

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
12 MAGGIO 2014

DALLA SARDEGNA

LA NUOVA SARDEGNA

OLBIA Castiglia: «Vaccinare contro la meningite» Appello dell'esperto di Igiene dopo il nuovo caso in città. La bimba di 10 mesi rimane in Rianimazione

Come una piccola guerriera lotta per vincere la sua battaglia per la vita. Restano stazionarie e gravi le condizioni della bambina di 10 mesi colpita da meningite e da cinque giorni ricoverata nel reparto di Rianimazione di Sassari. È stata invece dimessa la sorellina gemella. I controlli a cui era stata sottoposta nel reparto di Pediatria del Giovanni Paolo II di Olbia hanno dato esito negativo. La piccola è ritornata a casa dai genitori. Il nuovo caso di meningite meningococcica in Sardegna riaccende i riflettori sull'importanza della prevenzione. «Lo scorso dicembre, sempre a Olbia, una bimba di tre anni era stata colpita da una forma di meningococco di tipo B ed era morta – ricorda Paolo Castiglia, professore ordinario di Igiene dell'università di Sassari e componente del gruppo vaccini Sitl –. Un altro caso è stato registrato a gennaio a Mandas, quando una bimba di 4 anni è deceduta per una forma fulminante. E può ancora succedere. Nè l'attuale possibilità di fare una rapida diagnosi, nè una tempestiva terapia antibiotica ai primi sintomi, possono scongiurare la precipitosa progressione della patologia. Per questo è necessario un impegno comune delle famiglie, della classe media e delle istituzioni per sviluppare una cultura delle vaccinazioni che ancora oggi trova alcune resistenze». Castiglia insiste sulla prevenzione e sulla necessità che le armi a disposizione contro la meningite vengano usate. «I vaccini sono lo strumento che ha permesso l'eradicazione del vaiolo, l'eliminazione o il controllo di alcune malattie che nello scorso secolo hanno causato milioni di vittime – aggiunge l'esperto –. Nello specifico della meningite meningococcica si deve dire con chiarezza che le armi a disposizione per difendersi da questa patologia non mancano. Da poco ai vaccini contro il meningococco A, C, W135 e Y si è aggiunto quello contro il B. Quest'ultimo sierogruppo, nel corso del primo anno di vita, è il responsabile del maggior numero di casi. La recente raccomandazione degli esperti del board del "Calendario per la vita", offrire la vaccinazione contro il meningococco B gratuitamente, ha iniziato a trovare riscontro in alcune regioni. Solo così si può sconfiggere la meningite. Occorre seguire questa strada per garantire una adeguata protezione contro una insidia ancora attuale per la salute della popolazione».

L'UNIONE SARDA

OLBIA Caso di meningite, la bimba è ancora in pericolo

Sono sempre molto gravi le condizioni della bambina olbiese colpita da una sepsi meningococcica. La piccola, dieci mesi, da martedì si trova nel reparto di rianimazione dell'ospedale di Sassari. Anche ieri, gli specialisti che stanno assistendo la bambina, non si

sono espressi sulla situazione. I medici stanno facendo di tutto per salvare la vita alla piccola paziente. Ci sono buone notizie per la sorellina della bimba ricoverata a Sassari. È stata dimessa sabato dal reparto di pediatria di Olbia, le sue condizioni sono buone. Dopo la diagnosi di sepsi meningococcica, la Asl. n.2 di Olbia ha disposto tutte le misure anti contagio per una ventina di persone. Si tratta di familiari della bimba trasferita a Sassari e di altre persone che sono venute a contatto con la piccola. La profilassi è scattata immediatamente e la Asl gallurese ritiene di avere il pieno controllo della situazione. Tutte le azioni previste in questi casi sono state completate. La bambina è stata male agli inizi della settimana scorsa e dopo il primo ricovero nel reparto malattie infettive, è stata trasferita d'urgenza in rianimazione.

