

# EMICRANIA: UNA PATOLOGIA ENDEMICA DA RICONSIDERARE

Data 20 /02/2020

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## Vicenza

### Nuovi scenari nella gestione della patologia e conseguenze sul SSR Veneto

Dr Francesco Perini  
Direttore UOC Neurologia  
AULSS 8 Ospedale san Bortolo



# EMICRANIA

## LA GESTIONE DELLE NUOVE TERAPIE

VENERDÌ **25 01 2019**

Palazzo Thiene Bonin Longare, Sala Palladio  
Corso Palladio, 13 - 36100 Vicenza

### TEMI DEL CONGRESSO

- COMORBILITÀ E CRONICITÀ
- IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
- EMICRANIA IN CONDIZIONI PARTICOLARI
- LA TERAPIA DELL'EMICRANIA CRONICA

### PRESENTE E RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL CONGRESSO

Francesco Perini - Direttore U.O.C. di Neurologia, Ospedale S. Bortolo, Vicenza

### ISEM

Palazzo Thiene Bonin Longare, Sala Palladio - Corso Palladio, 13 - 36100 Vicenza

### ORGANIZZAZIONE E LOGO

EMICOMMUNICATION S.p.A.  
Via R. Perini 10/12 - 00198 Roma - Tel. 06-8087540/Pbx 8087505  
E-mail: [info@emicomcommunication.it](mailto:info@emicomcommunication.it) - [www.emicomcommunication.it](http://www.emicomcommunication.it)



### ICM

L'evento è accreditato ICM per MEDICI CHIRURGHI, FARMACISTI, BIOLOGI e INFERMIERI e rilascia 12 crediti formativi ECM Provider ECM AIC - Associazione per una Scuola della Gelosia (2018 - 415)

### MODALITÀ DI AMMISSIONE E GESTIONE

La partecipazione è gratuita e riservata alla prima ICC richiesta pervenuta alla Segreteria Organizzativa. Per richiedere il proprio kit cartolina di invito l'apposita scheda di iscrizione alla Segreteria Organizzativa EMICOMMUNICATION S.p.A. - Via R. Perini, 10/12 00198 Roma - Tel. 06-8087540 - Fax 06-8087505. E-mail: [info@emicomcommunication.it](mailto:info@emicomcommunication.it)

Per ulteriori informazioni e per scaricare il programma e la scheda di iscrizione: [www.emicomcommunication.it](http://www.emicomcommunication.it)



# IL CONVEGNO. Alle 16 La **neurologia** del San Bortolo festeggia il mezzo secolo

“Ricordare il passato per definire il futuro”. La **neurologia** del San Bortolo celebra i 50 anni con un convegno rievocativo dai risvolti scientifici oggi alle 16 nel polo universitario dell'ospedale, per la regia del primario Francesco Perini. È un modo per ricordare la storia del reparto fondato nel 1969 dal prof. Francesco Ferro Milone che modererà la prima sessione dei lavori e ripercorrerà le tappe di una specialità che, in mezzo secolo, ha visto uno sviluppo straordinario sull'orizzonte delle malattie neurologiche, come emicrania, Alzheimer, Parkinson, sclerosi multipla, epilessia, neuroimmunologia, ictus.

Saranno pure illustrati i progressi terapeutici di due discipline affini come neurochirurgia e neuroriabilitazione. Si alterneranno come relatori tutti (o quasi) i protagonisti di una straordinaria avventura sanitaria e umana in cui questo reparto, grazie a un gruppo di professionisti di valore, è diventato, per una serie di patologie, punto di riferimento in Italia.

Fra di loro della **neurologia** di ieri, Ferro Milone, l'altro ex Vito Toso, Giovanni D'Andrea; poi Luigi Bartolomei, Roberto L'Erario e Giampietro Nordera; quindi gli attuali Billo, De Boni, Marcon, Ranzato, Stenta, Zuliani; infine Giuseppe Iannucci e Lorenzo Volpin. • F.P.

L'ANNIVERSARIO. Il reparto ha raggiunto il traguardo dei 50 anni

## Un mini-ospedale da mille ricoveri per la **neurologia**

In un anno fornite 14 mila prestazioni ambulatoriali per curare epilessia, sclerosi multipla, Sla, cefalea, Parkinson, Alzheimer, disturbi cognitivi e demenza

Franco Pepe

Nel 2019 mille ricoveri e 14 mila prestazioni ambulatoriali. Una serie di centri super-specialistici da fare un altro ospedale, all'interno del San Bortolo, per trattare, curare, controllare patologie spesso gravi e sempre più diffuse: cefalee, malattie cerebro-vascolari, epilessia, sclerosi multipla, Sla, Parkinson, Alzheimer, demenze e disturbi cognitivi. Numeri e percentuali che sono la proiezione concreta di un lavoro quotidiano su un fronte vastissimo in città, nell'hinterland e nel perimetro geografico dell'ex Usls 6. Il carico dei pazienti è enorme. Basta osservare la mappa epidemiologica riferita a circa 280 mila residenti: 42 mila vicentini (15 per cento) che soffrono di cefalea e 1.400 (0,5 per cento) nuovi casi; 4 mila 760 (6 per cento) persone reduci da ictus e 560 (0,5 per cento) nuovi casi; 4.200 anziani sopra i 75 anni con demenze e Alzheimer e 492 nuovi casi; 1.400 fra adulti e ragazzi affetti da epilessia e 11 nuovi casi; 600 malati di Parkinson e 60 nuovi casi; 280 soggetti di tutte le età colpiti da sclerosi multipla e 38 nuovi casi. Insomma, un insieme di malattie diverse ai quali il primario Francesco Perini e il suo team dedicano centinaia di sedute ambulatoriali e migliaia di ore di lavoro. Oggi il

