



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Allegato alla Delib.G.R. n. 37/20 del 2.11.2023

**IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
PER L'ENDOMETRIOSI  
NELLA REGIONE SARDEGNA**





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## INDICE

1 Premessa.....	4
2 Obiettivi e metodologia	4
3 Criteri di inclusione.....	5
4 Responsabilità .....	5
5 Endometriosi definizione e sintomi .....	5
6 Epidemiologia .....	8
7 Stadiazione clinica .....	9
8 Organizzazione del percorso di cura regionale	10
9 Il modello clinico-organizzativo regionale: i livelli di assistenza e la rete assistenziale regionale	11
9.1 Accesso della paziente al percorso .....	12
9.2 Centri ospedalieri .....	12
10 La valutazione multidisciplinare.....	16
11 Flow Chart PDTA Regionale .....	18
12 Modello clinico-assistenziale .....	19
13 Percorso diagnostico.....	19
13.1 Anamnesi, sospetto diagnostico e valutazione del dolore pelvico .....	19
13.2 Esame obiettivo: valutazione di pelvi e addome .....	20
14 Ruolo dell'ecografia e di altre tecniche di imaging .....	21
15 Esami strumentali	22
15.1 Dosaggio ematico markers.....	22
15.2 Biopsia.....	23
16 Approccio terapeutico .....	23
16.1 Terapia medica .....	25
16.2 Terapia chirurgica .....	29
17 Strategie per il miglioramento della qualità della vita e il benessere psicologico della donna ...	33
18 Approcci diagnostico terapeutici specifici .....	34
19 Verifica dei risultati .....	35
20 Indicatori .....	36
21 Ricerca e formazione continua.....	36



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

22 Rapporto con le Associazioni .....	37
23 Bibliografia .....	38
24 Allegati .....	40
Allegato 1 - Scores e stadiazioni .....	40
Allegato 2 - Format referto ambulatoriale per endometriosi	47
Allegato 3 - Diario mensile del dolore pelvico femminile	51



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 1. Premessa

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna ha costituito un Tavolo Tecnico di lavoro per la definizione di un «Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale» (PDTA) specifico per l'endometriosi, patologia complessa sul piano clinico, assistenziale e sociale, con un importante impatto psicologico sulla persona malata e sulla sua famiglia. Tale complessità prospetta soluzioni multidisciplinari che coinvolgono settori diversi della sanità e del sociale e pertanto necessita di una forte integrazione tra le varie figure professionali della rete di assistenza ospedaliera e territoriale. La risposta organizzativa per la cura ottimizzata della persona con endometriosi è rappresentata dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), un modello caratterizzato da un approccio multidisciplinare e multiprofessionale in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, sia territoriali che ospedaliere, sotto un'unica regia che possa garantire alla persona la migliore cura possibile in maniera uniforme in tutto il territorio regionale.

Mediante il presente modello organizzativo di presa in carico si intende coinvolgere e coordinare in percorsi unitari le diverse figure professionali, afferenti a diversi livelli, sostenendo una forte integrazione e interazione tra ospedale e territorio.

Agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, riorganizzando e standardizzando i processi di cura e monitorandone l'impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico, consente non solo di migliorare la qualità delle cure, ma anche di affrontare il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta e non solo una loro riduzione.

Il PDTA, in quanto sistema integrato di servizi e prestazioni erogate da una équipe multidisciplinare in differenti contesti organizzativi (cure primarie, intermedie e ospedaliere), richiede il superamento del modello concettuale di valutazione clinico-assistenziale ed economica per singola unità di offerta, al quale gli attuali modelli di osservazione e controllo sono prevalentemente, se non esclusivamente, orientati.

## 2. Obiettivi e metodologia

Il PDTA è un processo di erogazione dei servizi che promuove forme di integrazione clinica, organizzativa e logistica finalizzate a garantire la migliore presa in carico possibile delle pazienti. Il PDTA descritto nel documento rappresenta il riferimento per garantire un modello assistenziale omogeneo nel territorio regionale al quale i diversi professionisti, le aziende sanitarie (pubbliche e private) e i cittadini sono chiamati a riferirsi per avviare processi di miglioramento continuo della qualità delle cure.

Il PDTA è stato progettato sulla base delle seguenti ipotesi di lavoro:

- l'endometriosi è una patologia complessa che necessita del coinvolgimento di numerose competenze specialistiche, tecnologiche e l'accesso alla rete dei servizi territoriali;
- le scelte di organizzazione a rete dei servizi promossi dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie è una condizione fondamentale per l'implementazione del PDTA;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- esplicitare i livelli di garanzia assistenziale da assicurare, rende il PDTA uno strumento di *accountability*, rendendo trasparente e comprensibile alle persone malate, alle loro famiglie e ai cittadini in generale, le prestazioni assistenziali e i servizi da garantire alle pazienti con endometriosi;
- il PDTA prevede il monitoraggio della sua implementazione attraverso un set di indicatori.

La raccolta delle informazioni necessarie alla definizione del PDTA è stata svolta mediante una specifica tecnica di indagine qualitativa: il focus group, che fonda la propria efficacia sulla ricchezza informativa derivante dalla discussione che si genera all'interno del gruppo di portatori di interessi che rappresentano, sia i diversi saperi professionali coinvolti nella gestione della paziente nelle diverse fasi di malattia, sia le associazioni delle pazienti, sia la direzione regionale e le aziende sanitarie. Questo metodo si fonda sul presupposto che l'interazione sociale, che si crea durante la realizzazione del focus group, costituisca una risorsa cruciale nella raccolta di dati, poiché la discussione di gruppo facilita l'espressione di opinioni e la raccolta di informazioni, focalizzando l'attenzione sulla dimensione qualitativa delle informazioni da raccogliere.

I documenti prodotti sono stati regolarmente condivisi con i partecipanti in modo da raccogliere le osservazioni. La raccolta delle osservazioni è stata organizzata in modo da mettere in evidenza:

- le attività che dovrebbero essere eliminate;
- le attività che dovrebbero essere aggiunte;
- le attività che, sebbene presenti, dovrebbero essere migliorate e/o implementate.

### **3. Criteri di inclusione**

La rete clinica e il PDTA di seguito descritti si rivolgono alle pazienti con dolore pelvico cronico, diagnosi di endometriosi o adenomiosi istologicamente o radiologicamente documentata prese in carico presso le Strutture della Regione Sardegna.

### **4. Responsabilità**

Il management della paziente con endometriosi richiede una serie di interventi che vengono attuati lungo il corso della malattia e che sono tratteggiati da linee guida internazionali, periodicamente aggiornate. La progressione dell'endometriosi nella singola paziente viene monitorata attraverso periodiche valutazioni clinico-strumentali che esaminano le principali aree funzionali interessate nel corso della malattia.

### **5. Endometriosi definizione e sintomi**

L'endometriosi è definita come una malattia caratterizzata dalla presenza di epitelio e stroma simil endometriale in sede ectopica, solitamente associata a un processo infiammatorio [1]; è una malattia infiammatoria cronica caratterizzata dalla multifocale presenza di tessuto endometriale o tessuto simil-endometriale, stromale e ghiandolare, ovvero endometrio ectopico con attività funzionale, al di fuori della cavità uterina [2].

L'adenomiosi è, inoltre, definita come tessuto ectopico endometriale nel miometrio [1].



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Lo sviluppo e la crescita di tale tessuto endometrioso è estrogeno-dipendente [3], pertanto tale patologia si riscontra principalmente nelle donne in età riproduttiva sebbene le conseguenze cliniche dell'endometriosi e della sua gestione possano durare anche nella post-menopausa. La patogenesi è complessa e non del tutto chiara. Sono state avanzate più ipotesi eziopatogenetiche: è una patologia a causa multifattoriale (ereditarietà, frequenza e durata dei cicli mestruali, inquinanti ambientali, fattori immunologici), ormono-dipendente (iperestrogenismo), tipica dell'età fertile, che tende ad avere un andamento cronico, recidivante e progressivo che si manifesta principalmente con dolore pelvico ed infertilità. Il dolore e l'infertilità associati all'endometriosi sono le caratteristiche cliniche principali della malattia che ha un impatto sfavorevole non solo sulle donne con endometriosi, ma anche sui loro partner e le loro famiglie.

È stato dimostrato un impatto dell'endometriosi, e in particolare dei sintomi del dolore, sulla qualità della vita, ma anche su una serie di attività e domini di vita tra cui le attività quotidiane e la vita sociale, l'istruzione e il lavoro, la sessualità, la salute mentale e il benessere emotivo con conseguenti ripercussioni sulla relazione con il partner e la famiglia che vengono a loro volta intaccati nel loro benessere psichico [4].

In base alle attuali conoscenze della storia naturale non è possibile effettuare una prevenzione primaria, l'assenza di markers specifici non permette l'attuazione di una prevenzione secondaria e non conoscendo meccanismi patogenetici della ripresa della malattia non è possibile fare prevenzione terziaria.

L'endometriosi può interessare organi dell'apparato genitale o extragenitale. La classificazione anatomopatologica vede 5 possibili localizzazioni:

- endometriosi interna (spessore miometriale – frequenza 10%);
- endometriosi ovarica (frequenza 30%);
- endometriosi peritoneale superficiale (superficie peritoneale, sierose dei visceri o le ovaie – frequenza 30%);
- endometriosi profonda infiltrante (le lesioni invadono il peritoneo per > 5 mm e possono coinvolgere i legamenti utero-sacrali, la vagina, l'intestino, il setto retto-vaginale, la vescica e gli ureteri);
- endometriosi extra-pelvica (quando le lesioni coinvolgono altre sedi al di fuori della pelvi – fr. Rara).

La sintomatologia comprende nel 90% dei casi dismenorrea progressiva e ingravescente (non rispondente ai FANS), dolore pelvico cronico (>= 6 mesi), nel 50% dei casi dispareunia superficiale e profonda, infertilità (50%), dischezia, disuria, AUB (perdite ematiche uterine anormali per menometrorragia e spotting), affaticamento cronico. I sintomi urinari ed intestinali sono tipicamente ciclici e possono includere dolore, nausea, vomito, distensione addominale ed alterazioni dell'alvo. La presentazione clinica proteiforme dell'endometriosi rende la patologia difficile da riconoscere.

Il 62% delle pazienti con dolore pelvico cronico sottoposte a laparoscopia presenta un quadro di endometriosi. Di queste, il 75% presentano dolore pelvico cronico resistente al trattamento, il 70% presenta dismenorrea. E.B. Janssen et al (2013).

Il dolore pelvico cronico (>6 mesi) può essere ciclico o non ciclico.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Oltre la sintomatologia dolorosa che contraddistingue la malattia endometriosa, quest'ultima può determinare notevoli distorsioni anatomiche a carico delle pareti rettali, vescicali e ureterali, che possono arrivare a determinare stenosi intestinali e urinarie, oppure disfunzioni pelviche: sessuali (dispareunia superficiale e profonda, vulvodinia), urinarie (ipersensibilità o iperattività vescicale, dissinergia vescico-sfinterica, ritenzione urinaria), rettali (stipsi, diarrea, alvo intermittente, tenesmo rettale) e perineali (disturbo ipertonico del pavimento pelvico). Il dolore cronico è determinato da una doppia componente: viscerale (distensione peritoneale durante la crescita delle lesioni durante la fase proliferativa del ciclo) e neuropatica (compressione, distorsione e infiltrazione delle vie nervose legate allo spiccato neurotropismo della malattia). In particolare, si sottolinea la capacità della malattia di impattare in modo fortemente negativo sulla qualità di vita di pazienti in età riproduttiva e si pone l'attenzione sul rischio di sviluppo di danni d'organo, in particolare a livello dell'apparato genito-urinario ed intestinale, con importanti conseguenze in termini di qualità di vita personale e lavorativa, rischio di ospedalizzazione, rischio di danni d'organo permanenti ed infertilità.

Il dolore e il conseguente stress che ne deriva, unitamente all'infertilità e alle problematiche legate alla sfera sessuale, l'assenza dal lavoro, il ritardo diagnostico e, alle volte, la scarsa efficacia delle terapie mediche, rappresentano il contesto nel quale insorge la sindrome ansiosa fino alla depressione. Il dolore neuropatico è infatti una componente fondamentale della depressione. L'endometriosi ha un impatto sulla società in generale, attraverso i costi sanitari diretti e indiretti paragonabili ad altre malattie comuni come il diabete di tipo 2, l'artrite reumatoide e il morbo di Crohn [5]. Nonostante tutto ciò, esiste ancora un grande vuoto diagnostico tra l'insorgenza dei sintomi e una diagnosi certa che richiede in media tra i 4 e gli 11 anni, spesso causato dall'aspecificità dei sintomi, dall'assenza di biomarkers che permettano una diagnosi precoce, dalla scarsa consapevolezza della condizione e dalla sottovalutazione da parte della donna dei sintomi [5], [6]. Il 45% delle pazienti subisce almeno 5 visite prima della diagnosi [7]. Le linee guida ESHRE 2022, forniscono specifiche raccomandazioni sulla paziente con diagnosi incidentale di endometriosi, cioè sulla paziente asintomatica dove è comunque possibile riscontrare una condizione di infertilità [8]. Le opzioni terapeutiche prevedono il miglioramento dei sintomi e degli outcome della fertilità mediante la soppressione ormonale dei livelli di estrogeni endogeni, gli effetti pro-apoptotici e antinfiammatori sul tessuto endometrioso, la rimozione chirurgica o la distruzione delle lesioni endometriosiche e la lisi delle aderenze e la gestione delle sindromi dolorose croniche.

Il trattamento farmacologico della depressione ha dimostrato ampiamente un miglioramento della percezione del dolore stesso per interferenza nelle vie ascendenti e nei meccanismi di memorizzazione del dolore.

La presa in carico delle pazienti affette da endometriosi deve comprendere il counseling per informare la paziente riguardo l'endometriosi, gli effetti e i fattori di rischio legati al suo sviluppo, il peggioramento clinico e l'associazione dell'endometriosi con altre patologie raccomandandone il monitoraggio.

Sebbene l'endometriosi rappresenti una condizione socialmente ed economicamente rilevante, rimane un grande vuoto nella gestione di queste pazienti, da colmare con investimenti nella ricerca



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

e nella corretta gestione della paziente sin dal sospetto clinico, attraverso una diagnosi adeguata che includa la stadiazione e l'inquadramento clinico fino al trattamento e follow-up.

## 6. Epidemiologia

L'esatta prevalenza dell'endometriosi nel mondo non è conosciuta. Si stima che nel mondo oltre 176 milioni di donne in età fertile siano affette da endometriosi. Interessa il 5-10% delle donne in età riproduttiva (190 milioni), il 50-80% delle donne con dolore pelvico cronico e fino al 50% delle donne con infertilità. Le donne asintomatiche vanno dal 2 al 11%. Le adolescenti sintomatiche presentano nel 50% dolore pelvico cronico e nel 75% hanno dolore non responsivo alle terapie mediche. Il picco di malattia è tra 25 e 45 anni, sebbene alcune donne possono soffrirne anche dopo la menopausa. Le razze caucasica e asiatica presentano un rischio maggiore rispetto alla popolazione afro-americana [5], [6], [9]; [10].

