

Report Osservatorio GIMBE 2/2026

**Endometriosi: evidenze scientifiche e  
diseguaglianze regionali**



**Marzo 2026**

## **AUTORI**

Tiziano Innocenti, Antonino Cartabellotta, Marco Mosti, Roberto Luceri, Elena Cottafava, Antonio Simone Laganà.

## **CITAZIONE**

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2026. Endometriosi: evidenze scientifiche e diseguaglianze regionali. Fondazione GIMBE: Bologna, marzo 2026. Disponibile a: <http://www.gimbe.org/endometriosi>. Ultimo accesso: giorno mese anno.

## **FONTI DI FINANZIAMENTO**

Il presente Report è stato finanziato con un grant non condizionante di Gedeon Richter Italia.

## **DISCLOSURE**

L'ente finanziatore non ha avuto nessun ruolo nella raccolta, analisi e interpretazione dei dati e nella stesura e revisione del report.

## **DISCLAIMER**

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report

© Fondazione GIMBE, marzo 2026.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza Creative Commons Attribution, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

# Indice

1. Introduzione .....	1
1.1. Il Piano Nazionale Cronicità.....	5
2. Obiettivi .....	6
3. Metodi.....	7
3.1. Evidenze scientifiche sull'efficacia delle prestazioni diagnostico-terapeutiche.....	7
3.2. Analisi delle differenze regionali .....	8
4. Risultati.....	10
4.1. Evidenze scientifiche sull'efficacia ed il valore delle prestazioni diagnostico-terapeutiche ..	10
4.1.1. Raccomandazioni .....	12
4.1.2. Evidenze scientifiche recenti .....	19
4.2. Differenze regionali.....	21
4.2.1. Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e reti regionali.....	21
4.2.2. Prestazioni a carico del SSN .....	31
4.2.3. Aggiornamenti normativi .....	34
5. Limiti .....	36
6. Conclusioni .....	37
Appendice 1. Strategie di ricerca .....	39

## 1. Introduzione

L'endometriosi è una patologia caratterizzata dalla presenza di ghiandole e stroma endometriali al di fuori della cavità uterina. Le lesioni, pur condividendo caratteristiche istologiche con l'endometrio eutopico, si localizzano in sedi ectopiche<sup>1</sup>. Le sedi più frequenti sono il peritoneo pelvico e gli organi pelvici (ovaie, sigma, vescica); più raramente sono coinvolte localizzazioni peritoneali dell'alto addome e degli organi addominali, o distretti extraddominali (localizzazioni toraciche). Sebbene si tratti in genere di lesioni benigne, la presenza di tessuto endometrio-simile ectopico e la risposta infiammatoria associata sono correlate a dolore (dyspareunia, dismenorrea, dolore pelvico cronico) e infertilità, con un impatto clinico variabile da quadri paucisintomatici a forme severamente invalidanti<sup>2</sup>.

**Localizzazioni e fenotipi.** Le lesioni endometriose contengono tipicamente ghiandole e stroma, ma, rispetto all'endometrio eutopico, possono associarsi a fibrosi, sanguinamenti uterini anomali e cisti ovariche. I reperti istologici risultano influenzati dall'età della lesione e dai processi infiammatori locali<sup>3</sup>. In ambito pelvico, le forme di malattia vengono comunemente ricondotte a lesioni peritoneali superficiali, endometriomi ovarici ed endometriosi profonda. L'endometrioma ovarico è una forma cistica sostenuta da tessuto endometrio-simile in sede ovarica, con caratteristiche istologiche e chirurgiche che possono evolvere nel tempo, fino a rendere più complessa la conferma istologica quando l'epitelio e lo stroma di rivestimento risultano attenuati o sostituiti da tessuto fibroso<sup>4</sup>. Le sedi pelviche più frequentemente interessate includono ovaio e fossa ovarica, legamenti uterosacrali, cavo del Douglas e vescica, con distribuzioni descritte in serie chirurgiche di ampie dimensioni. Oltre alla pelvi, sono riportate localizzazioni a carico della parete addominale (spesso in prossimità di cicatrici chirurgiche) e del diaframma, con possibili manifestazioni toraciche<sup>5,6</sup>.

**Patogenesi.** La patogenesi dell'endometriosi non è definita in modo univoco e viene descritta come multifattoriale, risultante dall'interazione fra impianto e crescita di cellule endometriali ectopiche, risposta infiammatoria, alterazioni endocrine e fattori genetici<sup>7</sup>. Tra le principali ipotesi eziopatogenetiche, la teoria della mestruazione retrograda postula la disseminazione di cellule endometriali attraverso le tube verso la cavità peritoneale durante la mestruazione<sup>8</sup>. Studi di genetica e biologia molecolare hanno inoltre identificato alterazioni e regioni genomiche associate

---

<sup>1</sup> International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES, Tomassetti C, Johnson NP, et al. An International Terminology for Endometriosis, 2021. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28:1849.

<sup>2</sup> International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES, Tomassetti C, Johnson NP, et al. An International Terminology for Endometriosis, 2021. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28:1849.

<sup>3</sup> Jansen RP, Russell P. Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:1154.

<sup>4</sup> Redwine DB. Diaphragmatic endometriosis: diagnosis, surgical management, and long-term results of treatment. *Fertil Steril* 2002; 77:288.

<sup>5</sup> Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg* 2008; 196:207.

<sup>6</sup> Canlorbe G, Laas E, Cortez A, Daraï E. Spontaneous hymeneal endometriosis: a rare cause of dyspareunia. *BMJ Case Rep* 2014; 2014.

<sup>7</sup> Rahmioglu N, Nyholt DR, Morris AP, et al. Genetic variants underlying risk of endometriosis: insights from meta-analysis of eight genome-wide association and replication datasets. *Hum Reprod Update* 2014; 20:702.

<sup>8</sup> Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927; 14:422.

alla malattia, incluse mutazioni in geni “driver” tipicamente descritti in ambito oncologico (es. PIK3CA, KRAS, ARID1A), rilevate anche in lesioni endometrioidiche non maligne<sup>9</sup>. L’osservazione di casi di endometriosi prima del menarca suggerisce l’esistenza di meccanismi aggiuntivi rispetto alla sola mestruazione retrograda, tra cui l’ipotesi del sanguinamento uterino neonatale come possibile contributo in casi di esordio precoce<sup>10</sup>. Una volta instaurata, la malattia è associata a dolore attraverso la produzione di mediatori infiammatori e disfunzioni neuro-immunologiche locali, con evidenze di relazione fra focolai endometrioidici e strutture nervose in specifiche forme (es. noduli rettovaginali)<sup>11</sup>.

**Epidemiologia e fattori di rischio.** A livello globale, si stima che l’endometriosi interessi circa il 10% delle donne in età riproduttiva; tale stima è tuttavia caratterizzata da un ampio margine di incertezza, legato all’eterogeneità clinica, alla quota di soggetti asintomatici e alla storica dipendenza dalla diagnosi chirurgica per la conferma definitiva della malattia<sup>12,13</sup>. In Italia, le stime più accurate derivano dal modello di registro epidemiologico nazionale basato sul flusso delle schede di dimissione Ospedaliera (SDO), che raccoglie informazioni su tutti gli episodi di ricovero in strutture pubbliche e private. I casi sono identificati attraverso la diagnosi di endometriosi in regime di ricovero e, nelle analisi epidemiologiche pubblicate, ulteriormente “ancorati” alla presenza di una procedura chirurgica (laparoscopia o altro intervento che consenta la visualizzazione diretta delle lesioni). Ne consegue che tali dati documentano prevalentemente le donne ospedalizzate o sottoposte a procedure interventistiche, con una probabile sottostima dei casi gestiti in ambito ambulatoriale o con diagnosi clinico-radiologica. Infatti, in uno studio nazionale basato sulle SDO (2011–2020) l’incidenza è risultata pari a 0,839 casi per 1.000 donne di età compresa tra 15 e 50 anni, con una prevalenza dell’1,4%<sup>14</sup>. Secondo le stime dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS)<sup>15</sup>, nel triennio 2021–2023 l’incidenza si mantiene stabile a 0,76 casi per 1.000, ovvero circa 9.300 nuovi casi/anno; l’incidenza aumenta con l’età, raggiungendo il picco tra 31 e 35 anni, e mostra un lieve gradiente Nord–Sud e valori più elevati nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Veneto e in Sardegna. Alla luce di tali elementi, la differenza rispetto alle stime internazionali, non riflette necessariamente una minore frequenza “reale” della malattia in Italia, ma è verosimilmente attribuibile alla diversa capacità di intercettare i casi quando si utilizzano flussi ospedalieri, rispetto a studi basati su diagnosi complessive (incluse forme non ospedalizzate).

Accanto ai fattori riproduttivi e mestruali tradizionalmente descritti in letteratura<sup>16,17</sup>, l’ISS segnala, sulla base di analisi preliminari, una possibile associazione tra rischio di endometriosi e residenza in aree contaminate da inquinanti persistenti con potenziale azione di interferenza endocrina, tra

<sup>9</sup> Anglesio MS, Papadopoulos N, Ayhan A, et al. Cancer-Associated Mutations in Endometriosis without Cancer. *N Engl J Med* 2017; 376:1835.

<sup>10</sup> Oliveira FR, Dela Cruz C, Del Puerto HL, et al. Stem cells: are they the answer to the puzzling etiology of endometriosis? *Histol Histopathol* 2012; 27:23.

<sup>11</sup> Anaf V, Simon P, El Nakadi I, et al. Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Hum Reprod* 2000; 15:1744.

<sup>12</sup> Adamson GD, Kennedy S, Hummelshoj L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *J Endometriosis* 2010; :3.

<sup>13</sup> Soliman AM, Surrey E, Bonafede M, et al. Real-World Evaluation of Direct and Indirect Economic Burden Among Endometriosis Patients in the United States. *Adv Ther* 2018; 35:408.

<sup>14</sup> Maraschini A, Ceccarelli E, Giangreco M, et al. Development of an Italian National Epidemiological Register on Endometriosis Based on Administrative Data. *J Clin Med*. 2024;13:3087.

<sup>15</sup> Istituto Superiore di Sanità. Endometriosi: più di 1.800.000 donne convivono in Italia con una diagnosi. Disponibile a: [www.iss.it/-/endometriosi-piu-di-1-800-000-donne-convivono-in-italia-con-una-diagnosi-le-stime-di-incidenza-e-prevalenza-dell-iss](http://www.iss.it/-/endometriosi-piu-di-1-800-000-donne-convivono-in-italia-con-una-diagnosi-le-stime-di-incidenza-e-prevalenza-dell-iss). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>16</sup> Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. *BJOG* 2008; 115:1382.

<sup>17</sup> Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, et al. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:534.e1.

cui policlorobifenili, diossine, piombo e cadmio. Queste evidenze, derivate da approcci di mappatura del rischio su base comunale, suggeriscono l'opportunità di sviluppare sistemi di sorveglianza epidemiologica integrati con il monitoraggio ambientale, in particolare nelle aree a maggiore contaminazione.

**Impatto clinico.** L'endometriosi ha un impatto clinico rilevante, determinato dalla combinazione di dolore cronico, disfunzioni viscerali e compromissione della fertilità, con ricadute significative sulla qualità di vita e sulla disabilità della donna<sup>18</sup>. In gravidanza, la letteratura suggerisce un'associazione con alcuni esiti ostetrici avversi, pur con limiti metodologici degli studi osservazionali e risultati non sempre concordanti<sup>19</sup>. Analisi su grandi popolazioni hanno inoltre mostrato un aumento del rischio di *severe maternal morbidity*, sottolineando la necessità di interpretare i risultati nel contesto di rischio assoluto e confondimento residuo<sup>20</sup>. Dopo la menopausa, l'endometriosi può persistere o presentarsi come malattia attiva in una minoranza di casi: tra le ipotesi figurano la produzione estrogenica extra-ovarica e meccanismi lesione-specifici<sup>21</sup>. In questi contesti, la gestione clinica deve bilanciare il controllo dei sintomi, le limitate opzioni terapeutiche e necessità di escludere diagnosi alternative, incluso il rischio di patologie neoplastiche in diagnosi differenziale<sup>22</sup>. Sul versante oncologico, studi osservazionali indicano un aumento del rischio relativo di carcinoma ovarico in persone con endometriosi, con particolare attenzione agli istotipi endometrioidi, a cellule chiare e sieroso di basso grado e alla possibile eterogeneità del rischio in base al tipo di endometriosi<sup>23</sup>. Sono state inoltre riportate associazioni con aumentato rischio cardiovascolare (in particolare malattia coronarica) in coorti prospettiche, con interpretazioni che richiedono cautela e ulteriori conferme<sup>24</sup>. L'endometriosi è stata anche associata a disturbi dell'umore quali depressione e ansia in revisioni sistematiche e meta-analisi, coerentemente con quanto osservato in altre condizioni di dolore pelvico cronico<sup>25</sup>.

**Criticità diagnostiche.** La diagnosi rappresenta un nodo critico perché segni e sintomi non sono patognomonicamente definitivi e la conferma definitiva è storicamente basata su valutazione chirurgica con riscontro istologico, sebbene nella pratica clinica si sia progressivamente consolidato l'approccio di diagnosi presuntiva, finalizzato ad avviare interventi a basso rischio e a ridurre ritardi diagnostici<sup>26</sup>. Non esistono esami di laboratorio patognomonicamente definitivi e i biomarcatori sierici o non invasivi, inclusa la misurazione di CA-125, non hanno dimostrato un'utilità clinica sufficiente nella diagnosi primaria<sup>27,28</sup>. Meta-analisi riportano performance diagnostiche comparabili tra ecografia e risonanza magnetica per specifiche localizzazioni, con una variabilità legata all'esperienza dell'operatore e al contesto clinico<sup>29</sup>. Per alcune sedi, come le lesioni parametriali, studi prospettici

---

<sup>18</sup> Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. *BMJ* 2014; 348:g1752.

<sup>19</sup> Lalani S, Choudhry AJ, Firth B, et al. Endometriosis and adverse maternal, fetal and neonatal outcomes, a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2018; 33:1854.

<sup>20</sup> Lafleur N, Wei SQ, Bilodeau-Bertrand M, Auger N. Association of Endometriosis and Severe Maternal Morbidity. *Obstet Gynecol* 2022; 140:1008.

<sup>21</sup> Attar E, Bulun SE. Aromatase and other steroidogenic genes in endometriosis: translational aspects. *Hum Reprod Update* 2006; 12:49.

<sup>22</sup> Polyzos NP, Fatemi HM, Zavos A, et al. Aromatase inhibitors in post-menopausal endometriosis. *Reprod Biol Endocrinol* 2011; 9:90.

<sup>23</sup> Barnard ME, Farland LV, Yan B, et al. Endometriosis Typology and Ovarian Cancer Risk. *JAMA* 2024; 332:482.

<sup>24</sup> Mu F, Rich-Edwards J, Rimm EB, et al. Endometriosis and Risk of Coronary Heart Disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2016; 9:257.

<sup>25</sup> van Barneveld E, Manders J, van Osch FHM, et al. Depression, Anxiety, and Correlating Factors in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health* 2022; 31:219.

<sup>26</sup> Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220:354.e1.

<sup>27</sup> Nisenblatt V, Prentice L, Bossuyt PM, et al. Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7:CD012281.

<sup>28</sup> Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1998; 70:1101.

<sup>29</sup> Guerriero S, Saba L, Pascual MA, et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51:586.

forniscono stime di accuratezza diagnostica a supporto di percorsi di imaging “mirato”. Parallelamente, ritardi diagnostici di diversi anni sono frequentemente riportati dalle persone con endometriosi e documentati in studi di valutazione della qualità dell’assistenza, indicando criticità nel riconoscimento precoce e nell’accesso alla valutazione specialistica<sup>30</sup>.

In Italia, le fonti disponibili<sup>31,32</sup> indicano che la complessità del quadro clinico e le difficoltà di identificazione precoce contribuiscono in modo rilevante a un ritardo diagnostico medio stimato tra 7 e 10 anni dall’esordio dei primi sintomi, con effetti negativi sull’appropriatezza e sulla tempestività del trattamento. In risposta a queste criticità, numerose Regioni hanno avviato o stanno sviluppando percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati (§ 4.2.1.1). La loro adozione appare associata a una maggiore omogeneità delle strategie terapeutiche, in particolare nei casi correttamente diagnosticati, riducendo la variabilità osservata nelle forme minime o lievi.

Persistono tuttavia significative disomogeneità nell’organizzazione dell’assistenza per le forme di endometriosi profonda o severa, che richiederebbero una presa in carico presso centri di riferimento specializzati. Tali centri non sono attualmente uniformemente distribuiti sul territorio nazionale e, nella maggior parte dei casi, non sono inseriti in reti strutturate in grado di garantire un’integrazione funzionale tra primo, secondo e terzo livello di cura. A causa di questa frammentazione organizzativa, alcune delle conseguenze cliniche più rilevanti dell’endometriosi, in particolare l’infertilità, vengano talvolta riconosciute in fasi avanzate, quando le possibilità di intervento risultano limitate o ormai nulle.