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Congresso Fadoi. E gli internisti preparano i medici “super manager”

In arrivo una task force di 45 medici “super manager” per gestire i pazienti più “complessi”. Obiettivo averne uno in ognuna delle circa 1.200 Unità operative complesse di Medicina Interna. Al via il master FADOI, Ministero della Salute/Agenas, Università Campus Bio-Medico di Roma, Università Carlo Cattaneo - LIUC e Università Bocconi

Medici manager con competenze cliniche per gestire pazienti sempre più complessi e affetti da una pluralità di patologie e “dotati” di capacità gestionali ed economiche. Camici bianchi in grado di analizzare costi, formulare proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari ottimizzando i processi dall'accoglienza alla dimissione del paziente. E con un occhio attento alla sicurezza delle cure e all'appropriatezza della prestazione e dei tempi di attesa.

È questa la nuova veste che i medici della **Fadoi, la Federazione nazionale dei medici internisti ospedalieri**, sono pronti a indossare: da nostrani “Dottor House” – capaci di giungere a una diagnosi, anche la più complessa, per la padronanza di conoscenze che spaziano in quasi tutte le discipline mediche – si presentano oggi negli abiti del “Dottor Manager” anzi “Super manager” al XIX Congresso nazionale organizzato a Bologna dal 10 al 13 maggio.

Grazie ad un master di perfezionamento, promosso congiuntamente da FADOI, Ministero della Salute/Agenas. e dalle Università Campus Bio-Medico di Roma, Carlo Cattaneo - LIUC e dall'Università Bocconi, arriverà presto nei reparti di medicina interna degli ospedali italiani una prima ondata di 45 medici manager, con competenze specifiche per gestire con appropriatezza i diversi setting assistenziali del paziente complesso ricoverato nei reparti di medicina interna.

L'obiettivo è quello di arrivare ad avere almeno uno di questi “super manager” in ognuno dei circa 1.200 Unità operative complesse di medicina interna presenti in Italia dove lavorano gli oltre 11mila medici internisti che gestiscono circa 39mila posti letto ed ogni anno assicurano 1,5 milioni di ricoveri. Dalle emergenze urgenze ipertensive allo scompenso cardiaco acuto, dalle bradiritmie agli squilibri idroelettrolitici, dall'ictus

all'embolia polmonare, dal diabete fino alla sepsi e alla malnutrizione, sono solo alcuni dei casi che possono interessare i pazienti critici ricoverati nei reparti di medicina interna. Pazienti quindi con multi-morbilità, ossia con un insieme di malattie che minano il loro stato di salute complessivo. Una categoria di malati per i quali occorre individuare non solo i percorsi più idonei e le priorità di cura per arrivare ad una medicina cucita su di loro, ma anche strategie organizzative ad hoc.

“Quando parliamo di medici manager – ha spiegato **Mauro Campanini**, Presidente Fadoi – facciamo riferimento a professionisti che integrano le loro competenze cliniche con aspetti di tipo manageriale per arrivare alla clinical governance del paziente. Professionisti con competenze cliniche ma con un occhio attento agli aspetti gestionali ed economici”.

Non dimentichiamo che i reparti di medicina interna ospitano pazienti “complessi”, anziani e non, quasi sempre in condizioni di urgenza e affetti da più malattie. Un complesso di patologie che necessitano di impostare l'assistenza tenendo conto dell'impatto che essa può avere sulle altre patologie concomitanti.

“Gestire un paziente complesso – ha aggiunto Campanini – significa avere una visione globale della situazione per stabilire un ordine di priorità e arrivare al governo clinico del paziente. Il master interuniversitario, rivolto a direttori di dipartimento, di struttura complessa, di struttura semplice a valenza dipartimentale, direttori sanitari, offre perciò un'ulteriore formazione nell'ambito della gestione complessiva di questi pazienti. I medici sono chiamati a fare i medici, ma in un mondo che cambia devono avere delle nozioni di governance per gestire al meglio l'assistenza ai pazienti”.

E alla luce dei nuovi assetti che la sanità si prepara ad assumere con l'arrivo del nuovo Patto per la salute, diventa necessario che anche i medici cambino pelle.

All'ospedale moderno si chiede, infatti, di mettere al centro la persona e le sue necessità, di aprirsi e integrarsi con il territorio. Un'esigenza d'integrazione clinica che deve essere supportata da un assetto organizzativo che ne consenta la realizzazione.