reparto di **neurologia**, una delle strutture storiche del San Bortolo, è attrezzato per fronteggiare tutte le malattie neurologiche. Ha una Stroke Unit di secondo livello per la fibrinolisi dell'ictus ischemico, una sezione di assoluta avanguardia in linea diretta con la neuroradiologia per la terapia endovascolare. È stato fra i primi in Italia ad effettuare la diagnosi liquorale per la sclerosi multipla e l'Alzheimer. Dispone di dotazioni per diagnosticare forme epilettiche e malattie dei nervi periferici e dei muscoli, e di un laboratorio di neurochimica per lo studio delle cefalee. Ed è questo reparto - uno dei primi a nascere nel nuovo San Bortolo inventato nel do-

puoghera da Igino Fanton il presidente della nuova era - che, nell'aula magna del polo didattico universitario, ha celebrato i suoi 50 anni di vita in un incontro, fra memorie e prospettive future, in cui si sono ritrovati protagonisti di ieri e di oggi in camice bianco, e che ha avuto il merito di non fare passerella né solo nostalgico amaro e neppure di distribuire patacche e diplomi di benemerenza, ma di ripercorrere le tappe di una specialità che in questo mezzo secolo ha visto uno sviluppo straordinario. E di quanti sono passati o continuano a dare il proprio impegno professionale, nel ricordo di chi non c'è più, come gli indimenticabili Antonio Cananzi e Christine Durisotti, c'erano proprio tutti. Fra di loro il primario fondatore del 1969, Francesco Ferro Milone, che a 93 anni continua a preparare pubblicazioni (nell'occasione del cinquantenario ha parlato di una sua altra intuizione, la funzione della retina come pannello solare in grado di far vedere ma anche di dare energia all'intero sistema nervoso), e il suo successore Vito Toso, che ne rilevava il testimone nel 1995 e al quale si deve l'avvento, nel 2000, della Stroke Unit, l'unità anti-ictus che rappresentò il passaggio dell'ospedale a uno standard assistenziale di eccellenza. Inoltre, Giovanni D'Andrea, che fu primario di neurofisiologia, altro "gigan-

**Il 6 per cento della popolazione del Vicentino è stata vittima di ictus (4.760) con 560 nuovi casi**

**Sono 4.200 gli over 75 con demenze e Alzheimer con 492 nuovi casi registrati all'anno**

Un esame clinico in ospedale: il reparto di neurologia taglia il traguardo

RICORDARE IL PASSATO  
PER DEFINIRE IL FUTURO

50

Cinquantenario della  
Neurologia Vicentina



50°  
NEUROLOGIA  
VICENZA  
1969-2019

Aula magna Ing. Gresele  
Polo Didattico Universitario  
Ospedale di Vicenza  
Contrà San Bortolo 85  
Vicenza

venerdì  
13 dicembre  
2019

# Storia delle Cefalee in Veneto

- Vicenza 1983  
Centro Regionale  
Cefalee e Malattie  
Cerebrovascolari



- Padova 2005 Centro  
Veneto Cefalee



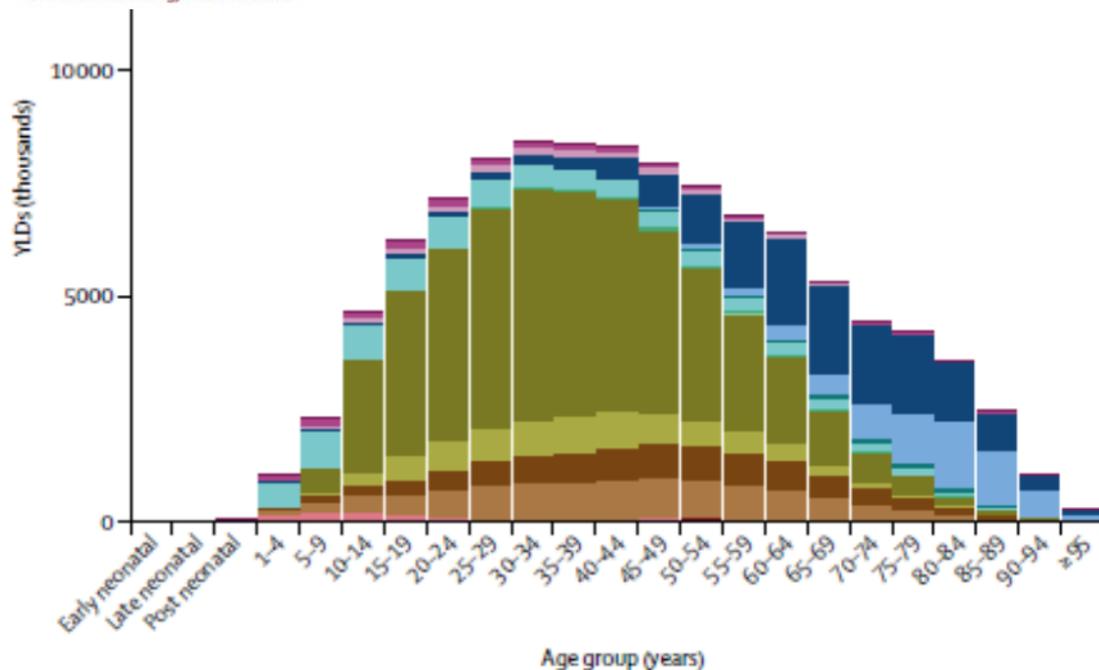
# Relazione

- **Disabilità**
- Stime sui candidati ai monoclonali anti CGRP
- Efficacia, tollerabilità e sicurezza
- Linee guida
- Aspetti gestionali

