



Prescrizione territoriale Più autonomia e meno burocrazia per i Mmg

di **Anna Sgritto**

Le determine Aifa pubblicate il 24 giugno e in vigore dal 9 luglio ridisegnano le note 39, 74, 97 e 99. Per la Bpco e la Fanv si compie un importante passo verso la deburocratizzazione della Medicina generale, eliminando le schede prescrittive trascinate dalla pandemia

Un'inversione di rotta sul fronte della *governance* farmaceutica territoriale che restituisce al medico di medicina generale (Mmg) la propria piena autonomia clinico-prescrittiva. Le Determine Aifa pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 144 del 24 giugno e ufficialmente entrate in vigore il 9 luglio sono intervenute su quattro pilastri della rimborsabilità del Ssn: la nota 39 (somatropina e analoghi), la nota 74 (farmaci per la procreazione medicalmente assistita), la nota 97 (anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale non valvolare Fanv) e la nota 99 (terapia inalatoria della Bpco).

I quattro provvedimenti rispondono a un duplice obiettivo di politica sanitaria: da un lato l'allineamento dei criteri di erogabilità all'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e alle più recenti evidenze scientifiche internazionali; dall'altro, una risposta concreta a un'istanza storica della Medicina generale, ossia lo snellimento dei carichi burocratico-amministrativi che finora hanno appesantito l'attività ambulatoriale.

Nota 99 e Bpco: addio alla scheda e riclassificazione del regime di

fornitura. Il cambiamento di maggiore impatto quantitativo e gestionale per lo studio del Mmg riguarda senza dubbio la nota 99, inerente alla terapia inalatoria della Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco).

L'elemento di rottura rispetto al passato è la formale ed immediata **abrogazione della Scheda di valutazione e prescrizione specialistica** per l'avvio e il rinnovo dei trattamenti con broncodilatatori a lunga durata d'azione (Laba, Lama) e corticosteroidi inalatori (Ics), sia in monoterapia che in associazione preconstituita (duplice e triplice terapia). Contestualmente, il regime di fornitura passa da ricetta ripetibile limitativa (Rrl) a **ricetta ripetibile (Rr)** ordinaria.

Il medico di famiglia torna ad essere il regista primario della presa in carico del paziente cronico respiratorio. In presenza di un quadro clinico compatibile e con un valore di spirometria Fev1 pari o superiore al 50%, il medico di medicina generale può impostare o modificare autonomamente la terapia inalatoria attenendosi alle linee guida internazionali Gold, riservando la consulenza pneumologica

alle forme gravi o ai casi di incertezza diagnostica e frequenti riacutizzazioni. Viene così superato un collo di bottiglia burocratico che negli anni ha generato inutili liste d'attesa per meri adempimenti prescrittivi e rallentato l'aderenza terapeutica dei pazienti.

Nota 97: la stabilizzazione degli Anticoagulanti orali (Dao/Nao e Vka). Parallelamente, la revisione della nota 97 consolida il ruolo centrale del Mmg nella gestione della fibrillazione atriale non valvolare (Fanv). Introdotta in via sperimentale nel corso dell'emergenza pandemica per garantire la continuità terapeutica con i nuovi anticoagulanti orali (Nao/Doac), la nota viene resa definitiva nei suoi contenuti ed eliminata qualsiasi residua rigidità procedurale. Anche per la nota 97 si conferma la rimozione della scheda *web-based* e di prescrizione specialistica. Il Mmg mantiene il potere e la responsabilità di prescrivere sia gli antagonisti della vitamina K (Vka - warfarin, acenocumarolo) sia i Doac/Nao (dabigatran, apixaban, edoxaban, rivaroxaban) a carico del Ssn. La valutazione del rischio tromboembolico (tramite pun-

teggio $\text{Cha}_2\text{Ds}_2\text{-Vasc}$) e del rischio emorragico (Has-Bled) resta affidata alle competenze del medico curante, garantendo una scelta terapeutica sartoriale sul singolo paziente in totale continuità assistenziale.

Il commento di Robert Nisticò presidente Aifa

A sottolineare il valore strategico dell'operazione è stato lo stesso **presidente dell'Aifa, Robert Nisticò**, il quale ha evidenziato come il pacchetto di provvedimenti rappresenti una svolta culturale nella gestione della cronicità e nel rapporto tra l'Agenzia e i medici del territorio. Secondo Nisticò, l'obiettivo primario del riordino delle note è stato quello di liberare i professionisti sanitari da inutili lacci burocratici per restituire tempo prezioso alla relazione di cura e alla clinica. L'eliminazione delle schede prescrittive e dei piani cartacei rigidi non equivale a un depotenziamento dei controlli, bensì a una scelta di fiducia nell'appropriatezza prescrittiva guidata dalla Medicina generale, fondamentale per garantire la sostenibilità del Ssn e l'equità di accesso alle cure. Come evidenziato dal presidente Aifa, lo snellimento delle procedure consentirà di ridurre le liste d'attesa per le visite specialistiche secondarie, migliorando l'aderenza terapeutica soprattutto nei pazienti anziani e polipatologici.