“Le nuove misure allo studio di Governo e Regioni, a quanto possiamo dire oggi, sembrano sostanzialmente orientate a realizzare un contenimento dei costi in alcuni ambiti per reinvestire questi risparmi in settori emergenti e in nuovi bisogni di assistenza. I medici internisti – conclude Campanini - non si faranno trovare impreparati. Siamo, infatti, convinti che medicina interna abbia un ruolo fondamentale nell'ambito del sistema sanitario e nella sfida delle cronicità. Solo con una corretta gestione del percorso ospedaliero dei pazienti cronici e una corretta integrazione con il territorio possiamo, infatti, arrivare alla sostenibilità del sistema. E noi siamo i naturali ‘tutor’ di quei pazienti pronti a metterci in rete con i colleghi del territorio”.

Allergie. Bernardini (SIAIP): “Su 10 bambini considerati allergici, 3 non lo sono”. Ecco il documento di ‘choosing wisely’ della SIAIP

Più del 30% dei bambini ritenuti allergici non lo è realmente. A dirlo, oggi, la Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica, che ha realizzato un documento di ‘choosing wisely’, nell'obiettivo di perseguire l'appropriatezza diagnostico-terapeutica. Il testo contiene 16 consigli su cosa fare ma soprattutto cosa non fare in questi casi. Ecco il

documento

Il dato reale riferisce che il 35-40% dei ragazzi in età pediatrica presenta un'allergia che può essere alimentare, respiratoria (asma bronchiale e oculorinite), da farmaci, da veleno di imenotteri oppure da lattice; ma oltre il 30% dei bambini che vengono considerati allergici non lo sono realmente. Ad affermarlo, è la Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP), presieduta dal Professor **Roberto Bernardini** (in foto).

Nell'ottica dell'appropriatezza diagnostico-terapeutica in materia di allergologia pediatrica, la SIAIP ha approvato un [documento](#) relativo allo 'choosing wisely' ('scegliere con saggezza'), che indica cosa fare, ma soprattutto cosa non fare in questo campo per la salute del bambino. Il documento è riportato in allegato al testo.

"Si tratta di sedici consigli pratici", ha spiegato **Roberto Bernardini**, Presidente della SIAIP e direttore della UOC Pediatria presso l'Ospedale San Giuseppe di Empoli, "basati sull'evidence based medicine (ebm), le evidenze scientifiche, per poter effettuare una scelta corretta in alcune delle più comuni situazioni che si possono presentare nella pratica di tutti i giorni. Un documento predisposto dalle Commissioni SIAIP, elaborato dal Consiglio Direttivo e dalla Presidenza della nostra Società Scientifica, che ogni pediatra dovrebbe avere sulla sua scrivania per poter subito capire cosa non deve fare nelle più comuni patologie immuno-allergologiche". Un'iniziativa, quella dello "choosing wisely", insieme alle altre messe in campo dalla SIAIP, che ha lo scopo di realizzare un percorso diagnostico-terapeutico e preventivo in ambito immuno-allergologico, al fine di evitare una non appropriatezza nella diagnosi-terapia e nella prevenzione in ambito della immuno-allergologia pediatrica.

Ecco i 16 consigli pratici (le relative spiegazioni sono in allegato).

1. NON controindicare le vaccinazioni
2. NON escludere un alimento dalla dieta solo per la presenza di IgE specifiche.
3. In caso di sospetta allergia alimentare NON eseguire test privi di validazione scientifica.
4. In bambini affetti da orticaria acuta NON eseguire di routine test allergologici.
5. NON diagnosticare una rinite come allergica senza una correlazione clinica con il tipo di sensibilizzazione per inalanti
6. Nel bambino con rinite allergica NON ritardare la terapia appropriata e, se i sintomi non sono controllati, utilizzare anche steroidi nasali e immunoterapia specifica.
7. Per i bambini allergici ai pollini si consiglia di ridurre l'esposizione allergenica
8. NON eseguire una dieta di eliminazione senza controllare la crescita e l'aspetto nutrizionale.
9. NON protrarre la dieta di eliminazione senza valutare periodicamente l'eventuale acquisizione della tolleranza.
10. Non prescrivere l'immunoterapia allergene specifica nel paziente con asma non controllato o precedenti di Anafilassi con l'immunoterapia specifica.
11. Nei bambini con dermatite atopica favorire l'allattamento al seno (senza dieta materna) per i primi sei mesi di vita.
12. Nei bambini con dermatite atopica considerare gli emollienti come il presidio base ma non aver paura di utilizzare lo steroide topico ai primi segni di ricaduta.
13. NON somministrare mucolitici in bambini con asma bronchiale.
14. NON fare il "pomfo di prova" per diagnosticare l'allergia ai medicinali.
15. NON "etichettare" il bambino come allergico a un farmaco solo sulla base del sospetto diagnostico.

