

Il governo dà 2 miliardi alle Regioni sprecone

Il Consiglio dei ministri anticipa i trasferimenti sulla sanità ai governatori che devono rientrare dal deficit: pronti 411 milioni per la Calabria e 500 per la Sicilia

CE N'È PER TUTTI Tra gli stanziamenti anche 540 milioni per il Lazio. Mentre all'Abruzzo vanno 118 milioni, alla Campania 287 milioni e al Molise 63 milioni

CHIARA GIANNINI

■■■ Boccata d'ossigeno per le sei Regioni italiane ancora alle prese con il rientro dal debito sanitario. Il consiglio dei ministri riunito ieri a Palazzo Chigi dal premier Enrico Letta ha infatti deliberato a vantaggio di tali enti l'erogazione di anticipi sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. A beneficiare dello stanziamento saranno Lazio (540 milioni), Abruzzo (118 milioni), Calabria (411 milioni), Campania (287 milioni), Molise (63 milioni) e Sicilia (500 milioni). Il totale dei finanziamenti erogati dal governo, pertanto, ammonta a poco meno due miliardi di euro.

Il consiglio dei ministri ha ritenuto di procedere in questa direzione «tenuto conto del completamento dell'istruttoria compiuta dai Tavoli di verifica degli adempimenti connessi ai Piani di rientro dai deficit sanitari». Individuati i requisiti e «verificato che sussistono i presupposti previsti dal decreto legge per erogare gli anticipi», dunque, «il ministro dell'Economia e delle finanze è stato autorizzato a erogare somme a titolo di anticipo sulle spettanze relative al finanziamento del Servizio sanitario nazionale».

A trarre beneficio dagli stanziamenti decisi dal governo non dovrebbero essere solo i servizi erogati direttamente all'utenza ma anche le numerose aziende che vantano

crediti nei confronti dell'amministrazione pubblica e che, per via della complessa situazione finanziaria delle Regioni, avevano difficoltà a vedersi riconosciuta la propria spettanza. Il cui ammontare, in certi casi, raggiunge cifre a otto zeri.

Comprensibile dunque la soddisfazione degli amministratori locali interessati dal provvedimento. «La decisione presa dal Cdm», spiega il governatore del Lazio Nicola Zingaretti «è per noi, per il sistema sanitario del Lazio, per le imprese e lavoratori, un segnale molto importante. Certifica che sul piano di rientro del deficit finanziario la nostra Regione si sta incamminando sulla giusta via, scegliendo di non tagliare i servizi ma di abbattere gli sprechi». Il collega campano Stefano Caldoro parla invece di «momento di soddisfazione». Dal canto proprio, l'assessore alla Sanità della Regione siciliana Lucia Borsellino è contenta perché «i fondi sbloccati oggi dal Consiglio dei ministri, dopo la verifica del piano di rientro del deficit sanitario e di altri adempimenti, ci permetterà di pagare i fornitori. Buona parte dei 500 mln di euro svincolati serviranno a coprire i debiti con le imprese». Più in generale, per l'assessore della giunta Crocetta, la mossa del governo «è una boccata d'ossigeno importante e utile per l'intero sistema, per i fornitori che potranno incassare i crediti e per la Regione che ab-

batterà gli interessi sul debito».

Restano ancora in alto mare, infine, le pratiche relative alla proroga dei due ecobonus, al 55% per la riqualificazione energetica degli edifici e al 50% per le ristrutturazioni edilizie. Nonostante la volontà politica di procedervi ci sia, sono però necessari ulteriori approfondimenti quanto a coperture.

Il conto sembra, infatti, salito rispetto alle ipotesi circolate nei giorni scorsi, che parlavano di circa 80 milioni per ognuna delle due proroghe. Tutt'altri i calcoli portati al Consiglio dei ministri dal responsabile dello Sviluppo economico, Flavio Zanonato. Solo per la proroga di sette mesi delle detrazioni al 55% per l'energia e al 50% per l'edilizia sarebbero necessari infatti circa 200 milioni. Di qui lo stop arrivato dal ministro dell'Economia, Fabrizio Saccomanni. La discussione, quindi, è ancora aperta. C'è addirittura chi vorrebbe riuscire a stabilizzare il pacchetto, quantomeno quello relativo agli incentivi energetici, nonostante gli elevati costi.



