

SURVEY

“Nota 100 AIFA”: indagine conoscitiva per medici di Medicina Generale e specialisti

“Nota 100 AIFA”: fact-finding survey for General Practitioners and Specialists

Domenico Greco¹, Giovanna Gregori², Vera Frison³, Elisa Forte⁴, per conto della Consulta dei Presidenti Regionali AMD 2021-2023*

¹ Diabetologia e Malattie del Ricambio, Distretto Sanitario di Trapani, ASP Trapani. ² UO Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL Toscana Nordovest, Area Massa Carrara. ³ UOSD Diabetologia, Dipartimento Area Medica, Ospedale Cittadella (PD). ⁴ Diabetologia territoriale, ACISMOM, Roma.

Corresponding author: drgreco@alice.it

Abstract

The 2021-2023 AMD Regional Presidents' Council promoted two parallel surveys on Nota 100 Aifa, one addressed to general practitioners, and the other to specialists, aimed at investigating the use, satisfaction, and any advantages or critical issues linked to the aforementioned provision. For this purpose, we proposed an online questionnaire, consisting of 23 specific questions which were answered by 555 GPs and 332 specialists. The analysis of the results highlights how a theoretically epochal measure for GPs has not yet fully achieved the purpose for which it was conceived and is therefore still largely underused. Two years after its promulgation, critical issues remain, mainly of bureaucratic and training nature, which prevent its complete and uniform application such as to be able to translate into a broader and more productive collaboration between the actors involved and an indisputable benefit for the patient with diabetes.

KEYWORDS type 2 diabetes mellitus; nota 100 AIFA; general practitioner; specialist.

Riassunto

La Consulta dei Presidenti Regionali AMD 2021-2023 ha promosso due survey parallele su Nota 100 Aifa, una indirizzata ai MMG, l'altra agli specialisti, volte a indagare l'utilizzo, il gradimento e eventuali vantaggi o criticità legati al suddetto provvedimento. A tale scopo abbiamo proposto un questionario online, composto da 23 quesiti specifici, cui hanno

* Consulta dei Presidenti Regionali AMD 2021-2023: Antimo Aiello, Eugenio Alessi, Daniela Antenucci, Pasquale S. Bellitti, Barbara Brunato, Natalia Busciantella, Alessandra Clerico, Chiara Di Loreto, M. Rosaria Falivene, Elisa Forte, Vera Frison, Domenico Greco, Giovanna Gregori, Alessio Lai, Ida Mangone, Stefano Masi, Marcello Monesi, Alberto Rocca, Rosalia Serra.



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Greco D, Gregori G, Frison V, Forte E. “Nota 100 AIFA”: indagine conoscitiva per medici di Medicina Generale e specialisti. *JAMD* 27:30–38, 2024.

DOI 10.36171/jamd24.27.1.5

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received February, 2024

Accepted April, 2024

Published May, 2024

Copyright © 2024 D. Greco. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

Competing interest The Author declares no competing interests.

risposto 555 MMG e 332 specialisti. L'analisi dei risultati, mette in evidenza come un provvedimento teoricamente di portata epocale per il MMG, non abbia ancora raggiunto appieno lo scopo per cui era stato ideato e pertanto risulta ancora ampiamente sottoutilizzato. Nonostante siano già emersi tangibili benefici e un discreto apprezzamento da parte della classe medica, permangono ad oggi, a due anni dalla sua promulgazione, criticità, prevalentemente di tipo burocratico e formativo, che ne impediscono una applicazione completa e uniforme tale da potersi tradurre in un più ampia e produttiva collaborazione tra gli attori coinvolti e in un indiscutibile vantaggio per il paziente con diabete.

PAROLE CHIAVE diabete mellito tipo 2; nota 100 AIFA; medico di medicina generale; specialista.

Introduzione

La "Nota 100" dell'AIFA, introdotta con la Determina del 21 gennaio 2022 e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 25 gennaio 2022, ha modificato la prescrivibilità di numerosi farmaci per il Diabete Mellito la cui gestione era stata, fino ad allora, affidata in modo esclusivo agli specialisti diabetologi/internisti del SSN.

In particolare, ha rappresentato un cambiamento epocale per la pratica clinica del Medico di Medicina Generale (MMG) che, dalla sua entrata in vigore, ha avuto la possibilità di prescrivere tutti i farmaci normoglicemizzanti ai propri pazienti con diabete mellito. Questi farmaci includono gli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2-i), gli agonisti recettoriali del glucagon-like peptide 1 (GLP1-RA) e gli inibitori della dipeptidil-peptidasi-4 (DPP4-i). Solo la prescrizione delle loro associazioni è rimasta di esclusiva pertinenza specialistica.

Fin dal momento della sua pubblicazione, Nota 100, è stata oggetto di accesi dibattiti, che hanno messo in evidenza profonde spaccature e divergenze di opinioni, non solo tra gli specialisti ma anche tra i MMG. Il dibattito continua ancora oggi, a distanza di quasi due anni dalla sua attivazione, e viene ulteriormente alimentato da inspiegabili differenze applicative che permangono nelle varie Regioni. Quella che doveva essere per il MMG una occasione storica sia di crescita professionale sia di integrazione con lo specialista, suscita tuttora dubbi e incertezze che interessano entrambe le parti.