# L'emicrania è al 2° posto come malattia più disabilitante.

## Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

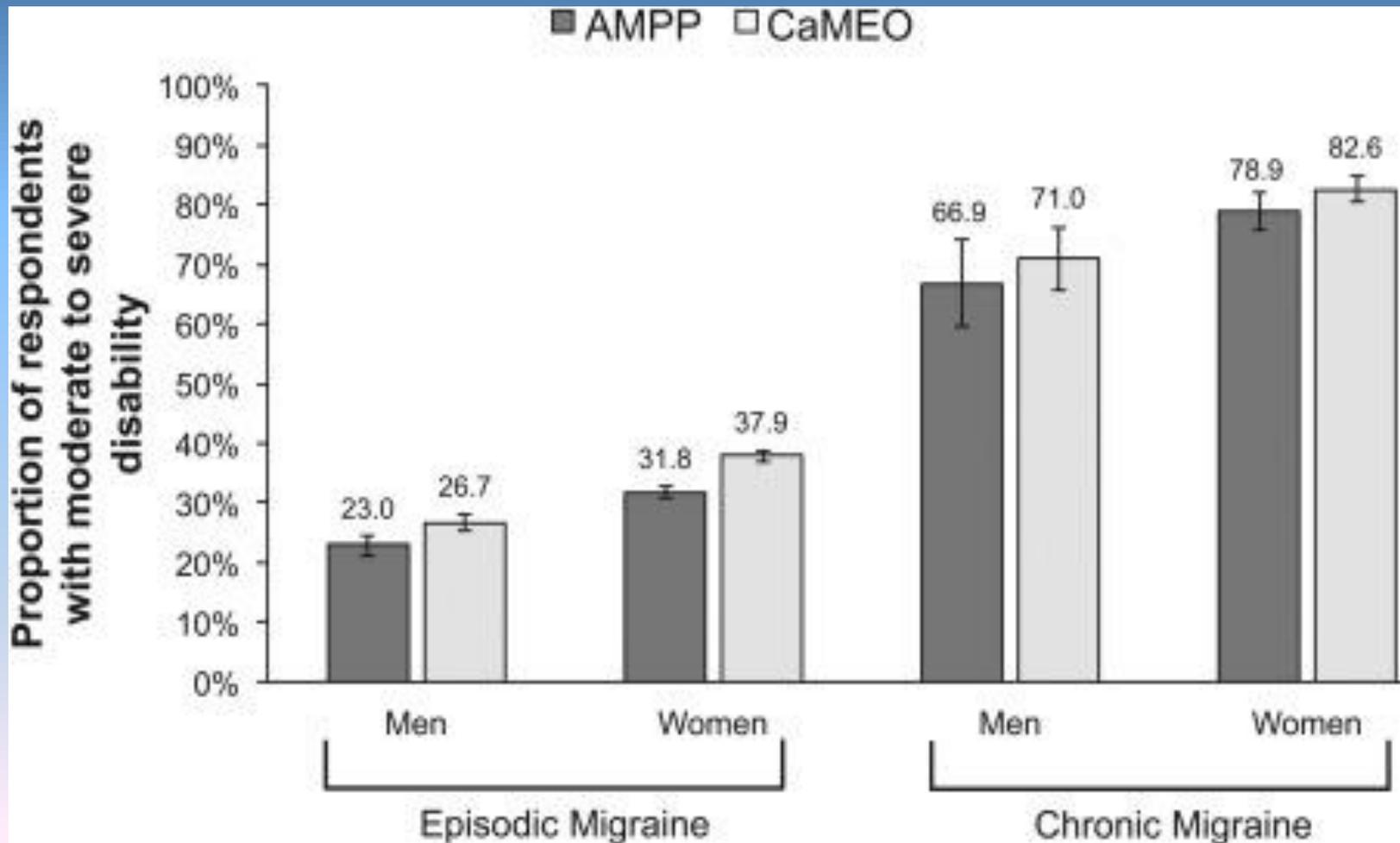
GBD 2016 Neurology Collaborators\*



- Tetanus
- Meningitis
- Encephalitis
- Stroke
- Alzheimer's disease and other dementias
- Parkinson's disease
- Idiopathic epilepsy
- Multiple sclerosis
- Motor neuron diseases
- Migraine
- Tension-type headache
- Traumatic brain injury
- Spinal chord injury
- Brain and other CNS cancer
- Other neurological disorders

GBD 2016 Headache Collaborators  
*Lancet Neurol* 2018; 17: 954–76

# Percentuale di emicranici con alta disabilità (MIDAS grado III/IV)



Lipton RB, Headache. 2016 Sep;56(8):

[J Headache Pain](#). 2019; 20(1): 41.

PMCID: [PMC6734273](#)

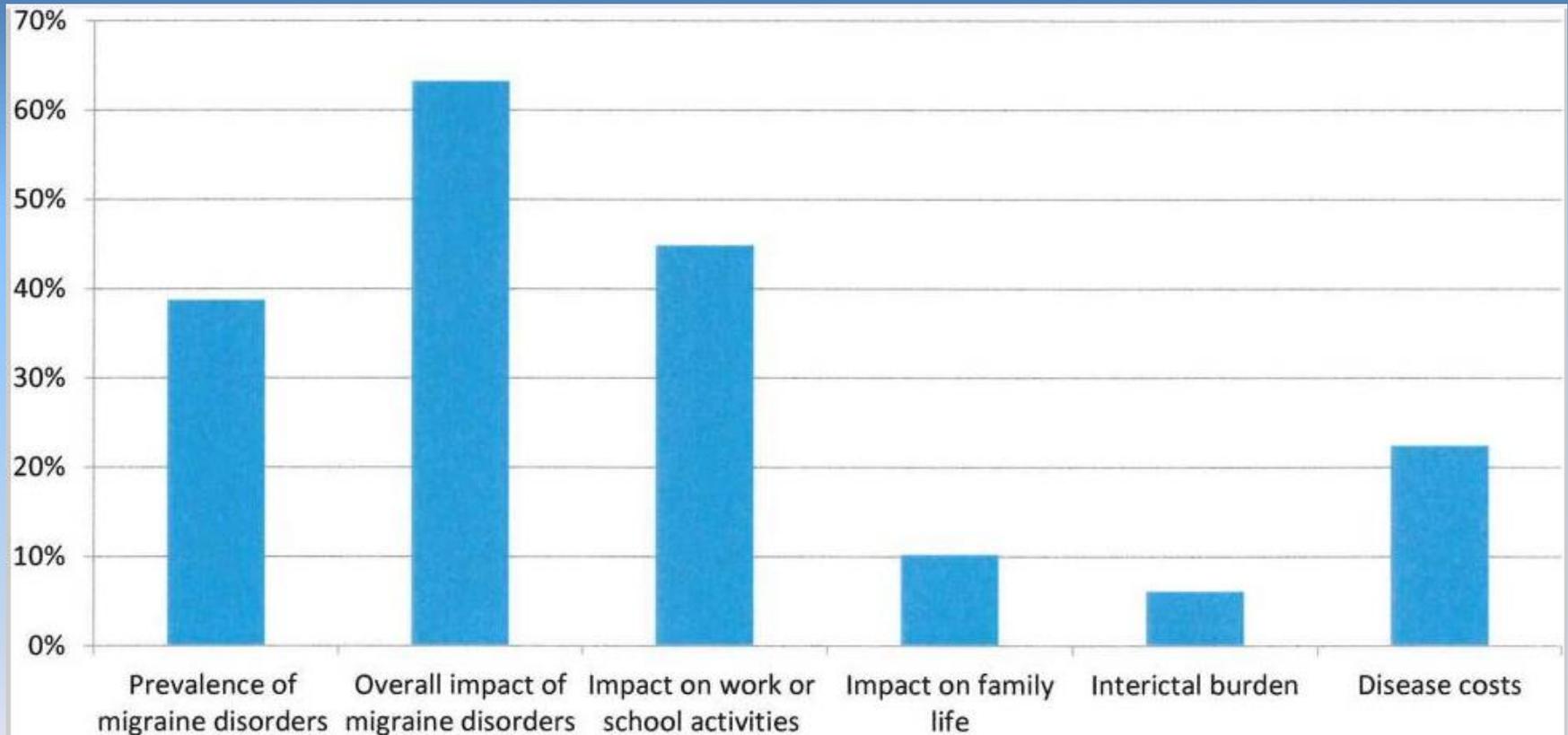
Published online 2019 Apr 25. doi: [10.1186/s10194-019-0993-0](https://doi.org/10.1186/s10194-019-0993-0)