Sanità Fondi a Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Campania e Sicilia

Dal Cdm 2 miliardi per sei Regioni

Zingaretti

«Un riconoscimento importante al nostro lavoro»

■ Dal Consiglio dei ministri via libera all'anticipo di quasi due miliardi di euro a sei Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia) «sulle spettanze relative al finanziamento del Servizio sanitario nazionale».

Lo ha deciso ieri Palazzo Chigi, che in una nota ha precisato: «L'istruttoria compiuta dal ministero dell'Economia nel mese di aprile con il Tavolo di verifica degli adempimenti ed il Comitato permanente per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ha verificato che sussistono i presupposti previsti dal decreto legge per erogare gli anticipi».

Queste le somme nel dettaglio: all'Abruzzo 118 milioni di euro, alla Calabria 411 milioni, alla Campania 287 milioni, al Lazio 540 milioni, al Molise 63 milioni, alla Sicilia 500 milioni.

«La decisione presa dal Consiglio dei ministri è un segnale molto importante, certifica che sul piano di rientro del deficit finanziario la nostra Regione si sta incamminando sulla giusta via, scegliendo di non tagliare i servizi ma di abbattere gli sprechi», commenta il governatore del Lazio Nicola Zingaretti. L'ultimo tavolo tecnico tra il Lazio e i ministeri vigilanti (Economia e Salute) ha infatti ribadito le criticità sottolineate più volte all'ex governatrice Polverini, riconoscendo però alla nuova giunta Zingaretti che i primi provvedimenti vanno verso quella razionalizzazione delle spesa e riorganizzazione che i tecnici del governo da tempo chiedono.

I 540 milioni di euro erano stati sbloccati circa un mese fa subito dopo il primo tavolo tecnico al quale aveva partecipato il neoletto Zingaretti. I soldi serviranno a pagare i fornitori e a rimettere in sesto il fondo sanitario regionale. Il Lazio deve avere altri 500 milioni dal governo.



Ci vuole un tesoretto di benefici fiscali da dedicare a salute e pensione

di Carlo Giuro

Uno dei temi centrali nel dibattito in corso sulla revisione del sistema di welfare italiano riguarda la progressiva convergenza, ritenuta necessaria, tra fondi pensione e fondi sanitari. L'Italia è infatti un Paese sempre più longevo; la vita media è pari a 79,4 anni per gli uomini e 84,5 per le donne ed è in progressivo innalzamento. Emblematici anche i dati della speranza di vita, che in buona parte si collocano sui 59,2 anni per gli uomini e 56,4 per le donne. Peraltro, secondo le stime della Ragioneria Generale dello Stato, la previsione del rapporto spesa sanitaria-pil passerà dal 7,1% del 2011 all'8,4 del 2060. La componente demografica costituisce poi fattore di forte espansione del rapporto tra spesa sanitaria per long term care e pil; l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento degli anziani si traducono in un maggior consumo di prestazioni riconducibili all'aggregato in oggetto. Secondo il Rapporto Oasi 2012 del Cergas della Bocconi, emerge un'onerosità davvero consistente della sanità pubblica con una conseguente tendenza dei cittadini a ricorrere a prestazioni private. Già nel recente passato la Covip aveva auspicato una progressiva convergenza di fondi pensione e fondi sanitari. La proposta viene ora ribadita da Assoprevidenza che, sottolineando l'urgenza di un intervento normativo per la riorganizzazione dello stato sociale, individua l'obiettivo di definire un unico soggetto giuridico per previdenza e assistenza complementari. Al momento infatti i fondi pensione non possono operare nel settore della sanità e dell'assistenza perché la normativa del 1993 ha circoscritto alla sola previdenza la loro attività. La soluzione potrebbe essere quella di considerare gli attuali benefici fiscali riconosciuti in fase di apporto contributivo alle due forme complementari, in una sorta di «tesoretto tributario individuale», consentendo ai fondi pensione di gestire anche forme di assistenza sanitaria integrativa, pur con la rigida separazione amministrativa e contabile necessaria per legge. In attesa che la normativa venga aggiornata, già oggi i fondi pensione possono