La Consulta dei Presidenti Regionali AMD 2021-2023, partendo da questi presupposti, ha organizzato due survey parallele sull'argomento, una indirizzata ai

MMG, l'altra agli specialisti, i cui risultati sono oggetto del presente lavoro.

Metodi

Sono stati prodotti due questionari intitolati "La Nota 100 ha cambiato la gestione del diabete di tipo 2?", uno indirizzato ai MMG (Tabella 1) e uno agli specialisti soci AMD (Tabella 2), diffusi via web. Le domande tendevano ad esplorare, ad oltre un anno dalla attivazione della nota, il gradimento, il livello di applicazione e le eventuali criticità relative alla stessa. A tutti i soci AMD è stato inviato a mezzo mail, una prima volta e con successivi richiami durante il mese di marzo 2023. Al contempo, i Presidenti regionali AMD e i loro direttivi, procedevano a sottoporre il questionario a un campione di MMG delle rispettive regioni, con una raccolta realizzata nel periodo marzo-giugno 2023, quindi a distanza di 14 -17 mesi dalla entrata in vigore della nota.

Tabella 1 | Domande del questionario distribuito (MMG).

1. Sesso
2. A che fascia di età appartieni?
3. Quanti assistiti hai?
4. Fai parte di una medicina organizzata in rete?
5. Da quanti anni sei convenzionato?
6. Nel tuo lavoro utilizzi un archivio di pazienti raggruppati per patologia?
7. Pensi che l'introduzione di Nota 100 abbia migliorato la qualità del tuo lavoro di MMG?
8. Ritieni siano chiare le indicazioni di AIFA sui criteri di prescrivibilità e di rimborsabilità dei nuovi farmaci?
9. Ritieni semplice la compilazione delle "Schede di valutazione e prescrizione" per i farmaci in Nota 100?
10. Quale ritieni sia il gradimento della Nota 100 da parte dei colleghi MMG della tua regione/provincia?
11. Hai mai partecipato a corsi di formazione sulla Nota 100?
12. Se sì, a quale tipologia di eventi?
13. L'organizzazione di corsi di formazione su Nota 100 è stata promossa da?
14. Hai utilizzato Nota 100 per una prima prescrizione a un tuo assistito?
15. Se hai utilizzato mai o raramente Nota 100 per una prima prescrizione, qual è il motivo principale?
16. Hai utilizzato Nota 100 per un rinnovo di prescrizione a un tuo assistito?
17. Se hai utilizzato mai o raramente Nota 100 per un rinnovo di prescrizione, qual è il motivo principale?
18. Per quale finalità ritieni utile Nota 100 per il MMG?
19. Quale critica muovi a Nota 100?
20. Come valuti nel complesso la tua preparazione scientifica circa le nuove terapie del DM2?
21. Ritieni di poter prescrivere in autonomia i farmaci in Nota 100 o preferisci che sia lo specialista ad impostare la terapia?
22. Hai difficoltà nella prima prescrizione dei farmaci iniettivi legate alla modalità di somministrazione?
23. Per quale motivo, secondo te, Nota 100 non prevede la prescrizione di duplice terapia innovativa da parte del MMG ma solo da parte dello specialista?

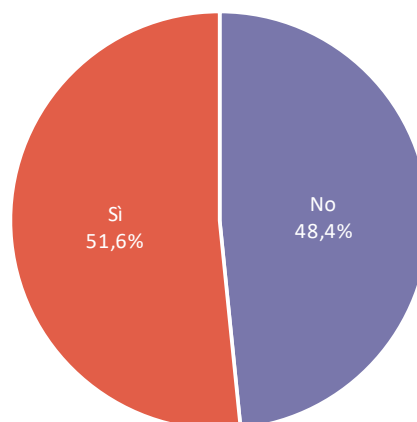
Tabella 2 | Domande del questionario distribuito (specialisti diabetologi).

1. Sesso
2. A che fascia di età appartieni?
3. Dove svolgi la tua attività?
4. Fai parte di una?
5. Da quanti anni svolgi questa attività?
6. Nel tuo lavoro utilizzi una cartella clinica elettronica?
7. Pensi che l'introduzione di Nota 100 abbia migliorato la qualità del tuo lavoro?
8. Ritieni siano chiare le indicazioni di AIFA sui criteri di prescrivibilità e di rimborsabilità dei nuovi farmaci?
9. Ritieni semplice la compilazione delle "Schede di valutazione e prescrizione" per i farmaci in Nota 100?
10. In quale formato utilizzi la Nota 100 per nuova prescrizione o rinnovo ai tuoi assistiti?
11. Ritieni corretto che l'indicazione all'uso di due farmaci tra quelli inclusi nella Nota 100 sia rimasta ad esclusiva decisione del diabetologo?
12. Perché?
13. Hai mai partecipato all'organizzazione di corsi di formazione sulla Nota 100 rivolta ai MMG?
14. Se sì, quale tipologia di eventi?
15. L'organizzazione di questi corsi di formazione è stata promossa da?
16. Per quale finalità ritieni maggiormente utile la Nota 100 per il diabetologo?
17. Qual è la principale criticità della Nota 100?
18. Ritieni che debba essere il diabetologo ad impostare la terapia con i farmaci in Nota 100?
19. Quale ritieni sia il gradimento della Nota 100 da parte dei diabetologi della tua regione/provincia?
20. Come giudichi l'attuale livello di utilizzo della Nota 100 da parte dei MMG per le prime prescrizioni?
21. Come giudichi l'attuale livello di utilizzo della Nota 100 da parte dei MMG per i rinnovi?
22. Come giudichi il gradimento della Nota 100 da parte degli specialisti (cardiologi/nefrologi/internisti) della tua regione/provincia?
23. Quale specialista, a parte il diabetologo, utilizza maggiormente la Nota 100 nella tua regione/provincia?