In Italia la prevalenza della patologia è pari a 3 milioni di donne. Interessa il 10-15% delle donne in età riproduttiva. Il 30-50% delle donne con infertilità. Il picco di malattia si verifica tra i 25 e 35 anni.[11]

L'endometriosi rappresenta la prima causa di dolore pelvico cronico in donne in età fertile. Lo studio inglese compiuto dall'APPG (All Party Parliamentary Group) on Endometriosis ha rilevato che l'81% delle pazienti ha affermato che l'endometriosi ha avuto un grave impatto sulla propria salute mentale e il 90% di esse avrebbe voluto avere accesso al supporto psicologico, il 71% delle pazienti non si sente sicura di sé e il 64% riferisce umore depresso. L'endometriosi ha anche un impatto sull'istruzione: fino al 51% ha difficoltà a concentrarsi sugli studi. Il 26% delle pazienti riferisce che molto spesso non va al lavoro. [12]

Un'altra problematica importante è rappresentata dall'infertilità. Recenti dati dimostrano che dal 25 al 50% delle pazienti con infertilità presentano endometriosi e che dal 30 al 50% delle pazienti con endometriosi presentano un problema di fertilità.

L'endometriosi provoca ingenti danni sociali, alla salute pubblica ed economici per i trattamenti necessari e per le giornate lavorative perse.

Il 79% delle pazienti non riescono a condurre la normale attività lavorativa [7] . La Comunità Europea ha stimato una spesa sociale annuale di 30 miliardi di euro in Europa, di cui 22,5 miliardi di oneri annuali per congedi malattia, 33 milioni per le giornate lavorative perse. In Italia tale spesa complessivamente ammonta a 6 miliardi, di cui 33 milioni per giornate lavorative perse, 126 milioni per le cure farmacologiche e 54 milioni per il trattamento chirurgico. [13]

Il Parlamento Europeo nel 2004 ha rilevato che negli Stati membri la conoscenza di tale malattia, tanto presso i membri della professione medica quanto nel grande pubblico, è bassa. Il Parlamento Europeo ha pertanto invitato i governi nazionali degli Stati Membri e la Commissione Europea ad informare e sensibilizzare la popolazione sull'endometriosi per ampliare le conoscenze su tale condizione debilitante, a inserire la prevenzione dell'endometriosi nei futuri Programmi d'azione comunitari per la Salute pubblica. In Italia la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato nel 2005, raccogliendo l'invito del Parlamento europeo, ha svolto l'indagine Conoscitiva "Fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale" evidenziando, nelle conclusioni, l'esigenza di realizzare specifiche campagne informative di educazione sanitaria rivolte sia ai medici che alla popolazione femminile. Un'altra problematica importante è rappresentata dall'infertilità: recenti dati dimostrano





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

che dal 25 al 50% delle pazienti con infertilità presentano endometriosi e che dal 30 al 50% delle pazienti con endometriosi presenta un problema di fertilità.

Per ridurre la "omissione di diagnosi", preservare la fertilità della donna, migliorare la qualità della sua vita e ridurre i costi socio-economici, oltre a favorire le iniziative di comunicazione sopra citate, è fondamentale lo sviluppo di reti di servizi e centri di eccellenza che assicurino la presenza di team multidisciplinari in grado di garantire un approccio "globale" alla patologia.

## 7. Stadiazione clinica

L'endometriosi può essere distinta schematicamente in tre forme a seconda della sua localizzazione: peritoneale, ovarica e profonda. L'ovaio è la sede più frequentemente colpita dalla patologia endometriosica; l'interessamento può essere mono o bi-laterale con una frequenza rispettivamente dell'80% e del 50%. L'endometriosi profonda infiltrante (Deep Infiltrating Endometriosis, DIE) è definita come la presenza di lesioni endometriosiche che penetrano nello spazio retroperitoneale per più di 5 mm o nelle pareti degli organi addominali. Il sito anatomico maggiormente interessato è la pelvi, dove l'endometriosi può interessare il comparto anteriore (vescica) oppure, più frequentemente, il compartimento posteriore (setto retto-vaginale, vagina, legamenti utero-sacrali, retto, sigma, parametri ed ureteri). Una malattia polimorfa come l'endometriosi impone come primo obiettivo quello di individuare un metodo di classificazione standardizzato e che consenta una omogeneità di linguaggio tra i vari centri di riferimento. Numerose classificazioni sono state proposte. Lo score codificato inizialmente dall'American Fertility Society (ASRM) nel 1985 e successivamente revisionato nel 1996 rappresenta ancora ad oggi il sistema di classificazione più diffuso. I parametri che vengono considerati sono: la bilateralità delle lesioni, la profondità dell'invasione, il coinvolgimento ovarico, l'estensione del coinvolgimento del cul-de-sac e la densità delle aderenze associate.

Ad ogni quadro patologico corrisponde un punteggio, che permette l'assegnazione ad uno dei 4 stadi previsti:

- stadio I (malattia minima) – score 1-5;
- stadio II (malattia lieve) – score 6-15;
- stadio III (malattia moderata) – score 16-40;
- stadio IV (malattia severa) – score >40.

La classificazione ASRM è stata inoltre richiamata nel DPCM 12/01/2017 relativo ai nuovi LEA, per la definizione delle esenzioni (classe III e IV); con i nuovi LEA infatti, l'endometriosi moderata e severa sono state inserite per la prima volta nell'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni. Come ampiamente ribadito dalla letteratura, la complessità della malattia non permette di delineare un perfetto parallelismo tra stadio ed entità sintomatologica. L'assegnazione di un punteggio diventa, però, di fondamentale importanza per la comunicazione tra centri diagnostici e chirurgici che si interessino di endometriosi. L'inserimento della patologia in una di queste categorie è possibile tramite la consultazione dell'apposito format descritto dall'ASRM.

Tale classificazione tuttavia presenta dei limiti, basati principalmente sulla incapacità di fornire chiare indicazioni sulla localizzazione e l'estensione fisica degli impianti. A tali mancanze cerca di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

sopperire l'Enzian Classification score, sistema di stadiazione introdotto nel 2005. Questo sistema tenta di inquadrare la patologia su una base organo-specifica, descrivendo tre compartimenti:

- il compartimento A indica il piano verticale che si estende dal cavo del Douglas, comprende la vagina in tutta la sua estensione e la parte posteriore della parete dell'utero;
- il compartimento B è un piano orizzontale che comprende il coinvolgimento dei legamenti uterosacrali e dei parametri valutando inoltre l'eventuale presenza di idronefrosi e quindi l'eventuale compromissione della funzionalità renale;
- il compartimento C comprende invece l'estensione della malattia a livello posteriore ed indica pertanto il coinvolgimento intestinale valutando l'entità della malattia in base anche al grado di infiltrazione della parete intestinale.

Un'integrazione solidale tra i due sistemi sopra citati è auspicabile nel tentativo di fornire ai clinici e ai chirurghi un metodo di identificazione rapida dell'entità della malattia.

## **8. Organizzazione del percorso di cura regionale**

I servizi ospedalieri e territoriali devono fornire un'assistenza coordinata alle persone con endometriosi sospetta o confermata.

Alle persone con endometriosi sospetta o confermata deve essere offerta una presa in carico, per una diagnosi e un trattamento tempestivi, poiché i ritardi possono provocare la progressione della malattia e influire sulla qualità della vita.

E' necessario istituire una rete clinica dedicata alle pazienti con endometriosi sospetta o confermata, comprendente medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri esperti nella gestione delle pazienti con endometriosi, servizi di salute sessuale, dietologi, psicologi, servizi di ginecologia e servizi specialistici di endometriosi (consultori, centri per l'endometriosi di 1° e di 2° livello, servizio multidisciplinare nella gestione del dolore, servizi di infertilità), infermieri esperti nella gestione delle pazienti con endometriosi, servizi di salute sessuale, dietologi, psicologi.

La rete assistenziale di seguito descritta, è stata strutturata in diversi livelli di assistenza basati su differenti gradi di competenza, integrando il territorio (MMG, PLS, consultori e servizi di specialistica ambulatoriale) con i centri ospedalieri. Sulla base della letteratura disponibile è stata scelta una distinzione tra centri ospedalieri di 1° e di 2° livello di assistenza, secondo diversi gradi di competenza, ma tutti in grado di porre un sospetto diagnostico o diagnosticare la patologia, per indirizzare quindi la paziente al centro più idoneo per il trattamento di quella specifica condizione clinica. Infine è stato istituito un percorso per il follow-up a lungo termine.

I livelli di assistenza sono collegati tra loro attraverso momenti di interfaccia e confronto continuo, anche tramite la valutazione multidisciplinare dei casi e la formazione continua. I livelli di assistenza/nodi della rete sono coordinati dai Centri di 2° livello e devono declinare a livello locale le indicazioni regionali del presente documento attraverso la definizione di PDTA specifici a livello territoriale.

Le pazienti con endometriosi sospetta o confermata possono accedere alla rete attraverso l'MMG, il PLS, il consultorio, un ginecologo esperto nella diagnosi e nella gestione dell'endometriosi, compresa la formazione e le competenze in chirurgiche laparoscopiche avanzate, un chirurgo



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

colorettale esperto in endometriosi, un urologo esperto in endometriosi, un infermiere specializzato in ginecologia con esperienza in endometriosi, un servizio multidisciplinare di gestione del dolore con esperienza nel dolore pelvico, un operatore sanitario interessato all'imaging ginecologico dell'endometriosi, strutture diagnostiche avanzate (es: radiologia, anatomia patologica), servizi di infertilità. La gestione della paziente affetta da endometriosi è multidisciplinare e prevede, oltre al ginecologo, il coinvolgimento di altri specialisti nei seguenti casi:

- coinvolgimento di vescica, intestino e uretere sospettato sulla base dell'anamnesi, dell'esame clinico o delle indagini strumentali;
- se i trattamenti medici o chirurgici non sono riusciti a migliorare i sintomi;
- se si sospettano contributi muscoloscheletrici o neuropatici al dolore;
- se il dolore influisce sul funzionamento quotidiano;
- in presenza di problemi legati alla dieta e all'intestino;
- se la salute mentale e le condizioni sociali sono impattate negativamente dalla condizione clinica della paziente.

I centri di riferimento individuati per l'endometriosi sono ospedali ad alta tecnologia ed elevate competenze, dotati di specialisti con specifica esperienza nella gestione dell'endometriosi dalla diagnosi al trattamento chirurgico e follow-up. Presso questi centri le pazienti con endometriosi possono ricevere una presa in carico globale e livelli di cure di alta qualità, con particolare riferimento al trattamento chirurgico, sulla base del principio che a maggiori volumi di casistica corrispondono migliori esiti (riduzione delle complicanze, minore tasso di re-intervento, migliore qualità della vita). Pertanto, partendo dagli indirizzi disponibili a livello internazionale, si ritiene adeguata al contesto regionale la realizzazione di una rete regionale basata su 2 livelli di assistenza ospedaliera.

I livelli di assistenza sono collegati tra loro attraverso momenti di interfaccia e confronto continuo, anche tramite la valutazione multidisciplinare dei casi e la formazione continua. I livelli di assistenza/nodi della rete sono coordinati dai Centri di 2° livello e devono declinare a livello locale le indicazioni regionali del presente documento attraverso la definizione di PDTA specifici a livello territoriale.

## **9. Il modello clinico-organizzativo regionale.**

Il livello assistenziale con maggiore prossimità alla paziente è costituito dagli specialisti che operano nei consultori familiari, ambulatori pubblici ad accesso diretto che pongono il sospetto diagnostico sulla base dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e di indagini strumentali di base.

Successivamente, la paziente deve essere indirizzata al centro ospedaliero di riferimento (1° o 2° livello) in base al grado di complessità della malattia, laddove si ravvisi la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici e/o l'eventualità di un intervento chirurgico.

Similmente, qualora il sospetto diagnostico sia posto da altri professionisti (es. ginecologo privato, MMG, PLS), anche questi ultimi dovranno indirizzare le pazienti ai centri ospedalieri di riferimento territoriale, laddove si ravvisi la necessità di ulteriori approfondimenti diagnostici e/o l'eventualità di un intervento chirurgico.

A tal proposito devono essere previste procedure e collegamenti formalizzati che garantiscono



percorsi interni di invio delle pazienti per la visita specifica per endometriosi.

### **9.1 Accesso della paziente al percorso**

L'accesso al percorso assistenziale della donna con dolore pelvico cronico e diagnosi sospetta o accertata di endometriosi potrà avvenire attraverso:

#### **MEDICO DI MEDICINA GENERALE/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

I medici delle cure primarie in presenza di dolore pelvico cronico oltre a porre il sospetto di endometriosi, indirizzano la paziente allo specialista per una valutazione appropriata. Essendo l'endometriosi una patologia cronica, svolgono inoltre un ruolo importante nella sua gestione attraverso la presa in carico della paziente.

#### **GINECOLOGO PRIVATO**

Indirizza la paziente al centro ospedaliero di riferimento territoriale tramite percorso apposito formalizzato.

#### **GINECOLOGO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE O OSPEDALIERO (fuori dai centri di 1° e 2° livello).**

Indirizza la paziente al centro ospedaliero di riferimento territoriale tramite il percorso apposito formalizzato.

#### **CONSULTORIO**

Il consultorio assume un ruolo cruciale nell'individuare le pazienti con potenziale diagnosi di endometriosi sia per la diffusione nel territorio, che per la presenza di un team multidisciplinare in grado di gestire la problematica per diversi aspetti.

In tutti i consultori della regione deve essere implementato un punto informativo utile all'identificazione precoce delle donne affette dalla patologia.

### **9.2 Centri ospedalieri**

Di seguito si indicano i requisiti per i centri di 1° livello.

#### **Requisiti minimi – presenza di:**

- ginecologo esperto nella diagnostica ecografica dell'endometriosi;
- ginecologo con competenze in ambito di chirurgia laparoscopica in grado di trattare le forme di endometriosi non profonda;
- personale infermieristico/ostetrico esperto nella gestione della patologia. Possono effettuare il primo contatto con la paziente per valutare i rinvii, raccogliere questionari sui sintomi della paziente ed eseguire appuntamenti di follow-up;
- anestesisti esperti nella gestione delle pazienti affette da endometriosi (percorso pre, intra, post- operatorio) ed esperti nella terapia del dolore;
- infermiere/ostetrica esperta, referente del percorso;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- anatomopatologo esperto di endometriosi;
- casistica chirurgica: almeno 20 pazienti trattati all'anno.

#### **Prestazioni erogate:**

- diagnostica di base I livello screening delle donne con dolore pelvico cronico per sospetta endometriosi;
- presa in carico della paziente nell'ambito di un ambulatorio dedicato per la patologia endometriosa, per consulenza e terapia medica compresa la prescrizione di farmaci con predisposizione del piano terapeutico (I linea trattamento) secondo le più recenti linee guida, e follow-up per almeno 2 anni;
- chirurgia endoscopica endometriosi ovarica/superficiale;
- svolgimento di riunioni interdisciplinari sui casi di endometriosi (equipe minima composta da: radiologo, chirurgo addominale, urologo, anestesista, gastroenterologo);
- implementazione di database collegati con il registro regionale;
- collaborazione e invio della paziente al centro Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) pubblico di riferimento;
- collaborazione con un'associazione nazionale di pazienti con endometriosi e/o un gruppo di auto-aiuto locale (se disponibile);
- collaborazione e consultazione di casi documentati con il centro di 2° livello per l'endometriosi.