16. NON prescrivere sempre esami in caso di Infezioni Respiratorie Ricorrenti.

Cancro. Innovazione nelle cure e ricadute sui sistemi sanitari dei nuovi farmaci oncologici. Europa meglio degli Usa con costi inferiori del 20/40%. Il rapporto dell'Ims

L'Institute for Healthcare Informatics fa un'ampia analisi delle tendenze mondiali del mercato dei farmaci oncologici. L'oncologia diventerà la prima voce di spesa sanitaria nel 2017 nei paesi industrializzati e la quarta negli emergenti. Già oggi il costo medio per una terapia negli Usa è di 10mila dollari con punte di 30 mila. Ma in Europa facciamo meglio grazie a politiche più accorte sul fronte regolatorio e dei prezzi

Le malattie oncologiche rappresentano una priorità assoluta per i sistemi sanitari di tutto il mondo: da una parte i *trend* epidemiologici in crescita costante, in gran parte legati all'invecchiamento della popolazione; dall'altra l'arrivo sul mercato di sempre più numerose opzioni terapeutiche, a costi elevati. Una sfida dunque per la sostenibilità di tutti i Paesi che, si tenta di arginare, in modo non sempre efficace, con l'implementazione delle strategie di prevenzione, dai vaccini alla diagnosi precoce.

Stabilire il valore di un trattamento anti-tumorale, può non essere facile, neppure disponendo di un'adeguata documentazione clinica; questo genera grandi disparità da un Paese all'altro, circa le decisioni di quali trattamenti andare a rimborsare, con quali limitazioni e per quali classi di pazienti.

Negli USA, il mercato dei farmaci oncologici (comprese le terapie di supporto) nel 2013 ha toccato quota 91 miliardi di dollari, dai 71 miliardi del 2008, che corrisponde ad un + 5,4% l'anno, decisamente modesto se paragonato al + 15% su base annua, registrato tra il 2003 e il 2008. Negli ultimi anni la crescita di mercato è stata infatti 'calmierata' dall'arrivo di farmaci rivoluzionari ma utilizzabili su piccoli segmenti della popolazione oncologica e dalle scadenze brevettuali.

In ogni caso, l'oncologia rimane un capitolo di spesa consistente per i servizi sanitari di tutto il mondo e si prevede che entro il 2017 rappresenterà la prima voce di spesa farmacologica nei Paesi industrializzati e la quarta nei mercati 'farmemergenti' (Cina, Brasile, Russia, India, Messico, Turchia, Venezuela, Polonia, Argentina, Arabia Saudita, Indonesia, Colombia, Thailandia, Ucraina, Sud Africa, Egitto, Romania, Algeria, Vietnam, Pakistan e Nigeria).

Il 65% delle vendite dei farmaci oncologici viene realizzato nel mercato statunitense e nella top 5 dei Paesi europei. Le terapie a *target* (es. MabThera/Rituxan, Avastin, and Herceptin) rappresentano ormai il 46% del mercato, mentre solo una decina di anni fa ne occupavano appena l'11%.

L'innovazione c'è stata e ha investito tutte le forme tumorali e gli approcci terapeutici, compreso quello dei vaccini preventivi. E le aziende continuano ad investire molto in R&D per quest'area terapeutica: oltre il 30% di tutti gli studi preclinici e di fase I sono di pertinenza oncologica; solo negli ultimi due anni, 22 nuove molecole oncologiche sono state introdotte sul mercato.

L'associazione di più farmaci innovativi, anche prodotti da aziende diverse, ha inoltre rivoluzionato negli ultimi anni il trattamento del melanoma e di altre sottopopolazioni di pazienti oncologici. La maggior parte delle nuove molecole sono tuttavia 'super-specializzate' e destinate a piccole popolazioni di pazienti, molto lontane dunque dal fatturato di alcuni *blockbuster* del passato.