avere un ruolo nella gestione delle spese sanitarie. Le possibilità sono quelle delle anticipazioni, del riscatto per invalidità, durante la fase di accumulazione e l'attivazione di una specifica copertura per il rischio di non autosufficienza in fase di decumulo attraverso la rendita. Partendo dalla prima possibilità, l'iscritto può chiedere anticipazioni sulla propria posizione individuale in qualsiasi momento, e dunque a prescindere dall'anzianità di iscrizione, in misura non superiore al 75% della posizione individuale per far fronte a spese sanitarie per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche a seguito di gravissime situazioni relative all'aderente, al coniuge e ai figli. Va poi ricordata la possibilità del riscatto totale per il caso di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo. Traendo spunto da una risposta a quesito della Covip, viene precisato che il riscatto spetta ogni qualvolta si verifichi una situazione di minorazione fisica o mentale tale da ridurre la capacità di lavoro a meno di un terzo, a prescindere dal fatto che il soggetto cessi o meno l'attività lavorativa. Anche in fase di rendita potrebbe esserci poi la possibilità di fronteggiare la tematica sanitaria. Per quanto riguarda la rendita, negli strumenti previdenziali si prevede in genere che l'aderente, in luogo della rendita vitalizia immediata che espone al rischio di prematuro decesso e può andare bene quindi per un soggetto senza bisogno di copertura, può richiedere piuttosto l'erogazione di una rendita vitalizia reversibile o di una rendita certa e successivamente vitalizia (corrisposta per i primi anni all'aderente o, in caso di suo decesso, alla persona da lui designata). Successivamente, se l'aderente è ancora in vita, viene corrisposta allo stesso una rendita vitalizia. Altre tipologie sono quelle della rendita controassicurata, in cui in caso di decesso del percettore il capitale residuo viene corrisposto agli eredi, o della rendita con copertura del rischio long term care, in cui si prevede una rendita aggiuntiva per fronteggiare il rischio di non autosufficienza. (riproduzione riservata)



LA STAMPA.it

MEDICINA

24/05/2013 - TUMORI DELLA PELLE

Nuovo test per diagnosticare il melanoma in fase precoce

Da uno studio italiano arriva un nuovo metodo che consentirà, per la prima volta, di diagnosticare il melanoma in una fase precoce attraverso un prelievo di sangue e l'analisi del siero. Una buona notizia alla vigilia dell'Euromelanoma Day 2013

LM&SDP

Il melanoma è una delle forme di cancro della pelle più pericolose.

Attualmente, infatti, è in molti casi mortale a causa dell'aggressività del tumore e della difficoltà di curarlo. Oltre alla prevenzione, una delle armi che può risultare più efficace è la diagnosi precoce, quando il melanoma è ancora in fase iniziale.

Tutto questo potrà essere possibile grazie a uno studio italiano pubblicato sulla rivista *PLoS ONE* e condotto da un team di ricercatori dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata IDI-IRCCS di Roma e l'Ospedale Sant'Andrea, in collaborazione con due ospedali romani. Una buona notizia che giunge proprio alla vigilia dell'Euromelanoma Day 2013.



I casi di melanoma, il temuto cancro della pelle, sono in aumento. Ricercatori italiani creano un nuovo metodo diagnostico per scovare le tracce del tumore in fase precoce. Foto: ©photoxpress.com/Yvonne Bogdanski

L'esame è condotto per mezzo di un prelievo di sangue e l'analisi del siero. Il nuovo test consentirà, per la prima volta, di diagnosticare il melanoma in fase precoce. Agire tempestivamente è infatti fondamentale per permettere una cura più efficace del melanoma.

I ricercatori sono riusciti a mettere a punto grazie questo metodo grazie all'analisi, unica nel suo genere, del siero di 10 pazienti affetti da melanoma cutaneo in fase precoce.

«Il risultato conseguito oggi è uno dei più importanti tra i tanti ottenuti grazie all'Accordo Italia-USA – spiega il professor Enrico Garaci, Presidente dell'ISS – Mentre per altri tumori sono noti marcatori nel sangue indicatori di malattia, per il melanoma non ve ne erano ancora di efficaci. Questo messo a punto dai ricercatori italiani è perciò un passo avanti decisivo verso l'identificazione del primo marcatore diagnostico precoce. E avere un marker affidabile per una diagnosi tempestiva è fondamentale con questa malattia. L'asportazione chirurgica del melanoma è, infatti, efficace nei casi diagnosticati precocemente, mentre nelle forme più avanzate esistono sì opzioni farmacologiche ma con efficacia limitata».

