

PDTA DELLA PAZIENTE AFFETTA DA ENDOMETRIOSI

	DATA	COMPONENTE	STRUTTURA
Elaborato		Dott. Cosimo Ricco	Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia PO Nola Pollena
		Dott. Giuseppe Albano	Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia PO Sorrento Vico
		Dott. Raffaele Correa	Direttore ff UOC Ginecologia ed Ostetricia PO Castellamare
		Dott.ssa Maria Antonia Di Palma	Direttore UOC Cup Alpi e Liste di Attesa
		Dott. Pasquale Domenico Mirizzi	Dirigente Medico UOC Cup Alpi e Liste di Attesa
Condiviso		Dott. Luigi Stella Alfano	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale
		Dr.ssa Tommasina Sorrentino	Direttore Distretto Sanitario n. 57
		Dr. Vincenzo Bisogno	Direttore Distretto Sanitario 58
		Dott. Salvatore Marasco	Direttore Distretto Sanitario n. 53
		Dott.ssa Antonietta Siciliano	Direttore Distretto Sanitario 51
		Dott.ssa Teresa Maria Stocchetti	Direttore Distretto Sanitario 48 e 50
		Dott.ssa Rosanna Peluso	Direttore Distretto Sanitario 52
		Dott. Francesco La Gala	Direttore Distretto Sanitario 49
		Dott. Francesco Lettiero	Direttore Distretto Sanitario 54
		Dott. Loris Landi	Direttore Distretto Sanitario 56
		Dott.ssa Carmela Cannella	Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico
		Dott.ssa Alessia Cifaldi	Direttore UOS Privacy
		Dott. Mattia La Rana	Direttore U.O.C. Cure Primarie
		Dott.ssa Maddalena Di Martino	Direttore Medico P.O. Castellamare e Gragnano
		Dott. Massimo Majolo	Direttore Medico P.O Nola e P.O Pollena
		Dott.ssa Alessandra Gimigliano	Direttore Medico P.O Torre del Greco
		Dott. Giuseppe Lombardi	Direttore Medico P.O Boscotrecase
		Dott.ssa Maria Amparo Manganaro	Direttore ff Medico P.O Sorrento e P.O. Vico Equense
		Dott. Cosimo Ricco	Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia PO Nola Pollena
		Dott. Giuseppe Albano	Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia PO Sorrento Vico
	Dott. Raffaele Correa	Direttore ff UOC Ginecologia ed Ostetricia PO Castellamare	
Attività Segreteria Organizzativa		Dott.ssa Luisa Scognamiglio	Direzione Sanitaria Aziendale
		Dott.ssa Maria Rosaria Di Dato	Direzione Sanitaria Aziendale
		Dott.ssa Italia Cozzolino	UOC Cup Alpi e Liste di Attesa
		Sig.ra Maria Cristina Scappaticci	UOC Cup Alpi e Liste di Attesa
Verificato		Dott. Michelangelo Chiacchio	Direttore Amministrativo
		Dott. Ferdinando Primiano	Direttore Sanitario
Approvato		Dott. Giuseppe Russo	Direttore Generale ASL Napoli 3 Sud

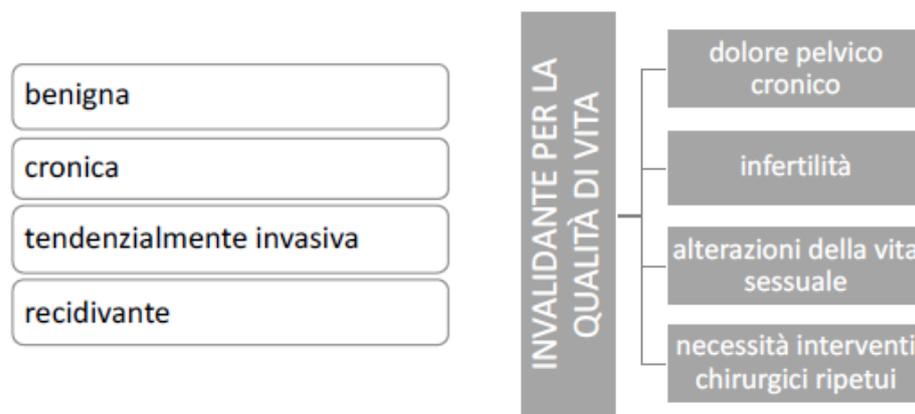
Sommario

1.	PREMESSA E PRINCIPI GENERALI	3
2.	DEFINIZIONI DELLE PRIORITÀ	4
3.	OBIETTIVI	4
	Obiettivi generali	4
	Obiettivi specifici	4
4.	DEFINIZIONE OBIETTIVI	5
5.	COSTITUZIONE TAVOLO LAVORO	6
6.	Normative e Linee Guida	7
7.	Analisi contesto e mappatura percorso esistente	8
	Strumenti già attivati e aree critiche	9
	Impegno strategico	9
7.1	STESURA PERCORSO	9
7.2	IL CASE MANAGER	12
8.	BIBLIOGRAFIA	15

1. Premessa e Principi Generali

“L’endometriosi è una patologia multifattoriale, ormono-dipendente, con andamento cronico e recidivante, che si manifesta principalmente con dolore pelvico ed infertilità, coinvolgendo globalmente la salute della donna in età riproduttiva con effetti psico fisici spesso invalidanti. Questa condizione colpisce donne in età riproduttiva di tutti i gruppi etnici e sociali, condizione per cui un’ipotesi eziopatogenetica unica non è da ritenersi sufficiente.