---

<sup>30</sup> The National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. 'Endometriosis: A Long and Painful Road' 2024. Disponibile a: [www.ncepod.org.uk/2024endometriosis.html](http://www.ncepod.org.uk/2024endometriosis.html). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>31</sup> Istituto Superiore di Sanità. Endometriosi: più di 1.800.000 donne convivono in Italia con una diagnosi. Disponibile a: [www.iss.it/-/endometriosi-piu-di-1-800-000-donne-convivono-in-italia-con-una-diagnosi-le-stime-di-incidenza-e-prevalenza-dell-iss](http://www.iss.it/-/endometriosi-piu-di-1-800-000-donne-convivono-in-italia-con-una-diagnosi-le-stime-di-incidenza-e-prevalenza-dell-iss). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>32</sup> Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Disponibile a: [www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/Piano%20nazionale%20cronicità.pdf](http://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/Piano%20nazionale%20cronicità.pdf). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

## 1.1. Il Piano Nazionale Cronicità

Il 23 ottobre 2025 è stato sancito l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni sul Piano Nazionale della Cronicità (PNC) 2025; tuttavia, alla data di pubblicazione del presente report, il Piano non risulta ancora pubblicato in Gazzetta Ufficiale, passaggio necessario per la sua formale vigenza nazionale. Il PNC 2025 aggiorna e integra il PNC 2016, introducendo tre patologie croniche ulteriori: obesità, epilessia, endometriosi. Vengono di seguito riportati, con riferimento all'endometriosi, le principali criticità, gli obiettivi specifici, le linee di intervento proposte, i risultati attesi e gli indicatori di monitoraggio (box 1.1).

### Box 1.1. Endometriosi nel Piano Nazionale della Cronicità 2025

#### Principali criticità

- Scarsa consapevolezza delle pazienti (tendenza a "giustificare" la propria sintomatologia come fisiologica)
- Tendenza a normalizzare il dolore femminile, anche da parte del personale sanitario, con aumento del rischio di ritardo diagnostico (diagnosi sporadica/occasionale nelle forme minime e lievi)
- Carezza e mancata uniformità di PDTA dedicati, in assenza di ottimale integrazione nella gestione multidisciplinare e personalizzazione dei bisogni assistenziali
- Scarsa consapevolezza dei dati epidemiologici su base regionale e nazionale
- Necessità di maggiore formazione specifica in diagnostica ecografica
- Difficoltà nel trattamento chirurgico su scala nazionale
- Difficoltà di accesso a procedure di preservazione della fertilità in strutture pubbliche
- Scarsa programmazione di eventi formativi dedicati a MMG ed operatori sanitari e momenti di informazione per pazienti e familiari

#### Obiettivi specifici

- Riduzione dei tempi di inquadramento diagnostico e standardizzazione delle fasi di trattamento medico e chirurgico, al fine di ottimizzare l'inserimento della paziente all'interno del percorso assistenziale
- Miglioramento degli outcome e della qualità di vita percepita

#### Linee di intervento

- Creare registri su base regionale con raccolta di dati delle pazienti in trattamento cronico
- Istituire reti assistenziali integrate tra territorio e centri di riferimento (*hub & spoke*) con adozione di PDTA condivisi
- Investire nell'adeguamento tecnologico dei presidi diagnostici (approvvigionamento di ecografi di ultima generazione) e chirurgici
- Ottimizzare ed uniformare l'offerta di centri di Medicina della riproduzione sul territorio nazionale;
- Realizzare attività di formazione per gli operatori sanitari e campagne informative per pazienti, familiari e popolazione generale

#### Risultati attesi

- Implementazione dei documenti epidemiologici (con monitoraggio dell'incidenza della patologia e sua stratificazione sul territorio);
- Implementazione di PDTA regionali con indicazione ai trattamenti di I livello e criteri di eleggibilità all'intervento chirurgico e ottimizzazione dell'offerta assistenziale
- Aumento della percentuale di pazienti sottoposte a tecniche di chirurgia mininvasiva
- Adeguata allocazione delle risorse umane, strutturali e destinate alla formazione

#### Indicatori di monitoraggio

- Numero di Regioni/Province autonome con PDTA codificato a livello regionale
- Numero di unità operative/centri specialistici in rete secondo il modello deliberato dalla Regione o Provincia autonoma
- Numero di Aziende ASL che hanno recepito il percorso regionale con atto deliberativo

## 2. Obiettivi

Il presente report è stato sviluppato per supportare una lettura integrata dell'endometriosi che coniughi evidenze scientifiche e organizzazione dell'assistenza, al fine di fornire elementi utili alla valutazione dell'appropriatezza e alla pianificazione di interventi coerenti con i bisogni clinico-assistenziali. In tale prospettiva, il lavoro si articola in due obiettivi complementari.

- Identificare e sintetizzare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia e sul valore clinico-assistenziale delle principali prestazioni diagnostico-terapeutiche nell'endometriosi, facendo riferimento a linee guida *evidence-based* e integrandole con la letteratura più recente.
- Identificare e descrivere le diseguaglianze regionali e territoriali nell'offerta assistenziale per l'endometriosi, con particolare riferimento alla presenza e alle caratteristiche dei PDTA, alla formalizzazione di reti regionali e centri dedicati, nonché alle prestazioni garantite in regime di esenzione, incluse eventuali prestazioni extra-LEA.

## 3. Metodi

Per rispondere agli obiettivi del report sono stati adottati due approcci metodologici complementari.

- Revisione della letteratura con approccio gerarchico, finalizzata a identificare e valutare criticamente linee guida cliniche e revisioni sistematiche sull'efficacia e sul valore delle prestazioni diagnostico-terapeutiche nell'endometriosi e, successivamente, a integrare le evidenze pubblicate dopo la linea guida di riferimento selezionata.
- Analisi documentale comparativa delle fonti istituzionali nazionali e regionali, finalizzata a descrivere differenze territoriali in termini di PDTA, reti regionali dedicate e prestazioni garantite in regime di esenzione.

### 3.1. Evidenze scientifiche sull'efficacia delle prestazioni diagnostico-terapeutiche

È stata condotta una revisione della letteratura, articolata in una fase iniziale di identificazione e selezione delle linee guida (LG) di riferimento e in una successiva fase di aggiornamento sistematico delle evidenze pubblicate dopo la LG individuata come riferimento principale.

**Disegno di studio e razionale.** L'approccio metodologico ha seguito un modello gerarchico, privilegiando in primo luogo fonti secondarie come le LG *evidence-based* e, successivamente, l'integrazione con revisioni sistematiche (RS) e studi sperimentali più recenti. Tale impostazione è stata adottata con l'obiettivo di garantire al contempo solidità metodologica e aggiornamento delle informazioni riportate. La trasparenza del processo di identificazione, selezione e reporting è stata pianificata in coerenza con le raccomandazioni *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses* (PRISMA) 2020<sup>33</sup> per il reporting delle revisioni sistematiche.

**Quesiti e ambiti clinici.** Gli ambiti di interesse sono stati definiti in coerenza con gli obiettivi del report e hanno incluso: diagnosi, trattamento del dolore associato all'endometriosi, prevenzione primaria e secondaria, endometriosi e menopausa, endometriosi extrapelvica e asintomatica. Per ciascun ambito clinico sono state sintetizzate le raccomandazioni e le evidenze disponibili, interpretandone il "valore" in termini di bilancio benefici-rischi e forza della raccomandazione; eventuali implicazioni organizzative (es. gestione in team multidisciplinare o in centri con adeguata competenza) sono state riportate solo quando esplicitamente indicate nelle fonti.

**Fonti e strategie di ricerca.** La ricerca bibliografica è stata condotta su MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) e Embase. Le strategie di ricerca, sviluppate e adattate per ciascuna banca dati, sono riportate integralmente in Appendice. Il processo si è articolato in due fasi: (i) identificazione delle LG e RS pertinenti; (ii) aggiornamento sistematico delle evidenze pubblicate successivamente alla LG selezionata come riferimento principale. Ai fini dell'aggiornamento, è stata

<sup>33</sup> Page M, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.

adottata come *cut-off* temporale la data di pubblicazione delle LG ESHRE sull'endometriosi<sup>34</sup> (2 febbraio 2022), utilizzata come riferimento principale.

**Processo di selezione degli studi.** Tutti i record identificati sono stati deduplicati e sottoposti a screening per titolo/abstract e successivamente per full-text. Lo screening è stato effettuato da due revisori in modo indipendente e in cieco rispetto alle decisioni dell'altro revisore, per ridurre il rischio di errori e bias di selezione. Eventuali discrepanze sono state risolte tramite discussione fino al raggiungimento del consenso.

**Valutazione critica della qualità metodologica.** La qualità delle linee guida incluse è stata valutata mediante lo strumento AGREE II<sup>35</sup>; i risultati dell'appraisal sono riportati nel capitolo Risultati. Per le RS incluse, è stata pianificata la valutazione della qualità metodologica utilizzando lo strumento AMSTAR-2<sup>36</sup>.

**Estrazione dei dati e sintesi delle evidenze.** Dalla LG ESHRE sono state estratte e riorganizzate le raccomandazioni rilevanti per ciascun ambito clinico, riportando, ove disponibili, la forza della raccomandazione e/o le eventuali qualificazioni assegnate dal gruppo di lavoro, nonché specifiche considerazioni sull'applicabilità nel contesto italiano. La sintesi è stata condotta in forma narrativa strutturata, integrando le raccomandazioni della LG di riferimento con le evidenze più recenti e evidenziando se queste ultime: (i) confermano l'indirizzo della LG; (ii) rafforzano o precisano le stime di efficacia/sicurezza; (iii) introducono elementi di incertezza o potenziali cambiamenti nella pratica clinica.

### 3.2. Analisi delle differenze regionali

È stata condotta un'analisi comparativa delle fonti istituzionali nazionali e regionali, finalizzata a mappare e confrontare, per ciascuna Regione e Provincia Autonoma, la presenza e le caratteristiche di:

- PDTA regionali dedicati all'endometriosi
- Reti regionali e relativi modelli organizzativi (es. *hub & spoke*; centri di riferimento)
- Prestazioni garantite in regime di esenzione ed eventuali integrazioni regionali.

**Unità di analisi e perimetro documentale.** L'unità di analisi è rappresentata dalle 21 amministrazioni territoriali (19 Regioni e 2 Province Autonome). Il perimetro documentale include esclusivamente atti e documenti ufficiali afferenti a programmazione sanitaria regionale, all'organizzazione dei servizi e alla disciplina delle esenzioni, limitatamente a contenuti esplicitamente riferiti all'endometriosi.

**Fonti di informazioni e periodo di ricerca.** Per ciascuna Regione e Provincia autonoma sono state utilizzate come fonti primarie esclusivamente:

- Bollettini Ufficiali regionali/provinciali e repertori degli atti (leggi regionali, deliberazioni di Giunta, decreti/atti dirigenziali);

<sup>34</sup> European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ESHRE Guideline Endometriosis 2022. Disponibile a: [www.eshre.eu/guideline/endometriosis](http://www.eshre.eu/guideline/endometriosis). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>35</sup> AGREE Next Step Consortium. AGREE II. Checklist per valutare la qualità delle linee guida. Fondazione GIMBE: Bologna, luglio 2019. Disponibile a: [www.gimbe.org/agree](http://www.gimbe.org/agree). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>36</sup> Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: strumento per la valutazione critica di revisioni sistematiche di trial randomizzati e/o di studi non randomizzati sull'efficacia degli interventi sanitari. Evidence 2020;e1000206.

- portali istituzionali regionali/provinciali (Assessorati/Direzioni sanità, pagine web dedicate a reti cliniche, percorsi assistenziali e cronicità).

I documenti pubblicati da Aziende sanitarie (ASL/AO/AOU) e IRCCS sono stati consultati esclusivamente come supporto operativo per il reperimento o la comprensione dei provvedimenti, ma non utilizzati come fonti sostitutive quando l'informazione riguarda differenze tra Regioni/Province autonome. L'ultima verifica delle fonti istituzionali è stata effettuata il 12 gennaio 2026.

**Reperimento dei documenti.** Il reperimento documentale è stato effettuato mediante:

- consultazione diretta e ricerca testuale nei bollettini/repertori/atti e nei portali istituzionali;
- utilizzo di query mirate per l'individuazione degli atti all'interno dei domini istituzionali (es. "endometriosi" AND "PDTA"; "percorso" AND "endometriosi"; "rete" AND "endometriosi"; "hub" AND "spoke"; "esenzione" AND "063"; "ticket" AND "endometriosi"; "H07").

**Criteri di eleggibilità e definizioni operative.** Sono stati inclusi:

- PDTA o documenti formalmente approvati che descrivono un percorso assistenziale per l'endometriosi: "linee di indirizzo", "percorsi" o documenti equivalenti adottati con atto della Regione o Provincia autonoma;
- Atti istitutivi o regolatori di reti dedicate all'endometriosi: reti di centri, modelli *hub & spoke*, individuazione formale di centri/strutture;
- Atti della Regione o Provincia Autonoma che definiscono o ampliano l'offerta di prestazioni in regime di esenzione o altre forme di agevolazione: es. introduzione di codici regionali aggiuntivi, estensione della eleggibilità a stadi non coperti dai LEA, gratuità di farmaci o ulteriori prestazioni.

Sono stati esclusi documenti non formalmente approvati (es. bozze, comunicati stampa, pagine informative prive di riferimenti ad atti ufficiali), nonché materiali non istituzionali (contenuti di stampa, associazioni, aggregatori).

**Estrazione dati e standardizzazione.** Per garantire la comparabilità interregionale è stata adottata una griglia di estrazione standardizzata per ciascuna delle tre dimensioni analizzate (PDTA, reti, esenzioni). Per ogni documento incluso sono stati estratti: denominazione, tipologia di atto, numero e data di adozione, fonte ufficiale di pubblicazione, ambito/obiettivi dichiarati, popolazione destinataria e principali elementi organizzativi. con riferimento all'area "esenzioni", oltre al quadro nazionale, sono state rilevate eventuali integrazioni regionali: codici aggiuntivi, estensioni di eleggibilità, ulteriori prestazioni o farmaci garantiti, condizioni/limiti di accesso.

## 4. Risultati

Questo capitolo presenta i risultati delle attività svolte in risposta ai due obiettivi del report, articolandoli in una sintesi delle evidenze scientifiche e in una ricognizione comparativa delle differenze regionali nell'organizzazione dell'assistenza per l'endometriosi. In particolare, la sezione 4.1 riporta gli esiti della revisione della letteratura e la sintesi delle raccomandazioni, integrata con le evidenze pubblicate successivamente al 2022. La sezione 4.2 descrive, per ciascuna Regione e Provincia autonoma, i risultati della ricognizione condotta sulle fonti istituzionali relativi a PDTA, reti regionali e prestazioni garantite in regime di esenzione.

### 4.1. Evidenze scientifiche sull'efficacia ed il valore delle prestazioni diagnostico-terapeutiche

La ricerca bibliografica condotta nelle banche dati MEDLINE, Cochrane CENTRAL e Scopus ha identificato complessivamente 2.300 record. Con l'eliminazione dei duplicati sono stati rimossi 750 record, ottenendo 1.550 record unici. A seguito dello screening su titolo/abstract, 30 articoli sono stati selezionati per la valutazione full-text, al termine della quale sono risultate eleggibili e incluse due linee guida: le linee guida dell'*European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE)<sup>37</sup>, pubblicate nel febbraio 2022 e la linea guida NICE NG73<sup>38</sup>, pubblicata nel settembre 2017 e aggiornata nel novembre 2024. Il processo di selezione è illustrato nella figura 4.1.