La diagnosi del melanoma, sino a oggi, è avvenuta previo visita periodica dermoscopica dal dermatologo. Ma, con questa nuova metodologia battezzata "TRIDENT", oggetto di brevetto da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, permette di rendere "visibile" una grande mole di informazioni presenti nel siero che normalmente sono nascoste e trascurate.

«Grazie alle tecniche di analisi proteomica – spiega Francesco Facchiano medico ricercatore presso il Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina Molecolare dell'ISS – siamo riusciti ad analizzare il siero in toto e a trovare alcune molecole appartenenti alla famiglia delle apolipoproteine che in pazienti affetti da melanoma cutaneo sono espresse in modo significativamente differente rispetto ai controlli effettuati sui pazienti sani. La metodologia TRIDENT, infatti, ci dà la possibilità di studiare interamente il siero del paziente, comprese quelle grandi proteine trasportatrici di segnali più piccoli che, con le tecniche tradizionali, vengono eliminate per poter più agevolmente studiare le proteine più piccole. Con queste procedure dette di "deplezione" si rischia però di scartare un segnale importante che si vuole cercare in grado di indicare un'alterazione tumorale anche allo stadio precoce, e che potrebbe essere proprio veicolato da quelle molecole trasportatrici che vengono eliminate».

Il passo successivo, spiegano gli autori, sarà quello di confermare quanto osservato nello studio e la potenzialità diagnostica del TRIDENT su un numero più esteso di pazienti affetti da melanoma cutaneo. Ma non solo, perché la metodologia potrebbe essere applicata anche ad altre patologie neoplastiche.

Il melanoma è una malattia oggi molto più diffusa di un tempo. Forse complici l'esposizione scorretta ai raggi UV o l'abuso di lampade abbronzanti, fatto sta che negli ultimi 20 anni l'incidenza è aumentata di oltre il 4% all'anno in entrambi i sessi.

Diversa è tuttavia la tendenza nei due genere: negli ultimi anni infatti l'aumento di casi ha interessato più i maschi che non le femmine, le quali hanno visto una riduzione.

Il melanoma cutaneo ha un'incidenza in Italia di 14,3 casi per 100mila uomini e 13,6 casi per 100mila donne, ed è al terzo posto per numero di nuovi casi nella fascia di età da 0 a 44 anni.

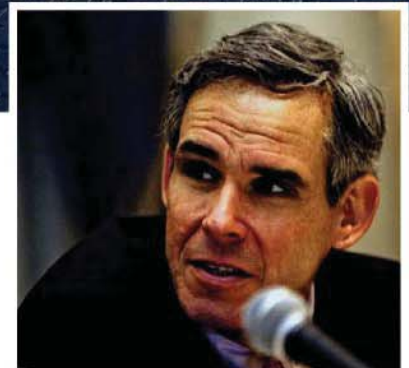
Pensiamoci quando vogliamo a tutti i costi abbronzarci, più spesso in fretta e furia.

Source: ISS



In queste pagine, il Memorial Sloan Kettering per la ricerca sul cancro, a New York. In basso, il cardiologo Eric Topol.

IL MEDICO? E ONLINE



La chiamano Salute 2.0. È la rivoluzione nelle cure che può salvare i servizi sanitari dalla bancarotta

di Mara Accettura

La nuova medicina è collegata a te. La nuova medicina ti capirà in un modo che fino a ora era impossibile, e anzi sarai tu a guidare il cambiamento, con i dati e le informazioni a tua disposizione». Eric Topol è un cardiologo e l'autore di *The Creative Destruction of Medicine*, "La distruzione creativa della medicina". È anche l'entusiasta missionario della digitalizzazione della medicina. Crede per esempio che i nostri onnipresenti smartphone (un miliardo nel mondo), opportunamente trasformati, diventeranno veri e propri laboratori diagnostici, indispensabili per controllare il nostro stato di salute. Il suo smartphone, per esempio, in pochi secondi è in grado di fare un elettrocardiogramma e anche di misurare il livello di glucosio nel sangue. Lui lo trova estremamente utile, dato che è ghiotto di tacos. In un prossimo futuro chiunque potrà controllare questi dati in tempo reale e condividerli con il proprio medico curante per avere una cura personalizzata. La "salute 2.0", come la chiamano gli esperti, è il futuro della medicina. La prossima rivoluzione quindi non ri-

