

Disservizi Più di 26 mila in un anno le critiche raccolte da Cittadinanzattiva

Le pecche dell'assistenza denunciate dai malati

Passare giorni su una barella perché non ci sono posti letto in reparto; attendere più di un mese il risultato di un semplice esame delle urine perché l'Asl non ha i reagenti; pagare quasi 18 euro per una medicazione che prima ne costava 3.

E ancora: cure domiciliari ridotte o addirittura sospese e, immancabilmente, lunghe attese per fare una visita o un esame: si arriva ad aspettare anche un anno per la mammografia e sei mesi per la visita oncologica, nonostante percorsi diagnostico-terapeutici "protetti".

Sono questi solo alcuni dei disservizi denunciati dai cittadini al Pit salute (Progetto integrato di Tutela) di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato. Oltre 26 mila le segnalazioni giunte nel 2011, in aumento rispetto all'anno precedente (vedi tabella). I dati sono contenuti nel rapporto presentato nei giorni scorsi a Roma, intitolato «Servizio sanitario nazionale e cittadini: lo Stato (a) sociale».

Rimangono ai primi posti, pur se in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente, le segnalazioni su presunti errori (soprattutto in oncologia e ortopedia) e sulle liste di attesa (in particolare per gli interventi chirurgici). «Ma i notevoli ritardi passano quasi in secondo piano rispetto ad altri problemi emergenti, come la riduzione o addirittura la scomparsa di servizi e prestazioni — commenta Giuseppe Scaramuzza, coordinato-

re del Tribunale per i diritti del malato —. Già in questo rapporto, riferito al 2011, s'intravede il loro drastico depauperamento, soprattutto nelle Regioni con piani di rientro. E con gli ulteriori tagli al Servizio sanitario nazionale la situazione è destinata a peggiorare».

Pesa sui cittadini il carico economico sostenuto a causa di ticket sempre più onerosi per farmaci, Pronto soccorso, esami diagnostici, visite specialistiche. Ma il rapporto 2011 evidenzia anche un aumento delle segnalazioni sul difficile accesso ai servizi sanitari: rispetto all'assistenza ospedaliera, i cittadini denunciano il rifiuto del ricovero per mancanza di posti letto in reparto (soprattutto in ortopedia e oncologia), nonché in strutture di lungodegenza e di riabilitazione; crescono, poi, le segnalazioni di disagi nel settore dell'emergenza-urgenza, con lunghe attese al Pronto soccorso e scarsa trasparenza nell'assegnazione dei codici di triage. Ancora difficoltoso, inoltre, l'accesso alle informazioni sanitarie, soprattutto alla cartella clinica. Infine, i pazienti continuano a denunciare comportamenti sgarbati e irrispettosi, come pure la carenza di trattamenti che potrebbero evitare il dolore.

Non va meglio per l'assistenza territoriale: circa un decimo delle 26 mila segnalazioni giunte al Pit Salute nel 2011 riguarda quest'ambito; raddoppiano rispetto al 2010 quelle sulla prosecuzione problematica delle cure

una volta che si è dimessi dall'ospedale: i maggiori disagi si registrano in ambito ortopedico, oncologico e neurologico.

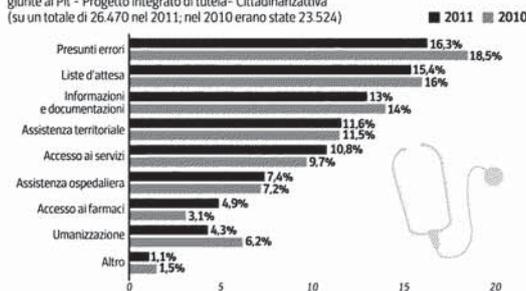
«Si chiudono gli ospedali e si tagliano i posti letto per acuti ma non si adeguano le strutture sul territorio — sottolinea Scaramuzza —. Anzi: sempre più spesso, per mancanza di fondi, sono sospesi o ridotti i cicli di riabilitazione e l'assistenza domiciliare. E, soprattutto nei giorni festivi, in caso di necessità non si può fare altro che ricorrere, in modo improprio, all'ospedale». Altra nota dolente, l'assistenza farmaceutica: prevale tra i cittadini un senso di smarrimento e confusione, per esempio, rispetto ai superticket diversi da Regione da Regione.