La voce della Medicina generale. Accoglienza estremamente favorevole è stata espressa dalla Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg). Per la Simg, la semplificazione delle note 97 e 99 rappresenta il riconoscimento formale del valore clinico della Medicina generale. La rimozione di moduli cartacei e digitali a puro scopo autorizzativo trasla la responsabilità prescrittiva sul piano strettamente clinico ed epidemiologico. Secondo i vertici

della Simg, i nuovi provvedimenti Aifa permetteranno di redistribuire ore preziose verso l'ascolto e la visita clinica dei pazienti fragili, riducendo le accessibilità improprie alle strutture ospedaliere ed evitando che l'atto medico venga svilito da meri adempimenti amministrativi.

Oltre alla Simg, la soddisfazione per il *restyling* delle Note Aifa è corale e attraversa sia il sindacato di categoria sia la rappresentanza ordinistica.

Per la Fimmg un obiettivo storico.

Per la Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), le modifiche apportate da Aifa segnano il raggiungimento di un obiettivo storico. **Walter Marrocco, responsabile scientifico Fimmg** evidenzia come l'eliminazione dei moduli prescrittivi burocratici per Bpco e Fanv restituisca dignità all'atto medico quotidiano.

"Per anni le schede prescrittive e i piani terapeutici rigidi hanno rappresentato un ostacolo all'appropriatezza e alla tempestività delle cure, trasformando l'attività in studio in un mero adempimento di carte", sottolinea Marrocco. *"Il superamento di questi vincoli per la nota 99 e la stabilizzazione della no-*

ta 97 non solo riconoscono la piena competenza clinica del Mmg nella gestione delle cronicità ad alto impatto, ma rimettono al centro la presa in carico globale del paziente, semplificando la vita sia ai medici sia ai cittadini che non dovranno più attendere mesi per autorizzazioni formali".

Il plauso di Fnomceo. Sulla stessa linea la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo). **Il presidente Filippo Anelli** ha accolto i provvedimenti entrati in vigore il 9 luglio come un segnale concreto di de-burocrazia del Ssn: *"Ogni minuto sottratto alla burocrazia è un minuto guadagnato per l'assistenza al paziente. Consentire al medico di famiglia di prescrivere in piena autonomia i farmaci necessari per patologie ad altissima prevalenza come la Bpco o la fibrillazione atriale significa valorizzare il rapporto di fiducia tra medico e assistito. È una scelta di governance sanitaria che rafforza il territorio, riduce le disuguaglianze di accesso alle cure sul territorio nazionale e alleggerisce gli ambulatori specialistici, consentendo loro di concentrarsi sui casi complessi"*.

Le altre novità in G.U. Le note 39 e 74

A completamento del pacchetto di Determine uscite il 24 giugno, Aifa ha provveduto a ridefinire i criteri di rimborso anche per ambiti a prevalente gestione specialistica ma di forte interesse clinico interdisciplinare:



nota 39 (Somatropina e analoghi): L'aggiornamento, recepito su proposta dell'Istituto superiore di sanità e del Registro nazionale Rnaoc, rivede ed amplia i criteri diagnostici per il Deficit di ormone della crescita (Ghd). Vengono introdotte nuove opzioni di *testing* ed è previsto un protocollo di rivalutazione tramite *re-testing* diagnosticato ad almeno un mese dalla sospensione del trattamento per specifici quadri di Ghd dell'adulto e nella sindrome di Prader-Willi.



nota 74 (Procreazione medicalmente assistita): La revisione armonizza la norma al nuovo nomenclatore dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Viene innalzata a **46 anni** (ovvero fino al compimento del 46° anno di età) la soglia anagrafica per accedere alla rimborsabilità Ssn dei farmaci impiegati nell'induzione dell'ovulazione e nella stimolazione ovarica per la Pma (sia omologa che eterologa) e per la preservazione della fertilità in donne oncologiche. Restano confermati i *cut-off* biologici di laboratorio (Fsh al terzo giorno del ciclo non superiore a 30 mUI/ml).