---

<sup>37</sup> European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ESHRE Guideline Endometriosis 2022. Disponibile a: [www.eshre.eu/guideline/endometriosis](http://www.eshre.eu/guideline/endometriosis). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>38</sup> National Institute for Health and Care Excellence. NG73 - Endometriosis: diagnosis and management. Disponibile a: [www.nice.org.uk/guidance/ng73](http://www.nice.org.uk/guidance/ng73). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

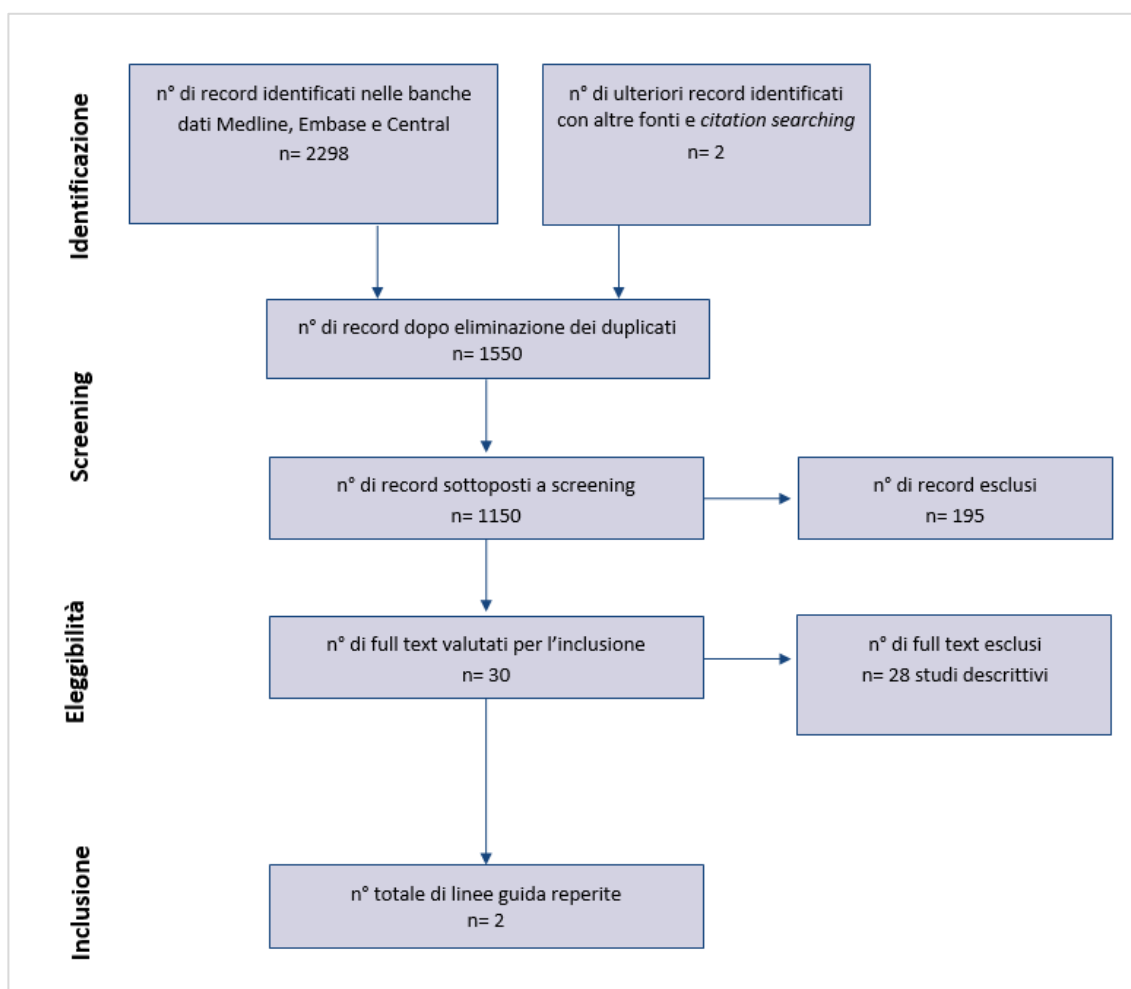


Figura 4.1. Diagramma di flusso PRISMA per la selezione degli studi

La qualità metodologica delle due linee guida è risultata complessivamente sovrapponibile sulla base dell'appraisal condotto con AGREE II (Tabella 4.1). A parità di qualità, è stata adottata come riferimento principale la linea guida ESHRE, in quanto maggiormente centrata sul contesto clinico europeo, più ampia per perimetro tematico (dolore e infertilità) e più diffusamente utilizzata come standard di riferimento nella pratica specialistica; la linea guida NICE è stata mantenuta come documento comparativo e di supporto all'interpretazione delle evidenze.

Dominio AGREE II	ESHRE 2022	NICE 2017
1. Scopo e obiettivi	90%	90,9%
2. Coinvolgimento stakeholder	79,6%	74,1%
3. Rigore dello sviluppo	84,2%	86,1%
4. Chiarezza espositiva	91%	90,7%
5. Applicabilità	89,3%	76,1%
6. Indipendenza editoriale	86,3%	83,3%

Tabella 4.1. Valutazione della qualità delle linee guida identificate con AGREE II

Nella fase di aggiornamento sono state ricercate e selezionate revisioni sistematiche e trial clinici randomizzati pertinenti agli ambiti del report, pubblicati dopo il 2 febbraio 2022 (data di ricerca delle evidenze nella linea guida ESHRE). Sono stati esclusi commenti, editoriali, narrative review e documenti non pertinenti agli interventi diagnostico-terapeutici oggetto di analisi, salvo eccezioni esplicitamente motivate nel testo qualora rilevanti a fini interpretativi.

#### 4.1.1. Raccomandazioni

In questa sezione sono sintetizzate le principali raccomandazioni cliniche rilevanti per la gestione dell'endometriosi, organizzate per ambito (diagnosi, trattamento del dolore, prevenzione primaria e secondaria, menopausa, forme extra-pelviche o asintomatiche) e presentate in forma di quesiti clinici per facilitarne la lettura operativa.

Le raccomandazioni derivano dalla linea guida ESHRE 2022, con commenti specifici relativi alla loro applicabilità nel contesto italiano. È stata mantenuta la classificazione originale dalle linee guida, sotto riportata:

- **Raccomandazione forte:** indica che i benefici attesi superano chiaramente i rischi e che la maggior parte delle persone, in condizioni simili, dovrebbe ricevere l'intervento.
- **Raccomandazione debole:** indica che il bilancio benefici-rischi è meno certo o maggiormente dipendente dai valori e dalle preferenze della paziente, rendendo necessaria una decisione condivisa.
- **Indicazione di buona pratica:** viene formulata dal panel quando le evidenze dirette sono limitate, ma esiste un consenso clinico sulla necessità/appropriatezza dell'intervento sanitario.
- **Nessuna raccomandazione formale:** segnala che le evidenze non sono ritenute sufficienti per formulare un'indicazione; quanto riportato rappresenta un suggerimento basato sul parere degli esperti.
- **Research-only:** segnala che l'indicazione è solo a fini di ricerca scientifica.

##### 4.1.1.1. Diagnosi

#### I sintomi clinici possono predire la presenza di endometriosi?

- I clinici dovrebbero prendere in considerazione la diagnosi di endometriosi nelle persone che presentano i seguenti segni e sintomi, sia ciclici sia non ciclici: dismenorrea, dispareunia profonda, disuria, dischezia, sanguinamento rettale doloroso o ematuria, dolore alla punta della spalla, pneumotorace catameniale, tosse/emottisi/dolore al petto ciclici, gonfiore e dolore cicatriziali ciclici, affaticamento e infertilità (*Indicazione di buona pratica*).

#### L'uso di diari dei sintomi o questionari, rispetto alla tradizionale raccolta dell'anamnesi, porta a una diagnosi di endometriosi più accurata o più precoce?

- Sebbene attualmente non vi siano evidenze che l'utilizzo di diari/questionari/app sui sintomi riduca il tempo necessario alla diagnosi o consenta una diagnosi più precoce, il Gruppo per lo Sviluppo delle Linee Guida (GDG) ne riconosce il potenziale beneficio come supporto all'anamnesi tradizionale, in quanto possono contribuire a una migliore oggettivizzazione del dolore e a una maggiore responsabilizzazione delle donne nella descrizione dei propri sintomi (*Nessuna raccomandazione formale*).

### **L'esame clinico delle donne sintomatiche predice in modo affidabile la presenza di endometriosi?**

- L'esame clinico, inclusa l'esplorazione vaginale se appropriata, dovrebbe essere considerato per identificare noduli profondi o endometriomi nelle donne con sospetta endometriosi, sebbene l'accuratezza diagnostica sia limitata (*Raccomandazione forte*).
- Nelle donne con sospetta endometriosi, ulteriori misure diagnostiche, incluso l'imaging, dovrebbero essere considerate anche in presenza di un esame clinico nella norma (*Raccomandazione forte*).

### **Le tecnologie mediche sono affidabili nella diagnosi dell'endometriosi e nello stabilire l'estensione della malattia?**

- I clinici non dovrebbero utilizzare la misurazione di biomarcatori nel tessuto endometriale, nel sangue, nei fluidi mestruali o uterini per la diagnosi di endometriosi (*Raccomandazione forte*).  
*Nota. In Italia una minoranza di ginecologi continua a utilizzare il CA-125 sierico, nonostante la sua bassa specificità e l'assenza di correlazione con lo stadio di malattia, i sintomi, la progressione e la recidiva post-chirurgica. Questa pratica risulta in progressivo abbandono.*
- Si raccomanda ai clinici di utilizzare l'imaging (ecografia o risonanza magnetica) nella diagnostica dell'endometriosi, tenendo conto che un risultato negativo non esclude la presenza della malattia, in particolare nelle forme peritoneali superficiali (*Raccomandazione forte*).  
*Nota. Nel contesto italiano la risonanza magnetica viene solitamente richiesta nei casi dubbi.*
- Nelle pazienti con risultati di imaging negativi o nei casi in cui il trattamento empirico non abbia avuto successo o risulti inappropriato, il GDG raccomanda di considerare la laparoscopia per la diagnosi e il trattamento della sospetta endometriosi (*Indicazione di buona pratica*).  
*Nota. La laparoscopia diagnostica per sospetta endometriosi è sempre meno utilizzata.*
- Il GDG raccomanda che l'identificazione laparoscopica delle lesioni endometriose sia confermata dall'esame istologico, pur riconoscendo che un'istologia negativa non esclude completamente la malattia (*Indicazione di buona pratica*).

### **La laparoscopia diagnostica, rispetto al trattamento medico empirico, determina una migliore gestione dei sintomi nelle donne con sospetta endometriosi?**

- In assenza di evidenze di superiorità di uno dei due approcci, sia la laparoscopia diagnostica sia l'imaging combinato con il trattamento empirico (contraccettivi ormonali o progestinici) possono essere considerati nelle donne con sospetta endometriosi. I potenziali benefici e rischi di ciascuna opzione dovrebbero essere discussi con la paziente (*Nessuna raccomandazione formale*).

### **Il monitoraggio a lungo termine delle donne con endometriosi è utile per prevenire esiti avversi (ricorrenza, complicanze, malignità)?**

- Il follow-up e il supporto psicologico dovrebbero essere considerati nelle donne con endometriosi confermata, in particolare nelle forme profonde e ovariche, sebbene non vi siano attualmente evidenze di beneficio del monitoraggio regolare a lungo termine ai fini della diagnosi precoce di recidiva, complicanze o malignità (*Raccomandazione debole*).
- La frequenza e le modalità appropriate di follow-up o monitoraggio non sono definite e dovrebbero essere individualizzate in base ai trattamenti precedenti e in corso, alla gravità della malattia e alla sintomatologia (*Indicazione di buona pratica*).

### **Una diagnosi precoce dell'endometriosi, rispetto a una diagnosi tardiva, è associata a una migliore qualità della vita?**

- In assenza di studi adeguati a sostegno dei benefici di una diagnosi precoce rispetto a una tardiva, il GDG raccomanda che, nelle donne sintomatiche, vengano comunque intrapresi interventi finalizzati al controllo dei sintomi, sia attraverso trattamento empirico sia successivamente a una diagnosi di endometriosi (*Nessuna raccomandazione formale*).

#### **4.1.1.2. Trattamento del Dolore Associato all'Endometriosi**

##### **Gli analgesici sono efficaci per il sollievo sintomatico del dolore associato all'endometriosi?**

- Alle donne possono essere offerti farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o altri analgesici (da soli o in combinazione con altri trattamenti) per ridurre il dolore associato all'endometriosi (*Raccomandazione debole*).

##### **Le terapie ormonali sono efficaci per il dolore associato all'endometriosi?**

- Si raccomanda di offrire alle donne un trattamento ormonale (contraccettivi ormonali combinati, progestinici, agonisti del GnRH o antagonisti del GnRH con *add-back therapy*), come una delle opzioni per ridurre il dolore associato all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).
- Il GDG raccomanda ai clinici di adottare un approccio decisionale condiviso e di tenere in considerazione le preferenze individuali, gli effetti collaterali, l'efficacia individuale, i costi e la disponibilità nella scelta dei trattamenti ormonali per il dolore (*Indicazione di buona pratica*).
- Si raccomanda di prescrivere alle donne un contraccettivo ormonale combinato (orale, anello vaginale o transdermico) per ridurre la dispareunia, la dismenorrea e il dolore non mestruale associati all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).
- Alle donne che soffrono di dismenorrea associata all'endometriosi può essere offerto l'uso continuo di un contraccettivo ormonale combinato (*Raccomandazione debole*).
- Si raccomanda di prescrivere alle donne progestinici per ridurre il dolore associato all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).
- Si raccomanda di prescrivere alle donne un sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel (LNG-IUS) o un impianto sottocutaneo a rilascio di etonogestrel per ridurre il dolore associato all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).
- Si raccomanda di prescrivere alle donne agonisti del GnRH per ridurre il dolore associato all'endometriosi, sebbene le evidenze siano limitate riguardo al dosaggio e alla durata del trattamento (*Raccomandazione forte*).
- Il GDG raccomanda che gli agonisti del GnRH siano prescritti come trattamento di seconda linea (es. in caso di inefficacia di contraccettivi ormonali o progestinici), in considerazione del loro profilo di effetti collaterali (*Indicazione di buona pratica*).
- Può essere presa in considerazione la prescrizione di antagonisti del GnRH con *add-back therapy* per ridurre il dolore associato all'endometriosi, sebbene le evidenze siano limitate riguardo al dosaggio e alla durata del trattamento (*Raccomandazione debole*).
- Nelle donne con dolore associato all'endometriosi refrattario ad altri trattamenti medici o chirurgici, si raccomanda di prescrivere inibitori dell'aromatasi, efficaci nel ridurre il dolore. Tali

farmaci possono essere utilizzati in combinazione con contraccettivi ormonali orali, progestinici, agonisti del GnRH o antagonisti del GnRH (*Raccomandazione forte*).

*Nota. La prescrizione di inibitori dell'aromatasi in Italia è molto rara, considerati i numerosi e severi effetti collaterali e la disponibilità di strategie terapeutiche alternative efficaci.*

### **La chirurgia è efficace per il trattamento del dolore associato all'endometriosi?**

- Si raccomanda di offrire la chirurgia come una delle opzioni per ridurre il dolore associato all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).

*Nota. L'intervento chirurgico viene generalmente eseguito in caso di fallimento della terapia farmacologica per il controllo dei sintomi, di danno d'organo (es. compressione ureterale e stenosi intestinale), di ricerca di una gravidanza o di controindicazioni alla terapia ormonale (es. trombofilia).*

- Quando viene eseguita la chirurgia, i clinici possono considerare l'escissione rispetto all'ablazione delle lesioni endometriosiche per ridurre il dolore (*Raccomandazione debole*).  
*Nota. L'escissione è frequentemente preferita rispetto all'ablazione, ad eccezione di alcuni casi di endometrioma ovarico nei quali l'ablazione laser può offrire un miglior profilo di preservazione della riserva ovarica.*
- L'ablazione laparoscopica del nervo uterosacrale (LUNA) non è utile come procedura aggiuntiva alla chirurgia laparoscopica convenzionale. La neurectomia presacrale (PSN) è utile per il trattamento del dolore sulla linea mediana come aggiunta alla chirurgia convenzionale, ma richiede elevata competenza chirurgica (*Nessuna raccomandazione formale*).  
*Nota. In Italia le procedure LUNA e PSN sono ormai obsolete. Attualmente viene spesso privilegiato l'approccio nerve-sparing anche nei casi di chirurgia radicale.*
- In caso di chirurgia per endometrioma ovarico, si raccomanda di eseguire la cistectomia rispetto al drenaggio e alla coagulazione, poiché riduce il rischio di recidiva e il dolore (*Raccomandazione forte*).
- In caso di chirurgia per endometrioma ovarico, possono essere considerate sia la cistectomia sia la vaporizzazione laser CO<sub>2</sub>, in quanto mostrano avere tassi di recidiva simili dopo il primo anno dall'intervento (*Raccomandazione debole*).
- Durante la chirurgia per endometrioma ovarico è necessario adottare specifiche precauzioni per minimizzare il danno ovarico (*Raccomandazione forte*).
- I clinici possono considerare l'asportazione chirurgica dell'endometriosi profonda, poiché può ridurre il dolore e migliorare la qualità della vita (*Raccomandazione debole*).
- Le donne con endometriosi profonda dovrebbero essere indirizzate a un centro di comprovata competenza (*Indicazione di buona pratica*).