l'interpretazione dei criteri di prescrivibilità e rimborsabilità contenuti nella nota (perplexità suscita la risposta che, a distanza di oltre un anno dalla loro promulgazione, il 7,3% dei MMG non avesse ancora avuto modo di visionarli).

Come prevedibile, i MMG utilizzano molto più frequentemente Nota 100 per i rinnovi di prescrizione piuttosto che per una prima prescrizione ai propri assistiti (Figura 2). I MMG che non hanno mai utilizzato (o raramente) Nota 100, adducono come motivazioni principali l'assenza di formazione sulla nota e l'insicurezza nell'uso dei farmaci in oggetto. Una percentuale non trascurabile di intervistati ritiene addirittura la prescrizione di tali farmaci, un compito spettante esclusivamente allo specialista (24%) mentre il 62% dei MMG valuta caso per caso l'invio

Pensi che l'introduzione di "Nota 100" abbia migliorato la qualità del tuo lavoro di MMG?



RISULTATI

Medico di Medicina Generale (MMG)

Hanno risposto al questionario 555 MMG provenienti da ogni regione d'Italia, in prevalenza uomini (54%), di età > 50 anni (63%) e per l'84% con un numero di assistiti > 1000 (quindi un campione rappresentativo dell'assistenza offerta a 600-800 mila pazienti), per la maggior parte organizzati in medicina di gruppo e in convenzione da oltre 10 anni in più della metà dei casi. Solo il 32% utilizza un archivio pazienti in grado di raggrupparli per patologia. I quesiti volti a esplorare il gradimento di Nota 100, hanno subito mostrato una frattura nel giudizio, risultato negativo nel 48% degli intervistati; una percentuale ancora più elevata (71%), percepisce un analogo sentimento nei colleghi della propria provincia e regione (Figura 1). Tuttavia, la scheda di prescrizione viene giudicata semplice dal 70% del campione così come

Quale ritieni sia il gradimento della "Nota 100" da parte dei colleghi MMG della tua regione/provincia?

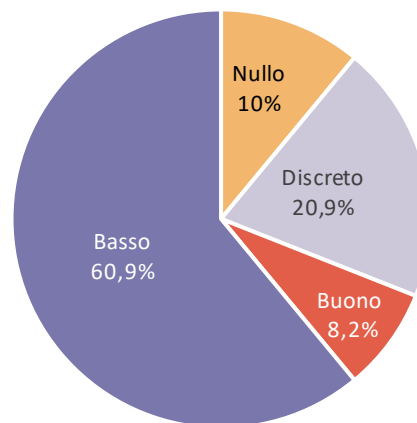
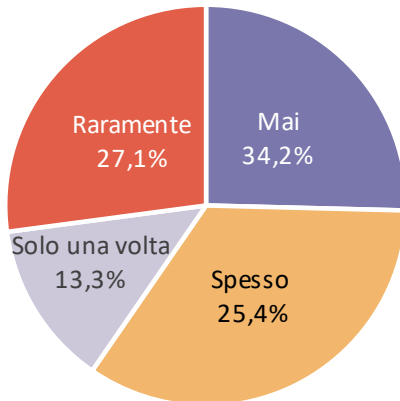


Figura 1 | Gradimento nota 100 MMG.

Hai utilizzato "Nota 100" per una prima prescrizione a un tuo assistito?



Hai utilizzato "Nota 100" per il rinnovo di prescrizione a un tuo assistito?

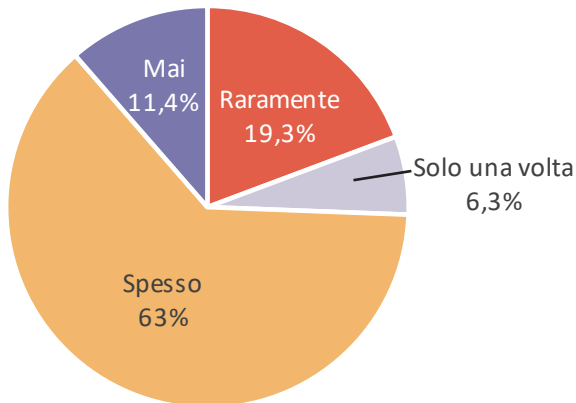


Figura 2 | Utilizzo "Nota 100" MMG.

allo specialista. Infine, la maggior parte dei MMG ritiene corretto che la prescrizione di una duplice terapia con farmaci in Nota 100 venga demandata allo specialista, in quanto correlata ad una maggiore complessità clinica del caso.