Maria Giovanna Faiella

Emerge una progressiva riduzione delle prestazioni Pesano i ticket, che sono sempre più onerosi

I problemi segnalati

Percentuali di segnalazioni di problemi relativi a diversi aspetti dell'assistenza giunte al Pit - Progetto integrato di tutela - Cittadinanzattiva (su un totale di 26.470 nel 2011; nel 2010 erano state 23.524)



POSITIVO IL DECRETO SUGLI OSPEDALI MA NON PENALIZZARE LE REGIONI VIRTUOSE

 Il decreto **Balduzzi** di riordino della rete ospedaliera del nostro Paese è balzato agli onori della cronaca per la riduzione dei posti letto, ma questo è solo uno, e forse non il più importante, tra i tanti punti di quella che potrebbe rivelarsi essere una vera ristrutturazione dell'offerta sanitaria nazionale. La chiusura degli ospedali privati accreditati con meno di 80 letti per acuti (non di riabilitazione) porterebbe nella sola Lombardia alla chiusura di 19 strutture per un totale di 650 posti letto. Ma la vera rivoluzione non è neanche questa ma la riorganizzazione degli ospedali per complessità e bacini di utenza, con un intervallo fornice standard di posti letto per singola specialità al quale le Regioni devono attenersi. Il decreto valorizza poi il ruolo delle reti di patologia e, per la prima volta, specifica degli indicatori di volume e di esiti, particolarmente per le alte specialità (es. numero minimo di by-pass che una cardiocirurgia deve effettuare ogni anno e mortalità massima che può avere).

Il ministro manda anche tra le righe un chiaro messaggio: tutto quello che è acuto e necessita di cure intensive in ospedale, il resto sul territorio. È la prima volta da molti anni a questa parte che il ministero avoca a sé concretamente la programmazione sanitaria, ciò porterà ad accuse di centralismo dirigista da parte di alcuni e a una valutazione positiva da parte di quelli che ricordano bene i danni causati dalle autonomie regionali, dal Lazio alla Calabria. È proprio da queste considerazioni, con un oc-

chio rivolto alle situazioni più critiche, che deve essere stato pensato questo decreto che penalizza però quelle Regioni che la programmazione sanitaria la attuano con successo.

Fissare criteri così netti rischia di creare eccessive rigidità del sistema con ripercussioni potenzialmente pericolose: il territorio è pronto ad accogliere tutto quello che non è acuto e ospedaliero? Cosa accadrà del personale e degli utenti delle piccole strutture che saranno chiuse? Chi è pronto a riassorbire lavoratori e pazienti? Forse meglio sarebbe fissare delle linee di indirizzo sulle quali poi lavorare per una riorganizzazione dettata non solo dalla crisi e per decreto. Il vero problema resta però un altro: un solo Servizio sanitario nazionale o 20 sistemi regionali?

Sergio Harari
sharari@hotmail.it



Buone pratiche Un riconoscimento a servizi efficienti, che esistono. E resistono

Una «task force» di cure palliative fra gli esempi della sanità da premiare

C'è una buona sanità, che «resiste» anche in tempi di spending review. Ne sono testimoni i 120 progetti che hanno partecipato al Premio Andrea Alesini 2012 «Buone pratiche per l'umanizzazione delle cure», promosso dal Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. Quest'anno si è aggiudicato il primo premio il «Nucleo Cure palliative» dell'Ulss 5 di Vicenza, che fornisce assistenza domiciliare ai malati terminali, per aver saputo «conciliare appropriatezza e qualità delle cure e salvaguardia della dignità delle persone con la riduzione dei costi, senza tagliare i servizi», realizzando «intorno al malato una rete integrata che offre garanzie di continuità e di risposte efficaci ai bisogni sia clinici che sociali della persona nella fase terminale della malattia».