### **Esiste un sottogruppo di donne con endometriosi confermata che risponde meglio alla chirurgia rispetto ad altre?**

- I clinici possono considerare l'isterectomia (con o senza rimozione delle ovaie) con asportazione di tutte le lesioni endometriosiche visibili nelle donne che non desiderano più una gravidanza e che non hanno risposto a trattamenti conservativi. Le pazienti devono essere informate che l'isterectomia non garantisce la risoluzione dei sintomi o della malattia (*Raccomandazione debole*).

- La decisione sull'eventuale rimozione delle ovaie deve tenere conto delle conseguenze a lungo termine della menopausa precoce e della possibile necessità di terapia ormonale sostitutiva (*Indicazione di buona pratica*).
- Il GDG raccomanda che, quando si esegue un'isterectomia, venga preferita l'isterectomia totale (*Indicazione di buona pratica*).

#### **Le terapie farmacologiche sono efficaci in aggiunta alla strategia chirurgica?**

- Non è raccomandata la prescrizione di un trattamento ormonale pre-operatorio con l'obiettivo di migliorare l'esito immediato dell'intervento chirurgico sul dolore (*Raccomandazione forte*).  
*Nota. Nella pratica clinica, la terapia ormonale può essere utilizzata in attesa dell'intervento chirurgico nelle donne sintomatiche con finalità di controllo dei sintomi e miglioramento della qualità di vita, non per influenzare gli esiti chirurgici.*
- Alle donne può essere offerto un trattamento ormonale post-operatorio per migliorare l'esito immediato dell'intervento chirurgico sul dolore, se non desiderano una gravidanza immediata (*Raccomandazione debole*).

#### **Le terapie chirurgiche sono più efficaci di quelle mediche per le donne con endometriosi e sintomi dolorosi?**

- Il GDG raccomanda un approccio decisionale condiviso, che tenga conto delle preferenze individuali, degli effetti collaterali, dell'efficacia per la singola paziente, dei costi e della disponibilità dei trattamenti nella scelta tra terapie ormonali e trattamenti chirurgici per il dolore associato all'endometriosi (*Indicazione di buona pratica*).

#### **Quali strategie di gestione non farmacologica sono efficaci per il dolore e la qualità della vita nelle donne con endometriosi?**

- Il GDG raccomanda che i clinici discutano strategie non mediche per migliorare la qualità della vita e il benessere psicologico delle donne sintomatiche. Tuttavia, non è possibile formulare raccomandazioni a favore di specifici interventi non farmacologici (medicina cinese, nutrizione, elettroterapia, agopuntura, fisioterapia, esercizio fisico e interventi psicologici) per la riduzione del dolore o il miglioramento della qualità della vita (*Indicazione di buona pratica*).

#### **4.1.1.3. Prevenzione primaria**

##### **Qual è il ruolo della prevenzione primaria dell'endometriosi?**

- Sebbene non vi siano evidenze dirette di beneficio nella prevenzione dell'endometriosi futura, alle donne può essere consigliato di adottare uno stile di vita e un'alimentazione salutari, con ridotto consumo di alcol e regolare attività fisica (*Raccomandazione debole*).
- L'utilità dei contraccettivi ormonali nella prevenzione primaria dell'endometriosi è incerta (*Raccomandazione debole*).
- I test genetici nelle donne con sospetta o confermata endometriosi dovrebbero essere eseguiti esclusivamente in ambito di ricerca (*Research-only*).

#### 4.1.1.4. Prevenzione secondaria

##### **Qual è il ruolo della prevenzione secondaria della recidiva della malattia e dei sintomi dolorosi nelle pazienti trattate per endometriosi?**

- Quando la chirurgia è indicata nelle donne con endometrioma ovarico, i clinici dovrebbero eseguire una cistectomia ovarica, invece del drenaggio e dell'elettrocoagulazione, al fine di prevenire secondariamente la dismenorrea, la dispareunia e il dolore pelvico non mestruale associati all'endometriosi. Tuttavia, occorre considerare il rischio di riduzione della riserva ovarica (*Raccomandazione forte*).
- I clinici dovrebbero considerare la prescrizione post-operatoria di un sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel (LNG-IUS, 52 mg) o di un contraccettivo ormonale combinato per almeno 18–24 mesi, per la prevenzione secondaria della dismenorrea associata all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).
- Dopo la gestione chirurgica dell'endometrioma ovarico, alle donne che non desiderano una gravidanza immediata dovrebbe essere proposto un trattamento ormonale a lungo termine (es. contraccettivi ormonali combinati) per la prevenzione secondaria della recidiva dell'endometrioma e dei sintomi correlati all'endometriosi (*Raccomandazione forte*).
- Per prevenire la recidiva dell'endometriosi profonda e dei sintomi associati, può essere considerata la somministrazione a lungo termine di terapia ormonale post-operatoria (*Raccomandazione debole*).
- I clinici possono eseguire tecniche di procreazione medicalmente assistita (ART) nelle donne con endometriosi profonda, poiché tali procedure non sembrano aumentare di per sé il rischio di recidiva dell'endometriosi (*Raccomandazione debole*).

##### **Come dovrebbero essere gestite le pazienti con endometriosi recidivante o con sintomi ricorrenti? La chirurgia ripetuta è efficace per i sintomi associati all'endometriosi?**

- Qualsiasi trattamento ormonale o intervento chirurgico può essere proposto per il trattamento dei sintomi dolorosi ricorrenti nelle donne con endometriosi (*Raccomandazione debole*).

#### 4.1.1.5. Endometriosi e menopausa

##### **L'endometriosi è ancora attiva durante la menopausa e, in tal caso, come dovrebbero essere trattati i sintomi?**

- I clinici dovrebbero essere consapevoli che l'endometriosi può rimanere attiva/sintomatica anche dopo la menopausa (*Nessuna raccomandazione formale*).

##### **Il trattamento chirurgico/farmacologico è efficace e sicuro nelle donne con anamnesi di endometriosi?**

- I clinici possono considerare il trattamento chirurgico nelle donne in post-menopausa che presentano segni di endometriosi e/o dolore per consentire la conferma istologica della diagnosi (*Raccomandazione debole*).
- Il GDG raccomanda che i clinici riconoscano l'incertezza relativa al rischio di malignità nelle donne in post-menopausa. In presenza di una massa pelvica, la valutazione diagnostica e il trattamento dovrebbero essere condotti in conformità con le linee guida oncologiche nazionali (*Indicazione di buona pratica*).

- Nelle donne in post-menopausa con dolore associato all'endometriosi, i clinici possono considerare gli inibitori dell'aromatasi come opzione terapeutica, in particolare quando la chirurgia non è fattibile (*Raccomandazione debole*).  
*Commento. In Italia la prescrizione di inibitori dell'aromatasi è rara.*

#### 4.1.1.6. Endometriosi extrapelvica e asintomatica

##### **Il trattamento è utile in caso di riscontro incidentale di endometriosi asintomatica?**

- Il GDG raccomanda ai clinici di fornire informazioni e consulenza alle donne riguardo a qualsiasi riscontro incidentale di endometriosi (*Indicazione di buona pratica*).
- I clinici non dovrebbero eseguire di routine l'escissione/ablazione chirurgica in caso di un riscontro incidentale di endometriosi asintomatica durante un intervento (*Raccomandazione forte*).
- I clinici non dovrebbero prescrivere trattamenti farmacologici nelle donne con riscontro incidentale di endometriosi (*Raccomandazione forte*).

##### **Il monitoraggio a lungo termine delle donne con endometriosi asintomatica è utile per prevenire esiti avversi?**

- Il monitoraggio ecografico di routine dell'endometriosi asintomatica può essere preso in considerazione (*Raccomandazione debole*).

##### **Quanto sono affidabili le tecniche di imaging per la diagnosi di endometriosi extrapelvica?**

- I clinici dovrebbero essere consapevoli dei sintomi suggestivi di endometriosi extrapelvica, quali dolore ciclico alla spalla, pneumotorace spontaneo ciclico, tosse ciclica o noduli che aumentano di dimensioni durante le mestruazioni. È consigliabile discutere la diagnosi e la gestione dell'endometriosi extrapelvica in un team multidisciplinare, presso un centro con adeguata competenza (*Indicazione di buona pratica*).

##### **Il trattamento dell'endometriosi extrapelvica è efficace nel controllare i sintomi?**

- Nell'endometriosi extrapelvica addominale, la rimozione chirurgica rappresenta il trattamento preferibile, quando possibile, per alleviare i sintomi: il trattamento ormonale può essere considerato nei casi in cui la chirurgia non sia possibile o accettabile (*Raccomandazione debole*).
- Nell'endometriosi toracica, può essere offerto un trattamento ormonale. Qualora vi sia indicazione all'intervento chirurgico, questo dovrebbe essere eseguito in ambito multidisciplinare, con il coinvolgimento di un chirurgo toracico e/o di altri specialisti pertinenti (*Raccomandazione debole*).

### 4.1.2. Evidenze scientifiche recenti

Nel periodo successivo alla pubblicazione delle linee guida ESHRE 2022, le evidenze si sono consolidate soprattutto in tre ambiti: prevenzione della recidiva del dolore dopo chirurgia conservativa, impiego degli antagonisti orali del GnRH con *add-back therapy* e definizione più operativa di alcuni esiti “di lungo periodo” (preservazione della fertilità e transizione menopausale).

**Terapia ormonale post-operatoria e prevenzione della recidiva del dolore.** Le raccomandazioni ESHRE 2022 indicavano la possibilità di offrire terapia ormonale dopo chirurgia nelle donne che non desiderano una gravidanza immediata, segnalando però limiti delle evidenze e l'assenza di una chiara preferenza tra differenti strategie ormonali. Nel 2024 il trial pragmatico PRE-EMPT<sup>39</sup>, che reclutava 405 donne sottoposte a chirurgia conservativa, ha confrontato una strategia basata su LARC progestinici (DMPA o LNG-IUS) con contraccettivi orali combinati (COC) per la prevenzione della recidiva del dolore post-operatorio. A 3 anni non sono emerse differenze clinicamente rilevanti nei punteggi di dolore e qualità di vita tra i gruppi, con miglioramenti sostanziali in entrambi rispetto al basale pre-operatorio. Tuttavia, nel gruppo LARC è stata osservata una riduzione del ricorso a ulteriori interventi/strategie terapeutiche di “seconda linea”, con un effetto di entità moderata e al limite della significatività statistica (HR ~0,67; IC 95% 0,44–1,00). Nel complesso, questi risultati suggeriscono che LARC e COC siano comparabili nel controllo del dolore a 3 anni; tuttavia, i LARC potrebbero ridurre l'escalation terapeutica nel follow-up post-chirurgico nelle donne non orientate a una gravidanza immediata.

**Antagonisti orali del GnRH.** Le linee guida ESHRE 2022 consideravano gli antagonisti del GnRH come un'opzione utilizzabile per il dolore, generalmente come seconda linea, sottolineando la necessità di attenzione agli effetti ipoestrogenici e la limitatezza di dati robusti su dose e durata. Nel 2024 il follow-up a 2 anni dello studio SPIRIT<sup>40</sup> su relugolix in combinazione con terapia *add-back* ha mostrato il mantenimento nel tempo della riduzione del dolore (mestruale e non mestruale), con un profilo di tollerabilità coerente e una sostanziale stabilità della densità minerale ossea favorita dalla terapia *add-back*. Sempre nel 2024 lo studio di fase 3 EDELWEISS 3<sup>41</sup> ha valutato linzagolix in un disegno randomizzato e controllato, documentando riduzioni significative degli outcome dolorosi rispetto al placebo e fornendo informazioni utili sulla gestione del trade-off tra controllo dei sintomi ed effetti ipoestrogenici, in particolare mediante modulazione della dose e utilizzo di *add-back*. Sul piano regolatorio, nel Regno Unito NICE<sup>42</sup> ha raccomandato sia relugolix-estradiolo-noretisterone sia linzagolix con *add-back therapy* per il trattamento dei sintomi dell'endometriosi in specifici sottogruppi di pazienti, segnando una fase più “matura” di adozione clinica degli antagonisti orali del GnRH. In sintesi, rispetto al 2022 oggi sono disponibili dati più solidi su efficacia e sicurezza per relugolix in combinazione con *add-back therapy* e, più recentemente, per linzagolix con strategie di modulazione ipoestrogenica.

**Interventi non farmacologici.** Nel periodo recente sono stati pubblicati studi su approcci complementari e multimodali (es. agopuntura, esercizio terapeutico supervisionato,

<sup>39</sup> Cooper KG, Bhattacharya S, Daniels JP, et al. Long acting progestogens versus combined oral contraceptive pill for preventing recurrence of endometriosis related pain: the PRE-EMPT pragmatic, parallel group, open label, randomised controlled trial. *BMJ*. 2024;385:e079006.

<sup>40</sup> Becker CM, Johnson NP, As-Sanie S, et al. Two-year efficacy and safety of relugolix combination therapy in women with endometriosis-associated pain: SPIRIT open-label extension study. *Hum Reprod*. 2024;526-537.

<sup>41</sup> Donnez J, Becker C, Taylor H, et al. Linzagolix therapy versus a placebo in patients with endometriosis-associated pain: a prospective, randomized, double-blind, Phase 3 study (EDELWEISS 3). *Hum Reprod*. 2024;1208-1221.

<sup>42</sup> NICE. First daily pill for endometriosis approved for NHS use. Disponibile a: [www.nice.org.uk/news/articles/first-daily-pill-for-endometriosis-approved-for-nhs-use](http://www.nice.org.uk/news/articles/first-daily-pill-for-endometriosis-approved-for-nhs-use). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

neuromodulazione, interventi psicologici e integratori), generalmente caratterizzati da campioni contenuti, follow-up limitati e variabilità degli esiti valutati. A titolo esemplificativo, sono stati pubblicati trial randomizzati su agopuntura<sup>43</sup> e su programmi di esercizio supervisionato<sup>44</sup>, con risultati complessivamente favorevoli su dolore e/o qualità di vita; tuttavia, la trasferibilità clinica resta condizionata dalla standardizzazione degli interventi e dalla riproducibilità nei contesti real-world. Studi di *proof-of-concept* su neuromodulazione non invasiva<sup>45</sup> suggeriscono possibili riduzioni del dolore in popolazioni selezionate, ma richiedono conferme in studi più ampi. Nel complesso, queste linee di ricerca appaiono promettenti ma, allo stato attuale, non modificano in modo sostanziale le raccomandazioni core, se non come componenti di un approccio personalizzato.

**Fertilità e preservazione della fertilità.** Rispetto alle formulazioni più caute presenti nelle LG ESHRE 2022, la letteratura recente ha prodotto revisioni e position paper che propongono criteri più operativi per indirizzare le pazienti verso la crioconservazione ovocitaria, soprattutto prima di interventi ovarici potenzialmente “detrimentali” per la riserva ovarica. Una revisione recente<sup>46</sup> evidenzia come i principali fattori che condizionano l'utilità della preservazione siano età, riserva ovarica e storia di chirurgia ovarica, con particolare attenzione a endometriomi bilaterali e recidive post-chirurgiche. Contributi recenti hanno sottolineato inoltre la necessità di bilanciare chirurgia, procreazione medicalmente assistita (PMA) e preservazione della fertilità attraverso counselling specialistico e decisioni personalizzate.

**Esiti di lungo periodo - endometriosi e transizione menopausale.** Nel 2025 un'analisi di dati aggregati provenienti da 5 studi di coorte (279.948 donne) ha rafforzato l'associazione tra endometriosi e menopausa più precoce, distinguendo tra menopausa naturale e chirurgica<sup>47</sup>. L'endometriosi è risultata associata a un rischio significativamente più elevato di menopausa chirurgica (HR 7,54; IC 95% 6,84–8,32) e a un'anticipazione media dell'età alla menopausa di circa 19 mesi per la chirurgica e 5 mesi per la naturale. Questi risultati rendono più “misurabile” un outcome spesso trascurato nei percorsi assistenziali e suggeriscono di integrare nel follow-up a lungo termine la valutazione di rischi e bisogni legati alla salute menopausale nelle donne con endometriosi, in particolare in presenza di interessamento ovarico e/o di interventi chirurgici ripetuti.

<sup>43</sup> Li PS, Peng XM, Niu XX, et al. Efficacy of acupuncture for endometriosis-associated pain: a multicenter randomized single-blind placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* 2023;815-823.

<sup>44</sup> Artacho-Cordón F, Salinas-Asensio MDM, Galiano-Castillo N, et al. Effect of a Multimodal Supervised Therapeutic Exercise Program on Quality of Life, Pain, and Lumbopelvic Impairments in Women With Endometriosis Unresponsive to Conventional Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2023;1785-1795.

<sup>45</sup> Mechsner S, Grünert J, Wiese JJ, et al. Transcranial direct current stimulation to reduce chronic pelvic pain in endometriosis: phase II randomized controlled clinical trial. *Pain Med.* 2023;809-817.

<sup>46</sup> La Marca A, Semprini M, Mastellari E, et al. Fertility preservation in women with endometriosis. *Hum Reprod Open.* 2025;2025(2):hoaf012.