E’ una patologia che pone significative difficoltà diagnostiche per cui si stima un ritardo medio nel mondo, dall’insorgenza dei sintomi alla diagnosi di circa nove anni, con conseguenze spesso devastanti sulla salute fisica e psichica della paziente nonché, aspetto non trascurabile, sulla sfera lavorativa e nelle dinamiche relazionali personali, sociali, familiari e di coppia. E’ stato stimato che le donne affette da endometriosi hanno in media un peggioramento della qualità della vita pari al 19% rispetto a persone con stato di salute ottimale e solo il 24% non riferisce alterazioni della propria qualità della vita dopo l’insorgenza della malattia. Già nel 2006 la Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato, nel documento “Indagine conoscitiva sul fenomeno dell’endometriosi come malattia sociale”, definiva l’endometriosi come una malattia complessa, invalidante e cronica, di difficile approccio diagnostico-terapeutico e di grande impatto socio-economico, alterando non solo la salute delle donne ma anche la loro fertilità. A livello locale, con la Legge Regionale del 21 aprile 2020, n. 8, la Regione Campania, nel rispetto e in conformità con le disposizioni comunitarie e nazionali e nell’ambito delle proprie competenze e funzioni in materia di salute, riconosce la rilevanza sociale dell’endometriosi oltre che l’importanza della conoscenza della malattia e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale, familiare e lavorativo, anche al fine di agevolare la ricerca, la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento delle cure.”



Il PDTA per l’endometriosi si fonda sulla necessità di garantire una **risposta clinica efficace, uniforme e misurabile** per una patologia spesso trascurata o diagnosticata tardivamente. La definizione delle priorità parte dal riconoscimento dell’endometriosi come malattia cronica e invalidante, per la quale la Regione Campania ha istituito una **rete clinica organizzata per livelli assistenziali**, in grado di fornire cure omogenee su base territoriale.

Tra le priorità strategiche si includono:

- **Ridurre i tempi di diagnosi**, attraverso strumenti condivisi tra territorio, ambulatori e ospedale.
- **Assicurare l’accesso precoce a terapie mirate**, mediche o chirurgiche, in base al quadro clinico.
- Evitare diseguaglianze territoriali, promuovendo l’equità dell’assistenza.

- Favorire un approccio integrato e multidisciplinare, come raccomandato dalle linee guida ESHRE.
- Integrare il trattamento della componente psicologica, nutrizionale e riproduttiva della patologia.
- Valutare e migliorare costantemente la qualità dell'assistenza attraverso momenti di verifica periodica e indicatori dedicati.

Il PDTA consente pertanto di costruire un percorso chiaro, documentato, accessibile e valutabile, ponendo la donna al centro della presa in carico e dei processi decisionali terapeutici.

2. Definizioni delle priorità

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'endometriosi si configura come strumento operativo di presa in carico globale e integrata della paziente, all'interno della rete dei servizi aziendali e regionali. Esso rappresenta un modello organizzativo multidisciplinare finalizzato alla gestione strutturata e personalizzata di una patologia cronica, recidivante e complessa, quale è l'endometriosi.

3. Obiettivi

Obiettivi generali

L'elaborazione del PDTA aziendale mira a:

- Offrire un percorso assistenziale coerente, tempestivo e di qualità, garantendo standard di diagnosi e cura omogenei su tutto il territorio.
- Ridurre il ritardo diagnostico, attraverso una maggiore sensibilizzazione degli operatori e l'integrazione tra i livelli assistenziali.
- Assicurare un trattamento efficace e personalizzato, che tenga conto non solo della gravità della malattia, ma anche delle esigenze riproduttive, psicologiche e sociali della donna.
- Favorire un miglioramento tangibile della qualità della vita, attraverso un approccio centrato sulla persona e sulla continuità assistenziale.
- Prevenire le complicanze a lungo termine, compresi gli esiti sulla fertilità, attraverso la diagnosi precoce e l'avvio di terapie appropriate.
- Garantire una gestione integrata e multidisciplinare, in raccordo con la rete regionale dell'endometriosi, i centri PMA, i servizi territoriali e ospedalieri.