PMID: [31023226](#)

## A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on people's life

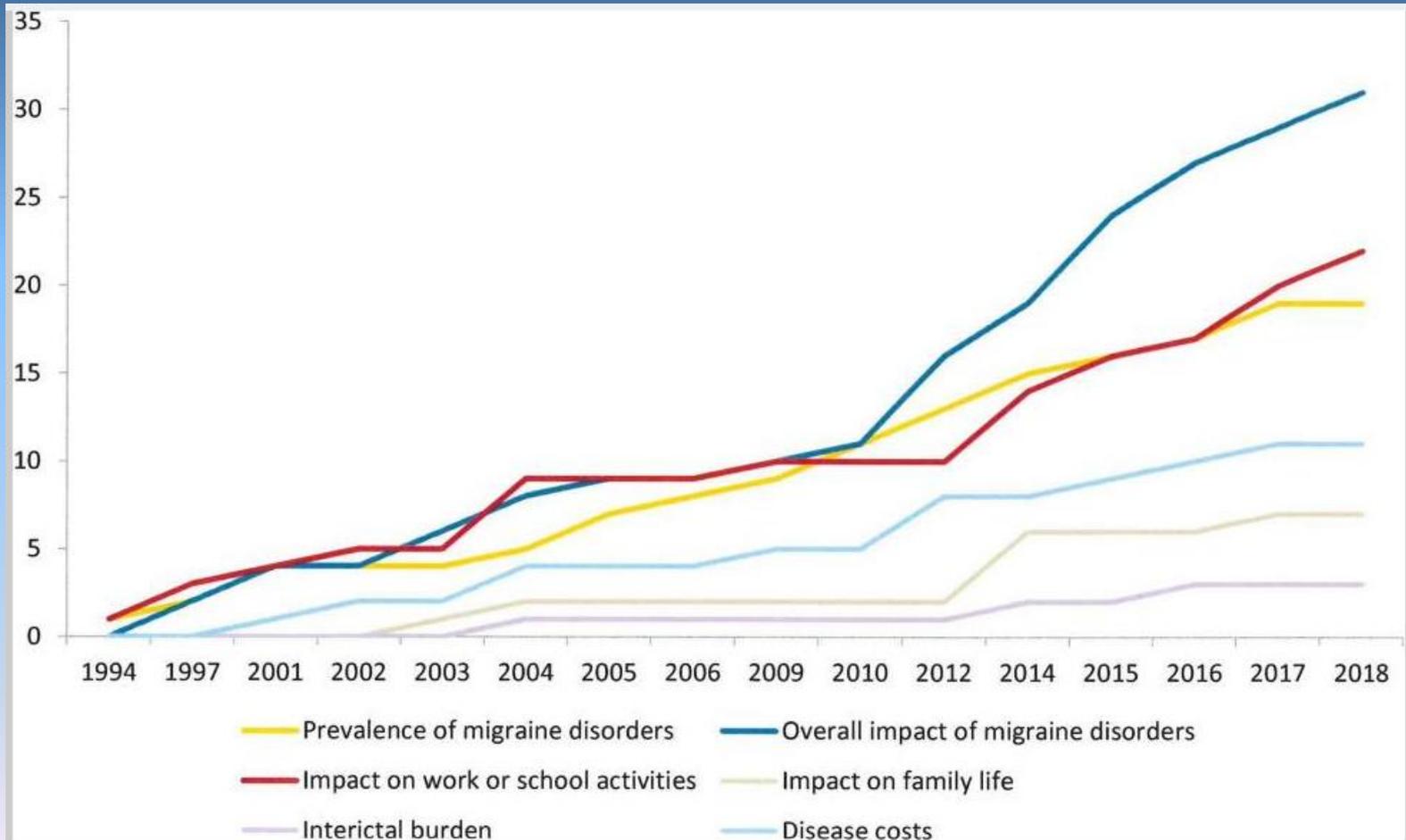
[Matilde Leonardi](#)<sup>✉</sup> and [Alberto Raggi](#)

# Aspetti più studiati in letteratura



Leonardi et Al. J Headache Pain. 2019; 20(1): 41.

# Trend degli studi



J Headache Pain. 2019; 20(1): 41.

