

INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Isteroscopia ambulatoriale: verso un nuovo riconoscimento economico e codifiche aggiornate

L'isteroscopia ambulatoriale ha compiuto enormi progressi grazie all'innovazione tecnologica e al modello see&treat. Ma lo sviluppo resta frenato da codifiche inadeguate e una remunerazione economica non allineata ai reali costi.

Serve un aggiornamento del nomenclatore per valorizzare correttamente le prestazioni



MARIO FRANCHINI
Centro PMA Demetra
Firenze



GIANFRANCO QUINTARELLI
Vice Segretario
Nazionale Aogoi
I.F.C.A Villa Ulivella
e Glicini - Firenze

NELL'ULTIMO VENTENNIO l'evoluzione tecnologica caratterizzata dalla produzione di strumenti miniaturizzati ad alta qualità e il miglioramento dell'approccio clinico-assistenziale progressivamente meno invasivo hanno permesso di eseguire un numero sempre maggiore di procedure isteroscopiche in ambito ambulatoriale.

Il classico confine tra isteroscopia diagnostica (ambulatoriale) ed operativa (ricovero in Day Surgery) si è andato assottigliando negli anni con l'ausilio di nuovi isteroscopi dal diametro ridotto e con canale operativo tali da permettere di trattare la patologia endometriale durante la fase diagnostica secondo la filosofia del see& treat.

Procedure isteroscopiche, quali polipectomie, miomectomie, lisi di sinechie, metroplastiche, che sino ad alcuni anni fa erano eseguibili solo in sala operatoria in ricovero ordinario o di day surgery, sono attualmente programmabili a livello ambulatoriale.

La DS e la chirurgia ambulatoriale sono, per la patologia endometriale, modelli organizzativi distinti che si differenziano solo in base alla durata della permanenza della paziente nella struttura e non per la patologia riconosciuta eleggibile: infatti a parità di patologia da trattare, le dimensioni e la complessità della stessa, la tollerabilità dell'esame e l'esperienza dell'isteroscopista sono variabili che interagendo dinamicamente possono garantire o meno il completamento dell'esame in un modello assistenziale ambulatoriale o in DS.

Nella pratica, a parità di patologia da trattare, la scelta di un modello assistenziale ambulatoriale o in DS rimane pesantemente condizionato, da una parte, dalla lentezza con cui molte amministrazioni aziendali si sono mosse per trovare e allestire spazi idonei e per acquisire e rinnovare le



tecnologie necessarie e, dall'altra, dal disincentivo economico della relativa remunerazione della prestazione isteroscopica eseguita.

La valorizzazione economica delle prestazioni ambulatoriali comprese quelle chirurgiche, storicamente, è sempre stata basata sulle tariffe del nomenclatore tariffario nazionale/regionale ed è risultata estremamente penalizzante soprattutto se comparata a quella spettante per il DRG prodotto in base al ricovero in DS per il trattamento della stessa patologia.

Questa penalizzazione economica, associata alla mancata codifica delle procedure isteroscopiche, è presente anche nel nomenclatore tariffario in vigore dal 1 gennaio 2025; si rende pertanto necessario un rapido aggiornamento del nomenclatore sia per la definizione di codifiche specifiche che permettano una rapida ed esaustiva analisi delle prestazioni eseguite, sia per la contemporanea valorizzazione economica che, in assenza

di specifiche informazioni sui costi reali, dovrebbe essere in sintonia con quella del DRG di riferimento decurtato della parte relativa ai costi di ricovero.

Nello specifico, relativamente alla quantificazione dei costi di erogazione delle procedure isteroscopiche ambulatoriali, l'Aogoi e la Segi, come previsto al punto 3.2 dal Dm della Salute sull'aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, dovrebbero fare riferimento ai costi elaborati nel lavoro "Hysteroscopic Endometrial Polypectomy: Clinical and Economic Data in Decision Making" pubblicato sul Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 25, No3, March-April 2018 e porli a disposizione.

Il riconoscimento dell'attività isteroscopica ambulatoriale, basato sui costi reali, oltre ad evitare eventuali atteggiamenti opportunistici, favorirebbe il reale sviluppo del see&treat in Italia.

Proposta aggiornamento
codifica procedure
isteroscopiche

68	INTERVENTI SULLA CAVITÀ UTERINA
68.12.1	ISTEROSCOPIA
68.16.1	ISTEROSCOPIA + Biopsia endometriale
68.21.1	ISTEROSCOPIA lisi di sinechie
68.22.1	ISTEROSCOPIA rimozione setto
68.23.1.1	ISTEROSCOPIA e ablazione resettoscopica Endometriale
68.23.1.2	ABLAZIONE Endometriale
68.24.1	ISTEROSCOPIA con rimozione IUD
68.29.1.1	ISTEROSCOPIA Asportazione polipo endometriale
8.29.1.2	ISTEROSCOPIA asportazione mioma sottomucoso