Obiettivi specifici

In linea con le direttive regionali e le raccomandazioni ESHRE, il PDTA aziendale si pone i seguenti obiettivi operativi:

- Definire chiaramente i livelli assistenziali (I, II, III livello) e le funzioni specifiche dei soggetti coinvolti.
- Favorire l'accessibilità ai servizi mediante semplificazione delle modalità di accesso, orientamento e continuità assistenziale.

- Promuovere l'equità nell'erogazione delle cure, con attenzione alle donne in situazioni di fragilità economica, sociale o riproduttiva.
- Sviluppare competenze cliniche dedicate, mediante formazione continua degli operatori coinvolti nel percorso.
- Monitorare costantemente l'efficacia del percorso, tramite indicatori di processo, esito e performance.
- Rendere sistematico l'audit clinico annuale, con partecipazione attiva di tutti i livelli coinvolti.
- Integrare il supporto psico-emotivo e nutrizionale nei percorsi clinici, come previsto dalle linee guida internazionali e regionali.
- Stabilire protocolli per la gestione condivisa della fertilità, anche tramite collaborazione con Centri PMA del SSR.

4. **Definizione Obiettivi**

“L'elaborazione del PDTA si pone come obiettivo di offrire alle pazienti un approccio multidisciplinare completo con il fine di fornire una terapia personalizzata, efficace e tempestiva. Le cure sono finalizzate a ottenere un buon controllo della sintomatologia, di apportare un miglioramento della qualità della vita e soprattutto di evitare complicanze a lungo termine legate alla mancata/tardiva diagnosi della malattia in grado di compromettere sia lo stato di salute sia il potenziale riproduttivo della donna. In tale ottica, l'elaborazione del PDTA ha l'obiettivo di realizzare una rete di assistenza sanitaria specialistica idonea alla gestione globale della paziente, con la finalità di tutelarne la salute fisica, mentale e riproduttiva affinché siano garantiti:

- equità e trasparenza in relazione all'accesso alle prestazioni;
- offerta di cura congrua alla condizione patologica in essere secondo i principi delle vigenti linee guida, con approccio anche multidisciplinare ove necessario;
- standardizzazione delle procedure assistenziali;
- formazione ed addestramento continuo degli operatori;
- precocità della diagnosi e della presa in carico della paziente;
- accessibilità al livello di assistenza più appropriato in relazione al quadro clinico;

L'obiettivo centrale resta quello di costruire un modello assistenziale integrato che accompagni la paziente sin dai primi sintomi sospetti fino alla diagnosi certa, al trattamento, alla gestione del dolore e alla cura della fertilità. Ciò avviene attraverso la coordinazione tra tutti gli attori sanitari coinvolti e una presa in carico che sia:

- empatica: incentrata sul benessere e sulla dignità della persona;
- scientifica: basata sulle evidenze e le linee guida aggiornate;
- partecipata: la donna è informata e coinvolta nei processi decisionali.

L'approccio multidisciplinare prevede la collaborazione tra:

- ginecologi esperti in endometriosi;
- radiologi addestrati in ecografia avanzata (TVS, TRS);

- chirurghi ginecologici e laparoscopisti esperti;
- anestesisti con competenza nella terapia del dolore;
- nutrizionisti, psicologi clinici, urologi, gastroenterologi;
- centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);
- Case Manager dedicati al coordinamento del percorso.

Nel quadro di tali obiettivi, l'adozione del PDTA rappresenta una leva organizzativa fondamentale per dare piena attuazione alla DGR 630/2019 e per costruire una rete regionale dell'endometriosi funzionale, uniforme e accessibile.

5. Costituzione Tavolo Lavoro

Coordinatore

Dott. Cosimo Ricco

Componenti

Dott. Giuseppe Albano

Dott.ssa Maria Antonia Di Palma

Dott. Mattia La Rana

Dott. Raffaele Correa

Dott. Luigi Stella Alfano

Dott.ssa Carmela Cannella

Direttori dei Presidi Ospedalieri

Il tavolo di lavoro multidisciplinare rappresenta lo strumento tecnico-organizzativo deputato alla progettazione, revisione e aggiornamento del PDTA aziendale. In conformità a quanto previsto dalla DGR 630/2019, il gruppo di lavoro si compone di professionisti con esperienza clinica e gestionale, appartenenti ai diversi livelli della rete assistenziale, e opera in coordinamento con il Referente regionale dell'endometriosi.

Il team ha il compito di:

- analizzare i dati epidemiologici locali;
- mappare i bisogni assistenziali e i servizi disponibili;
- progettare e validare i flussi clinico-organizzativi del percorso;
- definire le responsabilità dei vari attori;
- stabilire gli strumenti di monitoraggio e verifica;
- proporre miglioramenti in itinere e formare il personale coinvolto.