Un altro gruppo di quesiti ha voluto esplorare proprio l'aspetto relativo alla preparazione e alla formazione del MMG rispetto ai farmaci in nota. Ebbene, il 40% dei soggetti ritiene insufficiente la propria preparazione e un terzo del campione non aveva mai partecipato ad alcun incontro formativo sull'argomento. Coloro che avevano partecipato a corsi di formazione specifici, per lo più in presenza (62%), affermano che l'organizzazione degli eventi suddetti era stata prevalentemente a carico delle aziende farmaceutiche mentre società scientifiche e organi istituzionali assumevano un ruolo di secondo piano.

La criticità principale ascritta a Nota 100 viene addotta ad un aggravio burocratico mentre l'aspetto positivo

maggiormente sottolineato risulta essere la maggiore autonomia nella gestione del paziente con diabete (Figura 3).

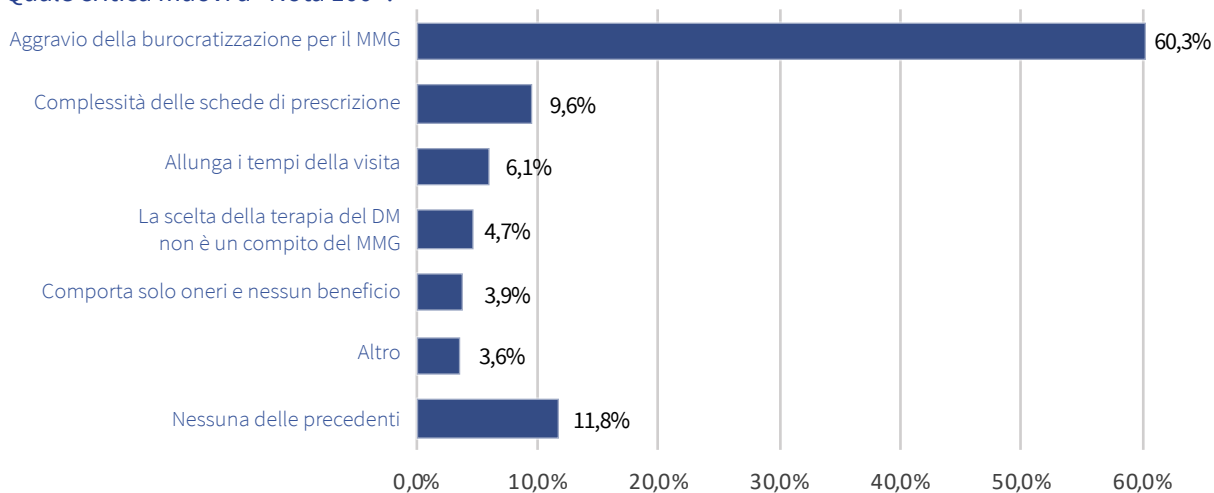
Specialista

Hanno risposto al questionario, suddiviso in tre item, 332 specialisti. Il primo item, indirizzato a fornire una fotografia del campione intervistato, evidenzia che: la maggior parte sono donne (58%) di età superiore ai 50 anni (63%), anche se è presente una percentuale di under 40 del 17%. Gli intervistati svolgono la propria attività in strutture diabetologiche ospedaliere o territoriali (organizzate come UOC o UOS o specialistica ambulatoriale); solo per il 10% operano nel privato, a conferma che la gestione del diabete risulta ancora a carico, nel nostro territorio, delle strutture del SSN o con esso convenzionate.

Il secondo item è indirizzato a capire cosa lo specialista pensi di Nota 100: dall'analisi delle risposte emerge che quasi il 63% ritiene che la nota abbia migliorato il proprio lavoro (Figura 4), che la maggior parte utilizza per la prescrizione un formato elettronico anche se la percentuale di utilizzo del cartaceo resta abbastanza alta (37%) e pochi tra gli specialisti utilizzano (ricordiamo siamo a marzo 2023) il sistema TS. Il 67,5% ritiene inoltre corretto che l'utilizzo della doppia prescrizione rimanga prerogativa dello specialista tanto per una questione di appropriatezza (60%) quanto per la maggiore conoscenza ed esperienza sull'uso di tali farmaci (36%).

Il terzo item è relativo alla formazione: dai dati emersi si rileva come il 62% degli specialisti abbia già partecipato a corsi di formazione (uno o più) rivolti ai MMG con il 38% che dichiara di non aver mai preso parte ad alcun incontro sull'argomento. Emerge inoltre che tali corsi, quando svolti, erano per la maggioranza organizzati da aziende sponsor e in misura minore da società scientifiche, aziende sanitarie o ordine dei medici. Il 45% degli specialisti vede nella Nota 100 una grande opportunità per collaborare con il MMG ma ritiene che la burocratizzazione causi un allungamento dei tempi di visita (Figura 5). Gran parte degli specialisti considera positiva l'introduzione della nota (78.9%) anche se ne lamenta ancora il basso utilizzo sia nella prima prescrizione (85,8%) che nel rinnovo (61,1%) da parte del MMG (Figura 6) mentre identifica nel cardiologo (64,5%) lo specialista che in misura maggiore utilizza tale nota.

Quale critica muovi a "Nota 100"?



Per quale finalità ritieni utile la "Nota 100" per il MMG?