<sup>47</sup> Chung HF, Hayashi K, Dobson AJ, et al. Association between endometriosis and type and age of menopause: a pooled analysis of 279 948 women from five cohort studies. *Hum Reprod.* 2025;40(6):1210-1219.

## 4.2. Differenze regionali

In questa sezione vengono descritte e confrontate le principali differenze regionali nell'organizzazione dell'assistenza per l'endometriosi, con particolare riferimento a:

- percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- reti regionali e modelli organizzativi (es. centri di riferimento, *hub & spoke*);
- prestazioni garantite in regime di esenzione, a carico del SSN, ed eventuali integrazioni extra-LEA regionali.

I risultati sono presentati in forma comparativa, mediante descrizione narrativa per ciascuna Regione e Provincia Autonoma, con particolare attenzione alle differenze relative a: presenza/assenza di PDTA; livello di formalizzazione e implementazione di reti dedicate; grado di tutela/estensione dell'offerta in esenzione rispetto ai LEA. È stato esplicitamente indicato quando, nelle fonti istituzionali, non sono stati individuati documenti pertinenti.

### 4.2.1. Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e reti regionali

La presa in carico dell'endometriosi richiede assetti organizzativi in grado di garantire continuità tra territorio e ospedale, accesso a competenze multidisciplinari e, per i casi complessi, invio appropriato ai centri di riferimento. In questo quadro, PDTA e reti regionali rappresentano strumenti complementari: il PDTA definisce le fasi del percorso (accesso, diagnosi, trattamento, follow-up e criteri di invio), mentre la rete ne supporta l'implementazione operativa, chiarendo ruoli, livelli assistenziali e modalità di coordinamento (es. modelli *hub & spoke*).

La tabella 4.2 sintetizza lo status dei provvedimenti e dell'operatività di PDTA e reti per ciascuna Regione e Provincia autonoma: il colore verde indica PDTA o rete attivi; il giallo la presenza di una delibera/legge che li prevede, senza evidenze di effettiva attivazione; il rosso l'assenza di provvedimenti regionali che istituiscano una rete o un PDTA per l'endometriosi.

Nel complesso, la tabella evidenzia un andamento sostanzialmente parallelo tra PDTA e reti: ad eccezione delle Marche in tutte le Regioni e Province autonome lo status risulta concordante. Sette Regioni hanno attivati sia PDTA che reti, la regione Marche dispone di una rete ma non risulta attivo un PDTA, 4 su 21 si trovano in una fase di formalizzazione non ancora tradotta in operatività e 9 non dispongono di provvedimenti regionali specifici. I dettagli per ciascuna Regione e Provincia Autonoma sono riportati nei paragrafi successivi: PDTA (§ 4.2.1.1) e reti (§ 4.2.1.2).

Regione	PDTA	Rete
Abruzzo	●	●
Basilicata	●	●
Calabria	●	●
Campania	●	●
Emilia Romagna	●	●
Friuli Venezia Giulia	●	●
Lazio	●	●
Liguria	●	●
Lombardia	●	●
Marche	●	●
Molise	●	●
Piemonte	●	●
Puglia	●	●
Sardegna	●	●
Sicilia	●	●
Toscana	●	●
Prov. Aut. Trento	●	●
Prov. Aut. Bolzano	●	●
Umbria	●	●
Valle D'Aosta	●	●
Veneto	●	●
<p>● Attivo  ● Delibera/Legge che individua una rete o un PDTA non ancora attivi  ● Nessuna delibera/legge che individui una rete o un PDTA</p>		

Tabella 4.2. Stato di attivazione di PDTA e reti regionali per l'endometriosi

#### 4.2.1.1. Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

Questo sottoparagrafo sintetizza, in ottica comparativa, la presenza e le principali caratteristiche dei PDTA dedicati all'endometriosi adottati da Regioni e Province Autonome. Per ciascun territorio sono riportati gli atti e/o i documenti ufficiali reperiti su fonti istituzionali, evidenziando gli elementi utili alla confrontabilità (es. livello di formalizzazione, popolazione destinataria, articolazione del percorso e integrazione ospedale-territorio)

**Abruzzo.** Non è stato individuato alcun PDTA regionale sull'endometriosi; la L.R. 26/2020 prevedeva l'adozione di un piano dedicato, ma alla data di pubblicazione del presente report non risultano atti attuativi pubblicati.

**Basilicata.** Non risultano approvati PDTA o linee di indirizzo regionali specifiche per la presa in carico dell'endometriosi. In base alla ricerca condotta su fonti istituzionali (BUR Basilicata e repertori degli atti regionali), non sono stati reperiti documenti formalmente adottati che soddisfino i criteri di ricerca. L'assenza di provvedimenti regionali specifici in materia è indicata anche da altre fonti informative<sup>48</sup>.

**Calabria.** Non è stato reperito alcun PDTA regionale formalmente approvato e pubblicato per l'endometriosi. La Regione ha adottato norme rilevanti sull'endometriosi, in particolare la L.R. n. 28/2018 che riconosce la rilevanza sociale della patologia e istituisce il Registro regionale, e la L.R. n. 21/2023 che integra la precedente. Quest'ultima prevede l'istituzione di una rete clinico-assistenziale regionale e la definizione di un PDTA per l'endometriosi. Tuttavia, alla data di pubblicazione del presente report non risulta pubblicato un documento attuativo specifico (PDTA o linee di indirizzo) conseguente a tali leggi.

**Campania.** A seguito dell'approvazione della L.R. n. 8/2020, è stato approvato un PDTA regionale per l'endometriosi. Con DGR n. 102 del 13 marzo 2025 è stato adottato il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la paziente affetta da Endometriosi", allegato al provvedimento. Il documento definisce un modello clinico-organizzativo per la presa in carico multidisciplinare delle donne con endometriosi (sospetta o accertata), articolato su tre livelli assistenziali integrati: dal primo livello territoriale (consultori familiari, ambulatori e medici di medicina generale) al secondo livello specialistico ospedaliero, fino ai centri di riferimento di terzo livello per i casi più complessi. Il PDTA descrive funzioni dei livelli, modalità di coordinamento (rete regionale *hub & spoke*), fasi del percorso (dalla diagnosi precoce al trattamento medico/chirurgico appropriato, fino al follow-up) e strumenti di monitoraggio. L'obiettivo dichiarato è garantire cure mirate, integrate e coordinate alle pazienti, riducendo i ritardi diagnostici e garantendo uniformità di approccio sul territorio regionale.

**Emilia Romagna.** La Regione ha avviato nel 2013 un'indagine qualitativa<sup>49</sup> sui percorsi di trattamento dell'endometriosi. Con DGR n. 2307/2019 ha istituito una rete clinica regionale per l'endometriosi e, contestualmente, ha approvato un PDTA dedicato. Il documento descrive un modello organizzativo *hub & spoke* su tre livelli assistenziali con centri dedicati (10 di I livello, 2 di II livello, 1 Hub di III livello) e definisce modalità di presa in carico multidisciplinare e criteri di centralizzazione dei casi complessi. Vengono stabiliti criteri di invio tra livelli e standard diagnostico-terapeutici omogenei, con enfasi sulla diagnosi precoce (ecografia transvaginale eseguita da personale formato come esame di I livello) e sulla gestione personalizzata di dolore e fertilità. Il centro di III livello (Bologna) funge da riferimento regionale per la chirurgia avanzata dell'endometriosi profonda e per la formazione continua del personale della rete.

**Friuli Venezia Giulia.** Non risultano PDTA regionali formalmente adottati sull'endometriosi. La Regione ha affrontato il tema tramite la L.R. n. 18/2012 "Disposizioni per la tutela delle donne affette da endometriosi", che ha introdotto strumenti come il Registro regionale dell'endometriosi, un Osservatorio regionale dedicato e iniziative di sensibilizzazione. Tuttavia, dalle fonti istituzionali consultate non emergono documenti che descrivano un PDTA regionale per l'endometriosi conforme ai criteri. In altre parole, l'organizzazione regionale dell'assistenza per l'endometriosi è normata a livello legislativo ma priva di un PDTA formalizzato disponibile in fonti pubbliche.

<sup>48</sup> Associazione Progetto Endometriosi. Leggi regionali. Disponibile a: [www.apendometriosi.it/it/leggi-regionali](http://www.apendometriosi.it/it/leggi-regionali). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>49</sup> Partito Democratico Gruppo Assembleare Regione Emilia-Romagna. Interrogazione a risposta scritta sull'endometriosi. Disponibile a: <https://share.google/mUxiP4o5vy4s4qVBE>. Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

**Lazio.** Non risultano atti regionali formalizzati (PDTA o percorsi equivalenti) dedicati all'endometriosi nelle fonti istituzionali esaminate.

**Liguria.** A fronte della L.R. n. 9/2021 sul riconoscimento della rilevanza sociale dell'endometriosi, non risultano atti regionali formalizzati (PDTA o percorsi equivalenti) dedicati all'endometriosi nelle fonti istituzionali esaminate.

**Lombardia.** Con DGR XI/7663 del 28 dicembre 2022 è stato approvato un documento tecnico che istituisce la Rete regionale Endometriosi (modello *hub & spoke*) e ne definisce il percorso diagnostico-terapeutico per la presa in carico. Il documento, elaborato dalla Commissione "Salute della Donna" della rete ginecologica, descrive l'organizzazione dei centri *hub & spoke* e gli interventi multidisciplinari per la diagnosi precoce, il trattamento (farmacologico e chirurgico) e il follow-up dell'endometriosi. Con DGR XII/3354 del 11 novembre 2024 sono stati individuati 2 centri *hub* e diversi centri *spoke* sul territorio, formalizzando la rete rendendola operativa secondo i criteri del documento approvato con la delibera del 2022. Non risultano leggi regionali specifiche sull'endometriosi in Lombardia; la materia è tuttavia richiamata anche nel quadro normativo della L.R. 9/2025 sul dolore pelvico cronico, che prevede l'istituzione di una rete regionale dedicata e di un registro epidemiologico, integrando l'assistenza per endometriosi con quella di altre condizioni di dolore pelvico.

**Marche.** La L.R. n. 11/2023 ha riconosciuto la rilevanza dell'endometriosi e previsto una Rete regionale Endometriosi basata su un modello *hub & spoke*. In attuazione della legge, con DDGGR n. 1557 e n. 1558 del 30 ottobre 2023 è stata istituita ufficialmente la rete, articolata in un Centro Hub regionale e centri Spoke di II livello presso le Aziende Sanitarie Territoriali, ed è stata introdotta la necessità di definire il PDTA che, tuttavia, non risulta ancora formalizzato. Gli atti delineano funzioni del centro *hub* (coordinamento della rete, riferimento per i casi complessi) e dei centri *spoke* (diagnosi e gestione dei casi comuni), i protocolli diagnostici (ecografia II livello, risonanza magnetica) e terapeutici (terapia medica e chirurgia conservativa, con invio all'*hub* per chirurgia avanzata), e prevedono l'istituzione di un Comitato tecnico-scientifico regionale e di Comitati Locali per garantire formazione, monitoraggio e uniformità di gestione sul territorio.

**Molise.** Non sono stati individuati PDTA regionali ufficiali per l'endometriosi nelle fonti istituzionali primarie. Pur in presenza della L.R. n. 1/2015 sull'endometriosi, non risulta un PDTA approvato e pubblicato sul BUR, né linee di indirizzo regionali specifiche sulla presa in carico.

**Piemonte.** Il PDTA "Endometriosi" è stato recepito con determinazione dirigenziale n. 2415 del 13 dicembre 2022, secondo quanto stabilito dalla L.R. n. n. 10/2017 e s.m.i. Il documento mira a garantire un'assistenza omogenea e appropriata e prevede un modello integrato ospedale-territorio, con il coinvolgimento di medici di medicina generale, consultori familiari e centri ginecologici specialistici, secondo un approccio multidisciplinare. Sono individuati centri di riferimento per i casi complessi e definiti indicatori per il monitoraggio degli esiti e la qualità delle cure, oltre a programmi di formazione continua per gli operatori. Successivamente, con la Determinazione Dirigenziale n. 385 del 22 febbraio 2023 in attuazione della L.R. n. 3/2022, sono stati costituiti l'Osservatorio regionale sull'endometriosi e il Centro di riferimento regionale.

**Puglia.** Con la L.R. 40/2014, la Regione ha riconosciuto la rilevanza sociale dell'endometriosi. Con delibera n. 747/2024 la Giunta ha istituito la rete clinica regionale e approvato il relativo PDTA. Il percorso è articolato su tre livelli: nella prima fase sono stati individuati 4 centri di riferimento di III livello (Policlinico Bari, A.O. Foggia, Osp. Di Venere-Bari, Osp. SS. Annunziata-Taranto) per i casi complessi; ulteriori centri di I e II livello sono previsti tramite accreditamento secondo requisiti

specifici. Il PDTA garantisce l'applicazione uniforme delle linee guida e la presa in carico multidisciplinare e continuativa delle pazienti su tutto il territorio. Viene inoltre istituito un Tavolo tecnico regionale dedicato, con compiti di monitoraggio, aggiornamento della rete e promozione della formazione degli operatori coinvolti.

**Sardegna.** La Regione ha riconosciuto l'endometriosi come malattia di interesse sociale con la L.R. 26/2014. Nove anni dopo, con DGR n. 37/20 del 2 novembre 2023, ha approvato un PDTA multilivello dedicato all'endometriosi. Il percorso prevede l'integrazione tra consultori e ospedali in una rete regionale coordinata: intercettazione precoce sul territorio e invio ai centri specialistici di II e III livello per terapie avanzate. I centri di riferimento regionale dispongono di equipe multidisciplinari (ginecologi esperti in endometriosi profonda, chirurghi dedicati, algologi, psicologi, esperti di nutrizione, fertilità, etc.) per garantire cure di alta qualità. Il PDTA enfatizza la centralizzazione dei casi complessi negli *hub* regionali, la formazione continua degli operatori e un monitoraggio strutturato degli esiti mediante indicatori di qualità.

**Sicilia.** Nel 2025 la Regione ha adottato il primo PDTA regionale per l'endometriosi, approvato con Decreto Assessoriale n. 652/2025 e pubblicato sulla GURS l'11 luglio 2025. Il documento istituisce una rete regionale coordinata con due centri di riferimento (ARNAS Garibaldi di Catania e ARNAS Civico di Palermo) raccordati con i servizi territoriali. Il PDTA mira a ridurre i ritardi diagnostici (attualmente mediamente oltre 8 anni) e a garantire un percorso multidisciplinare e continuativo per le pazienti. La rete siciliana integra ginecologia, terapia del dolore, nutrizione e supporto psicologico in un approccio condiviso tra ospedale e territorio, con il coinvolgimento attivo dei consultori familiari per l'individuazione precoce dei casi. È previsto inoltre un monitoraggio dell'implementazione a livello regionale, in raccordo con il tavolo tecnico e gli obiettivi della legge regionale n.27/2019.

**Toscana.** Non risultano atti regionali formalizzati (PDTA o percorsi equivalenti) dedicati all'endometriosi nelle fonti istituzionali esaminate.

**Provincia Autonoma di Trento.** Non risultano PDTA o linee guida formalmente approvati. Nel 2022 il Consiglio provinciale ha approvato una mozione per il riconoscimento di endometriosi (stadi I-II) e vulvodinia nei LEA provinciali e all'avvio di formazione e registri dedicati, senza che risulti un documento attuativo specifico sul percorso assistenziale.

**Provincia Autonoma di Bolzano.** Non risultano PDTA o linee guida formalmente approvati. Il tema è stato affrontato dal Consiglio provinciale tramite atti di indirizzo (es. mozione n. 233/2025 "Sensibilizzare e informare sull'endometriosi" approvata nel marzo 2025) focalizzati su campagne informative e formazione, senza che risultino atti adozione di un protocollo clinico-assistenziale dedicato.

**Umbria.** Non risultano PDTA o percorsi regionali ufficiali sull'endometriosi nelle fonti istituzionali esaminate. Sono state presentate due proposte di legge, nel 2021 e nel 2023<sup>50</sup>, senza che risultino atti di adozione di un PDTA.

**Valle D'Aosta.** Non risulta un PDTA regionale dedicato. La DGR 825/2023 introduce tuttavia misure organiche di presa in carico e tutela, in particolare sul versante delle agevolazioni economiche: integrazione dei LEA regionali con esenzione per farmaci ormonali (inclusi stadi iniziali, codice H07), erogazione gratuita di terapie ormonali di comprovata efficacia non coperte a livello nazionale,

<sup>50</sup> Regione Umbria. Proposta di legge "Disposizioni per la tutela delle donne affette da endometriosi e promozione di tecnologie innovative. Disponibile a: <https://atti.alumbria.it/pdf/2023/N272221.PDF>. Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

attivazione presso AUSL di supporto psicologico dedicato e rimborso spese di viaggio e soggiorno per cure fuori Regione (con criteri di accesso, ad es. soglia ISEE di € 35.000). Il provvedimento è presentato come parte di un rafforzamento della diagnosi precoce e della gestione sul territorio.