# Strumenti adeguati per misurare

The Journal of  
Headache and Pain

BMC

[J Headache Pain](#). 2018; 19(1): 85.

PMCID: PMC6131677

Published online 2018 Sep 10. doi: [10.1186/s10194-018-0914-7](https://doi.org/10.1186/s10194-018-0914-7)

PMID: [30203193](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30203193/)

## Validation of a self-reported instrument to assess work-related difficulties in patients with migraine: the HEADWORK questionnaire

[Alberto Raggi](#),<sup>1</sup> [Venusia Covelli](#),<sup>2</sup> [Erika Guastafierro](#),<sup>1</sup> [Matilde Leonardi](#),<sup>1</sup> [Chiara Scaratti](#),<sup>1</sup> [Licia Grazi](#),<sup>3</sup>  
[Marco Bartolini](#),<sup>4</sup> [Giovanna Viticchi](#),<sup>4</sup> [Sabina Cevoli](#),<sup>5</sup> [Giulia Pierangeli](#),<sup>5,6</sup> [Giacchino Tedeschi](#),<sup>7</sup> [Antonio Russo](#),<sup>7</sup>  
[Piero Barbanti](#),<sup>8,9</sup> [Cinzia Aurilia](#),<sup>8</sup> [Carlo Lovati](#),<sup>10</sup> [Luca Gian](#),<sup>10</sup> [Fabio Frediani](#),<sup>11</sup> [Paola Di Fiore](#),<sup>11</sup>  
[Francesco Bono](#),<sup>12</sup> [Laura Rapisarda](#),<sup>12</sup> and [Domenico D'Amico](#)<sup>3</sup>

Section A: Work-related difficulties

KMO= .938; BTS,  $P < .001$ ; Eigenvalue: 7.377 (67.1% of variance)

Alpha= .950; Inter-item  $R = .636$ ; Average Item-total  $R = .775$

Chi<sup>2</sup>= 131.2; d.f.= 44; Chi<sup>2</sup>/d.f.= 2.98; RMSEA=0.047

Paying attention to work tasks

Solving organizational problems at work

Starting a new work task

Dealing with work problems

Reading and writing

Using the PC

Answering the phone

Driving a car

Moving from one place to another

Talking and interacting with other people

Understanding what is said

Section B: Factors contributing to work difficulties

KMO = .830; BTS,  $P < .001$ ; Eigenvalue: 3.127 (52.1% of variance)

Alpha = .808; Inter-item  $R = .412$ ; Average Item-total  $R = .570$

Chi<sup>2</sup> = 20.1; d.f. = 9; Chi<sup>2</sup>/d.f. = 2.23; RMSEA = 0.050

Noise in the workplace

Smell in the workplace

Brightness of workplace

Extended working hours

Negative attitudes of colleagues

Air conditioning

# Caso Clinico

- Giovane donna di 25 aa
- Neodiplomata infermiera
- Diagnosi emicrania con e senza aura visiva con frequenza di 4 episodi al mese con crisi disabilitanti. Parziale risposta ad analgesici.
- Alla visita pre-assunzione viene ipotizzata una idoneità con limitazioni
- Hanno procrastinato l'assunzione e hanno richiesto una ulteriore valutazione neurologica.

# Relazione

- Disabilità
- **Stime sui candidati ai monoclonali anti CGRP**
- Efficacia, tollerabilità e sicurezza
- Linee guida
- Aspetti gestionali

# Popolazione in Veneto dati istat 2017

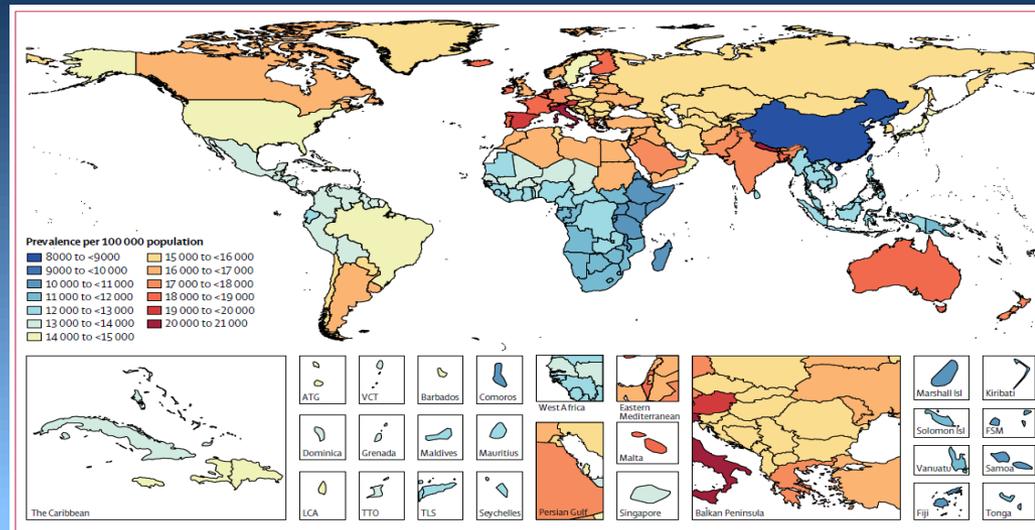


Figure 1: Age-standardised prevalence of migraine per 100 000 population by location for both sexes, 2016  
ATG=Antigua and Barbuda. FSM=Federated States of Micronesia. LCA=Saint Lucia. TLS=Timor-Leste. TTO=Trinidad and Tobago. VCT=Saint Vincent and the Grenadines.