guarderà tanto la scoperta di nuove cure per vecchie malattie, quanto nuovi modi di accumulare e processare dati, anche per eliminare gli sprechi. Con una popolazione che invecchia e la crescita esponenziale di malattie croniche, i sistemi sanitari di tutto il mondo sono infatti sottoposti a una una pressione economica fortissima. I pazienti si aspettano una qualità di servizi centrati sulle proprie esigenze, sanitarie ed emotive, sempre più difficile da ottenere. «L'attuale sistema è inefficiente», dice Topol, «anche perché i pazienti sono trattati tutti nella stessa maniera, quindi con screening di massa o con la somministrazione a tappeto di medicinali che hanno effetti collaterali peggiori della cura. Mentre ognuno di noi è unico». La sfida quindi è migliorare la cura senza andare in ban-



Smartphone che misurano la pressione, programmi che fanno la diagnosi

carotta. E non stupisce che molte start up si siano buttate nel nuovo business. CellScope, in California, sta sviluppando un otoscopio da connettere al cellulare. Potrebbe essere usato a casa per

diagnosticare le otiti dei bambini, che ai medici costano milioni di visite ogni anno. Scanadu sta sperimentando un sensore che, posato sulla tempia del paziente, riesce a monitorare battito cardiaco, frequenza respiratoria e temperatura corporea, dati che vengono processati e memorizzati direttamente sul cellulare. «Io raccomando questi apparecchi perché sono divertenti e vedo che anche i pazienti sono più propensi a tenersi sotto controllo», dice Topol.

Il fermento digitale è ovunque. Allo Sloan-Kettering Cancer Centre di New York per esempio, gli oncologi stanno testando il supercomputer Watson di Ibm, un programma che può essere usato non solo per diagnosi oncologiche, ma anche nella medicina di base. Dalle esperienze cliniche si è visto che un terzo delle diagnosi sbagliate è dovuto alla tendenza dei medici a fidarsi troppo di un singolo pezzo di informazione (il cosiddetto "pregiudizio a favore"). Watson invece è capace di una raccolta dati più completa, sa gestire la complessità delle informazioni e soprattutto non si lascia influenzare da preferenze personali. Quando fa una diagnosi, è anche capace di modulare i consigli a seconda di una scala di probabilità. A San Francisco la società Predictive Medical Technologies sta invece sviluppando un programma che analizza i dati dei pazienti in terapia intensiva. Trasformando questa informazione in un algoritmo, può identificare i malati a rischio di infarto o di altre patologie anche 24 ore prima che queste insorgano.

LA VISITA È FINITA?

Gli algoritmi non sostituiranno del tutto i medici, ma è indubbio che la figura del medico sia in pieno cambiamento. E non solo perché è stata superata dalla tecnologia. «Il dottore di una volta non esiste più»: la denuncia è di Giorgio Cosmacini, storico della medicina che ha scritto il pamphlet *La scomparsa del dottore - Storia e cronaca di un'estinzione* (Raffaello Cortina Editore). Ma se n'è accorto da solo chiunque di noi abbia avuto bisogno di una banale visita a domicilio. «Una volta il medico era costretto a visitare perché c'erano minori possibilità tecnologiche di diagnosi. Oggi la medicina ha acquistato in tecnologia ma ha perso in umanità. Si pensa che l'approccio tecnologico ai problemi del paziente sia l'unico modo di rapportarsi a lui. Che la visita si possa addirittura evitare. Del resto ora viene chiamata prestazione», dice Cosmacini. «E può essere la prestazione anonima di uno specialista che guarda la lastra senza vedere il malato. Sta scomparendo il metodo clinico - l'antica "techné iatriké", arte medica - fondato sull'ascolto del paziente. È in corso una spersonalizzazione e una disumanizzazione. Anche negli ospedali, che da strutture di assistenza per chi è a disagio stanno diventando centri di tecnologia diagnostica. Proprio così: un'attività umana assistenziale è diventata tecnologia disumana e l'ipertrofia dei mezzi si è trasformata in atrofia dei fini».





Edifici e interni del Memorial Sloan Kettering sono progettati dallo studio di architettura Skidmore, Owings & Merrill LLP.