Saranno identificati quali centri di 1° livello quelli che presenteranno le caratteristiche suddette. Presso il centro di 1° livello viene completato l'inquadramento diagnostico del caso inviato dal MMG, consultorio, specialista territoriale o ospedaliero, assicurandone la presa in carico, il management e l'eventuale chirurgia laparoscopica di endometriomi e endometriosi peritoneale. In ambito diagnostico, sono garantite indagini strumentali di base (ecografia pelvica trans-addominale e transvaginale). In particolare, in ambito diagnostico-ecografico deve essere garantita un'expertise per la diagnosi delle varie localizzazioni dell'endometriosi, al fine di indirizzare i casi sospetti di endometriosi profonda al centro di riferimento di 2° livello, in base al grado di complessità del caso.

Viene garantito il trattamento terapeutico medico e chirurgico.

I casi di endometriosi profonda e i casi complessi saranno discussi in gruppo multidisciplinare con il centro di riferimento di 2° livello al fine di condividere la migliore strategia terapeutica e la sede più appropriata per l'eventuale intervento chirurgico.

I chirurghi del centro di 1° livello potranno partecipare ai percorsi formativi effettuati presso il centro di 2° livello, nell'ambito di un percorso di crescita professionale dei chirurghi della rete.

Il centro di 1° livello deve inoltre essere in grado di garantire un percorso di follow-up per le pazienti trattate presso il centro stesso; il follow-up può includere anche pazienti trattate nel centro di 2° livello.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Il centro di 1° livello deve essere in grado di assicurare la presa in carico della paziente ed il suo management nel tempo, attraverso un ambulatorio dedicato con attivazione di percorsi in day service.

Nel caso si evidenziassero nel corso del follow-up dei criteri di complessità (es. complicanze d'organo, recidive di endometriosi profonda), la paziente dovrà essere inviata al centro di 2° livello.

Di seguito si indicano i requisiti per i centri di 2° livello.

**Requisiti minimi - presenza di:**

- ginecologi esperti nella diagnostica ecografica nel management dell'endometriosi che operano nell'ambito di ambulatori dedicati per la patologia endometriosica;
- personale infermieristico/ostetrico esperto nella gestione della patologia endometriosica, dedicato alla gestione delle pazienti con endometriosi sia in ambito ambulatoriale che nel percorso pre, intra e post-operatorio (presenza del case manager dedicato). Possono effettuare il primo contatto con la paziente per valutare i rinvii, raccogliere questionari sui sintomi del paziente ed eseguire appuntamenti di follow-up;
- anestesisti esperti nella gestione delle pazienti affette da endometriosi (percorso pre, intra, post-operatorio) ed esperti nella terapia del dolore;
- almeno 2 chirurghi ginecologi dotati di competenze di chirurgia laparoscopica avanzata (chirurgia intestinale, chirurgia urologica, gestione delle principali complicanze, ecc.);
- almeno 2 radiologi esperti di endometriosi, con competenze nell'esecuzione di indagini radiologiche di 2° livello per l'Imaging dell'endometriosi pelvica;
- almeno uno specialista urologo ed uno specialista chirurgo generale di riferimento in grado di coadiuvare il chirurgo ginecologo nell'esecuzione di procedure chirurgiche complesse multicompartimentali;
- anatomopatologo esperto di endometriosi;
- casistica chirurgica di entità sufficiente a mantenere un training delle competenze chirurgiche dell'equipe. Riguardo a questo punto, la letteratura non fornisce cut-off numerici determinati. Partendo dai volumi di attività regionali, si può affermare che il centro 2° livello debba avere una casistica totale di almeno 60 casi/anno di cui 20 di endometriosi profonda. La letteratura ha infatti, ampiamente dimostrato che il maggior numero di casi complessi operati/anno in una struttura è inversamente proporzionale al numero di complicanze evidenziate;
- almeno 30 pazienti trattate all'anno;
- collaborazione con un'associazione nazionale di pazienti endometriosi e/o un gruppo di auto-aiuto locale (se disponibile) al fine di ottimizzare e condividere le informazioni.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## Prestazioni erogate

- Presa in carico della paziente nell'ambito di un ambulatorio dedicato per la patologia endometriosa, per consulenza e terapia medica compresa la prescrizione dei farmaci con predisposizione del piano terapeutico (I linea trattamento) secondo le più recenti linee guida. Il follow-up viene gestito direttamente dal centro di 2° livello per almeno 2 anni, in alternativa dal centro di 1° livello per competenza territoriale. Al termine dei 2 anni la paziente viene quindi affidata ai servizi territoriali per la prosecuzione del follow-up;
- diagnostica avanzata (eco-isterosalpingografia, ecografia TV/TA 3D, colonscopia, risonanza magnetica nucleare, TC colon, eco addome, eco vie urinarie, uro-TC) in casi di sospetta endometriosi profonda multiviscerale;
- chirurgia endoscopica dell'endometriosi profonda con coinvolgimento multiviscerale. Esecuzione di interventi chirurgici complessi e interdisciplinari. Presenza di chirurghi colon-rettale e urologo di riferimento per gli interventi chirurgici complessi;
- riferimento, nell'ambito della rete regionale, per il trattamento delle recidive delle forme multiviscerali complesse;
- gestione integrata della terapia antalgica, attraverso la presenza di una figura di riferimento per la terapia del dolore della paziente affetta da endometriosi;
- incontri multidisciplinari periodici per la discussione dei casi, allargati ai professionisti dei centri di 1° e 2° livello (ginecologo, urologo, anestesista, radiologo, gastroenterologo, ecc.) assicurando la valutazione multidisciplinare dei casi, organizzando periodicamente audit clinici con i centri della rete. Tale valutazione è finalizzata alla definizione delle più appropriate scelte terapeutiche;
- organizzazione di corsi di formazione e addestramento continui: realizzazione di convegni interdisciplinari, per il mantenimento delle competenze cliniche del gruppo multidisciplinare, sull'endometriosi - anche per partner esterni e di cooperazione - una volta al mese (o discussioni di casi interdisciplinari documentati);
- coordinamento dei nodi della rete per competenza territoriale;
- garantisce l'applicazione e il monitoraggio del modello di rete clinica e del PDTA regionale;
- assicura la valutazione della qualità delle cure prestate, con particolare riferimento alla verifica periodica dei risultati (monitoraggio degli indicatori di processo ed esito definiti nel presente PDTA);
- aggiorna i protocolli clinici alla luce delle nuove evidenze scientifiche;
- promuove la didattica e la ricerca nel settore specifico.

Nel centro ospedaliero di 2° livello, vengono prese in carico le pazienti il cui quadro clinico manifesti criteri di complessità e severità clinica che richiedano un'alta formazione ed esperienza, sia in ambito diagnostico che di trattamento (forme multi-viscerali complesse).

In ambito diagnostico, vengono garantite tutte le indagini strumentali di base e complesse.

Sono identificati 4 centri di 2° livello distribuiti sul territorio regionale: AOU Sassari, AOU Cagliari,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ARNAS Brotzu, Ospedale SS Trinità - ASL Cagliari.

Questi centri rappresentano il riferimento per l'intera rete regionale per il trattamento chirurgico, incluso quello laparoscopico avanzato, dei casi di endometriosi profonda più complessa (inviati dai centri di 1° livello, dopo discussione multidisciplinare dei casi) e svolgono contemporaneamente le funzioni di centro di 2° livello per l'area vasta di riferimento e centro di 1° livello per il proprio bacino di utenza.

### I livelli chirurgici

- 1° livello - Trattamento chirurgico laparoscopico endometriosi ovarica e peritoneale
- 2° livello - Trattamento chirurgico laparoscopico avanzato endometriosi profonda complessa/forme multiviscerali complesse e relative recidive

Tabella: funzioni e ruoli dei nodi della rete, tra loro interconnessi

<b>TERRITORIO (ambulatori ospedalieri e territoriali, consultori)</b>	<b>Centro di I livello</b>	<b>Centro di II livello</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Sospetto diagnostico e invio al centro di I e II livello</li><li>- Terapia Medica</li><li>- Follow up (dopo il termine del follow up ospedaliero)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnosi clinico-strumentale di I livello</li><li>- Trattamento chirurgico endometriosi ovarica e peritoneale</li><li>- Terapia medica</li><li>- Follow up</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnosi clinico-strumentale di I e II livello</li><li>- Trattamento chirurgico endometriosi profonda e complessa</li><li>- Trattamento chirurgico forme recidivanti e recidive complesse (riferimento anche per I livello)</li><li>- Terapia medica</li><li>- Follow-up casi molto complessi e follow-up per competenza territoriale</li></ul>

### 10. La valutazione multidisciplinare

La valutazione multidisciplinare rappresenta il principale elemento di collegamento tra i nodi della rete. Sia presso il centro di 1° che di 2° livello devono essere realizzati incontri di valutazione multidisciplinare dei casi, con cadenza settimanale, nei quali, dopo la presentazione del caso a cura del ginecologo, viene effettuata una valutazione collegiale multiprofessionale sulla strategia terapeutica più appropriata.

Il referente della convocazione dell'incontro, qualora il caso discusso sia inviato da altro centro, dovrà aver cura di convocare i professionisti del centro inviante coinvolti nella gestione del caso.

La valutazione multidisciplinare viene effettuata principalmente per i casi di endometriosi





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

profonda, con particolare riferimento alle forme multiviscerali complesse e alle loro recidive.

Il team multidisciplinare è composto di base dalle seguenti figure professionali:

- ginecologo esperto di endometriosi;
- infermiere/ostetrica di riferimento – case manager;
- anestesista;
- radiologo;
- anatomopatologo;
- urologo;
- chirurgo generale e altre figure specialistiche a seconda della complessità del caso.

Possono essere coinvolti i ginecologi dei consultori e dei servizi territoriali e il MMG/PLS.

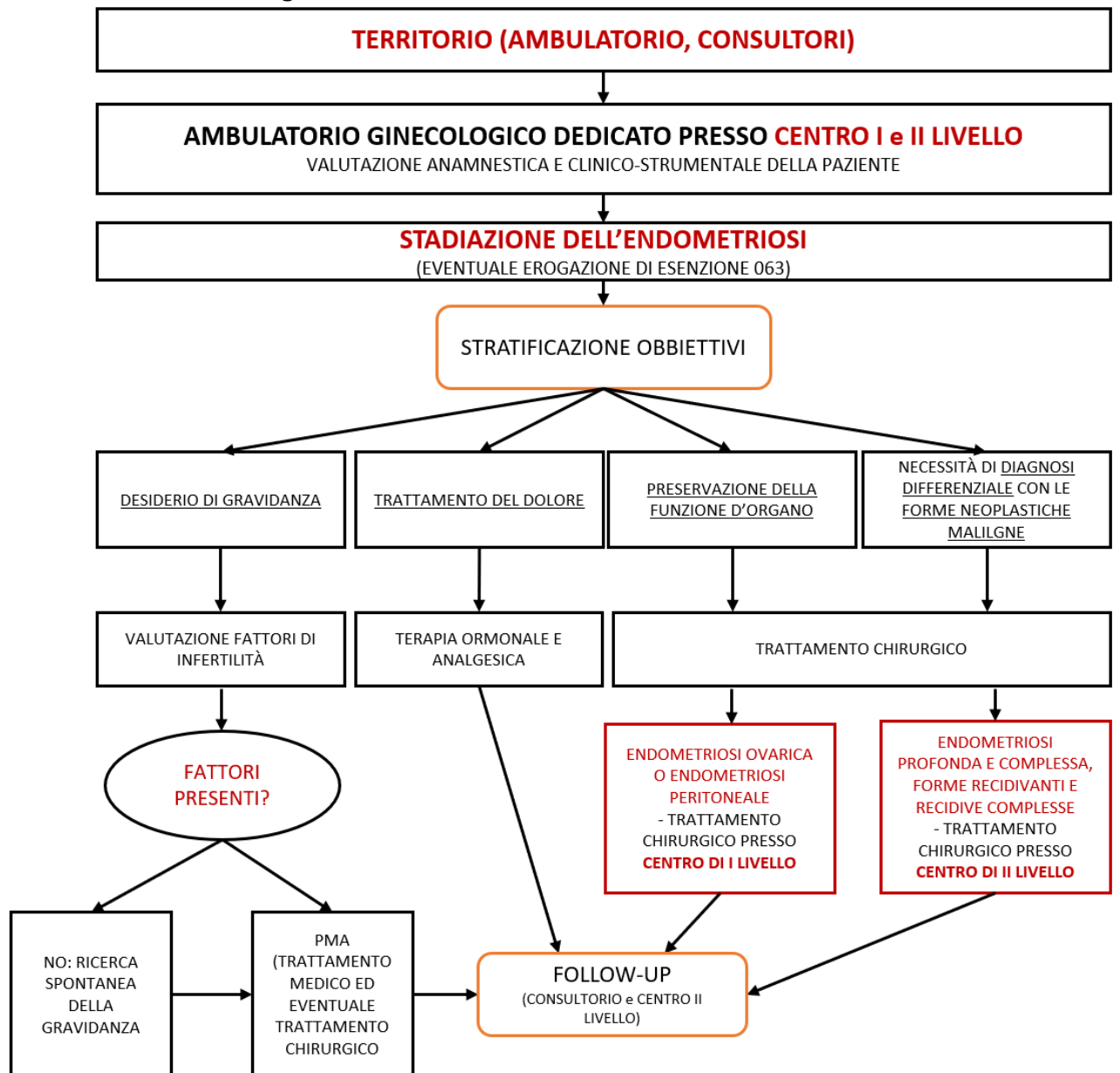
L'esito della valutazione multidisciplinare deve essere formalizzato mediante specifico verbale, firmato da tutti i partecipanti e condiviso con tutti i professionisti coinvolti.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 11. Flow Chart PDTA Regionale





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 12. Modello clinico-assistenziale

Il modello clinico-assistenziale proposto vuole delineare, a partire dalle raccomandazioni delle linee guida più aggiornate, il percorso più appropriato per la paziente con endometriosi, tenendo conto di:

- età;
- desiderio di gravidanza;
- quadro clinico, entità ed estensione della patologia;
- comorbidità e pregressi interventi;
- preferenze della paziente.

## 13. Percorso diagnostico

La presentazione clinica della malattia è molto variabile ed ha un quadro sovrapponibile ad altre condizioni, come la sindrome dell'intestino irritabile e la malattia infiammatoria pelvica. Di conseguenza vi è spesso ritardo tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi.

La diagnosi di endometriosi si basa sull'anamnesi, la valutazione del dolore pelvico, esame obiettivo, l'imaging ed esami strumentali.

Presso l'ambulatorio ginecologico del centro ospedaliero (di 1° o 2° livello), viene effettuata un'accurata valutazione anamnestica (dolore, qualità di vita, età, desiderio di gravidanza, pregressa terapia chirurgica e medica), clinica (visita ginecologica) e strumentale (ecografia transvaginale, rettosonografia, vagino-sonografia) della paziente. Si potrà accedere ad esami strumentali di II livello per ulteriori accertamenti diagnostici (RMN pelvica, clisma opaco, cistoscopia) o biopsie (istologia) anche tramite laparoscopia diagnostica per la diagnosi di certezza (Allegato 2 – format referto ambulatoriale per endometriosi).

### 13.1 Anamnesi, sospetto diagnostico e valutazione del dolore pelvico

Il primo momento diagnostico nelle donne con sospetto di endometriosi pelvica è rappresentato da un'anamnesi accurata, volta a stabilire un rapporto continuativo e una collaborazione tra medico e paziente e ad evidenziare gli elementi clinici utili per indirizzare la successiva fase diagnostica laboratoristico/strumentale e la terapia.