*GBD 2016 Headache Collaborators  
Lancet Neurol 2018; 17: 954–76*

- 4.907.529 abitanti 2.394.567 maschi (48,8%) 2.512.962 femmine (51,2%)
- Eemicrania prevalenza 20%: **981.505**
- meno <18 pop. > 65 = 581.050 (cronici 8,8% 51.394 AMMP Lipton 2016)
- il 62% ha almeno 2 attacchi al mese (Lipton<sup>2001</sup>)

**Candidati teorici 360.251**

# Misure di processo e di esito

## Registri Nazionali:

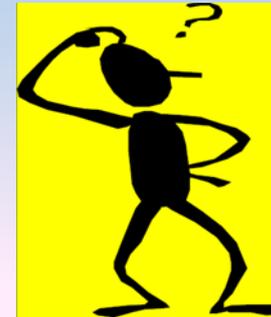
- SITS
- Malattia di Huntington
- Malattie rare
- **Registro Nazionale Emicrania Cronica**



## Registri Regione Veneto:

- Tumori del Veneto
- Veneto Dialisi e Trapianto
- Mortalità
- Mesoteliomi
- Registro Malattie rare
- CACEDEM (demenze)

«Data entering»



# Sistema ACG

Numero assistiti: 4.900.000

- Pazienti con almeno un ricovero o una visita specialistica con diagnosi principale o secondaria con codice ICD-9-CM 346 o
- Almeno una prescrizione per farmaco specifico per emicrania (ATC N02C) o
- Almeno un accesso in PS per emicrania dal 01/01/2010 al 31/12/2016

N= 90.701 (1,9%)

# Indagine conoscitiva nazionale sull'emicrania

- Questionari compilati da neurologi
- Quanti pazienti affetti da emicrania accedono al SSN in un mese
- Quanti di questi hanno indicazione antiCGRP: più di 4 gg al mese e assenza di risposta a 3 profilassi

# Centri Partecipanti

• Bolzano	78
• Verona	42
• Vicenza	75
• Mestre	23
• Castelfranco	69
• Mirano	39
• Feltre	20
• Villafranca	11
<hr/> Totali	357

indicazione  
antiCGRP  
20%

**Candidati teorici 360.251**

**72.000**

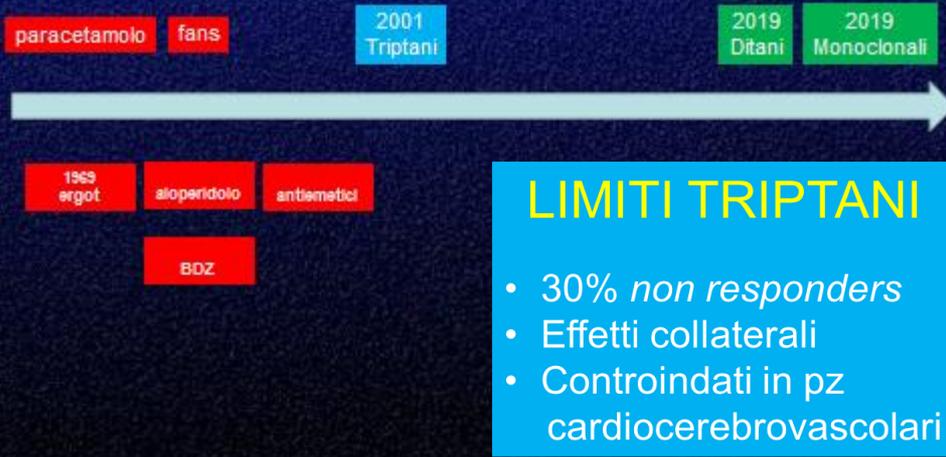


**Risorse?**

# Relazione

- Disabilità
- Stime sui candidati ai monoclonali anti CGRP
- **Efficacia, tollerabilità e sicurezza**
- Linee guida
- Aspetti gestionali

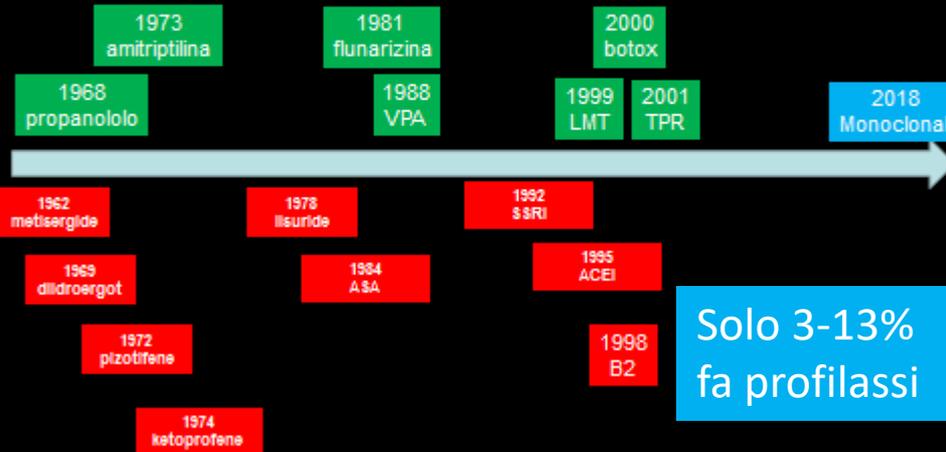
# Terapia dell'attacco



## LIMITI TRIPTANI

- 30% *non responders*
- Effetti collaterali
- Controindicati in pz cardiocerebrovascolari

# Profilassi



Solo 3-13% fa profilassi

CGRP mechanism antagonist		
Acute attack treatment		
CGRP receptor antagonist ( <i>gepant</i> ) <sup>a</sup>	Olcegepant <sup>35</sup>	Phase II <sup>a</sup>
	Telcagepant—acute <sup>36,38</sup>	Phase II/III <sup>a,b</sup>
	Rimegepant <sup>39</sup>	Phase II
	Rimegepant study 301/302 <sup>40</sup>	Phase III
	BI44370TA <sup>41</sup>	Phase II <sup>a</sup>
	MK-3207 <sup>42</sup>	Phase II <sup>a,b</sup>
	Ubrogepant <sup>43</sup>	Phase II
	Ubrogepant (ACHIEVE-I) <sup>44</sup>	Phase III
	Ubrogepant (ACHIEVE-II) <sup>45</sup>	Phase III
Serotonin-related		
Serotonin 5-HT <sub>1F</sub> receptor agonist ( <i>ditan</i> )	Lasmiditan <sup>66,67</sup>	Phase II
	SAMURAI <sup>68</sup>	Phase III
	SPARTAN <sup>69</sup>	Phase III

farmaco	target	molecol a	dosi mg	via
ERENUMAB (AIMOVIG) Novartis	Recettore CGRP	IgG2 umane	70 e 140	Sc
FREMANEZUMAB (AJOVY) Teva	CGRP	IgG2 umanizzate	225 mensile 675 trimestrale	sc
GALGANEZUMAB (EMGALITY) Lilly	CGRP	IgG4 umanizzate	120 mg mensile dose iniziale di 240	sc
EPTINEZUMAB Lundbeck	CGRP	IgG1 umanizzate	100 e 300 trimestrale	ev