«Siamo in due a comporre questo Nucleo, e facciamo ciò che dovrebbe fare ogni medico che si occupa di cure palliative — afferma il referente del progetto, Pietro Manno —. Ma lo svolgiamo a tempo pieno come dipendenti dell'Ulss: in Veneto, infatti, una legge regionale prevede che ogni Azienda sanitaria abbia un nucleo di cure palliative che si prende cura del malato terminale direttamente a casa sua. Se serve, andiamo anche tutti i giorni e siamo sempre rintracciabili al telefono 24 ore su 24. Accompagniamo questi malati nell'ultimo periodo della loro vita cercando di evitare ricoveri in ospedale e di liberarli da sintomi importanti, come il dolore o la difficoltà a respirare. I pazienti che seguiamo, colpiti prevalentemente da tumore, negli ultimi due mesi di vita passano in media solo 5 giorni in ospedale; gli altri, invece, circa 20 giorni».

Vuole assicurare ai pazienti cardiopatici la continuità delle cure dopo la

dimissione dall'ospedale, cercando di prevenire eventuali recidive, il progetto classificatosi al secondo posto, promosso dall'Azienda ospedaliera universitaria di Ancona, in collaborazione con l'Area vasta 2 (l'Asl della provincia) e l'Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani. «Abbiamo creato un'unica scheda di dimissione ospedaliera che contiene una serie di informazioni utili sia per il paziente, di solito disorientato dopo il rientro a casa, sia per il medico curante che così può prenderlo in carico in modo corretto — spiega Nadia Storti, direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera di Ancona —. Il nostro obiettivo è accompagnare il malato nel suo percorso assi-

stenziale. Per ora questa nuova scheda riguarda solo i pazienti ricoverati nel Dipartimento di cardiologia, ma pensiamo di estenderla anche ad altri reparti. Tra l'altro, è una procedura che ha costi irrisori».

Punta su reali dimissioni «protette» per pazienti fragili — come anziani, persone con disabilità e malati cronici — il progetto classificatosi al terzo posto, promosso dal Distretto socio-sanitario n. 1 — area Sud-Est dell'Ulss 15 di Camposanpiero, in provincia di Padova. «Il paziente "fragile", appena stabilizzato, viene dimesso e mandato a casa. Per evitare che le dimissioni, invece che "protette", siano "selvagge" — dice il referente del progetto, Marcello Potì — abbiamo realizzato una struttura che fa da "ponte" tra ospedale e servizi territoriali e, nello stesso tempo, predispone a casa del paziente tutti gli strumenti necessari per le cure». Una menzione speciale è andata al progetto di umanizzazione promosso dal dipartimento di cardiologia pediatrica dell'azienda ospedaliera «G. Brotzu» di Cagliari, dove esiste l'unico

Centro di riferimento regionale per le cardiopatie congenite, che ha in cura circa 6 mila bambini di tutta la Sardegna. Tra le menzioni speciali, anche quella all'Asl di Modena, per come ha saputo gestire l'emergenza dopo il terremoto.

M. G. F.

”

L'attenzione di molti progetti virtuosi è rivolta a pazienti fragili, come anziani, disabili, cronici