Al fine di una accurata anamnesi è importante prendere in considerazione la diagnosi di endometriosi nelle pazienti che presentano i seguenti segni e sintomi ciclici e non ciclici: dismenorrea, dispareunia profonda, disuria, dischezia, sanguinamento rettale doloroso o ematuria, dolore alla punta della spalla, pneumotorace catameniale, tosse ciclica /emottisi/ dolore toracico, cicatrice ciclica gonfiore e dolore, affaticamento e infertilità [8] . Altri sintomi sono: dolore pelvico cronico (almeno 6 mesi), disturbi gastrointestinali ciclici o correlati con le mestruazioni (particolarmente peristalsi intestinale dolorosa), ematuria ciclica o correlata con le mestruazioni [14], [15].



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

È importante indagare la durata del dolore, la sua entità, la ciclicità o meno del dolore, e la responsività ai farmaci. Utile ai fini anamnestici è un “diario del dolore” dove la paziente documenta frequenza e carattere di quest’ultimo [16]. Sebbene attualmente non esistano prove che un diario/questionario dei sintomi riduca il tempo per la diagnosi o porti a una diagnosi precoce, questi strumenti presentano un potenziale vantaggio nell’integrare il tradizionale processo di raccolta dell’anamnesi in quanto aiuta a oggettivare il dolore e a consentire alle donne di dimostrare i loro sintomi. [8], [14]. (Allegato 4 – diario mensile del dolore pelvico femminile).

Diversi studi hanno sottolineato l’importanza di un’accurata indagine della sintomatologia dolorosa della paziente, definendone localizzazione, severità, tempistica e frequenza di comparsa, i fattori scatenanti e palliativi, la cronologia, la risposta emotiva e le caratteristiche psicologiche. La localizzazione dei sintomi può risultare scarsamente definibile a causa dell’origine viscerale del dolore stesso. La valutazione del dolore pelvico cronico si realizza per mezzo della palpazione bimanuale vaginale o rettale. La severità dei sintomi è, invece, adeguatamente misurabile con l’ausilio sia di scale analogiche visive sia di scale verbali multidimensionali (si vedano gli score in allegato 1).

Occorre, inoltre indagare la familiarità, in quanto l’incidenza in pazienti con familiari affetti dalla medesima patologia raggiunge il 6.9% contro 1-2% della popolazione generale [17].

### **13.2 Esame obiettivo: valutazione di pelvi e addome**

Una parte importante della valutazione iniziale della paziente con sospetta endometriosi è rappresentata dall’esame obiettivo ginecologico (che includa la valutazione dell’addome e della pelvi) per identificare masse addominali e segni pelvici come una ipomobilità degli organi o un ingrandimento di questi, nodularità teso-elastiche a livello del fornice vaginale posteriore e lesioni endometriosiche visibili a livello vaginale.

L’esame obiettivo ginecologico ha lo scopo di facilitare la diagnosi e il trattamento. L’esame clinico include, la palpazione bimanuale l’eventuale esplorazione rettale e l’ispezione della vagina mediante l’utilizzo dello speculum. L’uso dello speculum permette la visualizzazione di noduli bluastri che si estendono in vagina. Il rilievo alla visita ginecologica di dolorabilità pelvica e/o dei legamenti utero - sacrali, utero fisso, ovaie palpabili per la presenza di cisti voluminose o poco mobili per la formazione di aderenze, noduli profondamente infiltranti i legamenti utero-sacrali o lo scavo del Douglas, è suggestivo di endometriosi. L’esame clinico, incluso l’esame vaginale, consente l’identificazione di noduli profondi o endometriomi in pazienti con sospetta endometriosi, sebbene l’accuratezza diagnostica sia sicuramente inferiore rispetto alle metodiche di imaging comunemente usate nella diagnosi di endometriosi [8]. L’esame obiettivo, inoltre, ha il vantaggio di permettere una diagnosi veloce e a basso costo, ma risulta fortemente operatore-dipendente. Nelle donne con sospetta endometriosi, devono essere presi in considerazione ulteriori passaggi diagnostici, tra cui l’imaging, anche se l’esame clinico è normale. L’ispezione vaginale può non essere appropriata nelle adolescenti o nelle donne con una reazione algica molto elevata.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 14. Ruolo dell'ecografia e di altre tecniche di imaging

Per le procedure diagnostiche è raccomandato l'utilizzo di imaging nel work-up diagnostico, ma con la consapevolezza che un risultato negativo, se il sospetto clinico e i sintomi persistono, non esclude l'endometriosi, in particolare la malattia peritoneale superficiale [8], [14], [15].

### IMAGING DI I LIVELLO: ECOGRAFIA PELVICA

Nella valutazione dell'endometriosi superficiale e profonda la valutazione ecografica di I livello deve includere sliding anteriore, annessiale, posteriore, valutazione transaddominale dei reni.

La valutazione ecografica di II livello prevede l'identificazione e la descrizione di eventuali noduli endometriosici infiltranti a carico del compartimento pelvico anteriore (vescica, parametrio anteriore), laterale (paracervice laterale, paracolpo/parareto, uretere) e posteriore (torus uterino e legamenti utero sacrali/LUS, setto retto vaginale/SRV, fornice vaginale posteriore, retto- sigma). Relativamente all'ecografia pelvica occorre considerare l'ecografia transvaginale anche se l'esame pelvico e/o addominale è normale per identificare gli endometriomi. Per valutare l'estensione dell'endometriosi profonda che coinvolge l'intestino, la vescica o l'uretere, è necessaria l'ecografia specialistica (addominale, reni e vie urinarie), eseguita preferibilmente da operatori con esperienza nell'imaging ginecologico.

Le tecniche ecografiche associate all'impiego di soluzione fisiologica o mezzi di contrasto dedicati cavitari, sono da considerare eventualmente complementari alla valutazione ecografica di base in caso di sospetto di endometriosi in sedi atipiche.

### IMAGING DI II LIVELLO

Nel sospetto di endometriosi infiltrante profonda, deve essere effettuata la valutazione degli ureteri, della vescica e dell'intestino.

La Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) rappresenta la tecnica migliore per mappare l'endometriosi profonda. Permette di identificare impianti millimetrici localizzati a livello del torus uterino, dei legamenti utero- sacrali, dei parametri, degli ureteri, del terzo superiore della vagina e dell'intestino, dell'ovaio (endometriomi), impianti peritoneali superficiali, endometriosi pelvica profonda. La risonanza magnetica consente di datare l'epoca del sanguinamento all'interno della cisti stessa, di ricavare la proporzione tra le cellule endometriali e lo stroma e il riscontro di lesioni in sedi atipiche: sovraepatiche, polmonari, cerebrali. Si ricorre alla RMN in caso di insufficienti informazioni fornite dalla ECO-Transvaginale o ECO-transaddome, in particolare in caso di sospetto di endometriosi profonda, per la valutazione di intestino, vescica o uretere, mentre non si utilizza come indagine primaria nelle persone con sintomi o segni suggestivi di endometriosi. Le immagini RMN pelviche preferibilmente devono essere interpretate da professionisti esperti in imaging ginecologico [14], [15].

La Tomografia Computerizzata (TC) con insufflazione del retto viene utilizzata per valutare la presenza di impianti di endometriosi a livello intestinale e il grado di stenosi e distensibilità delle pareti rettali.



L'ecografia renale, l'uro-TC o l'uro-RMN possono essere richieste per la valutazione di un eventuale coinvolgimento ureterale severo, tramite il rilievo di stenosi e dilatazione ureterale ed eventuale idronefrosi.

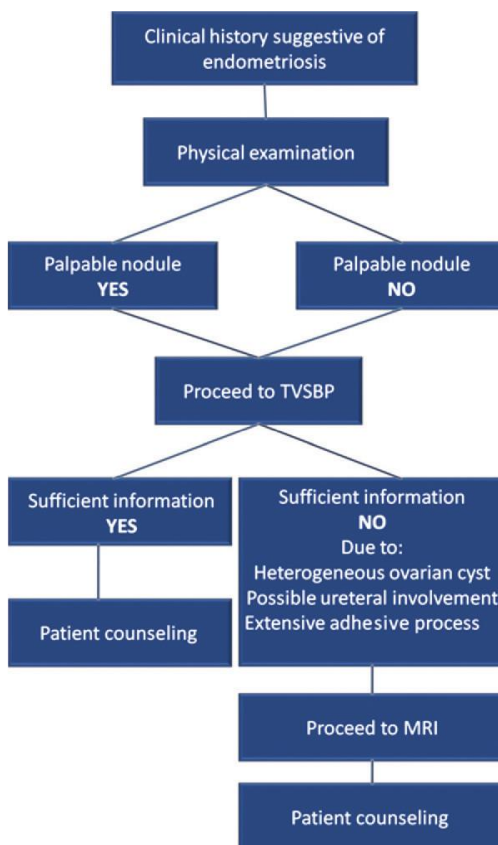
### 15. Esami strumentali

La cistoscopia può essere usata, in caso di sospetto di un nodulo di endometriosi della base vescicale, per valutare l'interessamento dei meati ureterali. In casi di idronefrosi severa, viene richiesta una scintigrafia renale sequenziale con MAG 3 Tc- 9m per la valutazione del grado di funzionalità renale.

Esame urodinamico per la valutazione della sensibilità, della capacità e compliance vescicale, la motricità del detrusore, le stenosi ureterali e la dissinergia vescico-sfinterica. Esame manometrico ano-rettale per la valutazione della sensibilità rettale, della motricità della parete rettale e degli sfinteri anali e dei riflessi ano-rettali. Esame ecografico del pavimento pelvico (valutazione trigger points, testing perineale, ecografia del perineo) per la valutazione del tono perineale, spasmi muscolari o coattivazioni.

#### 15.1 dosaggio ematico markers

L'esame Ca125 sierico non deve essere utilizzato a fini diagnostici in quanto sebbene un livello elevato di CA125 sierico (ovvero 35 UI/ml o più) può essere compatibile con diagnosi di endometriosi, al contempo un CA125 sierico normale (meno di 35 UI/ml) non esclude l'endometriosi [14], [15].





## 15.2 biopsia

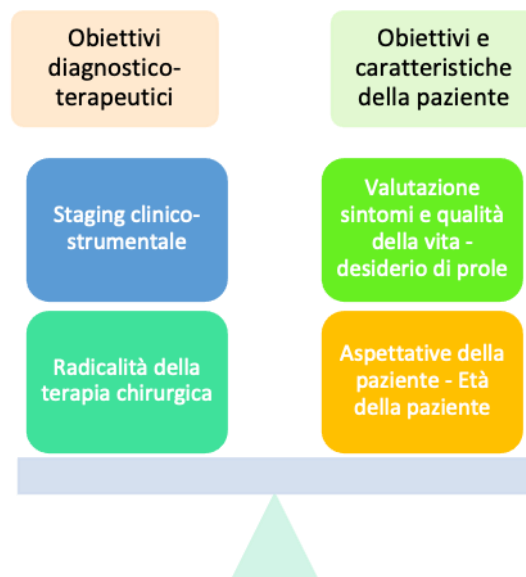
Nelle pazienti con risultati di imaging negativi o in cui il trattamento empirico non ha avuto successo o è stato inappropriato, è raccomandata la laparoscopia [8] ricordando che l'identificazione laparoscopica delle lesioni endometriose deve essere confermata dall'istologia sebbene l'esame istologico negativo non escluda del tutto la malattia [8], [18].

## 16. **Approccio terapeutico**

Il programma terapeutico deve essere illustrato e condiviso con la paziente, fornendole ampia informazione sulla patologia, sulle possibili terapie e relativi rischi-benefici, sugli eventuali effetti collaterali.

La corretta e completa informazione della paziente risulta fondamentale nel rapporto di fiducia medico-paziente: la donna deve avere la possibilità di riflettere, consultarsi, decidere consapevolmente in riferimento ai trattamenti da intraprendere in relazione all'obiettivo clinico primario condiviso con il ginecologo di riferimento.

Nel counselling ginecologo e paziente trovano il punto di equilibrio tra quelli che sono gli obiettivi e le caratteristiche della paziente (sintomi e ripercussione sulla qualità della vita, desiderio di prole, aspettative della paziente, età della paziente) e gli obiettivi diagnostico-terapeutici (staging clinico-strumentale, trattamento che sia il più radicale possibile). Per cui il trattamento va personalizzato.



L'endometriosi peritoneale, quella ovarica e quella del setto retto-vaginale devono essere considerate tre entità differenti, stratificando le pazienti in base allo stadio della malattia. Il trattamento dell'endometriosi consiste in un approccio medico e/o chirurgico.

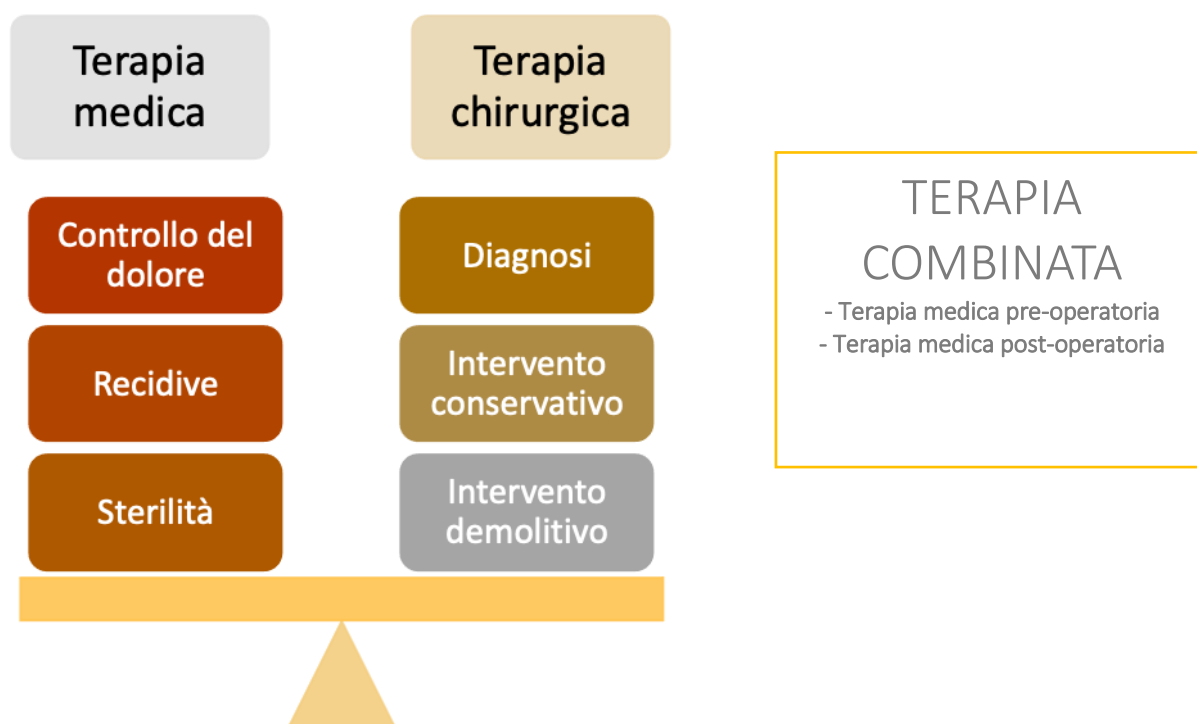


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

L'endometriosi deve essere considerata una malattia cronica che necessita di management per tutta la vita con obiettivi che massimizzino l'uso della terapia medica evitando il ricorso a quella chirurgica.