Professionisti come Topol non la pensano affatto in questo modo. Secondo loro l'establishment medico, peccando di paternalismo, oppone resistenza perché non vuole che il paziente sia indipendente o addirittura "empowered", reso più forte, dalla digitalizzazione. «Certo i medici non sono entusiasti del fai-da-te, ma alcuni lo riconoscono come un'opportunità sia per la prevenzione che per la cura», dice. È d'accordo anche Alberto Luini, senologo dello Ieo di Milano, per il quale la rivoluzione internet va abbracciata e governata. «In Italia siamo ben lontani da strumenti che fanno le diagnosi online. Io l'elettrocardiogramma collegato al web l'ho usato, e non funziona. Però queste applicazioni sono utili perché portano il

«Consultare il web è già un modo di diventare più consapevoli della propria salute»

paciente a interessarsi del proprio corpo e della propria salute. Oggi nove pazienti su dieci con problemi al seno, quando arrivano dallo specialista hanno già consultato la rete, sono già informate sulle nuove tecniche o sulle nuove possibilità terapeutiche. Magari assorbono informazioni in modo bulimico, ma vogliono essere più consapevoli. E noi medici siamo visti meno come taumaturghi e più come guide che aiutano a prendere delle decisioni. La comunicazione è sempre più importante perché oggi il paziente vuole poter scegliere tra diverse opzioni».

Più la medicina diventa una scienza dell'informazione, più certe funzioni potrebbero diventare responsabilità del paziente, il che lascerebbe liberi i medici di occuparsi di casi più urgenti o difficili. Cosmacini è cauto: «Bisogna distinguere tra automedicazione ed autocura». E dice: «Misurarsi la pressione da soli va bene. Ma quando si è davvero malati si ha bisogno di una guida che non può essere fornita da una macchina, ma solo da una persona. Gli esami stessi avvicinano il medico alla realtà fisiopatologica del malato, ma lo allontanano dalla sua re-

altà antropologica. Il rischio? La medicina del silenzio».

UN TEAM DI PROFESSIONISTI

Lo stesso sistema sanitario potrebbe cambiare in modo drastico. Al centro, non più necessariamente il medico specialista, ma un team di infermieri, farmacisti, nutrizionisti, esperti di fitness. Se oggi i nostri contatti col medico sono cadenzati da regolari check up o dettati dalle emergenze, in futuro potremmo essere monitorati digitalmente in collegamento col sistema sanitario senza nemmeno esserne consapevoli. L'obiettivo sarà tenerci in salute, più che intervenire sulle malattie. Per esempio potremmo indossare un braccialetto che registra costantemente la pressione o i battiti cardiaci. Qualsiasi anomalia verrebbe trasmessa istantaneamente a un centro sanitario che avvertirebbe il personale sanitario, non necessariamente un medico, più probabilmente un infermiere.

«Il ruolo del medico sarà molto meno fisico, anche se le visite resteranno importanti», dice Luini. L'infermiere avrà un ruolo chiave. «Già da quest'anno lo Ieo, a Milano e dintorni, sta sperimentando un programma di contatti giornalieri col paziente affidati a un gruppo di infermieri, dopo le dimissioni. Questo riduce i rientri in ospedale per problemi di scarsa rilevanza». Così è probabile che gli ospedali verranno usati solo da persone in condizioni davvero critiche. Ospedali, dottori, intelligenza artificiale: «Se anche i pazienti parteciperanno pienamente a questo processo, la medicina avrà la grande occasione di diventare meno costosa e più democratica». Parola di Topol.

In forma con le app

- **WikiPharm:** tutte le informazioni sui farmaci, dai principi attivi alle interazioni con gli altri farmaci.
- **WikiPharm+:** informazioni sui farmaci e portale sulla salute. È anche possibile inviare domande in forma anonima.
- **Kwit.** Gioco per smettere di fumare con 60 traguardi da raggiungere. Risultati da condividere sui social network.
- **Bambin Gesù:** per prenotare e disdire visite al Bambin Gesù a Roma.
- **iFood.** Per controllare le calorie giornaliere e il peso.
- **Automedicazione.** I sintomi delle malattie comuni da curare con farmaci senza ricetta.
- **Vademecum della salute.** Numeri, info utili su tutta Italia.
- **Influenzometro e Vaccinometro.** Sulla necessità di sottoporsi al vaccino influenzale.