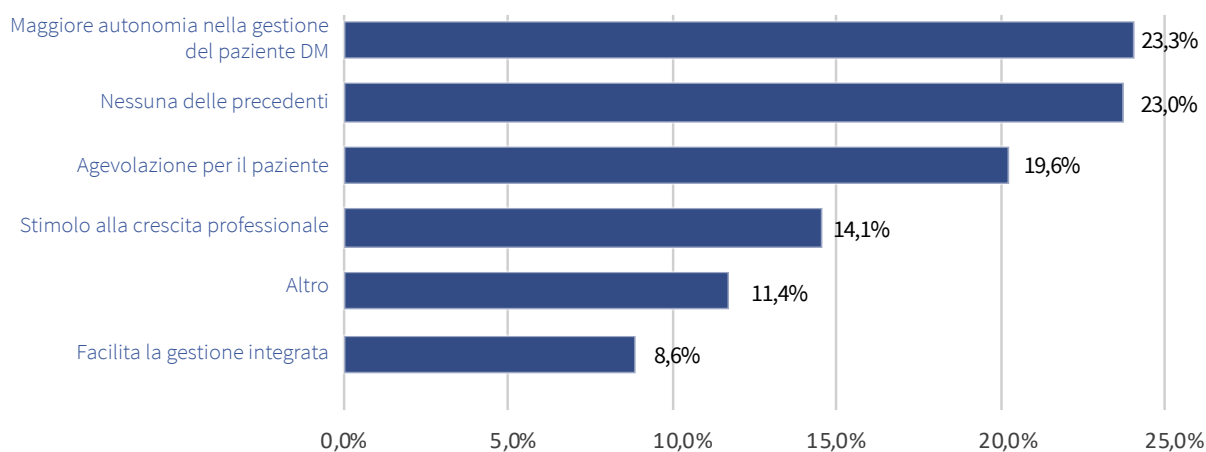
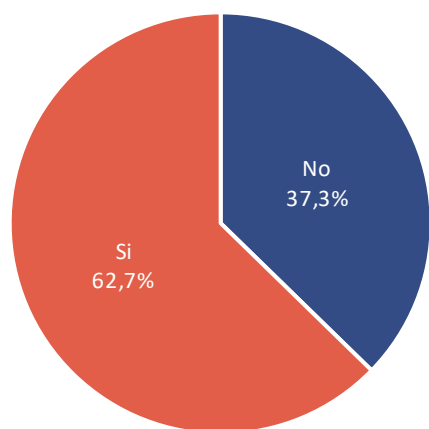


Figura 3 | Criticità e vantaggi "Nota 100" MMG.

Pensi che l'introduzione della "Nota 100" abbia migliorato la qualità del tuo lavoro?



Quale ritieni sia il gradimento della "Nota 100" da parte dei diabetologi della tua regione/provincia?

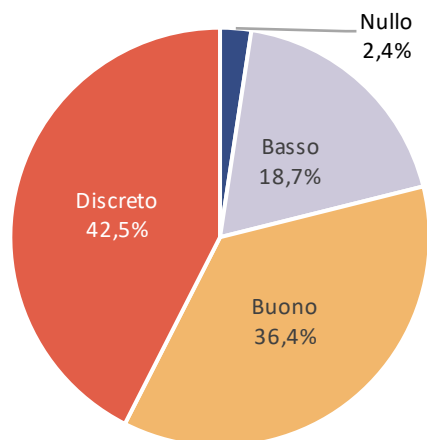
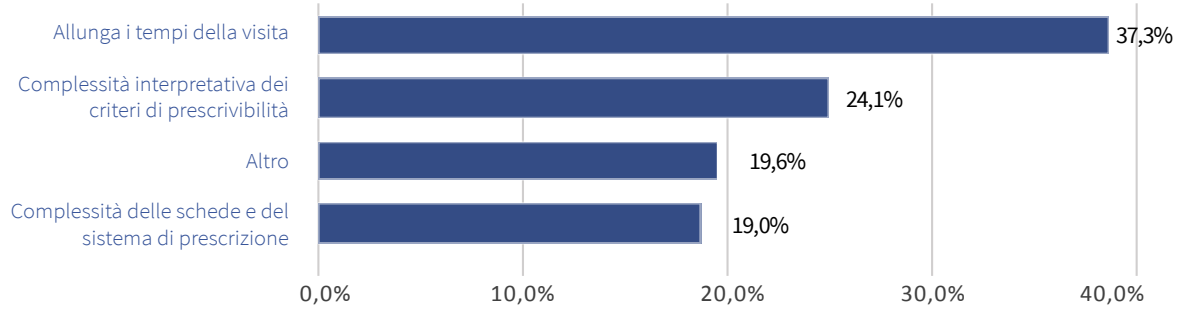


Figura 4 | Gradimento Nota 100 specialisti.

Qual è la principale criticità della "Nota 100"?



Per quale finalità ritieni maggiormente utile la "Nota 100" per il diabetologo?