Gli obiettivi della terapia medica sono eradicare la malattia, eliminare i sintomi, trattare l'infertilità, prevenire la progressione degli stadi iniziali, facilitare la chirurgia conservativa, prevenire le aderenze post-chirurgiche, ritardare o evitare la chirurgia definitiva.







REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Le pazienti devono essere valutate in base al loro problema principale (*endometriosi-dolore* ed *endometriosi-infertilità*):

- pazienti con endometriosi-dolore: l'obiettivo sarà innanzi tutto il trattamento del dolore. Il Centro di 1° o 2° livello imposta la specifica terapia medica e terapia del dolore;
- pazienti con endometriosi ed infertilità: in questo caso il principale obiettivo clinico è il trattamento dell'infertilità. La paziente con volontà di una gravidanza dovrà essere tempestivamente inviata al Centro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di riferimento al fine di valutare il percorso assistenziale più appropriato. L'età della paziente è spesso determinante per il successo o fallimento della procedura di PMA. Molte pazienti con endometriosi riferiscono sia dolore che problemi di fertilità; in questi casi nella scelta del trattamento bisogna tenere conto dei rischi e dell'invasività che la terapia specifica comporta e delle preferenze/esigenze della paziente.

In caso di fallimento o scarsa compliance della terapia medica, quando gli obiettivi clinici sono la preservazione delle funzioni d'organo, il miglioramento della qualità della vita della paziente e la limitazione della progressione della patologia sarà necessario ricorrere alla chirurgia (ad oggi considerato il trattamento gold-standard). Relativamente alla struttura e alla funzione degli organi interessati dalla localizzazione endometriosica, nell'ambito della valutazione multiprofessionale, deve essere valutato il grado di danneggiamento d'organo, il rischio di compromissione organico-funzionale e gli esiti acuti e cronici: subocclusione o occlusione intestinale (stenosi > 50%), idroureteronefrosi (stenosi ureterale), massa annessiale sospetta. Sulla base della complessità del quadro clinico, la paziente verrà sottoposta ad intervento chirurgico presso il centro di 1° o di 2° livello (il centro di 2° livello è il riferimento in particolare per i casi multiviscerali e le recidive nelle forme più complesse). In termini organizzativi, l'invio della paziente dal centro di 1° livello al centro di 2° avverrà secondo percorsi interni da declinare a livello aziendale. La principale strategia terapeutica è rappresentata dall'intervento chirurgico conservativo unitamente alla terapia medica pre/post-chirurgica. In caso di endometriosi ovarica e peritoneale il trattamento chirurgico avverrà presso il centro di 1° livello;

È raccomandato un approccio decisionale condiviso tra specialista e paziente, ed è necessario considerare le preferenze individuali, gli effetti collaterali, l'efficacia individuale, i costi e la disponibilità nella scelta tra trattamenti ormonali e trattamenti chirurgici per il dolore associato all'endometriosi.

### **16.1 Terapia medica**

#### **Terapia medica ormonale**

La terapia medica può essere proposta alle pazienti con sintomatologia algica e in attesa di chirurgia, con lo scopo di ridurre il dolore prima dell'intervento, ma non per migliorare gli outcome chirurgici [19].

I progestinici o i contraccettivi orali combinati ciclici o in continuo sono considerati la terapia di prima scelta nel trattamento medico dell'endometriosi. Il trattamento ormonale, ad esempio, la pillola contraccettiva orale combinata o un progestinico in forma orale, un impianto sottocutaneo o



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

una forma di dispositivo intrauterino, va offerto a pazienti con endometriosi sospetta, confermata o ricorrente o alla paziente con adenomiosi. La scelta del trattamento ormonale deve avvenire in un approccio decisionale condiviso, riconoscendo che nessuno tra i trattamenti ormonali si è dimostrato superiore [14], [15].

La terapia medica ormonale interviene sulla sintomatologia, ma non riesce a modificare il decorso della malattia, né tantomeno ad ottenere una guarigione. Il trattamento medico ormonale dell'endometriosi ha come obiettivo quello di mantenere la patologia in uno stato di stand-by in funzione della vita riproduttiva della donna. Ha anche un effetto sul dolore. Le terapie mediche sono efficaci solo per la durata del trattamento ed i sintomi spesso si ripresentano alla cessazione della terapia.

I meccanismi che risultano influire positivamente sull'endometriosi, che vengono ottenuti in misura diversa con i diversi farmaci a nostra disposizione, sono:

- una riduzione della entità della mestruazione;
- il blocco dell'ovulazione;
- l'ipoestrogenismo.

La terapia ormonale medica a lungo termine ha un ruolo nel controllo della sintomatologia dolorosa e della progressione delle lesioni nelle donne con endometriosi profonda.

Dopo la cistectomia, nelle donne operate di endometrioma, si raccomanda la prescrizione di una terapia ormonale con progestinico o contraccettivi orali combinati per la prevenzione della recidiva dell'endometrioma.

Non c'è differenza in termine di riduzione delle recidive tra i diversi progestinici utilizzati nelle formulazioni. L'uso dei progestinici riduce sia la dispareunia che la dismenorrea anche dopo trattamento chirurgico.

### Estroprogestinici (COC)

L'utilizzo del COC è raccomandato per ridurre la dispareunia, la dismenorrea e il dolore non mestruale associati all'endometriosi. Alle donne che soffrono di dismenorrea associata all'endometriosi può essere offerto l'uso continuativo di una pillola contraccettiva ormonale combinata [8].

Gli estro-progestinici (sia in somministrazione ciclica che continua) insieme ai progestinici sono considerati la terapia medica di prima scelta nel trattamento dell'endometriosi, per l'efficacia clinica, l'ottima tollerabilità ed i ridotti effetti collaterali. L'effetto della terapia estro-progestinica consiste nella soppressione dell'attività ovarica con conseguente riduzione dello stimolo ormonale ciclico a livello dei focolai endometriocici e nel prevenire l'ovulazione interferendo con il rilascio ipotalamico di GnRH, quindi con il rilascio ipofisario di LH e FSH. Conseguentemente si ha una diminuzione nella decidualizzazione dell'endometrio. Favorisce l'apoptosi nell'endometrio eutopico ed ectopico. Le più comuni vie di assunzione sono: orale, vaginale o transdermica.

Attualmente sono disponibili in commercio formulazioni COC a dosaggio ultraridotto che rappresentano la terapia di prima scelta, mantenendo i livelli di E2 costantemente entro la soglia di inattivazione endometriale determinando una più stabile inibizione della produzione di ormoni



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ovarici. Relativamente agli effetti collaterali va segnalato un aumento dello spotting (sanguinamenti intermestruali) maggiormente nei primi mesi.

### Progestinici

Per ridurre il dolore associato all'endometriosi è raccomandato altresì l'utilizzo di progestinici tenendo conto di diversi effetti collaterali [8]. I progestinici esercitano un effetto duplice: a livello centrale tramite un'azione antigonadotropa, inibendo la sintesi e il rilascio di GnRH con conseguente blocco della sintesi gonadica di steroidi; a livello locale riducono la concentrazione di recettori endometriali per estrogeni e progesterone con ridotta azione mitogenica e proliferativa andando incontro a trasformazione secretiva, poi deciduizzazione e, in ultimo, ad atrofia. La controindicazione all'assunzione di lattosio nelle pazienti con endometriosi rende il dienogest 2mg senza lattosio il farmaco di prima scelta. L'uso della terapia progestinica può essere eseguito tramite via orale (dienogest 2mg/die), intrauterina o sottocutanea. L'utilizzo della spirale medicata con levonorgestrel per 12 mesi è risultata efficace nel ridurre la dismenorrea, il dolore pelvico cronico e la dispareunia, con una buona compliance da parte delle pazienti ed una riduzione del volume dei noduli endometriosisi del setto retto-vaginale. Tra gli effetti collaterali sono segnalati: spotting, effetti metabolici sistemici negativi, mastodinia, nausea, vomito, turgore mammario, leucorrea, ritenzione di liquidi, stati depressivi.

Anche l'impianto sottocutaneo a rilascio di etonogestrel è indicato tra le modalità di somministrazione dei progestinici per ridurre il dolore associato all'endometriosi [8].

### Analoghi del GnRH (GnRH-a)

Il loro effetto si esplica mediante l'inibizione dell'attività gonadotropica dell'ipofisi, provocando una soppressione della produzione di ormoni steroidei da parte dell'ovaio che causa uno stato reversibile di pseudo-menopausa. L'utilizzo a lungo termine si associa ad un'importante riduzione della densità minerale ossea, che ne limita l'assunzione per un massimo di 6 mesi. Il trattamento può essere prolungato per alcuni cicli di terapia se all'assunzione del GnRH-a si associa una terapia estro-progestinica definita "add-back therapy". L'Enantone (leuprorelina acetato) è un analogo del GnRH approvato per endometriosi a localizzazione genitale ed extragenitale (stadi I-IV). La triptorelina è un altro analogo con particolare indicazione, in Italia, al trattamento dell'endometriosi sintomatica confermata per via laparoscopica, per la soppressione dell'ormonogenesi ovarica quando la terapia chirurgica non è indicata. Gli analoghi del GnRH sono indicati tra i trattamenti possibili per ridurre il dolore associato all'endometriosi sebbene le prove siano limitate per quanto riguarda il dosaggio o la durata del trattamento, preferibilmente vengono usati come seconda linea (dopo contraccettivi ormonali o progestinici se sono stati inefficaci) a causa del loro profilo di effetti collaterali. In tal caso bisognerebbe considerare una add-back therapy ormonale per evitare l'effetto dannoso sulle ossa e i sintomi derivanti dall'ipoestrogenismo [8]. In aggiunta alla chirurgia per l'endometriosi profonda che coinvolge l'intestino, la vescica o l'uretere occorre considerare 3 mesi di agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine (GnRH) 6 prima dell'intervento [14], [15].



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Antagonisti del GnRH: rappresentano un trattamento di seconda linea. Gli antagonisti del GnRH (ad esempio degarelix, cetrorelix, abarelix) sono peptidi sintetici che competono con il GnRH per il suo recettore. Questi farmaci possono essere usati nel post-operatorio per il management del dolore in particolare nelle pazienti che non desiderano una gravidanza immediata. Si può prendere in considerazione la prescrizione di antagonisti del GnRH per ridurre il dolore associato all'endometriosi, sebbene le prove siano limitate per quanto riguarda il dosaggio o la durata del trattamento, preferibilmente usati come seconda linea (dopo contraccettivi ormonali o progestinici se sono stati inefficaci) a causa del loro profilo di effetti collaterali [8].

Inibitori della secrezione del GnRH: il Danazolo (17-etinil-testosterone) sopprime il GnRH o la secrezione di gonadotropine, inibisce direttamente la steroidogenesi, incrementa la clearance dell'estradiolo e del progesterone e interagisce con i recettori per gli androgeni e per il progesterone a livello dell'endometrio. Determina un'amenorrea ipogonadotropa e ipoestrogenica. La modalità di trattamento consiste in una somministrazione continua di Danazolo per via orale ad un dosaggio massimo di 800 mg al giorno fino all'instaurarsi dell'amenorrea e continuando poi con 400-600 mg per 6 mesi. Conduce ad atrofia dell'endometrio, tra cui quello ectopico.

I molteplici effetti del Danazolo producono uno stato di iperandrogenismo e di ipoestrogenismo. Gli effetti collaterali del Danazolo, collegati alle proprietà androgeniche e ipoestrogeniche e che ne limitano fortemente l'utilizzo, sono: incremento ponderale, ritenzione idrica, acne, seborrea, irsutismo, vampate, vaginite atrofica, riduzione del volume delle mammelle, riduzione della libido, nausea, crampi muscolari e tremori, instabilità emotiva, voce con timbro maschile, cefalea, crisi acute di porfiria nei soggetti predisposti.

Il Danazolo è controindicato in caso di epatopatie, gravidanza (anomalie urogenitali nel feto femmina), ipertensione, insufficienza cardiaca, insufficienza renale.

Inibitori dell'aromatasi: nelle donne con dolore associato all'endometriosi refrattario ad altri trattamenti medici o chirurgici, si raccomanda di prescrivere inibitori dell'aromatasi, in quanto riducono il dolore associato all'endometriosi. Gli inibitori dell'aromatasi possono essere prescritti in combinazione con contraccettivi orali, progestinici, agonisti del GnRH o antagonisti del GnRH [8].

### Terapia del dolore

La terapia medica comprende oltre ai trattamenti ormonali sopra menzionati, anche opzioni mediche di natura prettamente antalgica.

In presenza di sintomatologia algica nonostante il trattamento ormonale può essere associato l'uso di antidolorifici/antiinfiammatori (paracetamolo, FANS) [19].

Il dolore pelvico cronico da endometriosi può riconoscere un'origine neuropatica, nocicettiva o infiammatoria. I farmaci ad azione antalgica sono rappresentati dalle seguenti classi di farmaci:

- farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) ed oppioidi che vengono utilizzati per il trattamento del dolore nocicettivo ed infiammatorio;
- anestetici locali, anticonvulsivanti ed antidepressivi che, agendo come anti-depolarizzanti o polarizzanti, sono in grado di contrastare i meccanismi patogenetici del dolore



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

neuropatico.

Il trattamento antalgico deve essere multimodale (associazione di più principi attivi) poiché consente di ottenere una maggiore efficacia e contemporaneamente una migliore tollerabilità del trattamento.

Le pazienti con endometriosi dovrebbero essere indirizzate al terapeuta del dolore in qualsiasi momento se:

- il dolore è grave e non risponde ai semplici analgesici;
- il dolore limita sostanzialmente le attività quotidiane [14].

In tal caso l'indicazione, la scelta dei farmaci e della modalità di somministrazione e la valutazione di efficacia e tollerabilità del trattamento multimodale antalgico verranno gestite in collaborazione fra il ginecologo e il terapeuta del dolore.

## 16.2 Terapia chirurgica

A causa della limitata efficacia della terapia medica e del tasso elevato di recidiva/persistenza dei sintomi, la terapia chirurgica è spesso necessaria al fine di ristabilire un quadro anatomico normale ed offrire un beneficio terapeutico alle pazienti.

I vantaggi della chirurgia sono molteplici:

- l'acquisizione di una diagnosi istologica definitiva;
- l'asportazione delle lesioni (ostacolo alla progressione della malattia);
- la formulazione di una precisa stadiazione anatomo patologica;
- il ripristino di una normale anatomia pelvica;
- la prevenzione della recidiva.

L'approccio chirurgico (a seconda dell'età della paziente, del desiderio di gravidanza, del quadro clinico e delle esigenze specifiche della paziente) prevede la possibilità di eseguire un trattamento di tipo conservativo o demolitivo.

L'intervento conservativo con la rimozione completa delle lesioni macroscopiche di malattia nella maggior parte dei casi è sufficiente a garantire una remissione della sintomatologia dolorosa ed un miglioramento degli outcomes ostetrici, con una probabilità cumulativa di concepimento fino al 50% a distanza di 36 mesi dalla chirurgia [20].

Va tuttavia ricordato, che l'efficacia del trattamento chirurgico, data la natura cronico-ricorrente della patologia, è solo temporanea. Pertanto, deve essere eseguito un follow-up seriato post-operatorio per evidenziare eventuali recidive di malattia e deve essere instaurato, ove non vi siano controindicazioni alla terapia medica o desiderio di gravidanza, un trattamento ormonale post-operatorio per ridurre il tasso di ricorrenza. Nel caso in cui si opti per l'intervento chirurgico sono fondamentali ridotti tempi di attesa per salvaguardare il più possibile lo stato di salute e la qualità di vita delle pazienti.