**Veneto.** La L.R. 14/2025– primo provvedimento regionale dedicato all’endometriosi –riconosce la rilevanza sociale della patologia e delinea un percorso istituzionale per migliorarne la gestione. Viene istituito un Tavolo tecnico regionale multidisciplinare incaricato di definire, entro 120 giorni, uno specifico Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) per l’endometriosi, con l’obiettivo di garantire un approccio uniforme su tutto il territorio. Vengono promossi interventi di formazione del personale sanitario e sociosanitario sull’endometriosi (anche tramite telemedicina, video-chirurgia e strumenti innovativi) e iniziative di educazione e sensibilizzazione delle giovani nelle scuole, per favorire la diagnosi precoce, anche attraverso piattaforme digitali informative. La legge prevede inoltre una campagna annuale in occasione della Giornata mondiale dell’endometriosi e istituisce la Settimana regionale dell’endometriosi, con eventi informativi e coinvolgimento attivo delle associazioni di pazienti nella pianificazione delle attività e nel Tavolo tecnico. È previsto infine il monitoraggio periodico dell’attuazione attraverso una relazione annuale al Consiglio regionale.

#### 4.2.1.2. Reti regionali

Sono di seguito riportati gli esiti della ricognizione sulle reti regionali dedicate all’endometriosi (incluse eventuali configurazioni organizzative di tipo *hub & spoke* e l’individuazione formale di centri/strutture). Per ciascun territorio vengono indicati i riferimenti agli atti e documenti istituzionali reperiti (Bollettino Ufficiale e/o portali regionali/provinciali), con una sintesi degli elementi rilevanti ai fini comparativi.

**Abruzzo.** La L.R. 26/2020, che ha riconosciuto formalmente l’endometriosi, ha previsto l’istituzione di una rete regionale dedicata alla prevenzione e cura dell’endometriosi e l’adozione, entro 6 mesi, di un piano regionale d’azione specifico. È inoltre previsto il coinvolgimento del Terzo settore nelle attività di supporto (modifica introdotta nel 2021). Non risultano provvedimenti attuativi pubblicamente reperibili (es. deliberazioni per definire la rete dei centri o il PDTA regionale).

**Basilicata.** Non sono stati reperiti atti normativi o provvedimenti regionali istitutivi di una rete per l’endometriosi nelle fonti istituzionali pubbliche consultate.

**Calabria.** La Regione ha emanato una prima legge organica nel 2018 (L.R. 28/2018), istituendo il Registro regionale dei casi e un Osservatorio regionale sulla patologia. Nel 2023 la normativa è stata rafforzata prevedendo l’istituzione di una rete clinico-assistenziale regionale e di un PDTA specifico per l’endometriosi (L.R. 21/2023), allo scopo di organizzare su più livelli di cura i centri e gli specialisti coinvolti e garantire percorsi uniformi. Non risultano pubblicati atti attuativi (es. deliberazioni commissariali o di Giunta per implementare rete o PDTA) sul sito istituzionale regionale.

**Campania.** La Regione ha introdotto misure a favore delle donne affette da endometriosi con la L.R. 8/2020, prevedendo un Registro regionale dei casi e un Osservatorio tecnico-scientifico, iniziative di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario. In attuazione della legge, la Regione ha successivamente sviluppato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale

mediante DGR n. 102 del 13 marzo 2025 e la relativa rete di assistenza su tre livelli: il PDTA è stato illustrato nel giugno 2025, delineando centri di riferimento e procedure uniformi di presa in carico.

**Emilia Romagna.** Con DGR n. 2307/2019 la regione ha istituito una Rete clinica regionale dedicata all'endometriosi, approvando contestualmente un PDTA regionale per la presa in carico delle pazienti. La rete è organizzata su tre livelli assistenziali: centri di I livello (casi meno complessi, presenti in ogni AUSL), centri di II livello (casi di media complessità, a livello di area vasta) e un unico centro di III livello, presso l'AOU di Bologna, per i casi più complessi, con funzione di coordinamento della rete, ricerca e formazione. Il provvedimento regionale standardizza i percorsi diagnostico-terapeutici, garantendo uniformità di presa in carico, indirizzando le pazienti al livello assistenziale appropriato (secondo gravità) e centralizzando gli interventi chirurgici più complessi nei centri di riferimento ad alta specializzazione.

**Friuli Venezia Giulia.** La L.R. 18/2012 ha riconosciuto la rilevanza sociale dell'endometriosi, prevedendo misure organizzative anzitutto sul fronte conoscitivo e di supporto. La legge ha istituito presso l'Assessorato alla salute un Osservatorio regionale sull'endometriosi con compiti di monitoraggio dei casi e delle iniziative diagnostico-terapeutiche, nonché di proposta di azioni di informazione e prevenzione. È stato inoltre istituito il Registro regionale dell'endometriosi per la raccolta e l'analisi dei dati clinici ed epidemiologici relativi alla patologia, insieme alla Giornata regionale dedicata e ad altri interventi di sensibilizzazione. La normativa non delinea una rete clinica o PDTA specifico regionale, concentrandosi piuttosto su strumenti di rilevazione, formazione e sostegno.

**Lazio.** Non sono state rintracciate norme o atti regionali che istituiscano una rete clinica regionale per l'endometriosi. Alla data di pubblicazione del presente report, non risulta adottato alcun PDTA regionale né un sistema formalizzato di centri di riferimento per l'endometriosi. Nel 2023 è stata presentata in Consiglio regionale la Proposta di legge n. 15/2023 "Endometriosi 4.0" che prevede misure di tutela e presa in carico tra cui il riconoscimento dell'endometriosi come malattia sociale, istituzione di un registro regionale, incentivi alla diagnosi precoce, ma non costituisce legge vigente.

**Liguria.** La L.R. 9/2021 riconosce la rilevanza sociale dell'endometriosi e istituisce il Registro regionale dell'endometriosi (affidato ad A.Li.Sa., dal primo settembre 2025 ridenominata "Liguria Salute") per la raccolta sistematica dei dati clinici ed epidemiologici e un Comitato tecnico-scientifico regionale multidisciplinare con compiti di supporto alla definizione di linee guida e percorsi. Entro 6 mesi dall'entrata in vigore, la Giunta era incaricata di approvare le linee guida per il PDTA multidisciplinare regionale sull'endometriosi e di individuare i centri regionali di riferimento (*hub & spoke*) per la gestione integrata della patologia. Attualmente la rete ligure consta di ambulatori dedicati in tutte le ASL.

**Lombardia.** La Regione ha istituito una Rete regionale di centri per l'endometriosi, articolata secondo il modello *hub & spoke*. Con DGR XI/7663/2022 del 28 dicembre 2022 è stato approvato un documento tecnico per lo sviluppo della rete e avviata la mappatura dei centri. Successivamente, con DGR XII/3354/2024 dell'11 novembre 2024, sono stati formalmente riconosciuti e approvati 15 centri *hub* e 28 centri *spoke* sul territorio regionale, differenziati per livello di complessità, che costituiscono la Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e trattamento dell'endometriosi. I centri individuati, entro 12 mesi, devono garantire i requisiti organizzativi previsti e operare secondo percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra centri *hub & spoke*, con attenzione ai casi di endometriosi profonda. Non risultano leggi regionali specifiche sull'endometriosi in Lombardia; tuttavia, la materia rientra ora anche nel quadro normativo della L.R. 9/2025 del 1° luglio 2025 sul dolore pelvico cronico, che ha previsto l'istituzione di una rete

regionale dedicata e un registro epidemiologico, integrando l'assistenza per endometriosi con quella di altre patologie algiche pelviche.

**Marche.** La L.R. 11/2023, che riconosce la rilevanza sociale dell'endometriosi e disposto l'istituzione di un Registro Regionale Elettronico dell'Endometriosi presso l'ARS, la formazione di un Comitato tecnico-scientifico regionale multidisciplinare e la promozione di percorsi informativi e formativi dedicati. La legge prevede inoltre la creazione di una Rete regionale dell'endometriosi entro 90 giorni, con individuazione di un Centro regionale di riferimento e di unità funzionali multidisciplinari in ogni Azienda sanitaria, secondo il modello *hub & spoke*, nonché l'elaborazione di linee guida regionali per PDTA dedicati. Nel 2025 è stata formalizzata l'istituzione della Rete regionale endometriosi (DGR 1424/2025), con la designazione di un Centro clinico di riferimento regionale (presso l'A.O.U. Marche) e l'attivazione di unità multidisciplinari in ciascuna AST e negli IRCCS regionali, per garantire una presa in carico uniforme sul territorio. Non risultano PDTA regionali specifici per l'endometriosi già adottati, ma anche grazie a fondi ministeriali del Piano Nazionale Cronicità sono in corso attività di elaborazione/integrazione nei percorsi assistenziali regionali, in linea con quanto previsto dalla L.R. 11/2023.

**Molise.** La L.R. 1/2015 ha riconosciuto formalmente l'endometriosi come patologia da tutelare, prevedendo strumenti organizzativi analoghi a quelli di altre Regioni. La legge mirava a migliorare la diagnosi precoce e le cure, istituendo presso l'Assessorato regionale alla Sanità un Osservatorio regionale sull'endometriosi incaricato di proporre linee guida e programmi di formazione, e disponendo l'attivazione di un Registro regionale elettronico per raccogliere dati epidemiologici sulla malattia. Tuttavia, non risultano deliberazioni o decreti attuativi successivi: ad oltre 10 anni dall'approvazione, non è stata formalizzata alcuna rete regionale di centri dedicati né adottato un PDTA regionale per l'endometriosi.

**Piemonte.** La Regione è dotata di un articolato modello organizzativo per l'endometriosi, fondato su norme dedicate e relativi atti attuativi. La L.R. 10/2017 ha riconosciuto ufficialmente l'endometriosi come malattia di rilevanza sociale, impegnando la Regione a sviluppare un percorso clinico multidisciplinare e a costituire una rete assistenziale specifica. In attuazione della legge, nel 2018 è stato istituito presso l'Assessorato alla Sanità un Osservatorio regionale sull'endometriosi, organo tecnico-scientifico incaricato di proporre linee guida, programmi formativi e campagne educative. Il quadro normativo è stato poi rafforzato con la L.R. 3/2022, che ha ampliato la composizione dell'Osservatorio (coinvolgendo specialisti, università e associazioni) e introdotto due ulteriori strumenti: un Centro di riferimento regionale per l'endometriosi (*hub* clinico di eccellenza) e il Registro regionale elettronico dell'endometriosi. A fine 2022 la Regione ha approvato il PDTA regionale per l'endometriosi, standardizzando la presa in carico a livello territoriale e ospedaliero. Nel febbraio 2023, con determinazione dirigenziale, sono stati costituiti il nuovo Osservatorio e istituito il Centro di riferimento regionale (individuato nell'Ospedale Sant'Anna di Torino), formalizzando così la rete regionale secondo il modello *hub & spoke*: il Centro regionale (*hub*) coordina i percorsi clinico-assistenziali e funge da riferimento di terzo livello, in rete con i centri di II livello (ospedali con competenze ginecologiche dedicate) e con i servizi territoriali di primo livello (medici di medicina generale, consultori). È inoltre attivo il Registro informatico endometriosi, affidato all'Osservatorio, e vengono promosse iniziative di sensibilizzazione come la Giornata regionale dell'endometriosi (28 marzo). Il modello piemontese garantisce dunque un approccio multidisciplinare e integrato e un'applicazione uniforme del protocollo diagnostico-terapeutico su tutto il territorio.

**Puglia.** La L.R. 40/2014 ha riconosciuto l'endometriosi come malattia di rilevanza sociale, istituendo l'Osservatorio regionale e prevedendo un Registro endometriosi. L'Osservatorio, costituito con DGR 157/2016, svolge funzioni di raccolta dati, formazione e proposta di linee guida e PDTA. Con DGR 747/2024 la Giunta ha istituito la Rete clinica regionale per l'endometriosi e approvato il relativo PDTA per la presa in carico multidisciplinare, istituendo contestualmente un Tavolo tecnico con coordinatore regionale. I criteri per l'inclusione di nuovi centri e il monitoraggio semestrale della rete sono demandati al Tavolo tecnico e a successivi atti dirigenziali. Nel 2025, con Determinazione 486/2025, è stata formalizzata la composizione del Tavolo tecnico, comprendente i responsabili delle UU.OO. individuate nelle diverse province (ospedali di Bari, Brindisi, Andria, San Severo, Lecce, Taranto, Policlinico Bari, Ospedali Riuniti Foggia, IRCCS Bari) e i direttori sanitari delle Aziende del SSR, oltre a rappresentanti di società scientifiche e associazioni pazienti.

**Sardegna.** La L.R. 26/2014 ha riconosciuto l'endometriosi come malattia di interesse sociale, prevedendo l'istituzione di una Commissione regionale incaricata di elaborare linee guida e programmi e di individuare i centri regionali di riferimento per la diagnosi e cura. Dopo una fase di inattività, la Commissione è stata formalmente istituita come tavolo tecnico nel 2022, con il coinvolgimento di specialisti multidisciplinari, INPS/INAIL e associazioni pazienti. Con DGR 37/20 del 2 novembre 2023 è stato approvato il PDTA regionale per l'endometriosi, che *"delinea le indicazioni per percorsi personalizzati e integrati"* sul territorio sardo. Il modello organizzativo prevede una rete su due livelli: consultori familiari e ginecologi territoriali per l'individuazione precoce dei casi; centri specialistici ospedalieri per la conferma diagnostica, la presa in carico e gli interventi (laparoscopia degli endometriomi, gestione endometriosi profonda). Sono stati individuati centri regionali presso l'AOU di Sassari, l'AOU di Cagliari e l'Ospedale SS. Trinità di Cagliari, con funzioni di riferimento (secondo livello) per i casi complessi (forme multi-viscerali, stadi avanzati).

**Sicilia.** La L.R. 27/2019 ha promosso un approccio organico all'endometriosi, istituendo la Rete Endometriosi Sicilia, un Osservatorio regionale presso l'Assessorato della Salute e un Registro regionale per la raccolta dei dati clinici e sociali. Sono stati formalmente individuati due centri regionali di riferimento per la diagnosi e il trattamento: uno a Palermo (ARNAS Civico) e uno a Catania (ARNAS Garibaldi), affidati a équipe multidisciplinari dedicate e incaricati del coordinamento delle altre UU.OO. ginecologiche regionali nella gestione integrata dei casi. La legge prevede inoltre misure di esenzione, iniziative di formazione e campagne di sensibilizzazione, e istituisce la Giornata regionale dell'endometriosi (9 marzo). Nel 2025 è stato adottato il PDTA regionale per l'endometriosi con D.A. 652/2025, pubblicato in GURS a luglio 2025. Il PDTA garantisce un approccio uniforme e multidisciplinare su tutto il territorio, integrando i diversi livelli di assistenza (medicina generale, consultori, specialisti ginecologi, diagnostica, chirurgia) attorno ai centri specializzati della rete regionale. La presentazione pubblica del PDTA (ottobre 2025) ha confermato i due *hub* regionali quali riferimento per l'intero territorio.

**Toscana.** La Toscana non dispone di una legge regionale dedicata all'endometriosi; la gestione è ricondotta a programmi sanitari trasversali (medicina di genere, fertilità, cronicità). Nel 2014 è stato istituito un Centro di coordinamento regionale per la salute e medicina di genere, da cui sono derivati gruppi di lavoro tematici, tra cui uno su endometriosi e infertilità. Nel 2015 il centro endometriosi dell'AOU Senese è stato individuato come centro coordinatore regionale. Questo centro di riferimento funge da eccellenza per la rete toscana, producendo materiale informativo distribuito in tutti gli ospedali regionali e coordinando l'approccio multidisciplinare (ginecologi, chirurghi, psicologi, nutrizionisti etc.) per la diagnosi precoce e la terapia personalizzata delle pazienti. Accanto a Siena, operano ambulatori specialistici multidisciplinari presso altri *hub*

ospedalieri (AOU Careggi di Firenze, AOU Pisana), pur in assenza di un PDTA regionale formalmente adottato o di una rete strutturata con *hub & spoke*. La Regione ha comunque introdotto misure a supporto delle pazienti, tra cui la DGR 809/2015 sulla preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche e con endometriosi grave, con inserimento di tecniche di crioconservazione ovocitaria/tissutale tra le prestazioni garantite gratuitamente dal SSR. Successivi atti (es. DGR 1197/2019) hanno consolidato tali percorsi di tutela della fertilità. Sono inoltre promosse iniziative di sensibilizzazione istituzionale, pur in assenza di una rete formalizzata.