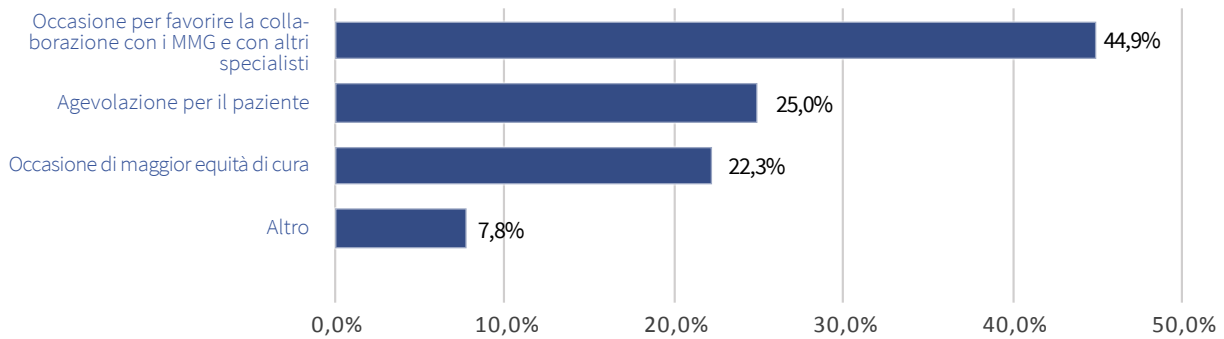
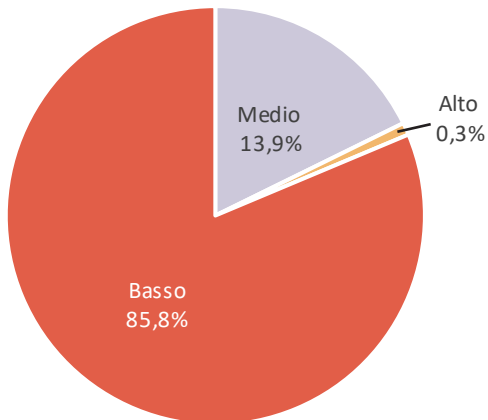


Figura 5 | Criticità e vantaggi "Nota 100" specialisti.

Come giudichi l'attuale livello di utilizzo della "Nota 100" da parte dei MMG per le prime prescrizioni?



Come giudichi l'attuale livello di utilizzo della "Nota 100" da parte dei MMG per i rinnovi?

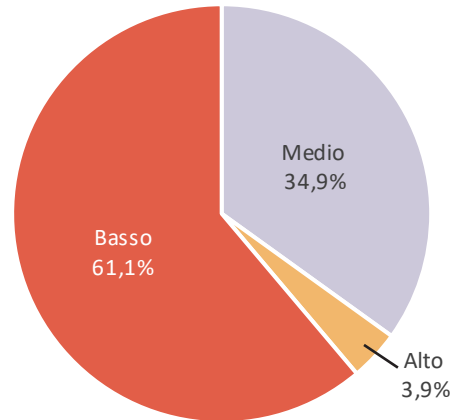


Figura 6 | Utilizzo "Nota 100" specialisti.

DISCUSSIONE

Lo stravolgimento delle Linee Guida della terapia farmacologica del DM2 occorso negli ultimi anni, impone, oggi più che mai, una collaborazione attiva tra MMG, specialisti diabetologi e altri specialisti. L'ampia indicazione data all'uso dei farmaci innovativi

con comprovato beneficio cardio-nefrovascolare e il contemporaneo abbandono degli obsoleti segretagoghi, non poteva tradursi in applicazione pratica se ciò che fino a poco tempo fa era demandato al solo diabetologo (prescrizione di tali farmaci), non avesse trovato una sua naturale estensione verso altre figure professionali. Espressione di questo

ineluttabile bisogno è stata proprio l'introduzione di Nota 100 mirata a chiarire nello specifico questa possibilità oltre che a favorire un più equo accesso alle cure per i pazienti e una riduzione dell'inerzia terapeutica nella classe medica. La nota stessa, nel ratificare l'efficacia delle opportunità farmacologiche oggi offerte, ricorda, al contempo, l'imprescindibilità della promozione dei corretti stili di vita che devono essere perseguiti, fin dalla diagnosi, nei pazienti con diabete.

Nota 100 risulta quindi fondamentale per consentire al MMG, al pari dello specialista, di prescrivere tutti i farmaci antidiabetici al momento disponibili, rendendo di fatto tali trattamenti più accessibili ai pazienti, in particolare nei casi in cui l'accesso agli specialisti dovesse presentarsi complesso (dislocazione geografica, liste d'attesa, ecc). I pazienti, quindi, hanno tutti e prontamente, la possibilità di accedere alla migliore terapia⁽¹⁾.

L'introduzione di Nota 100 porta inevitabilmente anche a fare alcune considerazioni di ordine farmaco-economico: i farmaci interessati sono indubbiamente più costosi e, anche se il loro utilizzo è ormai sancito da linee guida ministeriali, possono sorgere dubbi su un possibile utilizzo indiscriminato e/o inappropriato.

Indirizzare costantemente i pazienti agli specialisti può aumentare i costi sanitari; di conseguenza, una gestione autonoma di questi trattamenti da parte del MMG potrebbe portare a una riduzione delle spese sanitarie complessive. D'altro canto, aumentando il numero di prescrittori potrebbe esistere il rischio di una sovra-prescrizione (es.: paziente in carico al MMG e a specialisti diversi quali diabetologo, cardiologo, nefrologo etc); questo punto va valutato e attentamente monitorato, attraverso il rigoroso controllo delle prescrizioni sul singolo paziente⁽²⁾.