Gli obiettivi del trattamento chirurgico conservativo sono:

- asportazione completa delle lesioni endometrioidiche macroscopiche;
- ripristino dei normali rapporti anatomici;
- preservare o ristabilire la fertilità;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

- trattamento dell'endometriosi complicata;
- compromissione d'organo (compressione ureterale o stenosi intestinale significativa);
- cisti ovariche sospette (rischio di cancerizzazione);
- quadro di flogosi pelvica acuta.

Le indicazioni al trattamento chirurgico per endometriosi pelvica, secondo le linee guida SIGO 2017 [19], sono le seguenti:

- forme di endometriosi superficiale e/o infiltrante non responsive al trattamento farmacologico (dal punto di vista sintomatologico/progressione di malattia);
- forme di endometriosi superficiale, annessiale e/o infiltrante sintomatiche con controindicazioni all'assunzione di terapia medica ormonale.

La terapia chirurgica deve essere attuata solo sulla base di processi decisionali condivisi con la paziente [19].

La laparoscopia è l'approccio chirurgico preferenziale rispetto all'approccio laparotomico, a meno che non ci siano controindicazioni nel trattamento del dolore associato ad endometriosi (sia attraverso l'asportazione che tramite l'ablazione di endometriosi, o entrambi) poiché offre numerosi vantaggi rispetto al tradizionale approccio laparotomico:

- un ridotto rischio di emorragia nel corso dell'intervento;
- una minore incidenza di aderenze post-operatorie;
- una riduzione della degenza e della convalescenza;
- un minimo danno estetico [14], [15].

L'escissione chirurgica, laddove possibile, deve essere scelta rispetto all'ablazione di endometriosi. Ripetute chirurgie andrebbero evitate, in considerazione della possibile formazione di aderenze addomino-pelviche [19].

Quando si esegue un intervento chirurgico nelle donne con endometrioma ovarico è raccomandata l'esecuzione della cistectomia (prima scelta) invece del drenaggio e della coagulazione, poiché la cistectomia riduce la recidiva dell'endometrioma e il dolore associato all'endometriosi. L'approccio chirurgico dell'endometrioma ovarico deve tenere in considerazione il desiderio di fertilità, la precedente chirurgia ovarica e la riserva ovarica [14], [15]. La cistectomia prevede la completa escissione della capsula della cisti. Si può, in alternativa, prendere in considerazione la vaporizzazione laser a CO<sub>2</sub> poiché presenta gli stessi tassi di recidiva della cistectomia dopo il 1° anno di intervento. Invece i tassi di recidiva precoci (entro il 1° anno di intervento) risultano inferiori per la cistectomia. Considerando che ogni tipo di procedura sull'ovaio provoca una riduzione della riserva follicolare, le scelte chirurgiche devono essere effettuate tenendo conto della possibilità di preservare quanto più possibile il parenchima ovarico circostante. In entrambi i casi è necessario prestare particolare attenzione per ridurre al minimo il danno ovarico [8]. L'enucleazione di endometriomi con diametro superiore a 3 cm migliora l'outcome riproduttivo, se confrontato con la tecnica di diatermocoagulazione della capsula dell'endometrioma o il drenaggio della cisti. Nella valutazione del trattamento chirurgico dell'endometrioma ovarico, nell'ottica di un trattamento IVF/ICSI, ogni caso deve essere valutato individualmente, in quanto l'intervento chirurgico potenzialmente riduce la riserva ovarica, influenzando, indirettamente, il successo della IVF/ICSI,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

unitamente ad altri parametri che notoriamente contribuiscono a diminuire il successo di questi trattamenti, come ad esempio l'età [19].

L'intervento demolitivo è talora indicato nella paziente affetta da endometriosi l'isterectomia totale (con o senza rimozione delle ovaie), e la concomitante rimozione di tutte le lesioni visibili dell'endometriosi. Tale scelta terapeutica deve essere riservata esclusivamente a quelle donne che non manifestano desiderio di concepimento e non hanno risposto a trattamenti più conservativi. Quando viene eseguita l'asportazione dell'utero è raccomandata l'esecuzione di un'isterectomia totale con asportazione della cervice uterina. Le donne devono essere informate che, data la natura cronica/recidivante dell'endometriosi, l'isterectomia potrebbe non garantire una completa remissione dei sintomi della malattia. Qualora si decida di rimuovere entrambe le ovaie, si devono considerare le conseguenze a lungo termine della menopausa precoce e l'eventuale necessità di una terapia ormonale sostitutiva.

Nell'ambito del counseling relativo all'esecuzione di trattamenti chirurgici demolitivi si devono informare le pazienti candidate ad isterectomia e/o ovariectomia riguardo:

- le conseguenze di un intervento di isterectomia;
- i possibili benefici e rischi dell'isterectomia;
- i possibili benefici e rischi dell'ovariectomia nello stesso intervento dell'isterectomia;
- la possibilità del ripresentarsi dell'endometriosi, con la possibile necessità di ulteriori interventi chirurgici;
- i possibili benefici e rischi della terapia ormonale in menopausa dopo isterectomia con ovariectomia [14].

#### Trattamento delle localizzazioni intestinali e delle vie urinarie

Nelle pazienti con endometriosi intestinale, esistono varie tecniche chirurgiche a radicalità progressiva (shaving, resezione discoide, resezione segmentaria), che vengono adottate in funzione principalmente della localizzazione della patologia (retto, sigma, giunzione ileocecale, ansa ileale), delle dimensioni delle lesioni e della clinica presentata dalla paziente. In talune condizioni, può essere richiesta una deviazione transitoria del transito fecale (ileostomia temporanea) per permettere un'adeguata cicatrizzazione dell'anastomosi colo-rettale diretta a seguito di una resezione segmentaria del sigma-retto. In caso di alterazioni macroscopiche dell'appendice vermiforme all'esplorazione della pelvi, può essere necessaria l'esecuzione di un'appendicectomia per la concomitante presenza di endometriosi appendicolare subclinica.

Nel caso di endometriosi profonda della vescica il trattamento standard consiste in una cistectomia parziale; se vi è un coinvolgimento della base vescicale con interessamento di uno dei meati ureterali, può essere richiesto un reimpianto ureterale in vescica (ureteroneocistostomia). In caso di interessamento dell'uretere (il coinvolgimento ureterale varia tra il 14.2 e il 19.5% nelle pazienti con endometriosi profonda infiltrante), può essere necessario, qualora l'exeresi superficiale della malattia (ureterolisi) non sia efficace, l'asportazione del tratto ureterale interessato ed un'anastomosi termino-terminale ureterale oppure un reimpianto ureterale in vescica (ureteroneocistostomia).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Negli stadi più avanzati l'exeresi chirurgica può essere altamente complessa e comportare notevoli rischi peri-operatori e post-operatori con notevole impatto sulla qualità di vita della paziente, che richiedono stretto monitoraggio e prevenzione. Uno dei rischi post-operatori più importanti è rappresentato dalle disfunzioni degli organi pelvici (in particolar modo la ritenzione urinaria e/o fecale), conseguenti a sezione o irritazione delle strutture nervose della pelvi. Negli ultimi anni è stata introdotta e standardizzata la tecnica di preservazione delle fibre nervose (tecnica cosiddetta “nerve-sparing”) per il trattamento chirurgico dell'endometriosi profonda infiltrante, che permette la riduzione del tasso di disfunzioni pelviche postoperatorie. La chirurgia laparoscopica robot-assistita, in virtù di importanti vantaggi tecnologici rispetto alla tecnica laparoscopica standard (visione tridimensionale, possibilità di movimento di 360° degli strumenti robotici), potrebbe favorire e facilitare l'esecuzione degli interventi chirurgici per endometriosi più complessi mediante tecnica “nerve-sparing”.

#### Chirurgia dell'endometriosi ed infertilità

La laparoscopia operativa può essere offerta come opzione terapeutica per l'infertilità nell'endometriosi rASRM in stadio I/II in quanto migliora il tasso d'insorgenza di gravidanze. Il trattamento laparoscopico dell'endometrioma può aumentare la probabilità di gravidanza spontanea in caso di infertilità dovuta all'endometrioma.

La decisione di eseguire un intervento chirurgico deve essere guidata dalla presenza o assenza di sintomi dolorosi, età e preferenze della paziente, anamnesi di precedente intervento chirurgico, presenza di altri fattori di infertilità, riserva ovarica e indice di fertilità dell'endometriosi stimato (EFI – endometriosis fertility index, si veda Allegato 1).

Le donne devono essere informate riguardo la loro possibilità di ottenere una gravidanza, spontaneamente o tramite procreazione medicalmente assistita (PMA) dopo l'intervento chirurgico. Per identificare le pazienti che possono trarre beneficio dalla PMA dopo l'intervento chirurgico, deve essere utilizzato l'indice di fertilità dell'endometriosi (EFI) poiché è validato, riproducibile e conveniente. I risultati di altre indagini sulla fertilità della coppia, come lo spermogramma del partner, dovrebbero essere presi in considerazione [8]. Dopo l'intervento chirurgico, se la paziente non giunge al concepimento dopo 6 mesi di tentativi, è consigliato proporre un percorso di PMA [19].

#### Trattamento localizzazioni extra-pelviche

I sintomi dell'endometriosi extra-pelvica possono includere dolore ciclico alla spalla, pneumotorace spontaneo ciclico, tosse ciclica.

La rimozione chirurgica è il trattamento di scelta, quando possibile, per alleviare i sintomi. Il trattamento ormonale può anche essere un'opzione quando la chirurgia non è possibile o accettabile.

Per l'endometriosi toracica, può essere offerto un trattamento ormonale. Se l'intervento chirurgico è indicato, deve essere eseguito con approccio multidisciplinare (chirurghi generali, toracici, neurochirurghi e/o altri specialisti pertinenti).

Alcuni casi sporadici di localizzazione endometriosica extra-pelvica (es. diaframma, polmone, encefalo), possono richiedere trattamento specifico medico (in particolar modo con analoghi del





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

GnRH) e/o chirurgico specialistico multidisciplinare (es. chirurgia toracica, neurochirurgia) e follow-up seriati multi-specialistici.

### **17. Strategie per il miglioramento della qualità della vita e il benessere psicologico della donna**

Lo specialista condivide con la paziente anche le strategie non mediche finalizzate a migliorare la qualità della vita e il benessere psicologico [8].

#### Nutrizione e terapia dietetica

La terapia nutrizionale specifica può avere un ruolo importante nel miglioramento della sintomatologia algica con riduzione dei crampi pelvici.

Tra le diete maggiormente studiate ha una notevole importanza la dieta Mediterranea in quanto, vista la buona quantità di fibre, di pesce azzurro (contenente acidi grassi Omega 3) e di olio di oliva (fonte principale di vitamina E) oltre che l'ampia quantità di cibo contenente Magnesio (che migliora l'attività contrattile delle pareti uterine), può migliorare la sintomatologia algica.

Anche una dieta priva o a basso contenuto di glutine ha mostrato un miglioramento del quadro infiammatorio, in particolare in persone maggiormente suscettibili. Ciò può essere correlabile con l'attività proinfiammatoria che il glutine può avere nell'intestino per incremento della permeabilità intestinale e l'instaurarsi di un quadro infiammatorio intestinale cronico.

La dieta secondo il protocollo FODMAP's, che prevede una ridotta introduzione di cibi fermentabili, di oligosaccaridi, di disaccaridi, di monosaccaridi e di polioli può avere un ruolo importante in quanto l'eliminazione o la riduzione di componenti fermentabili porta ad una ridotta produzione di gas e dunque effetti positivi anche nelle pazienti con endometriosi. In tal senso la supplementazione di probiotici è di fondamentale importanza per garantire una flora intestinale non fermentante e al contempo permettere un miglioramento dell'assetto immunitario. [21]–[23]

È importante garantire una valutazione nutrizionale nel momento in cui si programma l'intervento chirurgico con attenzione alla presenza di alterazioni nutrizionali sia in eccesso che in difetto e promuovendo una sana alimentazione e l'eventuale utilizzo di supplementi orali per immunonutrizione (contenenti Arginina, Omega 3, RNA e fibra solubile).

Successivamente in fase preoperatoria e intraoperatoria è importante evitare inutili restrizioni caloriche o digiuno prolungato, in fase post operatoria è previsto un reintegro dell'alimentazione orale con rimozione del Sondino Naso G astrico nel più breve tempo possibile.

#### Informazione e supporto psicologico

Il follow-up e il supporto psicologico devono essere presi in considerazione nelle donne con endometriosi confermata, in particolare endometriosi profonda e ovarica [8]. Il supporto psicologico è chiamato ad affrontare molteplici aspetti.

Bisogna rendere le pazienti consapevoli del fatto che l'endometriosi è una condizione clinica cronica con possibile gestione a lungo termine, con un impatto fisico, sessuale, psicosociale, emotivo e sociale significativo con conseguenti esigenze complesse tali da richiedere un supporto a lungo termine [14], [15].



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

È quindi determinante fornire informazioni e supporto completi e continui alle pazienti con endometriosi sospetta o confermata, per promuovere la loro partecipazione attiva alla cura e all'autogestione. Ad esempio, fornire informazioni su:

- cos'è l'endometriosi;
- segni e sintomi dell'endometriosi;
- come viene diagnosticata l'endometriosi;
- opzioni terapeutiche;
- gruppi o reti di supporto nazionali e locali.

Se la paziente è favorevole è indicato coinvolgere il partner (e/o altri membri della famiglia o persone importanti per lei) nell'iter di diagnosi-trattamento e nelle discussioni [14], [15].

### Fisioterapia

I Centri di II livello devono avvalersi di competenze multidisciplinari di concerto con fisiatri, fisioterapisti e personale ostetrico infermieristico al fine di garantire adeguato percorso riabilitativo volto al recupero funzionale nelle pazienti con disturbi severi dopo il trattamento chirurgico demolitivo.

## **18. Approcci diagnostico terapeutici specifici**

### Endometriosi e adolescenza

Nelle adolescenti è importante raccogliere un'attenta anamnesi per identificare i possibili fattori di rischio per l'endometriosi (ad esempio storia familiare positiva, menarca precoce, ciclo mestruale breve); i comportamenti nelle giovani donne con endometriosi come l'assenza ciclica dalla scuola, l'uso di contraccettivi orali per il trattamento della dismenorrea, i sintomi indicativi della presenza di endometriosi: dolore pelvico cronico o aciclico, in particolare combinato con nausea, dismenorrea, dischezia, disuria, dispareunia, dolore pelvico ciclico. In assenza di prove specifiche per gli adolescenti, possono essere applicate le raccomandazioni per l'esame clinico negli adulti, discutendo con la paziente o con il suo caregiver, prima di eseguire l'esame vaginale e/o rettale, l'accettabilità della visita, tenendo in considerazione l'età e il background culturale della paziente. È raccomandato l'uso dell'ecografia transvaginale laddove è possibile, poiché ha una maggiore efficacia diagnostica in caso di endometriosi ovarica. Altrimenti è possibile considerare l'ecografia trans-addome, la risonanza magnetica, l'ecografia transperineale o transrettale.

I biomarcatori sierici (ad es. CA-125) non sono raccomandati per diagnosticare o escludere l'endometriosi nelle adolescenti.