**Provincia Autonoma di Trento.** Non risultano attivate reti assistenziali formalizzate per l'endometriosi. sono state però approvate mozioni di indirizzo (2022 e 2025) che impegnano la Giunta a migliorare la presa in carico: la Mozione 150/2022 ha chiesto l'inclusione dell'endometriosi (anche negli stadi iniziali) tra le patologie con esenzione provinciale e la creazione di un centro multidisciplinare di riferimento con specifici percorsi diagnostico-terapeutici. Successivamente, la Mozione 294/2025 ha ribadito l'obiettivo di un modello organizzativo multidisciplinare dedicato, con formazione del personale e riduzione delle attese. Tuttavia, alla data di pubblicazione del presente report, non risultano ancora pubblicati né il PDTA né l'elenco di centri previsti.

**Provincia Autonoma di Bolzano.** Presso l'Ospedale di Bolzano è stato attivato un ambulatorio specialistico dedicato all'endometriosi, che svolge di fatto funzione di riferimento clinico. Nel 2025 la Provincia ha promosso una campagna istituzionale di sensibilizzazione tramite la Commissione Pari Opportunità, con il coinvolgimento dell'associazione locale di pazienti e delle strutture sanitarie pubbliche. Non risultano tuttavia un PDTA formale né una rete strutturata; l'organizzazione si basa su servizi dedicati e sulla presa in carico ospedaliera nelle strutture provinciali.

**Umbria.** Non risultano misure organizzative ufficiali per l'endometriosi (PDTA, reti o centri dedicati). Nel 2022 è stata presentata una proposta di legge<sup>51</sup> volta a riconoscere la rilevanza della patologia e a istituire una rete regionale, un registro e percorsi multidisciplinari uniformi; al gennaio 2026 la proposta non risulta approvata e non sono stati emanati atti esecutivi. Le iniziative si limitano a campagne di sensibilizzazione illuminazione di edifici pubblici in occasione della Giornata mondiale<sup>52</sup> e attività associative.

**Valle D'Aosta.** Non esiste una legge regionale specifica sull'endometriosi, ma con DGR 825/2023 la Giunta ha adottato misure amministrative per migliorare la presa in carico. In particolare, ha introdotto l'esenzione ticket regionale (codice H07) per le donne affette anche da endometriosi lieve (stadi I-II), estendendo a tutti gli stadi la gratuità dei farmaci correlati, e ha attivato un percorso di supporto psicologico strutturato (colloqui clinici senza oneri). La stessa delibera finanzia il rimborso delle spese di viaggio per le pazienti costrette a curarsi fuori Regione. Sul piano organizzativo, la Regione ha coinvolto l'associazione di pazienti Associazione Progetto Endometriosi e ha incaricato l'Azienda USL locale di svolgere formazione specifica per medici e consultori e di istituire un servizio dedicato di sostegno psicologico. Non risultano istituiti centri organizzati secondo il modello *hub & spoke*: la gestione è affidata alla ginecologia ospedaliera (Ospedale Parini di Aosta) con misure integrative di sostegno e sensibilizzazione.

<sup>51</sup> Assemblea legislativa regione Umbria. "Prevenzione e diagnosi precoce dell'endometriosi" - proposta di legge. Disponibile a: <https://consiglio.regione.umbria.it/informazione/notizie/comunicati/prevenzione-e-diagnosi-precoce-dellendometriosi-proposta-di-legge>. Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

<sup>52</sup> Regione Umbria. Notizie. Disponibile a: [www.regione.umbria.it/notizie/-/asset\\_publisher/54m7RxsCDsHr/content/regione-umbria-aderisce-a-giornata-internazionale-consapevolezza-endometriosi-palazzo-donini-si-illumina-di-giallo?read\\_more=true](http://www.regione.umbria.it/notizie/-/asset_publisher/54m7RxsCDsHr/content/regione-umbria-aderisce-a-giornata-internazionale-consapevolezza-endometriosi-palazzo-donini-si-illumina-di-giallo?read_more=true). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

**Veneto.** Con L.R. 14/2025 la Regione si è dotata di una legge regionale organica sull'endometriosi, istituendo un Tavolo tecnico regionale multidisciplinare con la partecipazione delle associazioni di pazienti. Il Tavolo è incaricato di definire un PDTA specifico e di delineare i livelli di cura sul territorio. La legge non istituisce direttamente una rete *hub & spoke*, ma prefigura un modello organizzativo integrato che sarà definito attraverso il PDTA e i successivi atti attuativi: una rete regionale di presa in carico con centri di riferimento e unità multidisciplinari coordinate (come indicato negli obiettivi della legge stessa).

#### 4.2.2. Prestazioni a carico del SSN

Il codice di esenzione 063 è attribuito all'endometriosi esclusivamente nelle forme moderate e gravi della malattia. La denominazione ufficiale è infatti "Endometriosi moderata e grave (III - IV stadio ASRM)", a indicare che solo gli stadi clinici III e IV (classificazione ASRM) danno diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa. La limitazione è espressamente prevista dalla normativa: gli stadi iniziali (I-II) non rientrano nel perimetro dell'esenzione, riservata alle forme clinicamente più avanzate.

L'inserimento dell'endometriosi tra le patologie esenti a livello nazionale risale al 2001. Il D.M. 21 maggio 2001 n. 296 - recante aggiornamento del D.M. 329/1999 - ha introdotto l'endometriosi moderata/grave nell'elenco delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione, aggiornando l'allegato del D.M. 329/1999. Tale previsione è stata recepita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con il DPCM 29 novembre 2001 ed è stata confermata nell'aggiornamento dei LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017, attualmente vigente. La tabella 4.3 riporta i riferimenti normativi nazionali e l'elenco delle prestazioni erogabili in esenzione per il codice 063, come definiti dalle fonti ufficiali.

Atto normativo	Oggetto	Pubblicazione	Stato attuale
D.Lgs. 29 aprile 1998 n. 124, art.5 lett. a)	Base giuridica per l'individuazione delle malattie croniche esenti (delega al Ministro della Sanità).	GU n.99 del 30-04-1998	Vigente (art.5 attuato da DM 329/1999 e succ.)
D.M. 28 maggio 1999 n. 329 - Regolamento malattie croniche	Primo elenco nazionale delle <i>malattie croniche e invalidanti</i> esenti da ticket (allegato tecnico con codici esenzione e prestazioni correlate). Emanato ai sensi del d.lgs. 124/1998.	GU n.226 del 25-09-1999 (Suppl. Ord. n.174)	Vigente
D.M. 21 maggio 2001 n. 296 - Regolamento di aggiornamento	Integrazione del DM 329/1999 con nuove patologie esenti. Introduce l'endometriosi "moderata e grave" (cod. 063) nell'elenco delle malattie esenti, tramite l'allegato 1 al DM 296/2001.	GU n.166 del 19-07-2001	Vigente
DPCM 29 novembre 2001 - Definizione dei LEA (2001)	Primo DPCM LEA nazionale. Recepisce l'elenco delle malattie croniche esenti (inclusa endometriosi stadio III-IV introdotta dal DM 296/2001) e le relative prestazioni.	GU n.33 dell'8-02-2002 (Suppl. Ord.)	Abrogato (sostituito integralmente dal DPCM 12/01/2017)
DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei LEA	Aggiornamento dei LEA nazionali. Conferma il codice 063 per endometriosi III-IV stadio nell' <i>Elenco malattie croniche e invalidanti</i> (Allegato 8) Definisce le <i>prestazioni erogabili in esenzione</i> per ciascuna patologia negli allegati tecnici.	GU n.65 del 18-03-2017 (Suppl. Ord. n.15)	Vigente

Tabella 4.3. Riferimenti normativi nazionali

In base all'Allegato 8 del DPCM 12 gennaio 2017 "Elenco delle malattie croniche e invalidanti esenti", le seguenti prestazioni specialistiche di follow-up sono erogabili in esenzione ticket alle pazienti affette da endometriosi moderata/grave (III-IV stadio) (codice esenzione 063). La tabella 4.4 indica i codici delle prestazioni (secondo il nomenclatore nazionale), la relativa descrizione e le eventuali limitazioni di utilizzo e/o di frequenza, così come previste dalla normativa vigente:

Codice	Prestazione	Note	Fonte
<b>88.74.1</b>	Ecografia addome superiore (esame ecografico <b>addome superiore</b> ; esclusa ecografia addome completo)	<b>1 ogni 6 mesi</b> Non include esame addome completo (cod. 88.76.1)	DPCM 12/2017, Allegato 8
<b>88.75.1</b>	Ecografia addome inferiore (esame ecografico <b>addome inferiore</b> ; esclusa ecografia addome completo)	<b>1 ogni 6 mesi</b> Non include esame addome completo (cod. 88.76.1)	DPCM 12/2017, Allegato 8
<b>88.79.7</b>	Ecografia pelvica <b>transvaginale</b>	<b>1 ogni 6 mesi</b>	DPCM 12/2017, Allegato 8
<b>88.79.8</b>	Ecografia pelvica <b>transrettale</b> (in alternativa alla transvaginale)	<b>1 ogni 6 mesi</b> Eseguibile <b>in alternativa</b> all'ecografia transvaginale	DPCM 12/2017, Allegato 8
<b>87.65.1</b>	Clisma opaco semplice (esame radiologico contrastografico)	<b>Solo se indicato:</b> eseguire in caso di sospetta ostruzione intestinale, in aggiunta alle ecografie precedenti	DPCM 12/2017, Allegato 8

**Tabella 4.4. Codici delle prestazioni in esenzione**

Le prestazioni sopra elencate sono quelle espressamente individuate a livello nazionale come appropriate per il monitoraggio dell'endometriosi in stadio avanzato e per la prevenzione delle complicanze, nell'ambito dei percorsi clinici di follow-up. Alla data di pubblicazione del presente report, non risulta pubblicato alcun ulteriore elenco nazionale di prestazioni specifiche oltre a quanto previsto dall'Allegato 8 del DPCM 12 gennaio 2017. In particolare, nell'Allegato 8-bis dello stesso DPCM (contenente il precedente elenco delle malattie croniche), l'endometriosi figura già limitata agli stadi III-IV e non emergono prestazioni aggiuntive o difformi rispetto all'elenco vigente. Eventuali integrazioni o dettagli operativi discussi in sede di Tavolo LEA non assumono valore cogente fino al formale recepimento in un provvedimento pubblicato in Gazzetta Ufficiale e, pertanto, non vengono considerate nel presente report.

Pur essendo l'esenzione 063 definita a livello nazionale nei Livelli Essenziali di Assistenza, la sua applicazione concreta ha evidenziato difformità regionali, sia in termini di estensione delle prestazioni coperte sia per tempi e modalità di attuazione. In linea generale, le prestazioni minime garantite in esenzione (visite di controllo ed esami strumentali sopra descritti) devono essere offerte in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Alcune Regioni hanno deliberato ampliamenti o facilitazioni aggiuntive rispetto al quadro nazionale.

**Emilia-Romagna.** La Regione è stata apripista nell'implementazione del PDTA e della rete di centri (DGR 2307/2019) e di recente ha destinato risorse proprie per includere alcuni farmaci nell'ambito dell'esenzione 063 a livello regionale. Dal 2023 garantisce infatti la fornitura gratuita di alcuni farmaci ormonali di uso corrente alle pazienti esenti, secondo modalità attuative definite dal Servizio Sanitario Regionale.

**Puglia.** La L.R. 40/2014, prima legge regionale sull'endometriosi, ha riconosciuto la rilevanza sociale della patologia, ponendo le basi per interventi di prevenzione e informazione, senza introdurre

esenzioni aggiuntive rispetto ai ticket per prestazioni diagnostiche. Con DGR 747/2024 è stata istituita la rete clinica regionale e approvato un PDTA specifico, con l'obiettivo di uniformare l'accesso alle cure. In sede consiliare sono state avanzate proposte per ampliare le prestazioni esenti (ad esempio aumentando la frequenza dei controlli o includendo stadi meno avanzati), ma allo stato attuale la Regione applica sostanzialmente il quadro nazionale dei LEA, integrato da misure organizzative.

**Sicilia.** La L.R. 27/2019 ha previsto misure specifiche a tutela delle donne con endometriosi, tra cui l'istituzione di centri chirurgici dedicati e, sul versante della compartecipazione alla spesa, la possibilità di prescrivere gratuitamente i FANS in classe A alle pazienti con esenzione 063. Questo provvedimento regionale migliora l'accesso alle terapie antalgiche, riducendo l'onere economico per le pazienti con dolore cronico. Per quanto riguarda le prestazioni diagnostiche e di follow-up, la Sicilia, non estende l'elenco nazionale oltre quanto previsto dai LEA, fatta salva la componente farmacologica sopra richiamata.

**Toscana.** La Regione garantisce gratuitamente la crioconservazione di ovociti o tessuto ovarico alle donne con endometriosi in stadio avanzato, ai fini della preservazione della fertilità. Tale prestazione, non prevista nei LEA nazionali, è erogata in regime di esenzione ticket secondo la programmazione regionale vigente (fino ai 46 anni d'età).

**Valle d'Aosta.** È la prima Regione ad aver introdotto un codice di esenzione regionale aggiuntivo (H07) per le forme meno gravi di endometriosi. In Valle d'Aosta, quindi, anche le donne con diagnosi di endometriosi in stadio I-II possono beneficiare di alcune esenzioni: in particolare il codice H07 copre la terapia ormonale (progestinici, estroprogestinici) ritenuta essenziale e prevede un percorso di supporto psicologico strutturato gratuito. Si tratta di un caso peculiare di estensione regionale dell'esenzione a forme non incluse nei LEA nazionali. Inoltre, la Regione ha reso prescrivibile a carico del SSR il dienogest per tutte le pazienti con endometriosi (cod. 063 o H07), esentandole dal ticket farmaceutico.

Nel complesso, a fronte di una cornice nazionale uniforme, si osserva un'attuazione territoriale eterogenea. Più della metà delle Regioni si è dotata di leggi regionali sull'endometriosi, ma tali interventi non sempre incidono direttamente sulla riduzione dei costi a carico delle pazienti. Solo poche Regioni (come Valle d'Aosta, Sicilia ed Emilia-Romagna) hanno introdotto ampliamenti concreti dell'offerta in esenzione (copertura di farmaci o estensione a stadi lievi). Si sono inoltre riscontrate difformità operative: ad esempio, alcune ASL hanno impiegato tempo a recepire l'esenzione 063 a causa di ritardi amministrativi. Infatti, nonostante la previsione nei LEA del 2017, l'effettiva operatività dell'esenzione è stata condizionata dall'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario nazionale, approvato a fine 2023. Prima di allora, in alcune Regioni si sono verificati ritardi nel rilascio dei nuovi codici di esenzione e nell'adeguamento dei sistemi informativi, con difficoltà per le pazienti nell'accesso alle prestazioni in regime di esenzione. Permangono infine differenze nei tempi di rilascio dell'esenzione e nelle modalità di presa in carico: procedure e modulistica possono variare da una ASL all'altra, creando disparità di trattamento. Inoltre, la disponibilità di centri specializzati influenza l'utilizzo effettivo delle esenzioni: in assenza di un'adeguata distribuzione di strutture dedicate, molte pazienti sono costrette a spostamenti extra-provinciali o extra-regionali per effettuare i controlli previsti, con conseguenti disagi e incremento delle liste di attesa nei centri di riferimento. Ciò evidenzia come il riconoscimento formale dell'esenzione debba essere accompagnato da un effettivo potenziamento dell'offerta assistenziale per garantire un accesso equo e tempestivo alle cure.

**Terapie farmacologiche in regime di rimborsabilità SSN.** In Italia la terapia farmacologica dell'endometriosi può essere erogata a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite diverse modalità: farmaci in classe A (dispensati in farmacia con ricetta SSN) e farmaci rimborsabili su piano terapeutico secondo la Nota 51 dell'Agenzia Italiana del Farmaco, che richiede diagnosi specialistica e redazione di un piano terapeutico (box 4.1).

#### Box 4.1. Farmaci per l'endometriosi rimborsabili dal SSN

**Farmaci in classe A.** Progestinici a base di dienogest 2 mg: il principio attivo è inserito in fascia A; le specialità medicinali contenenti dienogest sono pertanto rimborsabili dal SSN se prescritte su ricetta medica convenzionata per endometriosi. Non è richiesto un piano terapeutico AIFA, ma è sufficiente la prescrizione con indicazione "endometriosi".

