 Vogel J, Dowswell T, Lewin S, Bonet M, Hampson L, Kellie F, et al. Sviluppare e applicare un approccio di "linee guida viventi" all'OMS raccomandazioni sulla salute materna e perinatale. BMJ Glob Salute. 2019;4(4):e001683.

Machine Translated by Google

Machine Translated by Google

World Health Organization

human reproduction programme hrp
research for impact
UNDP·UNFPA·UNICEF·WHO·WORLD BANK

Per ulteriori informazioni, si prega di contattare:

Dipartimento di salute e ricerca sessuale e riproduttiva

Organizzazione Mondiale della
Sanità 20, viale Appia
1211 Ginevra 27
Svizzera

E-mail: srhhrp@who.int
Sito web: www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

9789240039483