Nelle adolescenti con sospetta endometriosi in cui l'imaging è negativo e i trattamenti medici (con FANS e/o contraccettivi ormonali) non hanno avuto successo, può essere presa in considerazione la laparoscopia diagnostica.

Se viene eseguita una laparoscopia, deve essere presa in considerazione l'esecuzione di biopsie per confermare istologicamente la diagnosi, sebbene l'esame istologico negativo non escluda del tutto la malattia.

Nelle adolescenti con endometriosi, i medici possono prendere in considerazione la rimozione chirurgica delle lesioni endometriosiche per gestire i sintomi correlati all'endometriosi. Tuttavia, i



tassi di recidiva dei sintomi possono essere considerevoli, soprattutto quando l'intervento chirurgico non è seguito da un trattamento ormonale: bisogna considerare la terapia ormonale post-operatoria in quanto potrebbe sopprimere la ricorrenza dei sintomi.

### Endometriosi e gravidanza

La gravidanza non sempre porta a un miglioramento dei sintomi o a una riduzione della progressione della malattia.

Gli endometriomi possono cambiare aspetto durante la gravidanza. In caso di riscontro di un endometrioma atipico durante l'ecografia in gravidanza, è raccomandato indirizzare la paziente ad un centro di I livello con competenza adeguata.

Le complicanze direttamente correlate a lesioni endometriosiche preesistenti sono rare, ma probabilmente sono sottostimate. Tali complicanze possono essere correlate alla loro decidualizzazione, alla formazione di aderenze/allungamento e all'infiammazione cronica correlata all'endometriosi.

Le donne con endometriosi hanno aumentato rischio di aborto spontaneo nel primo trimestre e di gravidanza ectopica.

Le complicanze associate all'endometriosi durante la gravidanza sono rare e, alla luce degli attuali studi, non giustificano un aumento del monitoraggio prenatale, né devono dissuadere le donne dal cercare una gravidanza [8]. (ESHRE 2022).

### **19. Verifica dei risultati**

L'attività di verifica dei risultati è sistematica e prevede momenti di confronto costante all'interno di ogni centro della rete clinica.

In particolare, in ogni nodo della rete, almeno 1 volta all'anno viene organizzato un momento di verifica dei risultati (Audit Clinico) a cui partecipano tutti i professionisti che rivestono ruoli di responsabilità e/o di interfaccia all'interno del percorso.

Il Centro di 1° livello deve organizzare almeno 1 audit/anno.

Il Centro 2° livello deve organizzare almeno 1 audit/anno e un audit/anno.

Dovrà inoltre essere organizzato un audit/anno a valenza regionale per valutare l'andamento del PDTA regionale.

Durante l'incontro di verifica dei risultati vengono presi in considerazione:

- l'andamento generale del percorso sulla base degli indicatori stabiliti;
- la gestione degli eventi indesiderati clinici ed organizzativi;
- la pianificazione di eventuali azioni correttive/di miglioramento;
- lo stato di avanzamento dell'attività di formazione e addestramento degli operatori.

Nell'audit regionale potranno essere rivalutati e implementati gli indicatori applicabili, sulla base delle necessità rilevate.

I risultati di tale attività di verifica saranno verbalizzati al termine di ogni incontro e condivisi con tutti i partecipanti (verbale dell'audit).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 20. Indicatori

### dati/indicatori di attività

	Centro deputato alla rilevazione del dato	Target	Frequenza rilevazione	Modalità di rilevazione
numero di interventi chirurgici per endometriosi/anno	centri di 1° e 2° livello	Monitoraggio	Annuale	<b>SDO</b>
n. interventi chirurgici per endometriosi profonda/anno	centri di 1° e 2° livello	Monitoraggio	Annuale	<b>SDO</b>
numero di ricoveri programmati/anno per endometriosi	centri di 1° e 2° livello	Monitoraggio	Annuale	<b>SDO</b>
numero di ricoveri urgenti/anno per endometriosi	centri di 1° e 2° livello	Monitoraggio	Annuale	<b>SDO</b>

### **Indicatori di esito/performance clinica**

Indicatore	Centro deputato alla rilevazione del dato	Target	Frequenza rilevazione	Modalità di rilevazione
Percentuale di riammissioni a 30 gg dall'intervento chirurgico, stratificata per tipologia di endometriosi (superficiale e profonda)	Tutti i livelli	Monitoraggio	Annuale	<b>SDO</b>
Note: Numeratore: N. pazienti con riammissioni non programmate a 30 giorni (Banca Dati SDO) Denominatore: N. pz dimesse sottoposte ad intervento chirurgico per endometriosi (Banca Dati SDO)				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## **21. Ricerca e formazione continua**

Risulta di fondamentale importanza la realizzazione dell'attività di ricerca e di corsi di formazione e aggiornamento continuo sulla valutazione clinico-ecografica, che vedano coinvolti i professionisti della rete.

### Attività di ricerca

La rete assistenziale regionale deve offrire alle pazienti la migliore qualità delle cure, sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate; il centro di 2° livello, in particolare, per la numerosità della casistica e la raccolta sistematica dei dati, è in grado di garantire un contributo fondamentale nell'ambito della ricerca e delle innovazioni terapeutiche ad essa correlate.

### Formazione

Il centro di 2° livello si contraddistingue per l'impegno in ambito formativo, erogato sotto forma dei seguenti servizi:

1. corsi di formazione per medici in formazione specialistica e medicina di base;
2. corsi di formazione chirurgica di base ed avanzata per medici ospedalieri;
3. corsi di formazione ambulatoriale per medici specialisti;
4. meeting multidisciplinari per la gestione dei casi complessi;
5. insegnamento per tutte le figure professionali per la gestione della patologia.

## **22. Rapporto con le associazioni**

Il terzo settore (legge delega 106/2016 e d. lgs. 117/2017), privato e pubblico, concorre in modo complementare alla gestione dei servizi e degli interventi sociosanitari territoriali. Le associazioni delle pazienti svolgono un ruolo fondamentale in termini di sostegno, rappresentanza, advocacy. Partecipano alla promozione, co-progettazione, facilitazione e verifica di adeguatezza dei percorsi clinico diagnostici-terapeutici. Curano programmi di formazione e informazione continua sulla malattia e l'assistenza alla donna, rivolti agli operatori e alle famiglie, anche attraverso l'accesso al proprio sito web. Organizzano iniziative di informazione, solidarietà, auto-aiuto, eventi culturali e momenti di interscambio di esperienze tra pazienti e familiari, contribuendo a migliorarne la qualità di vita.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

## 23. Bibliografia

- [1] C. Tomassetti *et al.*, “An International Terminology for Endometriosis, 2021,” *Facts, Views Vis. ObGyn*, vol. 13, no. 4, pp. 295–304, Dec. 2021, doi: 10.52054/FVVO.13.4.036.
- [2] S. Kennedy *et al.*, “ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis,” *Hum. Reprod.*, vol. 20, no. 10, pp. 2698–2704, Oct. 2005, doi: 10.1093/humrep/dei135.
- [3] J. Kitawaki, N. Kado, H. Ishihara, H. Koshiba, Y. Kitaoka, and H. Honjo, “Endometriosis: the pathophysiology as an estrogen-dependent disease,” *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.*, vol. 83, no. 1–5, pp. 149–155, Dec. 2002, doi: 10.1016/S0960-0760(02)00260-1.
- [4] L. Culley *et al.*, “The social and psychological impact of endometriosis on women’s lives: a critical narrative review,” *Hum. Reprod. Update*, vol. 19, no. 6, pp. 625–639, Nov. 2013, doi: 10.1093/humupd/dmt027.
- [5] K. T. Zondervan, C. M. Becker, K. Koga, S. A. Missmer, R. N. Taylor, and P. Viganò, “Endometriosis,” *Nat. Rev. Dis. Prim.*, vol. 4, no. 1, p. 9, Jul. 2018, doi: 10.1038/s41572-018-0008-5.
- [6] H. S. Taylor, A. M. Kotlyar, and V. A. Flores, “Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations,” *Lancet*, vol. 397, no. 10276, pp. 839–852, Feb. 2021, doi: 10.1016/S0140-6736(21)00389-5.
- [7] E. Thomas, “The clinician’s view of endometriosis,” *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 64, no. S1, pp. 1–3, Feb. 1999, doi: 10.1016/S0020-7292(98)00235-5.
- [8] C. M. Becker *et al.*, “ESHRE guideline: endometriosis,” *Hum. Reprod. Open*, vol. 2022, no. 2, pp. 1–26, Mar. 2022, doi: 10.1093/hropen/hoac009.
- [9] B. Smolarz, K. Szyłło, and H. Romanowicz, “Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature),” *Int. J. Mol. Sci.*, vol. 22, no. 19, p. 10554, Sep. 2021, doi: 10.3390/ijms221910554.
- [10] L. C. Gemmell, K. E. Webster, S. Kirtley, K. Vincent, K. T. Zondervan, and C. M. Becker, “The management of menopause in women with a history of endometriosis: a systematic review,” *Hum. Reprod. Update*, vol. 23, no. 4, pp. 481–500, Jul. 2017, doi: 10.1093/humupd/dmx011.
- [11] Ministero della Salute, “Endometriosi,” 24 marzo 2023, 2023. [https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4487&area=Salute e donna&menu=pat](https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4487&area=Salute+donna&menu=pat) (accessed Sep. 27, 2023).
- [12] All Party Parliamentary Group (UK), “Endometriosis in the UK : time for change. APPG on Endometriosis Inquiry Report 2020,” pp. 1–78, 2020, [Online]. Available: <https://www.endometriosis-uk.org/sites/default/files/files/Endometriosis APPG Report Oct 2020.pdf>.
- [13] FIE (fondazione italiana endometriosi), “I numeri dell’endometriosi,” 2017. <https://www.endometriosi.it/i-numeri-dellendometriosi/> (accessed Sep. 27, 2023).
- [14] RANZCOG Melbourne Australia, “Australian clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis (2021).” 2021, [Online]. Available: <http://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/02/Endometriosis-clinical-practice-guideline.pdf>.
- [15] NICE, “National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management.” no. September 2017, 2017, [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/resources/endometriosis-diagnosis-and->



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

management pdf-1837632548293.

- [16] M. R. Laufer, J. Sanfilippo, and G. Rose, "Adolescent Endometriosis: Diagnosis and Treatment Approaches," vol. 3188, pp. 3–11, 2003, doi: 10.1016/S1083-3188(03)00066-4.
- [17] J. L. Simpson, S. Elias, L. R. Malinak, and V. C. Buttram, "Heritable aspects of endometriosis," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 137, no. 3, pp. 327–331, Jun. 1980, doi: 10.1016/0002-9378(80)90917-5.
- [18] N. Bourdel *et al.*, "Endométrie et adolescente," *Gynécologie Obs. Fertil.*, vol. 34, no. 9, pp. 727–734, Sep. 2006, doi: 10.1016/j.gyobfe.2006.07.008.
- [19] S. A. AOGOI; and F. Confalonieri, "Linee guida sulla diagnosi e trattamento dell'endometriosi," pp. 1–48, [Online]. Available: <https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2017/09/Linee-Guida-Endometriosi-finale.pdf>.
- [20] P. Vercellini, E. Somigliana, P. Viganò, A. Abbiati, G. Barbara, and P. G. Crosignani, "Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach," *Hum. Reprod.*, vol. 24, no. 2, pp. 254–269, Feb. 2009, doi: 10.1093/humrep/den379.
- [21] N. Habib *et al.*, "Impact of lifestyle and diet on endometriosis: a fresh look to a busy corner," *Menopausal Rev.*, vol. 21, no. 2, pp. 124–132, 2022, doi: 10.5114/pm.2022.116437.
- [22] K. Nirgianakis, K. Egger, D. R. Kalaitzopoulos, S. Lanz, L. Bally, and M. D. Mueller, "Effectiveness of Dietary Interventions in the Treatment of Endometriosis: a Systematic Review," *Reprod. Sci.*, vol. 29, no. 1, pp. 26–42, Jan. 2022, doi: 10.1007/s43032-020-00418-w.
- [23] E. Huijs and A. Nap, "The effects of nutrients on symptoms in women with endometriosis: a systematic review," *Reprod. Biomed. Online*, vol. 41, no. 2, pp. 317–328, Aug. 2020, doi: 10.1016/j.rbmo.2020.04.014.



## 24. Allegati

### Allegato 1 – Scores e stadiazioni

Classificazioni e scores della malattia da adottare in tutti i centri coinvolti nella valutazione della paziente con endometriosi al fine di omogenizzare le cure.

#### SCORE rASRM

Lo Score rASRM (revised American Society for Reproductive Medicine) è attualmente la classificazione dell'endometriosi più conosciuta e più utilizzata. È relativamente facile da usare, ma non prende in considerazione l'interessamento delle strutture retroperitoneali. Per questa ragione è stato sviluppato lo score ENZIAN come supplemento dello score rASRM. Il limite dello score ENZIAN, tuttavia, è dato dalla mancata definizione della localizzazione ovarica.

Una integrazione solidale tra i due sistemi sopra citati è auspicabile nel tentativo di fornire ai clinici e ai chirurghi un metodo di identificazione rapida dell'entità della malattia.

Score rASRM \_\_\_\_\_

Stadio Endometriosi sec. rASRM \_\_\_\_\_

Score rASRM	
Stadio I (minima)	1-5 punti
Stadio II (lieve)	6-15 punti
Stadio III (moderata)	16-40 punti
Stadio IV (severa)	>40 punti





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

PERITONEO	ENDOMETRIOSI	< 1cm	1-3 cm	> 3 cm
	Superficiale	1	2	4
	Profonda	2	4	6
OVAIO	Destro Superficiale	1	2	4
	Profonda	4	16	20
	Sinistro Superficiale	1	2	4
	Profonda	4	16	20
OBLITERAZIONE DELLO SCAVO DEL DOUGLAS			Parziale	Completa
			4	40
OVAIO	ADERENZE	Obliterazione: <1/3	Obliterazione: 1/3 – 2/3	Obliterazione: >2/3
	Destro Lasse	1	2	4
TUBA	Tenaci	4	8	16
	Sinistro Lasse	1	2	4
	Tenaci	4	8	16
	Destra Lasse	1	2	4
	Tenaci	4*	8*	16
	Sinistra Lasse	1	2	4
	Tenaci	4*	8*	16

\*Se la porzione fimbriale della tuba è completamente compromessa dalle aderenze, cambiare il punteggio in 16.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE



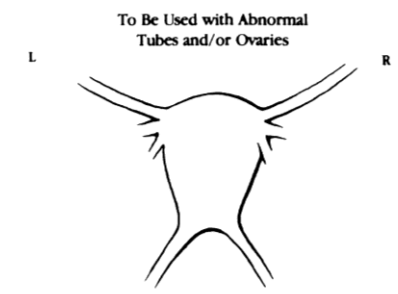
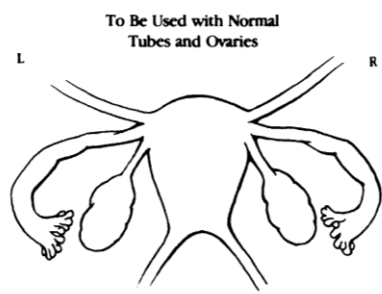
AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE  
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

Patient's Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Stage I (Minimal) - 1-5      Laparoscopy \_\_\_\_\_ Laparotomy \_\_\_\_\_ Photography \_\_\_\_\_  
 Stage II (Mild) - 6-15      Recommended Treatment \_\_\_\_\_  
 Stage III (Moderate) - 16-40  
 Stage IV (Severe) - >40  
 Total \_\_\_\_\_ Prognosis \_\_\_\_\_

PERITONEUM	ENDOMETRIOSIS	< 1cm	1-3cm	> 3cm
	Superficial	1	2	4
Deep	2	4	6	
OVARY	R Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION	Partial	4		Complete
				40
OVARY	ADHESIONS	< 1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	> 2/3 Enclosure
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	TUBE	R Filmy	1	2
Dense		4	8	16
L Filmy		1	2	4
Dense		4	8	16

\*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.  
 Denote appearance of superficial implant types as red [(R), red, red-pink, flamelike, vesicular blobs, clear vesicles], white [(W), opacifications, peritoneal defects, yellow-brown], or black [(B) black, hemosiderin deposits, blue]. Denote percent of total described as R\_\_\_%, W\_\_\_% and B\_\_\_%. Total should equal 100%.