Tale approccio collegiale garantisce una visione sistemica e centrata sulla paziente, assicurando che il PDTA rispecchi le esigenze reali del territorio e sia pienamente integrato nella rete regionale dell'endometriosi.

6. Normative e Linee Guida

L'elaborazione del PDTA avviene nel rispetto delle principali normative nazionali e regionali che definiscono l'endometriosi come una patologia cronica e invalidante, con pieno diritto alla tutela sanitaria.

Tra i riferimenti normativi principali:

- Decreto Ministeriale 279/2001: istituzione delle patologie croniche e rare con accesso all'esenzione dal ticket sanitario;
- Legge n. 104/1992 e successivi aggiornamenti: riconoscimento della disabilità derivante da malattie croniche invalidanti;
- Legge Regionale Campania n. 8/2020: riconoscimento dell'endometriosi come patologia socialmente rilevante, promozione della diagnosi precoce, dell'informazione e del sostegno sociale;
- DGR Campania 630/2019: istituzione della Rete Regionale per l'endometriosi e definizione delle modalità organizzative dei PDTA aziendali;
- PNR (Piano Nazionale della Ricerca Sanitaria) e Piano Nazionale Cronicità: richiamo alla necessità di approcci integrati, multidisciplinari e valutabili nei confronti delle patologie croniche ad alto impatto sociale, tra cui l'endometriosi.

Queste norme forniscono il quadro di riferimento all'interno del quale il presente PDTA si inserisce come strumento attuativo operativo e gestionale.

LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

L'endometriosi è inserita nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, negli stadi clinici più avanzati ("moderato o III grado" e "grave o IV grado") riconoscendo a queste pazienti il diritto ad usufruire in esenzione (063-617) di alcune prestazioni specialistiche di controllo.

Il PDTA si ispira e si conforma alle principali linee guida nazionali e internazionali per la diagnosi e la gestione dell'endometriosi, tra cui:

- Linee guida ESHRE 2022 (European Society of Human Reproduction and Embryology): aggiornate con raccomandazioni specifiche sulla diagnosi non invasiva, sul trattamento del dolore e dell'infertilità, sull'uso mirato di chirurgia e ormonoterapia, e sull'importanza del supporto multidisciplinare.
- Linee guida NICE UK 2023: raccomandano un approccio personalizzato al trattamento del dolore pelvico cronico, con attenzione alla salute mentale, al supporto sessuologico e alla gestione delle recidive.
- Ministero della Salute – Italia: richiamo alla necessità di attivare percorsi clinico-assistenziali per l'endometriosi all'interno dei LEA, anche ai fini dell'uniformità nazionale.

- #ENZIAN Classification (2021–2024): riconosciuta come classificazione morfologica internazionale per l'endometriosi profonda, utile per la codifica clinica, la pianificazione chirurgica e la condivisione dei casi tra specialisti.

L'adozione di questi riferimenti garantisce che il percorso sia fondato su criteri scientifici condivisi, continuamente aggiornabili, e valutabili con indicatori misurabili.

7. Analisi contesto e mappatura percorso esistente

Secondo i dati attuali del Ministero della Salute, in Italia la prevalenza di endometriosi si assesta sul 10-15% delle donne in età riproduttiva e fino al 30-50% delle donne con problematiche di infertilità. Le donne con diagnosi conclamata sono almeno 3 milioni. Il picco di diagnosi si verifica tra i 25 e i 35 anni, ma la patologia può comparire anche in fasce d'età più precoci o tardive. L'endometriosi rappresenta la prima causa di dolore pelvico cronico in donne in età fertile. Lo studio europeo compiuto dall'EAPPG (Endometriosis All Party Parliamentary Group) ha rilevato che:

- l'81% delle donne con endometriosi manifestava disturbi del sonno (con comprensibili effetti sulla normale vita quotidiana);
- per il 79% l'endometriosi aveva influenze sul lavoro;
- il 77% delle donne accusava rapporti sessuali molto dolorosi quando non addirittura impossibili (dispareunia o apareunia), con pesanti conseguenze nel rapporto di coppia;
- il 73% ne percepiva l'influenza sulla propria vita sociale;
- il 39% dichiarava di provare almeno uno tra questi stati: depressione, frustrazione e rabbia;
- infine, il 19% provava anche ansia, nervosismo, affaticamento e sensazione di scarso supporto/aiuto.”

Dai dati anagrafici relativi all'area della ASL Napoli 3 Sud (totale popolazione femminile: **526.648**), si può stimare la popolazione femminile in età fertile (considerata tra i **15 e i 49 anni**) sommando le fasce corrispondenti in circa **222.977 unità** il numero stimato di donne affette da endometriosi in questa popolazione è 33.446 donne

La ASL Napoli 3sud, con questo documento, intende, recependo la direttiva regionale, offrire un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale alla donna affetta da endometriosi che permetta un accesso semplificato alle strutture aziendali di diagnosi e cura, con presa in carico precoce della paziente e che la guidi nel suo percorso garantendo le cure più appropriate per tutto il tempo necessario, nella integrazione con la Rete Regionale dell'endometriosi.