I risultati della presente survey confermano un "sentire comune" tanto degli specialisti che dei MMG: Nota 100, strumento di indiscutibile crescita professionale e di promozione di equità della cura, suscita tuttora, a quasi due anni dalla sua promulgazione, percezioni contrastanti e perplessità sulla sua reale utilità che si traducono in una sua applicazione soltanto parziale; pertanto, come già occorso nel recente passato, la nota dovrebbe essere oggetto di ulteriore perfezionamento e di correttivi. Dal punto di vista del MMG, le principali criticità riguardano gli aspetti burocratici e la mancanza di una adeguata formazione (Tabella 3) che si traducono non solo in un suo ridotto utilizzo ma anche in una alterata e pericolosa, seppur mino-

ritaria percezione, spesso fonte di contrasto con lo specialista, secondo la quale la prescrizione "non è compito del MMG".

Per il primo punto, semplificare ulteriormente la scheda di prescrizione (o abolirla del tutto, lasciando in vigore la sola nota), considerare l'uscita dalla nota di alcune molecole (es. DPP4-i) e uniformare i sistemi prescrittivi tra le regioni e, ancor di più, tra MMG e specialista, sono provvedimenti che porterebbero indubbi e immediati vantaggi.

Per il secondo punto, i risultati esposti devono rappresentare un forte stimolo per le società scientifiche del settore, ad incentivare e capillarizzare una attività formativa congiunta sull'argomento, senza tralasciare anche gli aspetti medico-legali legati ad una "mancata o negata prescrizione".

Gli specialisti chiaramente godono di una formazione specifica e intensiva nel proprio campo, quindi risultano abituati a prendere decisioni terapeutiche rapide e orientate su trattamenti specifici. Tuttavia, con linee guida adeguate e una formazione ad hoc, i MMG possono fornire cure di elevata qualità per più condizioni cliniche. In questa direzione punta la Nota 100, prevedendo la formazione come elemento cruciale⁽³⁾. Pertanto, se da un lato ai MMG viene data la possibilità di prescrivere determinati farmaci specialistici, vi è la necessità dall'altro, di garantire

Tabella 3 | Opportunità e criticità emerse.

<p>Punti di forza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allargamento di prescrivibilità e di utilizzo dei farmaci in nota • Allargamento platea pazienti eleggibili • Equità di accesso alle cure per i pazienti • Maggiori possibilità di associazione di farmaci per lo specialista • Coinvolgimento e collaborazione tra MMG e specialisti nell'impostazione delle terapie • Condivisione prescrivibilità dei farmaci
<p>Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliare la presa in carico dei pazienti per il MMG • Diminuzione carico per specialisti • Integrazione e confronto fra MMG e Diabetologi • Integrazione e confronto fra Diabetologi e altri Specialisti • Occasione di crescita culturale e professionale per il MMG • Passo essenziale verso l'autonomia prescrittiva per il MMG
<p>Punti di debolezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scarsa formazione ed esperienza del MMG • Incremento carico burocratico • Disomogeneità delle modalità prescrittive fra MMG e specialisti • Formazione delegata in modo prevalente alle aziende farmaceutiche
<p>Minacce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rifiuto del carico burocratico e della prescrizione • Inerzia terapeutica del MMG • Uso non appropriato dei farmaci legato alla scarsa formazione

una formazione continua e un aggiornamento professionale tali da condurli a una corretta applicazione delle linee guida e alla migliore pratica clinica relativamente ai suddetti farmaci. Il rischio, in questo caso, è la competizione di competenze presso la stessa persona (MMG) che si trova a dover acquisire capacità quasi specialistiche su un numero sempre crescente di patologie⁽⁴⁾.

Alcuni studi hanno misurato gli outcome relativi a prescrizioni di farmaci, considerati di specialty care, da parte dei MMG. L'evidenza, seppur mista, mostra che con adeguata formazione e con forme di supporto e di feedback (in ottica collaborativa MMG-specialista), gli outcome sono paragonabili a quelli della gestione totalmente in carico allo specialista⁽⁵⁻⁷⁾.

Anche riguardo alla sicurezza, la formazione è un elemento necessario per evitare che una minore concentrazione di competenze produca una maggiore presenza / peggior management degli elementi inerenti questo aspetto⁽⁸⁾. La traslazione di alcune prerogative verso i MMG potrebbe però comportare un carico di lavoro aggiuntivo che andrebbe ad aggravare la situazione di *shortage* attuale e prospettica, particolarmente grave nella medicina generale italiana⁽⁹⁾.