**Farmaci rimborsabili con piano terapeutico.** Alcuni farmaci indicati nelle pazienti con sintomatologia severa o che non rispondono alle terapie di prima linea rientrano nella Nota 51. La prescrizione a carico del SSN è subordinata a diagnosi documentata e un piano terapeutico redatto da strutture specialistiche, secondo le modalità organizzative regionali:

- **Analoghi del GnRH:** goserelina, leuprorelina, triptorelina in formulazioni a lento rilascio, per via intramuscolare (leuprorelina, triptorelina utilizzabili al dosaggio di 3,75 mg ogni 28 giorni o 11,25 mg ogni 3 mesi), oppure tramite impianto sottocutaneo (goserelina: 3,6 mg ogni 28 giorni o 10,8 mg ogni 3 mesi).
- **Antagonisti del GnRH con *add-back therapy*\***: la combinazione relugolix + estradiolo + noretisterone acetato può essere prescritta su piano terapeutico per il trattamento sintomatico in donne con anamnesi di precedenti trattamenti farmacologici o chirurgici per endometriosi.

\*Il linzagolix, al dosaggio di 200 mg/giorno per via orale, in associazione a terapia add-back (estradiolo + noretisterone acetato) è autorizzato per il trattamento dell'endometriosi, ma l'indicazione non è rimborsabile a carico SSN in quanto al 1° marzo 2026 non risulta negoziata con AIFA.

#### 4.2.3. Aggiornamenti normativi

Negli ultimi anni si sono registrati rilevanti aggiornamenti normativi in materia di endometriosi, che richiedono una puntuale ricostruzione sul piano nazionale e regionale.

**Nomenclatore 2024.** Come già evidenziato, l'endometriosi (stadi III-IV) è stata inclusa tra le malattie croniche esenti con il DPCM 12 gennaio 2017 (Allegato 8). Tuttavia, la piena operatività dell'esenzione è rimasta subordinata all'aggiornamento del Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale. Dopo oltre sette anni, a fine 2024 il nuovo Nomenclatore è stato approvato in sede di intesa Stato-Regioni ed è divenuto esecutivo, consentendo di uniformare i codici delle prestazioni esenti su tutto il territorio nazionale a partire dal 30 dicembre 2024. L'evento ha ricevuto ampia attenzione mediatica, con titoli che annunciavano "cure gratuite per l'endometriosi" a partire dal 2025. In realtà, le prestazioni in esenzione restano quelle già previste (visite di controllo semestrali ed esami strumentali mirati) e limitatamente alle pazienti in stadio avanzato. Non vi è stata alcuna estensione del paniere delle prestazioni né un ampliamento alle forme lievi: l'intervento ha principalmente reso pienamente operativo e finanziato quanto già stabilito nel 2017, superando il precedente stallo amministrativo. Va inoltre segnalato che nel settembre 2025 il TAR del Lazio ha annullato il decreto sul Nomenclatore tariffario per un vizio procedurale, generando incertezza sull'attuazione di alcune disposizioni relative ai nuovi LEA. Il Ministero della Salute ha tuttavia dichiarato l'intenzione di intervenire rapidamente per colmare il

vuoto normativo. Alla data di pubblicazione del report l'esenzione 063 per endometriosi risulta comunque attiva e riconosciuta in tutte le Regioni, ma gli sviluppi normativi successivi al pronunciamento del TAR meritano monitoraggio, in quanto potrebbero comportare correttivi o differimenti nell'attuazione di ulteriori aggiornamenti dei LEA.

**Leggi regionali e altre iniziative.** Negli ultimi anni diverse Regioni, hanno adottato provvedimenti specifici. Tra queste: Sicilia (2019), Calabria (2018 e 2023), la Lombardia (2022 e 2024), Piemonte (2017 e 2022), Emilia-Romagna (2019 e 2023), Puglia (2014 e 2024), Sardegna (2014 e 2023), la Valle d'Aosta (2023), Veneto (2025) e Friuli Venezia Giulia (2012). Tra gli aggiornamenti più significativi, si segnala la DGR Lombardia XII/3354 del novembre 2024, che ha formalizzato l'elenco dei centri specialistici per l'endometriosi, dando attuazione alla rete prevista nel 2022. In Calabria, la L.R. 21/2023 ha rafforzato la normativa precedente, istituendo tra l'altro una Rete clinico-assistenziale regionale e un elenco di specialisti volontari per migliorare l'accesso alle cure. In Sardegna, nel 2023 è stato adottato un PDTA regionale, colmando un pluriennale ritardo rispetto alla L.R. 26/2014. Nel complesso, tali interventi testimoniano una crescente attenzione istituzionale verso l'endometriosi e l'esigenza di colmare le lacune nei percorsi assistenziali. Permangono tuttavia criticità, in particolare rispetto all'estensione dell'esenzione alle forme meno avanzate e all'inclusione di un ventaglio più ampio di prestazioni (visite multidisciplinari, esami di secondo livello come risonanza magnetica, supporto psicologico, fisioterapia del pavimento pelvico), che in assenza di specifica previsione normativa ricadono sulla spesa diretta delle pazienti.

## 5. Limiti

Il presente report è stato sviluppato con un approccio orientato alla sintesi delle evidenze e all'analisi delle diseguaglianze territoriali. È pertanto necessario esplicitare alcuni limiti metodologici e interpretativi, utili per contestualizzare i risultati in maniera corretta

L'analisi delle differenze regionali si basa su una ricognizione sistematica di atti e documenti ufficiali reperibili attraverso fonti istituzionali (Bollettini Ufficiali e portali regionali/provinciali). Di conseguenza, il report descrive prevalentemente il livello "formale" dell'organizzazione (normativa vigente, atti, percorsi approvati), senza poter valutare in modo diretto e il grado di implementazione, l'aderenza operativa ai PDTA, il funzionamento delle reti o la qualità dell'assistenza erogata sul territorio.

I portali istituzionali regionali e i Bollettini Ufficiali presentano una marcata eterogeneità in termini di funzionalità dei motori di ricerca, indicizzazione degli atti, completezza degli archivi storici e stabilità dei collegamenti. Tale variabilità può incidere sul reperimento dei documenti e rendere più complessa la piena comparabilità interregionale, anche a parità di metodologia e strategie di ricerca.

La descrizione delle esenzioni e delle eventuali misure integrative regionali riflette quanto formalmente previsto negli atti istituzionali. Tuttavia, la concreta esigibilità di tali misure può essere condizionata da procedure amministrative, requisiti di certificazione, modularità e disponibilità di servizi/forniture (es. farmaci, prestazioni ambulatoriali). Ne consegue che differenze rilevate a livello normativo potrebbero non tradursi in differenze effettive nell'accesso alle cure, così come, al contrario, prassi locali consolidate potrebbero attenuare divari non formalmente colmati sul piano regolatorio.

## 6. Conclusioni

Il presente report integra due prospettive complementari sulla gestione dell'endometriosi in Italia: da un lato, una sintesi delle migliori evidenze disponibili su efficacia e sul "valore" delle prestazioni diagnostico-terapeutiche; dall'altro, una ricognizione comparativa delle differenze regionali nell'offerta assistenziale, con particolare riferimento a PDTA, reti dedicate e prestazioni garantite in regime di esenzione. L'obiettivo dell'analisi è di coniugare appropriatezza clinica (quali interventi sono efficaci, per quali pazienti e con quale bilancio benefici-rischi) ed equità di accesso (dove e come tali interventi sono effettivamente disponibili e fruibili).

**Evidenze scientifiche.** Il processo di selezione degli studi ha identificato 2 linee guida eleggibili (ESHRE 2022 e NICE 2017, aggiornata nel 2024), a partire da 2.300 record iniziali. A parità di qualità metodologica, la linea guida ESHRE è stata assunta come riferimento principale, in quanto maggiormente centrata sul contesto clinico europeo, più ampia per ambiti trattati (dolore e infertilità) e più utilizzata nella pratica specialistica; la linea guida NICE è stata mantenuta come confronto e supporto interpretativo. Le raccomandazioni confermano l'importanza di un inquadramento clinico che valorizzi la sintomatologia, sia ciclica che non ciclica, includendo quadri tipici e presentazioni extra-pelviche, al fine di ridurre ritardi diagnostici e frammentazione dei percorsi. Strumenti quali diari o questionari dei sintomi non dispongono di evidenze di efficacia nel ridurre il tempo alla diagnosi, ma possono integrare l'anamnesi tradizionale, contribuendo a oggettivare il dolore e a favorire l'empowerment della persona assistita. L'aggiornamento post-2022 ha intercettato evidenze potenzialmente rilevanti per la pratica clinica in particolare in ambiti ad alto impatto decisionale: terapia ormonale post-operatoria e posizionamento delle opzioni di seconda linea per il controllo del dolore, inclusi antagonisti del GnRH in associazione a strategie di add-back. In parallelo, vengono richiamate evidenze e documenti recenti che precisano criteri e tempistiche della preservazione della fertilità in sottogruppi selezionati (es. prima di interventi con potenziale impatto sulla riserva ovarica). Infine, i dati più recenti rafforzano l'associazione tra endometriosi e anticipazione della menopausa (naturale e chirurgica), con implicazioni per counselling, monitoraggio e pianificazione assistenziale.

**Disuguaglianze regionali.** La ricognizione documentale evidenzia che, nonostante una crescente attenzione istituzionale, l'implementazione di PDTA e reti dedicate rimane disomogenea e, in diversi contesti, incompleta sul piano attuativo. In alcune Regioni non è stato individuato un PDTA formalmente approvato e pubblicato, pur in presenza di disposizioni normative che ne prevedono l'adozione (es. Abruzzo e Calabria). Al contrario, altre Regioni hanno strutturato modelli *hub & spoke* formalizzati con atti attuativi che definiscono ruoli, centri, meccanismi di governance e, in alcuni casi, anche i principali snodi del PDTA (es. Lombardia e Marche). Gli aggiornamenti più recenti, come la formalizzazione dell'elenco dei centri specialistici in Lombardia (DGR XII/3354 del novembre 2024), indicano un progressivo consolidamento organizzativo, ma il quadro nazionale resta eterogeneo.

Per quanto riguarda le prestazioni in esenzione, il report evidenzia che l'esenzione 063 è definita a livello nazionale nei LEA, ma l'applicazione concreta ha mostrato difformità regionali (estensioni, facilitazioni, tempi e modalità). Non risulta, alla data di pubblicazione del report, un elenco nazionale

aggiuntivo di prestazioni oltre a quanto previsto dall'Allegato 8 del DPCM 2017. Eventuali discussioni tecniche non producono effetti in assenza di recepimento formale in normativa pubblicata. Alcune Regioni hanno introdotto misure integrative mirate: la Valle d'Aosta con il codice regionale aggiuntivo H07, ha esteso tutele a forme meno gravi e incluso, tra l'altro, terapia ormonale e supporto psicologico strutturato; la Sicilia con misure che facilitano l'accesso ai FANS in classe A per le pazienti esenti 063; l'Emilia-Romagna con risorse dedicate per includere alcuni farmaci ormonali essenziali alle pazienti esenti; la Toscana con erogazione gratuita di crioconservazione in condizioni selezionate. Nel complesso emerge una tutela "a geometria variabile": molte Regioni hanno adottato leggi o deliberazioni, ma solo una parte ha tradotto tali atti in ampliamenti concreti e misurabili dell'accesso a prestazioni o farmaci. Resta inoltre uno scarto significativo tra diritto formale ed esigibilità effettiva delle prestazioni: procedure, modulistica, disponibilità di centri specialistici e liste d'attesa incidono sulla reale fruizione delle tutele, con mobilità sanitaria che può vanificare diritti riconosciuti solo sul piano normativo.

**Implicazioni operative e priorità d'azione.** Le evidenze scientifiche e l'analisi organizzativa convergono su una priorità strategica: ridurre la variabilità ingiustificata e i ritardi, costruendo percorsi accessibili, misurabili e aggiornabili nel tempo. In questa prospettiva, il consolidamento di reti regionali con criteri chiari di accreditamento/identificazione dei centri, funzioni *hub & spoke* e meccanismi di governance rappresenta la leva più immediata per garantire la presa in carico multidisciplinare e la gestione dei casi complessi. Parallelamente, l'adozione/aggiornamento dei PDTA dovrebbe orientarsi non solo alla formalizzazione dell'atto, ma alla sua "operativizzazione": definizione di responsabilità, standard minimi di processo, integrazione territorio-ospedale e monitoraggio di tempi e volumi. Sul versante delle esenzioni, il report documenta che l'allineamento tariffario e regolatorio – reso operativo dal nuovo Nomenclatore dal 30 dicembre 2024 – ha rappresentato un passaggio cruciale, seppur tardivo, per rendere effettiva l'esenzione prevista dal 2017. In questo contesto, eventuali estensioni future (per stadi, prestazioni, frequenza dei controlli, farmaci e interventi non farmacologici) richiedono un disegno esplicito e sostenibile, evitando di delegare alle sole iniziative regionali la correzione di disequilibri strutturali.

Nel complesso, il report mostra che le raccomandazioni delle linee guida selezionate, integrate con la letteratura più recente, forniscono un quadro aggiornato per orientare le decisioni diagnostico-terapeutiche e il counselling nelle diverse fasi della malattia. Tuttavia, in Italia la loro traduzione in assistenza effettivamente accessibile resta condizionata da disomogeneità organizzative e barriere operative che incidono sull'esigibilità delle tutele. La sfida, quindi, non è soltanto normativa, ma attuativa: garantire implementazione, monitoraggio e capacità erogativa, affinché l'endometriosi sia gestita come condizione cronica ad alto impatto, con percorsi certi e non dipendenti dal CAP di residenza.

*Nota finale. Alla data di pubblicazione del presente report è in corso la valutazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità di una linea guida nazionale su diagnosi e trattamento dell'endometriosi<sup>53</sup> per la pubblicazione nel Sistema Nazionale Linee Guida.*

<sup>53</sup> Diagnosi e trattamento dell'endometriosi. Disponibile a: [www.iss.it/-/diagnosi-trattamento-endometriosi-in-val](http://www.iss.it/-/diagnosi-trattamento-endometriosi-in-val). Ultimo accesso: 31 gennaio 2026.

## Appendice 1. Strategie di ricerca

### 1. Medline

("Endometriosis"[Mesh] OR endometriosis[tiab] OR endometrioma\*[tiab]) AND (diagnos\*[tiab] OR imaging[tiab] OR ultrasound[tiab] OR ultrasonograph\*[tiab] OR MRI[tiab] OR "magnetic resonance"[tiab] OR laparoscop\*[tiab] OR biomarker\*[tiab] OR treat\*[tiab] OR therap\*[tiab] OR management[tiab] OR pharmacolog\*[tiab] OR hormon\*[tiab] OR surg\*[tiab] OR excision[tiab] OR ablation[tiab] OR fertility[tiab] OR IVF[tiab] OR "in vitro fertilization"[tiab]) AND (systematic[sb] OR "systematic review"[pt] OR "meta-analysis"[pt] OR "systematic review"[tiab] OR meta-analy\*[tiab] OR guideline[tiab] OR randomized[ti])

### 2. Cochrane CENTRAL

[[mh Endometriosis] OR endometriosis:ti,ab OR endometrioma\*:ti,ab) AND (diagnos\*:ti,ab OR imaging:ti,ab OR ultrasound:ti,ab OR ultrasonograph\*:ti,ab OR MRI:ti,ab OR "magnetic resonance":ti,ab OR laparoscop\*:ti,ab OR biomarker\*:ti,ab OR treat\*:ti,ab OR therap\*:ti,ab OR management:ti,ab OR pharmacolog\*:ti,ab OR hormon\*:ti,ab OR surg\*:ti,ab OR excision:ti,ab OR ablation:ti,ab OR fertility:ti,ab OR IVF:ti,ab OR "in vitro fertilization":ti,ab) AND (systematic OR "systematic review":pt OR meta-analysis:pt OR "systematic review":ti,ab OR meta-analy\*:ti,ab OR guideline:ti,ab OR randomized:ti)

### 3. Embase

(Endometriosis/exp OR endometriosis:ti,ab OR endometrioma\*:ti,ab) AND (diagnos\*:ti,ab OR imaging:ti,ab OR ultrasound:ti,ab OR ultrasonograph\*:ti,ab OR MRI:ti,ab OR 'magnetic resonance':ti,ab OR laparoscop\*:ti,ab OR biomarker\*:ti,ab OR treat\*:ti,ab OR therap\*:ti,ab OR management:ti,ab OR pharmacolog\*:ti,ab OR hormon\*:ti,ab OR surg\*:ti,ab OR excision:ti,ab OR ablation:ti,ab OR fertility:ti,ab OR IVF:ti,ab OR 'in vitro fertilization':ti,ab) AND (systematic OR 'systematic review':it OR meta-analysis:it OR 'systematic review':ti,ab OR meta-analy\*:ti,ab OR guideline:ti,ab OR randomized:ti)



**#SalviamoSSN**

**Fondazione GIMBE**  
Diffondere le conoscenze  
Migliorare la salute

Via Amendola, 2  
40121 Bologna  
Tel. 051 5883920  
info@gimbe.org  
www.gimbe.org