La fotografia epidemiologica dell'endometriosi a livello nazionale e regionale restituisce una patologia ad alto impatto clinico, sociale ed economico, che interessa milioni di donne, spesso in giovane età, e compromette significativamente la qualità della vita e la funzione riproduttiva.

In ambito regionale, la Campania ha riconosciuto formalmente l'endometriosi come malattia sociale già con la Legge Regionale n. 8/2020, attribuendo priorità alla sua diagnosi precoce, alla diffusione della conoscenza tra la popolazione e alla creazione di percorsi assistenziali uniformi, tra territorio e ospedale. In attuazione della DGR 630/2019, è stata istituita la Rete Regionale per l'Endometriosi, articolata su tre livelli assistenziali e fondata sul principio della prossimità, della competenza specialistica e della continuità della cura.

Nel territorio afferente alla ASL Napoli 3 Sud, caratterizzato da una popolazione femminile ampia e distribuita su zone sia urbane che rurali, si stima che diverse migliaia di donne siano affette da endometriosi, molte delle quali non ancora diagnosticate o sottoposte a trattamenti frammentari. Il

percorso esistente, come formalizzato nel presente PDTA, si pone l'obiettivo di sistematizzare la presa in carico, ridurre la disomogeneità dell'offerta e garantire che ogni donna affetta possa accedere al livello assistenziale più appropriato in tempi congrui.

Strumenti già attivati e aree critiche

Il percorso aziendale presenta attualmente:

- Consultori e ambulatori ginecologici con operatori formati per il sospetto diagnostico;
- Centri ospedalieri con competenze ecografiche e chirurgiche di II livello (Nola e Vico Equense e Castellammare di Stabia);
- Un sistema di invio alla rete PMA attraverso contatti diretti o convenzioni;
- Il ruolo del Case Manager come punto di coordinamento;
- Piattaforma SINFONIA per la gestione informatizzata della rete clinica.

Tuttavia, permangono alcune criticità comuni anche ad altri territori:

- Ritardo nella diagnosi, dovuto alla sottovalutazione iniziale dei sintomi;
- Difficoltà di accesso alla chirurgia avanzata, in assenza di un centro di III livello interno;
- Scarsa integrazione strutturata del supporto psicologico e nutrizionale;
- Inadeguata codifica delle diagnosi nelle SDO, che limita il monitoraggio epidemiologico.

Impegno strategico

Con il presente PDTA, l'ASL Napoli 3 Sud intende rafforzare:

- la diagnosi precoce e la sensibilizzazione del primo livello;
- la presa in carico clinica e umana delle pazienti già dal sospetto diagnostico;
- la costruzione di un percorso chiaro, tracciabile e documentato;
- la connessione funzionale con la rete regionale dell'endometriosi, con chiari criteri di invio e comunicazione tra livelli.

7.1 Stesura Percorso

Il PDTA Aziendale Endometriosi si articola nel seguente modo:

I Livello Assistenziale in cui sono coinvolti:

- I ginecologi dei Consultori Familiari
- I ginecologi distrettuali che erogano prestazioni ambulatoriali afferenti alla branca
- I Ginecologi degli ambulatori distrettuali e degli ambulatori generali delle 3 UUOOC di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda
- I Medici di Medicina Generale (che inviano al I° Livello)

Consultorio Familiare	Referente		Sede	Indirizzo	Telefono
Consultorio familiare	Loredana	Gargiulo	Portici DS34	Via Libertà 316, 80055 Portici	081 550 9409
Consultorio familiare	Fortunato	Tremolaterra	Somma Vesuviana DS48	Via Tenente Indolfi, Somma Vesuviana	081 18436369
Consultorio familiare	Carmen	De Falco	Nola DS49	Via Fontanarosa 15, 80035 Nola	081 18437532
Consultorio familiare	Eugenio	De Lucia	Cercola DS50	Via Aldo Moro, Cercola	081 773 0922
Consultorio familiare	Bruno	Perna	Pomigliano D'Arco DS51	Piazza Sant'Agnese, Pomigliano d'Arco	081 18436230
Consultorio familiare	Emanuela	Niglio	Poggiomarino DS52	Via Dalla Chiesa, Poggiomarino	081 338 6411
Consultorio familiare	Giovanna	Parisi	Castellammare di Stabia DS53	Via Cosenza 112 Castellammare di Stabia	081 872 9463
Consultorio familiare	Valentina	Rullo	San Giorgio a Cremano DS54	Via Marconi (29/31), 80046 San Giorgio a Cremano	081 550 9260
Consultorio familiare	Giampaolo	Mainini	Ercolano DS55	Via Marittima 3/B, 80056 Ercolano	081 550 9621
Consultorio familiare	Franco	Matrone	Torre Annunziata DS56	Via L. Iacono 22, Torre Annunziata	081 535 2284
Consultorio familiare	Michele	Tanzillo	Torre del Greco DS57	Via Guglielmo Marconi 66, Torre del Greco	081 849 0577
Consultorio familiare	Rosario	Malvone	Gragnano DS58	Via M. Spagnuolo (c/o Ospedale Nuovo), 80054 Gragnano	081 535 2771
Consultorio familiare	Nunzia	Esposito	Meta di Sorrento DS59	Via Del Lauro 66, 80053 Meta (NA)	081 533 1280