La maggior parte degli investimenti per il prossimo futuro è concentrata sulla categoria dei biologici e in particolare sulle terapie a *target*; ma la maggior parte dei farmaci in sviluppo preclinico è rappresentata da piccole molecole. E anche molti dei farmaci oncologici lanciati dal 2007 sono piccole molecole, molte disponibili in formulazione orale. Nel 2013 ad esempio, nove su dieci nuovi farmaci oncologici lanciati sul mercato sono stati piccole molecole.

Tra i farmaci innovativi più interessanti degli ultimi due anni, gli 'anticorpo -farmaco coniugati' (ADC), quali il Kadcyca (trastuzumab emtansine) per i tumori solidi, il Pomalyst (pomalidomide) come agente immunomodulante e il Gazyva, un anticorpo monoclonale anti CD20. La parte del leone, nei prossimi anni, la faranno i farmaci per i tumori del polmone e della mammella, seguiti da quelli per le neoplasie di ovaio, stomaco, fegato e per le leucemie. Importanti gli investimenti anche nel campo della nuova branca dell'immuno-oncologia. In generale dunque, la *pipeline* oncologica è la quella con in maggior investimenti in R&D, con la sola eccezione delle nazioni BRIC (Brasile, India, Russia e Cina). Al momento, sono oltre duemila i candidati farmaci in sviluppo, pari ad un terzo del totale in *pipeline*: 1.026 in fase preclinica, 352 in fase I, 369 in fase II, 102 in fase III e 16 in fase pre-registrativa o appena registrati.

Grande ovviamente è l'attenzione dei payers, sia pubblici che privati, ai costi generati dalle nuove terapie; negli USA, il costo medio di un mese di terapia con un farmaco oncologico *branded*, si aggira ormai sui 10 mila dollari al mese (contro i 5.000 di dieci anni fa), con punte di 30.000 dollari al mese. Più che mai prioritarie dunque per le autorità regolatorie e per i *payer*, l'appropriatezza delle indicazioni e la selezione dei pazienti ai quali destinare le nuove terapie, che devono dimostrare oltre ogni ragionevole dubbio di avere un valore aggiunto rispetto alle terapie tradizionali, decisamente meno costose.

E per facilitare queste valutazioni di costo-efficacia, l'ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) ha di recente raccomandato degli obiettivi da inserire nei *trial* clinici, al fine di ottenere dei risultati significativi e aiutare così il decisore nella scelta di quali farmaci ammettere al rimborso o meno, ma anche per guidare gli investimenti in innovazione.

Un sistema di pagamenti più concentrato e l'Health Technology Assessment fanno sì che in Europa i farmaci si paghino in media il 20-40% in meno che negli Usa, grazie alla scontistica praticata. Il recente arrivo dei biosimilari ha introdotto inoltre un nuovo elemento di competizione all'interno del mercato dei biologici in oncologia, che ha un valore 40 miliardi di dollari. Si prevede tuttavia che nei Paesi industrializzati, i biosimilari non avranno una grande presa, visto il continuo arrivo sui mercati ricchi di nuove generazioni di biologici, con relativa copertura brevettuale.

Nei Paesi a basso e medio *income* invece è previsto un buon successo dei 'biologici non-originali', farmaci basati su molecole originali, mai introdotte prima in un determinato

Paese. Entro il 2020 si prevede che i biosimilari (compresi i biologici non originali) genereranno un fatturato di 6-12 miliardi di dollari in campo oncologico, pari al 5% del mercato globale dei biologici. Finora il mercato americano ha rappresentato una fetta del 41% del mercato mondiale dei farmaci oncologici, ma la nuova riforma sanitaria potrebbe apportare molti cambiamenti nel settore.

DOCTORNEWS33

Studi associati Mmg verso il tramonto: per il fisco spesso incongrui

Gli studi associati dei medici di famiglia destinati a tramontare in favore delle cooperative? Possibile. Il Fisco giudica incongrue molte dichiarazioni di questi enti: sosterebbero costi troppo alti in relazione ai corrispettivi di propria competenza. E con l'incongruità il rischio di un accertamento è alto, anche se prima scatta un contraddittorio con l'Agenzia delle Entrate dove il medico può provare le sue ragioni. In regioni come la Lombardia, gli studi associati a lungo sono stati la formula prescelta dai medici per associarsi. La norma finale 4 della convenzione 2000 consente di versare parte dello stipendio direttamente allo studio senza citare altre forme societarie; per di più questi enti, tipici di avvocati, notai, liberi professionisti puri, sono autonomi soggetti fiscali, e possono intestarsi utenze e assumere personale. Qui scatta l'inghippo: molti medici con l'ente studio associato ci pagano i costi per intero, come avviene per le coop. Ma, se restano esigue le entrate dello studio – che più è “popoloso” più è complesso da governare, richiedendo l'unanimità dei consensi per le decisioni – ecco che il Fisco trova incongrua la dichiarazione.