La prescrivibilità estesa, infine, potrebbe favorire il miglioramento del modello collaborativo tra medicina generale e specialisti, a patto che si rafforzino e aggiornino i modelli già esistenti (es. PDTA)⁽¹⁰⁾. L'impatto organizzativo della Nota 100 è senz'altro tra le dimensioni di maggiore interesse. L'estensione della possibilità di prescrizione ai MMG implica la necessità di riporre una rinnovata attenzione sui modelli di gestione della patologia e di curare il bilanciamento tra competenze e responsabilità. Potrebbe essere anche un'opportunità per definire in modo più chiaro (o ridefinire) il ruolo del *case-manager*. Tra gli elementi da monitorare in tale ambito ne troviamo almeno 3 che possono essere oggetto di valutazione d'impatto:

- *Collaborazione*: l'evoluzione dell'interazione tra MMG e specialista può essere misurata rispetto ai requisiti inclusi nei PDTA (ove presenti, es. referral iniziale, follow-up, rinvio per prescrizioni ecc.) ma sarebbe anche opportuno fare un'analisi del percepito di entrambi gli attori (survey ad-hoc).
- *Burden*: è importante misurare se l'intensità di contatto tra medico e paziente varia e/o se si sposta tra specialista e MMG. In tal caso è opportuno valutare possibili aumenti del costo-opportunità (es. smaltimento liste d'attesa vs sovraccarico operativo MMG).

- *Qualità percepita*: la qualità percepita da parte del paziente è un indicatore sempre più rilevante per i sistemi-salute. In particolare è importante verificare che le modifiche apportate dalla Nota 100 non vadano a ridurre la qualità percepita dell'assistenza ma si traducano, invece, in un miglioramento dell'esperienza di cura e di valutazione del servizio. È anche utile, nelle rilevazioni ad-hoc, comprendere le motivazioni della variazione della qualità percepita.

Quindi, nonostante numerose criticità e punti di debolezza, l'indagine proposta è stata in grado di alimentare riflessioni importanti e ha messo in luce opportunità e punti di forza, molti dei quali emersi dai commenti liberi degli intervistati, inseriti a fine questionario e riassunti ancora in tabella 3.

Conclusioni

L'analisi dei risultati della presente survey, mette in evidenza come un provvedimento teoricamente di portata epocale per il MMG, non abbia ancora raggiunto appieno lo scopo per cui era stato ideato. Permangono tuttora criticità che ne impediscono una applicazione completa e uniforme tale da potersi tradurre in una più ampia e produttiva collaborazione tra gli attori coinvolti e in un indiscutibile beneficio per il paziente con diabete.

Gli ostacoli emersi sono di tipo burocratico (tra l'altro a tutt'oggi emergono inspiegabili differenze di tipo applicativo tra le varie regioni) ma soprattutto di tipo formativo. Il gap formativo tra specialista e MMG, dovuto in buona parte anche ad una informazione scientifica in precedenza indirizzata solo allo specialista sulla scorta delle pregresse modalità prescrittive (piano terapeutico esclusivamente specialistico), deve essere rapidamente colmato. L'ulteriore promozione di aggiornamento scientifico mirato potrà condurre ad un progressivo aggiuntivo incremento dei "prescrittori" indispensabile per ampliare, come le linee guida ci indicano, la platea dei pazienti che possano giovare delle terapie al momento ritenute migliori.

I dati più recenti provenienti da fonti ufficiali (AIFA), confermano tuttavia la percezione favorevole e tanto auspicata, di una progressiva crescita delle prescrizioni dei farmaci in nota 100 che, al momento rappresentano 1/3 del totale, e di un evidente spostamento dell'utilizzo dei farmaci per il diabete

da quelli non in nota a quelli in nota, in particolare verso gli SGLT2-i e i GLP1-RA⁽¹¹⁾. Tale spostamento trova ovvia giustificazione nelle evidenze crescenti di una loro maggiore efficacia associata a un minore rischio ipoglicemico rispetto ai farmaci fuori nota. Quanto discusso, non può altro che indurre ad un cauto ottimismo per l'immediato futuro ricordando tuttavia che, a breve, l'armamentario terapeutico per il DM2 cambierà ancora... e con chissà quali altre regole!

A Cristiano Crisafulli

Bibliografia

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83:457–502, 2005.
2. Franks P, Clancy CM. Referrals of adult patients from primary care: demographic disparities and their relationship to HMO insurance. *J Fam Pract* 45:47–53, 1997.
3. Forrest CB. A typology of specialists' clinical roles. *Arch Intern Med* 169:1062–1068, 2009.
4. Munck, AP, Hansen DG, Lindman A, Ovhed I, Førre S, Torsteinson JBA. Nordic Collaboration on Medical Audit: The APO method for quality development and continuous medical education (CME) in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 16:2-6, 1998.
5. Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Carroll K, Bindman AB. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 325:370-371, 2002.
6. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence: the evidence suggests that populations do not necessarily benefit from an overabundance of specialists in a geographic area. *Health Affairs* 24(Suppl1):W5-97, 2005.
7. Jiwa M, Walters S, Mathers N. Referral letters to colorectal surgeons: the impact of peer-mediated feedback. *British Journal of General Practice* 54:123-126, 2004.
8. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 348:1556–1564, 2003.
9. Roland M, Everington S. Tackling the crisis in general practice. *BMJ* 352:i942, 2016.
10. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2 (suppl. 1):S3–S32, 2004.
11. Monitoraggio andamento dei consumi della nota 100 a 18 mesi dall'introduzione. AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). <https://www.aifa.gov.it/-/monitoraggio-andamento-dei-consumi-della-nota-aifa-100>, accesso del 07 gennaio 2024.