Il primo livello rappresenta il punto di accesso iniziale al percorso, con il compito fondamentale di identificare precocemente i sintomi suggestivi di endometriosi, attraverso l'anamnesi dettagliata e la valutazione clinica. Il personale di questo livello ha un ruolo cruciale nel ridurre il ritardo diagnostico, fornendo un primo inquadramento e attivando tempestivamente il percorso specialistico.

Compiti specifici del primo livello:

- raccogliere anamnesi ginecologica, sessuale e familiare;
- identificare sintomi chiave (dismenorrea, dispareunia, dischezia, infertilità);
- effettuare una prima valutazione ginecologica ed eventualmente un'ecografia pelvica;
- inviare al secondo livello nei casi di sospetto o diagnosi accertata;
- educare la paziente sul significato della malattia e sul percorso PDTA;
- attivare la comunicazione tramite la figura del Case Manager.

II Livello Assistenziale:

La UOC di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale “S. Maria della Pietà” di Nola
La UOC di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale “De Luca e Rossano” di Vico Equense
La UOC di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale San Leonardo di Castellamare

Questi tre centri aziendali costituiscono i nodi di riferimento di II livello per la diagnosi e il trattamento dell’endometriosi moderata, nonché per la diagnosi approfondita dell’endometriosi profonda, in conformità con quanto stabilito dalla rete regionale. Le strutture garantiscono la presenza di personale dedicato e formato, nonché di tecnologie adeguate per la diagnostica e la chirurgia mininvasiva.

I compiti del II livello includono:

- confermare o escludere la diagnosi con imaging dedicato
- valutare la stadiazione clinica secondo classificazione #Enzian;
- proporre e attuare la terapia medica o chirurgica, in funzione della severità e dei desideri riproduttivi della paziente;
- coinvolgere figure specialistiche aggiuntive (psicologo, nutrizionista, algologo, urologo, etc.);

attivare percorsi di invio verso:

- centri di III livello per endometriosi complessa;
- centri PMA per la gestione integrata dell’infertilità;

coordinare le attività con il Case Manager per assicurare continuità del percorso.

Infatti queste UUOCC sono in grado di assicurare quanto richiesto dalla Delibera Regionale e cioè:

➤ ginecologo esperto nella diagnostica ecografica dell’endometriosi, con valutazione della paziente nell’ambito dell’ambulatorio ginecologico divisionale;

➤ chirurgo ginecologo con competenze in ambito di chirurgia laparoscopica in grado di trattare chirurgicamente le forme di endometriosi non profonda (es. a localizzazione ovarica o peritoneale);

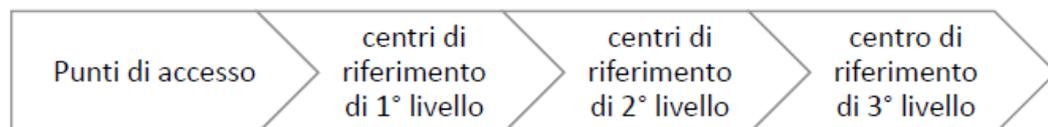
➤ personale infermieristico/ostetrico;

➤ anestesisti esperti anche nella terapia del dolore;

➤ percorsi di invio della paziente a supporto psicologico clinico dedicato;

➤ percorsi di invio della paziente a supporto nutrizionale clinico dedicato.

In caso di necessità sarà cura del Ginecologo del II livello, tramite figura del Case Manager, contattare un Centro per l’invio della paziente.





7.2 Il Case Manager

Il Case Manager è il punto di riferimento centrale per il coordinamento clinico e logistico del percorso. Riceve la segnalazione da MMG, consultorio o ambulatorio distrettuale, verifica la disponibilità del II livello, prenota la visita specialistica, tiene traccia del percorso della paziente e attiva, quando necessario, il collegamento con il III livello o con i Centri PMA.