## Likelihood of being helped or harmed (ratio)

Chronic migraine				
	Erenumab 70 mg	Erenumab 140 mg	TPM 100 mg	BoNT-A
NNT	7	6	13/4	9
NNH	1000	250	21/13	39
LHH	143	42	2/3	4

Episodic migraine				
	Erenumab 70 mg	Erenumab 140 mg	TPM 100 mg	Propranololo 160 mg
NNT	6	6	5	5
NNH	1000	1000	8	11
LHH	167	167	2	2

# Relazione

- Disabilità
- Stime sui candidati ai monoclonali anti CGRP
- Efficacia, tollerabilità e sicurezza
- **Linee guida**
- Aspetti gestionali

# Linee guida

- AHS Consensus Statement Headache 2019;59:1-18
- EHF guideline The Journal of Headache and Pain 2019)

# Criteri per l'inizio di una profilassi

- Attacchi frequenti ( $\geq 4$  MHDs) che interferiscono con le attività quotidiane nonostante l'uso della terapia per l'attacco.

AHS Consensus Statement Headache 2019;59:1-18

# Quando la profilassi è considerata efficace?

- Riduzione di più del 50% della frequenza basale documentata con carte diario e della disabilità documentata con MIDAS (utilizzata con dosi e tempi adeguati)

AHS Consensus Statement Headache 2019;59:1-18

# Criteri per invio a consulenza neurologica per emicrania

- Frequenza  $\geq 4$  crisi al mese gravate da disabilità con fallimento di almeno due terapie di profilassi a dosaggio e per tempo adeguato (almeno 2 mesi) documentato con carte diario e MIDAS.

AHS Consensus Statement Headache 2019;59:1-18

# Quando utilizzare gli anticorpi monoclonali?

Frequenza da 4 a 7 gg cefalea/mese

Fallimento o intolleranza ad almeno 2 farmaci di profilassi

Con MIDAS >11 e HIT-6 > 50

Frequenza da 8 a 14 gg cefalea/mese

Fallimento o intolleranza ad almeno 2 farmaci di profilassi

Non si considera più la disabilità

Cronica >15 gg cefalea al mese

Fallimento o intolleranza a BTX

**AHS Consensus Statement *Headache* 2019;59:1-18)**

1. Beta bloccanti
2. Triciclici
3. Neuromodulatori
4. SNRI
5. Tossinobotulinica

# Quando utilizzare gli anticorpi monoclonali?

Pazienti con emicrania episodica

Fallimento o intolleranza ad almeno 2 farmaci di profilassi

Stappare la profilassi in corso se episodica  
continuarla se cronica

Proseguire la terapia per 6-12 mesi

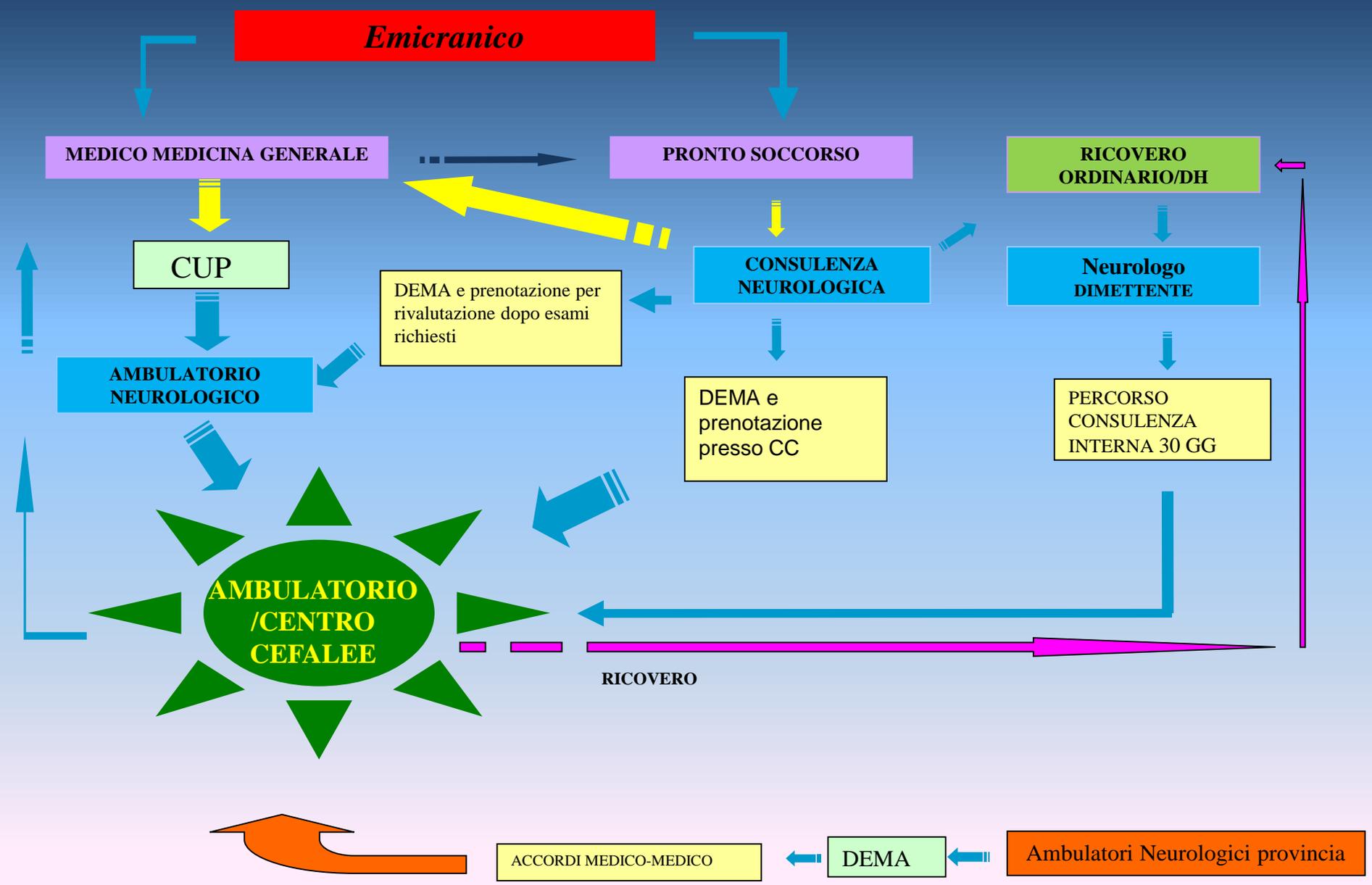
EHF guideline (The Journal of Headache and Pain 2019)