Un sistema di «sentinelle» vigila contro il pericolo di una nuova pandemia

Comunque si voglia giudicare la risposta che hanno dato le diverse autorità nazionali e internazionali, il caso dell'influenza A/H1N1 del 2009 è stato una sorta di esercitazione globale che ha messo in luce le debolezze del sistema complessivo davanti alle emergenze. Alcuni progetti europei che stavano studiando come preparare il continente all'evenienza di una pandemia si sono trovati a passare improvvisamente dalla teoria alla pratica. Per esempio, quello chiamato *Flusecure* era stato ideato nel 2005 da una decina di istituti di sanità pubblica europei con l'obiettivo di fornire un vaccino efficace in tempi rapidi al momento di una pandemia influenzale, attraverso una partnership tra pubblico e privato che facesse da tramite tra l'«accademia» e l'industria. L'emergenza però è arrivata prima del previsto e il vaccino è stato disponibile in quantità sufficienti solo quando ormai il picco della malattia si era esaurito. Ma la lezione è servita e altre iniziative sono state intraprese o rifinanziate allo scopo di non farsi trovare impreparati: non solo di fronte a una pandemia influenzale, che ciclicamente ricorre, ma anche se dovessero prendere corpo altri tipi di minacce, come la SARS, che ha fatto capolino in Europa settentrionale alcune settimane fa, oppure la Chikungunya o la febbre del Nilo occidentale, che premono da Sud. Su questo fronte sono stati stanziati 3,9 milioni di euro dagli organismi comunitari e nazionali per il Progetto *EpiSouth-Plus*, in cui il CNESPS — Reparto di epidemiologia delle malattie infettive dell'Istituto superiore di Sanità italiano coordina una rete di 27 Paesi, non solo europei, che si affacciano sul Mediterraneo o occupano la zona dei Balcani. «Obiettivo è di creare una conoscenza reciproca che rafforzi la preparazione a minacce sanitarie e rischi biologici, nel contesto del nuovo Regolamento Sanitario Internazionale» spiega Silvia Declich, responsabile del progetto. Non è infatti solo questione di vaccini: anche alla luce dell'esperienza del 2009, un altro progetto, coordinato dai francesi e chiamato *Fluresp*, sta passando al setaccio tutti gli aspetti delle strategie di contenimento dell'infezione, dalla chiusura delle scuole ai controlli alle frontiere, per verificare quali strumenti diano maggior risultati con i minori costi. Ma come prepararsi senza sapere quale potrebbe essere la prossima minaccia concreta? Monitorando settimana per settimana la mortalità nei diversi Paesi europei, il progetto *EuroMOMO*, coordinato dallo Statens Serum Institut di Copenaghen, può cogliere immediatamente picchi sospetti, su cui investigare. Per accelerare la produzione di vaccini in caso di emergenza ora c'è il progetto *Fastvac*, con cui alcuni istituti di sanità pubblica europei, supportati da due università francesi, stanno preparando linee guida per la progettazione e la

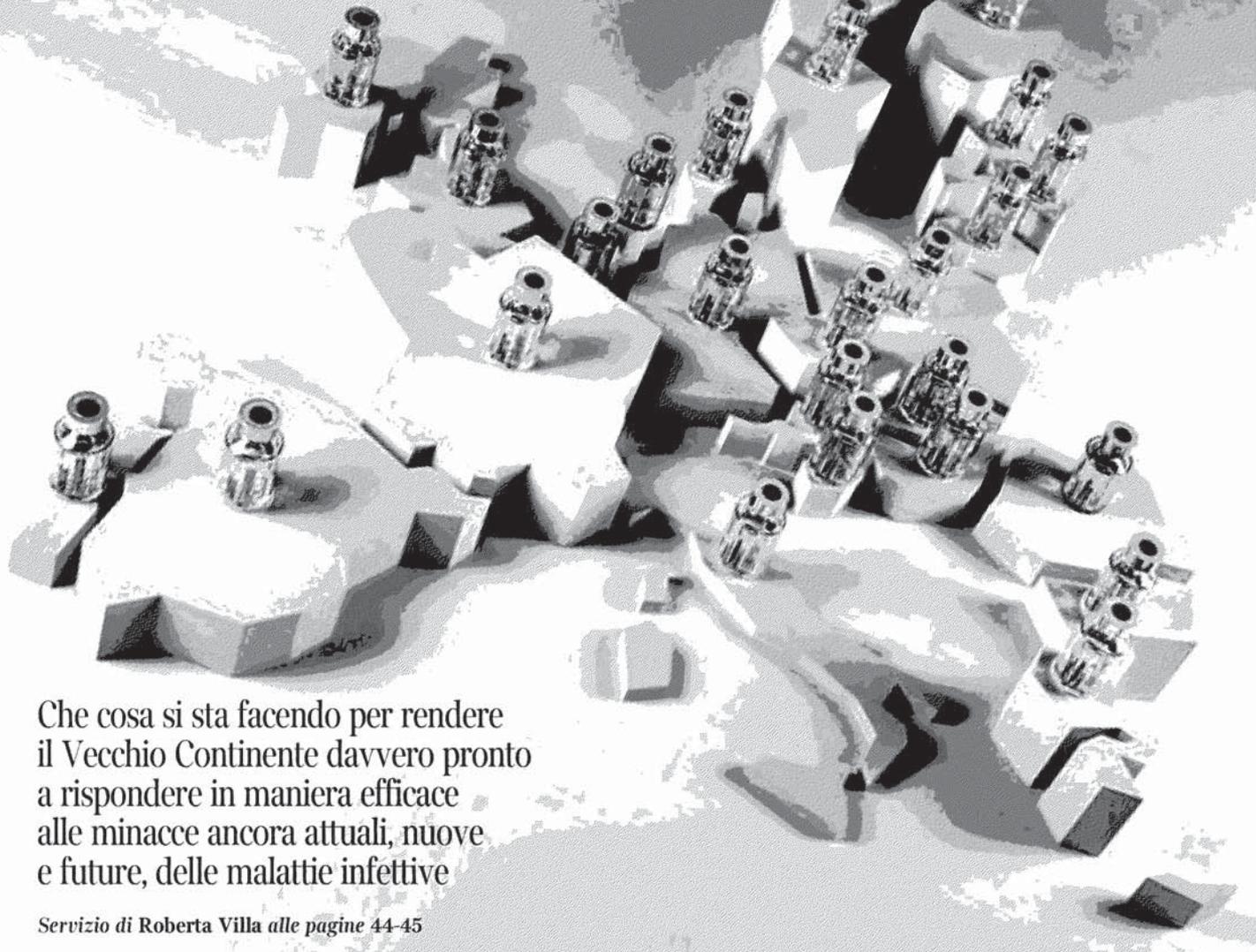
messa a punto dei vaccini in tempi brevi in caso di emergenza, e criteri minimi di sicurezza da rispettare anche in queste situazioni estreme. Con l'aiuto di potenti strumenti informatici si stanno passando al vaglio milioni di documenti in tutta la letteratura scientifica, per catalogare quel che già si sa di una serie di microrganismi che potrebbero minacciare l'Europa o essere usati come arma biologica, per prendere subito la strada giusta nel momento in cui fosse necessario. Per fare i vaccini su così larga scala però non si può prescindere dal ruolo dell'industria. Prima del 2009 alcuni Paesi avevano stipulato accordi separati per l'acquisto di antivirali o vaccini, non sempre a condizioni vantaggiose. Muovendosi in maniera coordinata tra tutti gli Stati membri, anche il potere contrattuale può aumentare: su iniziativa della Commissione europea si sta quindi mettendo a punto un accordo fra Paesi che consentirà, tra l'altro, di ottenere dalle industrie, in caso di necessità, le dosi effettivamente necessarie di vaccino al minor prezzo possibile. E possibilmente in tempo utile.