Le modalità di accesso sono:

- Richiesta Visita ginecologica con quesito diagnostico “sospetta endometriosi”;
- Ecografia pelvica e/o transvaginale/transrettale, ove indicato;

Il Case manager, negli orari di lavoro (lunedì e mercoledì 14.00 – 19.00; martedì, giovedì, venerdì 08.00 -13.00) risponde al n. 3341133590;

Per accedere all’ambulatorio di II livello l’Utente dovrà fornirsi di impegnativa con i seguenti codici:

Visita ginecologica riportante quale quesito diagnostico “endometriosi” 89261001

Ecografia pelvica e/o transvaginale/transrettale 88782001 -

Il ginecologo dell’ambulatorio dedicato potrà prescrivere esami di laboratorio e/ strumentali per confermare la diagnosi.

Si possono configurare i seguenti scenari:

La diagnosi di endometriosi o il sospetto non sono confermati: la paziente esce dal PDTA, ma riceve informazioni per continuare i suoi controlli.

La paziente ha un quadro clinico certo o suggestivo di endometriosi: inizia il suo percorso mediante la prescrizione di eventuali ulteriori esami clinici, laboratoristici, strumentali ed eventuali consulenze specialistiche.

Raccolti i risultati degli esami e delle consulenze il ginecologo dell’ambulatorio di II livello proporrà la terapia medica e/o chirurgica; nel caso ritenga utile inviare la paziente ad altri

specialisti lo farà tramite il Case Manager; se necessario potranno essere organizzati tramite il Case Manager consulti anche da remoto tra i vari specialisti.

Qualora sia stata posta diagnosi di endometriosi profonda o il ginecologo (consultati gli altri specialisti), ritenga che la paziente abbia necessità di una chirurgia più complessa di quella eseguibile nel centro di II livello, tramite il Case Manager, contatterà il Centro di III Livello con cui l’Azienda avrà stipulato una convenzione ed invierà la paziente, che vi accederà secondo le modalità proprie di quel Centro.

In caso di infertilità di coppia, il Case Manager contatterà il Centro PMA secondo le modalità prima indicate, per l’assistenza condivisa e coordinata della paziente

Per ciascuna paziente la Case Manager genererà una cartella di files che conterrà gli esami e le consulenze cui è stata sottoposta e che sarà consultabile dalla paziente e da tutti i sanitari coinvolti nel PDTA, previo consenso iniziale della paziente.

Quando il FSE sarà a pieno operativo si valuterà se utilizzare detto strumento e non la cartella di files.

Pur nella consapevolezza del fatto che al momento non vi è unanime accordo su quale classificazione dell’endometriosi usare, si ritiene utile adottare quella #Enzian, di seguito riportata in schema.

La corretta classificazione della malattia è essenziale per guidare il trattamento, uniformare la comunicazione tra centri e garantire la tracciabilità clinica dei casi.

La classificazione rASRM (Revised American Society for Reproductive Medicine), utilizzata storicamente, è utile per stadiare le forme superficiali (stadi I–IV), ma non tiene conto dell’estensione profonda o della localizzazione extrapelvica.

Per questo motivo, il presente PDTA adotta ufficialmente il sistema ENZIAN, nella versione aggiornata (2021–2024), sviluppato per descrivere in modo più dettagliato:

- la topografia delle lesioni (compartimenti A – B – C: vagina, vescica, retto);
- il volume dell’infiltrazione (1–3);
- le eventuali localizzazioni accessorie (peritoneo, ovaio, tube, legamenti uterosacrali, ureteri, nervi pelvici);
- l’interessamento extrapelvico (diaframma, polmoni, parete addominale).

Inoltre, il sistema ENZIAN è riconosciuto dal gruppo ESHRE e consigliato per i centri specializzati come standard descrittivo, anche ai fini di ricerca clinica, codifica SDO e audit.

#Enzian

(Classification of Endometriosis)



PERITONEUM	OVARY	TUBE	DEEP ENDOMETRIOSIS			
P Peritoneum ■ Sum of all diameters	O Ovary ■ Sum of all diameters left right	T Tubo-gvarian condition ■ Adhesions ■ Motility ■ Patency test left right	A Rectovaginal space Vagina Retrocervical area ■ Largest diameter	B Sacrouterine ligg. Cardinal ligaments Pelvic sidewall ■ Largest diameter left right	C Rectum ■ Largest diameter	F_A denomyosis
P1 $\Sigma < 3$ cm	O1 $\Sigma < 3$ cm	T1 Pelvic sidewall	A1 < 1 cm	B1 < 1 cm	C1 < 1 cm	F_B ladder
P2 $\Sigma 3-7$ cm	O2 $\Sigma 3-7$ cm	T2 Pelvic sidewall Uterus	A2 $1-3$ cm	B2 $1-3$ cm	C2 $1-3$ cm	F_I Intestinum
P3 $\Sigma > 7$ cm	O3 $\Sigma > 7$ cm	T3 Pelvic sidewall Uterus Bowel, USL	A3 > 3 cm	B3 > 3 cm	C3 > 3 cm	F_U Ureter
F (.....) Location • Diaphragm • Lung • Nerve •						