«Per l'Agenzia delle Entrate sono incongrue le situazioni in cui i costi sono sproporzionati rispetto ai ricavi», spiega Maurizio Di Marcotullio dottore commercialista, tecnico della Commissione Fisco Fimmg. «Gli studi di settore verificano quanto i costi sostenuti dal professionista incidano sui compensi. C'è un indice ideale dal quale non ci si dovrebbe scostare; l'incongruità scatta quando ci si scosta perché gli oneri sono troppo alti rispetto ai compensi dichiarati. Gli accordi regionali in realtà prevedono di versare allo studio associato una percentuale per coprire i costi. Poniamo sia il 20% dei compensi in busta paga: a quello studio il medico non dovrà imputare il 100% dei costi di personale e utenze ma il 20%, o comunque una percentuale omogenea, altrimenti lui è congruo ma lo studio associato non lo è e scatta il contraddittorio». Che non è un “guaio”. «Lo studio di settore – dice Di Marcotullio - è una presunzione semplice, come ribadisce la Cassazione, e se il medico porta prove della regolarità del calcolo e della sua buona fede, gli argomenti del Fisco possono “cadere”».

Per evitare grane dunque meglio rinunciare alla forma societaria? Anche la formula di pagare un medico il personale, uno le utenze, un terzo l'affitto, e poi compensare a fine anno tra loro, per il Fisco non è trasparente, ricordano in Fimmg. Di Marcotullio ricorda che Fimmg ha fatto ricorso al Tar un anno fa contro gli studi di settore. «Riteniamo che il Mmg sia una figura parasubordinata, i suoi redditi sono in gran parte da convenzione.

Chiedevamo la sospensiva ma è stata respinta: i giudici, in attesa di esprimersi nel merito, non ravvisano gravità e urgenza per intervenire, e forse vedono la risposta alla questione molto delicata».

Burnout in Usa per i medici del dolore. Zucco: in Italia situazione migliore

Il burnout è un rischio concreto per i medici americani e in particolare per gli specialisti della medicina del dolore: lo segnala un'indagine presentata al 33esimo meeting annuale della American pain society (Aps). «Trattare il dolore cronico è effettivamente molto stressante» conferma **Furio Zucco**, specialista in terapia del dolore e presidente dell'associazione di volontariato Presenza amica «perché spesso si tratta di “sposare” il malato e la sua famiglia. Tuttavia l'indagine riflette una situazione organizzativa della rete assistenziale molto lontana dalla nostra». I ricercatori americani, infatti, puntano il dito sulla sistematica tendenza dei medici di medicina generale di delegare le terapie del dolore agli specialisti, che subiscono in tal modo carichi di lavoro eccessivi. «Negli Stati Uniti» conferma Zucco «il general practitioner è abituato, in tutti i settori, ad avvalersi molto spesso dello specialista. In Italia invece, specialmente negli ultimi anni, c'è la tendenza dei medici di famiglia a prendere sempre più frequentemente in carico i malati affetti da dolore cronico, lavorando in sinergia con i centri di terapia del dolore, come tra l'altro è stabilito dalla legge 38 del 2010 e dai decreti applicativi. Un'intesa della conferenza Stato-Regioni del 2010 ha delineato la rete della terapia del dolore in cui al primo livello c'è proprio il medico di medicina generale». Anche se la legge 38 è stata da molti ritenuta una vera e propria rivoluzione, ancora molto resta da fare. «Miglioramenti notevoli si sono avuti soprattutto nell'ambito delle cure palliative, la cui rete sul territorio è sufficientemente avanzata» distingue Zucco «mentre nella rete della terapia del dolore c'è un work in progress e la realizzazione sul territorio dei centri di terapia del dolore specialistici di primo e secondo livello (gli hub e gli spoke) è ancora largamente da sviluppare. Molti medici di medicina generale non hanno ancora nel proprio territorio un centro di terapia del dolore di riferimento».