Additional Endometriosis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Associated Pathology: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





SCORE ENZIAN

## DEEP ENDOMETRIOSIS

<p><b>A</b> Rectovaginal space Vagina Retrocervical area</p> <p>■ Largest diameter</p>	<p><b>B</b> Sacrouterine ligg. Cardinal ligaments Pelvic sidewall</p> <p>■ Largest diameter</p>	<p><b>C</b> Rectum</p> <p>■ Largest diameter</p>	<p><b>F</b> <sub>A</sub>denomyosis</p>
<p><b>A1</b> &lt; 1 cm</p>	<p><b>B1</b> &lt; 1 cm</p>	<p><b>C1</b> &lt; 1 cm</p>	<p><b>F</b> <sub>B</sub>ladder</p>
<p><b>A2</b> 1-3 cm</p>	<p><b>B2</b> 1-3 cm</p>	<p><b>C2</b> 1-3 cm</p>	<p><b>F</b> <sub>I</sub>ntestinum</p>
<p><b>A3</b> &gt; 3 cm</p>	<p><b>B3</b> &gt; 3 cm</p>	<p><b>C3</b> &gt; 3 cm</p>	<p><b>F</b> <sub>U</sub>reter</p>
			<p><b>F</b> (.....) Location</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diaphragm</li> <li>• Lung</li> <li>• Nerve</li> <li>• .....</li> </ul>

**A** \_\_\_\_\_ **B** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **F** \_\_\_\_\_ (Location)

left right

Il punteggio si basa sulla presenza di 3 compartimenti A, B, C, F e sulla dimensione per i primi 3 compartimenti (1,2,3) o sulla localizzazione per quanto riguarda l'ultimo compartimento (A, B, U, I,

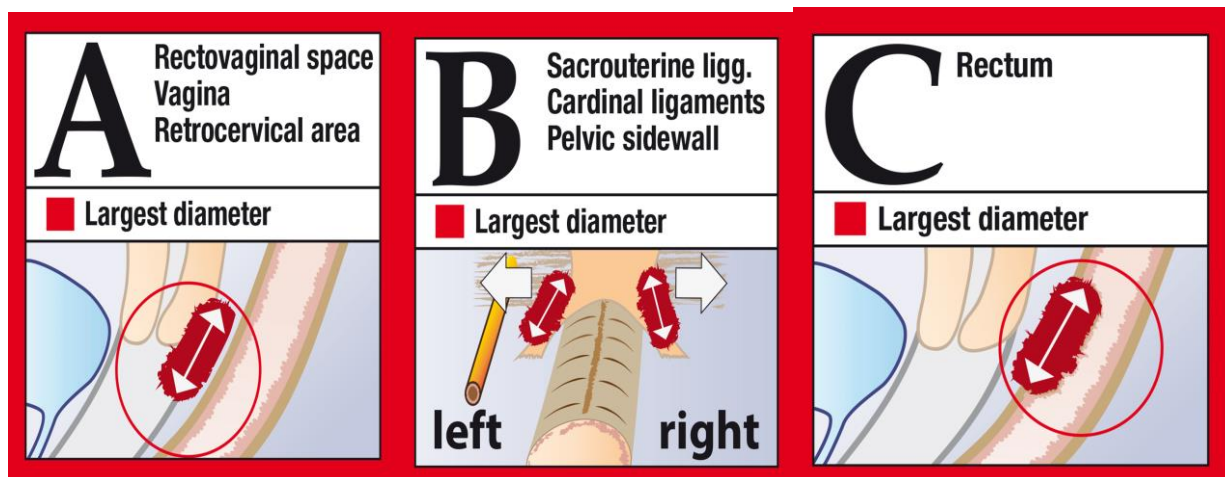


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

O).

- Il compartimento A indica lo spazio rettovaginale e la vagina. Quindi indica il piano verticale che si estende dal cavo del Douglas, comprende la vagina in tutta la sua estensione e la parte posteriore della parete dell'utero. 1 se < 1 cm; 2 se tra 1 e 3 cm; 3 se > 3 cm
- Il compartimento B è un piano orizzontale che comprende il coinvolgimento dei legamenti uterosacrali, legamenti cardinali, parete pelvica, valutando inoltre l'eventuale presenza di idronefrosi (compressione ureterale estrinseca) e quindi l'eventuale compromissione della funzionalità renale. 1 se < 1 cm; 2 se tra 1 e 3 cm; 3 se > 3 cm
- Il compartimento C comprende invece l'estensione della malattia a livello posteriore ed indica pertanto il coinvolgimento intestinale, retto/sigma, valutando l'entità della malattia in base anche al grado di infiltrazione della parete intestinale. 1 se < 1 cm; 2 se tra 1 e 3 cm; 3 se > 3 cm
- Il "compartimento" F rappresenta la presenza di eventuali localizzazioni distanti (Far) perché si riferisce alle localizzazioni retroperitoneali o distanti (anche extrapelviche). A: adenomiosi uterina; B: vescica; U: coinvolgimento ureterale intrinseco; I: intestino craniale alla giunzione retto-sigmoidea; O altre localizzazioni (diaframma).



## ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

SCORE DI FUNZIONALITA' RESIDUA (LEAST FUNCTION - LF) A TERMINE DELL'INTERVENTO

Per calcolare lo Score LF, sommare il valore più basso di ciascun lato con quello controlaterale (es. in caso pelvi normale, lo score sarà di 4+4= 8). Se l'ovaio è assente in un lato, lo Score LF si ottiene raddoppiando lo score dell'altrolato.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### Descriptions of least function terms.

Structure	Dysfunction	Description
Tube	Mild	Slight injury to serosa of the fallopian tube
	Moderate	Moderate injury to serosa or muscularis of the fallopian tube; moderate limitation in mobility
	Severe	Fallopian tube fibrosis or mild/moderate salpingitis isthmica nodosa; severe limitation in mobility
	Nonfunctional	Complete tubal obstruction, extensive fibrosis or salpingitis isthmica nodosa
Fimbria	Mild	Slight injury to fimbria with minimal scarring
	Moderate	Moderate injury to fimbria, with moderate scarring, moderate loss of fimbrial architecture and minimal intrafimbrial fibrosis
	Severe	Severe injury to fimbria, with severe scarring, severe loss of fimbrial architecture and moderate intrafimbrial fibrosis
	Nonfunctional	Severe injury to fimbria, with extensive scarring, complete loss of fimbrial architecture, complete tubal occlusion or hydrosalpinx
Ovary	Mild	Normal or almost normal ovarian size; minimal or mild injury to ovarian serosa
	Moderate	Ovarian size reduced by one-third or more; moderate injury to ovarian surface
	Severe	Ovarian size reduced by two-thirds or more; severe injury to ovarian surface
	Nonfunctional	Ovary absent or completely encased in adhesions



# ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI) SURGERY FORM

## LEAST FUNCTION (LF) SCORE AT CONCLUSION OF SURGERY

Score	Description	Left	Right
4 =	Normal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 =	Mild Dysfunction	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 =	Moderate Dysfunction	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 =	Severe Dysfunction	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0 =	Absent or Nonfunctional	<input type="text"/>	<input type="text"/>

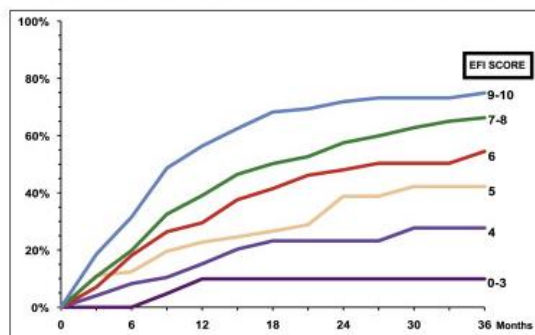
To calculate the LF score, add together the lowest score for the left side and the lowest score for the right side. If an ovary is absent on one side, the LF score is obtained by doubling the lowest score on the side with the ovary.

<b>Lowest Score</b>	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
	<b>Left</b>		<b>Right</b>		<b>LF Score</b>

## ENDOMETRIOSIS FERTILITY INDEX (EFI)

Historical Factors			Surgical Factors				
Factor	Description	Points	Factor	Description	Points		
Age	If age is ≤ 35 years	2	LF Score	If LF Score = 7 to 8 (high score)	3		
	If age is 36 to 39 years	1		If LF Score = 4 to 6 (moderate score)	2		
	If age is ≥ 40 years	0		If LF Score = 1 to 3 (low score)	0		
Years Infertile	If years infertile is ≤ 3	2	AFS Endometriosis Score	If AFS Endometriosis Lesion Score is < 16	1		
	If years infertile is > 3	0		If AFS Endometriosis Lesion Score is ≥ 16	0		
Prior Pregnancy	If there is a history of a prior pregnancy	1	AFS Total Score	If AFS total score is < 71	1		
	If there is no history of prior pregnancy	0		If AFS total score is ≥ 71	0		
<b>Total Historical Factors</b>			<b>Total Surgical Factors</b>				
EFI = TOTAL HISTORICAL FACTORS + TOTAL SURGICAL FACTORS:			<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
			Historical		Surgical		EFI Score

## ESTIMATED PERCENT PREGNANT BY EFI SCORE





## Allegato 2 - Format referto ambulatoriale per endometriosi

### Generalità

Sig.ra: cognome..... nome...

**Data di nascita**

---

Altezza:

**Peso:**

BMI:

**Fumo:**  NO  SI n sig/die

**Allergie:**

---

### Anamnesi familiare:

Endometriosi	NO	SI
Tumori ginecologici	NO	SI
Tumore mammella	NO	SI

### Anamnesi patologica remota:

Ipertensione arteriosa	NO	SI
Disordini della coagulazione/trombofilia	NO	SI
Distiroidismo	NO	SI
Emicrania	NO	SI
Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale	NO	SI
Fibromialgia	NO	SI
Lupus/Connettivite	NO	SI
Celiachia	NO	SI

Terapie farmacologiche in atto:

---

---

---



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Anamnesi ostetrico-ginecologica remota:

Menarca:      anni; cicli mestruali:

Parità:

Precedenti procedure di PMA:      NO      SI

Pap test

Pregressa chirurgia pelvica:

ANNO	LUOGO	INTERVENTO

Anamnesi ginecologica prossima:

UM

La paziente giunge alla nostra attenzione per .....

Attualmente in terapia ormonale con .....

PAIN score

Dismenorrea	(0-10)	n° giorni, risposta alla tp analgesica
Dispareunia	(0-10)	
Dolore Pelvico Cronico	(si/no)	
Ovulazione dolorosa	(0-10)	
Dischezia	(0-10)	Localizzazione
Stranguria	(0-10)	
Alvo		Regolare, alternante, stipsi, stipsi severa
Altro		

Obiettività ginecologica:

Utero: versoflesso, mobile, di morfologia normale, volume normale

Cervice:

dolore alla medializzazione      NO      SI

anomalie della cervice:

Fornici vaginali:





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

presenza/assenza di dolorabilità,

presenza/assenza di nodularità

Campo annessiale destro: dolorabile, presenza/assenza di tumefazioni

Campo annessiale sinistro: dolorabile, presenza/assenza di tumefazioni

Speculum:

portio....., normoepitelizzata;

presenza/assenza di nodularità visibili

Ecodoppler pelvico

esame eseguito per via transaddominale e transvaginale con sonda multifrequenza

Utero: versoflesso, di volume --- (DL mm, DAP mm, DT mm), ecogenicità miometriale ---, morfologia ---.

Endometrio: rima endometriale ---, dello spessore di ---, compatibile con la fase del ciclo/terapia in atto.

Mobilità utero-vescicale: NO SI

Mobilità utero-retto: NO SI

Ovaio destro: di mm , in sede, mobile, nel cui contesto si visualizza

Ovaio sinistro: di mm , in sede, mobile, nel cui contesto si visualizza

Kissing ovaries: NO SI

Presenza/assenza di versamento nel Douglas.

TRIGGER POINTS ECOGRAFICI DEL DOLORE

ovaio destro/sinistro, fornice...

VALUTAZIONE NEUROPELVIOLÓGICA

-Disfunzioni minzionali (ritenzionismo urinario/incotinenza)

-Pudendalgia

-Disturbi motori arti inferiori

-Disturbi sensitivi arti inferiori

OBIETTIVO CLINICO PRIMARIO

o Miglioramento sintomatologia dolorosa

o Gravidanza

o Riduzione del rischio di danno d'organo

o Esame istologico

ESENZIONE 063

no/ già conferita/ si consegna in data odierna certificato di esenzione secondo nuovi LEA 2017



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

CONCLUSIONI:

TRATTAMENTO CONSIGLIATO

Prossimo controllo da programmare tra .../Si invia la paziente presso...



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### Allegato 3 – Diario mensile del dolore pelvico femminile

Mese.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<b>CICLO MESTRUALE</b>																															
<b>PERDITE</b>																															
<b>DOLORE</b>																															
Pelvico																															
Addominale																															
Lombare																															
Parete addominale																															
Altra sede																															
<b>DISTURBI UROGENITALI</b>																															
Dolore alla minzione																															
Urgenza minzionale																															



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Sangue nelle urine																																
Aumento frequenza urinaria																																
Bruciore/dolore vulvo-vaginale																																
Prurito vulvo-vaginale																																
Perdite vaginali																																

**DISTRUBI**

**GASTROENTERICI**

Stipsi																																
Diarrea																																
Gonfiore addominale																																
Dolore alla defecazione																																

**RAPPORTO  
SESSUALE  
DOLOROSO**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Dolore alla penetrazione																														
Dolore dopo il rapporto																														
<b>FARMACI ANTIDOLORIFICI</b>																														
Assunzione giornaliera																														
Efficacia																														
<b>ASSENZA LAVORATIVA</b>																														

**ANNOTAZIONI:**.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE:**

Quando compili il campo DOLORE segnala con un numero la sua intensità secondo una scala da 0 a 10 (0 = nessun dolore e 10=massimo dolore immaginabile). Specificare la lateralità del dolore nelle annotazioni.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Quando compili il campo CICLO MESTRUALE segnala con un numero l'intensità del flusso secondo una scala da 1 a 4 (1=scarso – 2=normale – 3= abbondante – 4= molto abbondante).

Quando compili il campo FARMACI ANTIDOLORIFICI riporta il numero delle assunzioni al giorno e segnala la sua efficacia secondo una scala da 0 a 2 (0=nessuna efficacia – 1=parziale efficacia – 2= massima efficacia). Registra nel campo annotazioni il nome del/i medicinale/i.

Modificato da Fondazione Onda – Alfasigma – 2017.