P _____
 O _____ / _____

 left right

 m ovary is missing

 x unknown / not visible

T _____ / _____

 left right

 m tube is missing

 x unknown / not visible

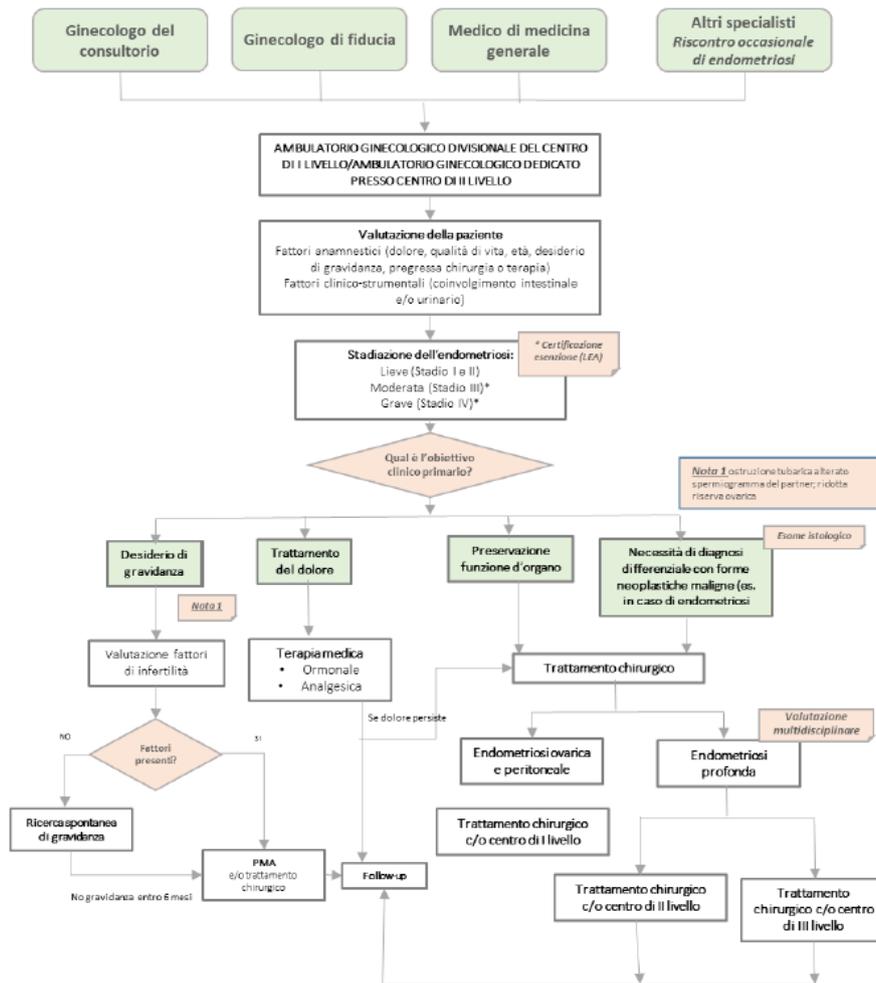
 + or - Patency test

A _____
 B _____ / _____

 left right

C _____
 F _____

 (Location)



8. BIBLIOGRAFIA

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, in *Lancet*, vol. 388, n° 10053, October 2016, pp. 1545–1602
2. Bollettino ufficiale della Regione Emilia Romagna n° 44 – 29.11.2010
3. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *FertilSteril*. 1997 May;67(5):817-21
4. Tuttlies F, Keckstein J, Ulrich U, Possover M, Schweppe KW, Wustlich M et al ENZIAN-score, a classification of deep infiltrating endometriosis. *ZentralblGynakol* 2005;127:275–281
5. Requisiti di accreditamento della British Society of Gynecological Endoscopy - <https://www.bsge.org.uk/requirements-to-be-a-bsge-accredited-centre/>
6. Dunselman GA et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis; *Hum Reprod*. 2014 Mar;29(3):400-12
7. Kuznetsov L1, Dworzynski K1, Davies M2,3, Overton C4; Guideline Committee. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2017 Sep 6;358:j3935. doi: 10.1136/bmj.j3935
8. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della paziente con endometriosi, 2018, AOU S. Orsola di Bologna
9. Saridogan E., Byrne D., The British Society for Gynecological Endoscopy Endometriosis Centres Project; *GynecolObstet Invest* 2013; 76:10-13
10. NHS commissioning board 2013

11. Darai E., Bendifallah S., Chabbert-Buffet N. et al. Arguments pour la création de centres experts en endometriose. Press Med. 2017
12. D'Hooghe T1, Hummelshoj L. Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal Hum Reprod. 2006 Nov;21(11):2743-8. Epub 2006 Sep 18.
13. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. Hum Reprod 2012;358:3412-6.