1. Ca antagonisti
2. Beta bloccanti
3. Triciclici
4. Neuromodulatori
5. SNRI
6. Tossina botulinica

# Relazione

- Disabilità
- Stime sui candidati ai monoclonali anti CGRP
- Efficacia, tollerabilità e sicurezza
- Linee guida
- **Aspetti gestionali**

# PERCORSO ACCESSO PAZIENTE CON CEFALEA



# Guideline for primary care management of headache in adults

Werner J. Becker MD FRCP(C) Ted Findlay DO CCFP Carmen Moga MD MSc  
N. Ann Scott PhD Christa Harstall MHSA Paul Taenzer PhD RPsych

## Abstract

**Objective** To increase the use of evidence-informed approaches to diagnosis, investigation, and treatment of headache for patients in primary care.

**Quality of evidence** A comprehensive search was conducted for relevant guidelines and systematic reviews published between January 2000 and May 2011. The guidelines were critically appraised using the AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) tool, and the 6 highest-quality guidelines were used as seed guidelines for the guideline adaptation process.

**Main message** A multidisciplinary guideline development group of primary care providers and other specialists crafted 91 specific recommendations using a consensus process. The recommendations cover diagnosis, investigation, and management of migraine, tension-type, medication-overuse, and cluster headache.

**Conclusion** A clinical practice guideline for the Canadian health care context was created using a guideline adaptation process to assist multidisciplinary primary care practitioners in providing evidence-informed care for patients with headache.

### EDITOR'S KEY POINTS

- Headache is a common reason why patients seek help from family physicians, and treatment is often suboptimal. This article outlines the development and key recommendations of the clinical practice guideline created by a multidisciplinary guideline development group to assist Canadian primary care practitioners with providing evidence-informed care for patients with headache.

**Politica**

# Carenza di medici in Veneto, la nota delle Università di Padova e Verona sul vertice odierno

I Presidenti delle Scuole di Medicina e Chirurgia "riconoscono la criticità della situazione attuale e la necessità di collaborare fattivamente con la Regione proponendo soluzioni operative capaci di risolvere le carenze rimanendo all'interno del quadro normativo nazionale ed europeo"

 **Redazione**  
03 SETTEMBRE 2019 17:59



**L'Arena**

 Seguiti

 Sezioni **VENETO**

Letture di **Veneto, contratti a medici specializzandi**

<p>18 dicembre 2019</p> <hr/> <p>Ministero della Sanità Fondazione Gimbe Istituto Superiore di Sanità</p>	<p>L'ACCORDO</p> <h2>Al via il Patto salute: in corsia medici fino a 70 anni e specializzandi dal terzo anno</h2>
---	---

# Piani terapeutici

- Nota 65 «Nel 1996, **pur con forti limitazioni**, **l'interferone beta 1b** (Betaferon<sup>®</sup>) è approvato a carico del Servizio Sanitario Nazionale e diventa utilizzabile gratuitamente in Italia». Gazzetta ufficiale 9/4/96...Venezia, Castelfranco, Treviso, Verona e Vicenza
- Nota 85 nel 1999 anticolinesterasici per AD

Flowchart 3/b – Monitoraggio del paziente in trattamento con NAO

RESPONSABILITA'	ATTIVITA'	RIFERIMENTI DOCUMENTALI / NOTE
MMG	<div style="text-align: center;"> <p>Follow-up terapia con NAO</p> <p>Ad 1 mese      A 3 mesi      A 1 anno</p> <p>Consulto della relazione Informativa dello specialista prescrittore</p> <p>↓</p> <p>Anamnesi Clinica</p> <p>↓</p> <p>Valutazione aderenza al trattamento ed educazione al paziente</p> <p>↓</p> <p>Prescrizione degli esami di monitoraggio</p> <p>↓</p> <p>Invio informazioni e commenti allo specialista prescrittore (se rilevanti)</p> <p>↓</p> <p>Invio del paziente allo specialista prescrittore in caso di complicazioni</p> </div>	<p>Vedi Tabella Attività «Follow-up terapia con NAO».</p> <p>Si raccomanda di strutturare una modalità comunicativa tra MMG e specialista prescrittore senza passare dal CUP, ma attraverso la presa in carico da parte degli ambulatori NAO.</p>
SPECIALISTA CENTRO NAO	<div style="text-align: center;"> <p>Anamnesi clinica</p> <p>↓</p> <p>Rinnovo Piano Terapeutico</p> <p>↓</p> <p>Compilazione cartella clinica informatizzata e redazione referto</p> </div>	

# Auspicabile

- Una collaborazione tra MMG e specialista
- Un PT semplice
- Un *follow up* a carico del MMG
- Una modalità di rinnovo del PT *innovativa*

Grazie per l'attenzione