Rilevazioni costanti

Il progetto *EuroMOMO* sorveglia la mortalità nei diversi Stati e può cogliere immediatamente picchi sospetti



L'Europa disunita dei vaccini



Che cosa si sta facendo per rendere il Vecchio Continente davvero pronto a rispondere in maniera efficace alle minacce ancora attuali, nuove e future, delle malattie infettive

Servizio di Roberta Villa alle pagine 44-45

Perché e come realizzare un'Europa più unita anche sulle vaccinazioni

Non bisogna lasciare rischiose falle nella prevenzione

Se in Europa esiste la libera circolazione di merci e persone, questa vale ancor più per virus e batteri, ignari di qualunque frontiera. Per questo negli ultimi dieci anni la Commissione Europea ha investito oltre 500 milioni di euro in progetti che coinvolgono esperti, università, istituzioni di sanità pubblica degli Stati membri — ma a volte anche di altri Paesi limitrofi, come Svizzera e Turchia — nella convinzione che proteggersi dalle malattie infettive nel ventunesimo secolo è ancora importante e che l'immunizzazione ottenuta con i vaccini è una colonna fondamentale, anche se non l'unica, di quest'opera di prevenzione. Filo conduttore delle iniziative la volontà di rispondere in maniera coordinata a minacce vecchie, nuove e possibili in futuro. «Ciò non significa che le strategie debbano essere le stesse in tutti i Paesi — precisa Paolo D'Ancona, del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di Sanità —. Esaminando le differenze è possibile però individuare punti di forza e di debolezza e rispondere in maniera adeguata». Prima di tutto occorre avere un quadro chiaro della situazione, sapere quali Paesi effettuano le varie vaccinazioni, a quali categorie di cittadini, con quali modalità: se per esempio attraverso un obbligo di legge o tramite un'offerta attiva, gratuitamente o con una compartecipazione alle spese.

«È questo il principale obiettivo del progetto *Venice II*, coordinato dall'Istituto superiore di Sanità italiano, che si avvale di un network di esperti di 29 Paesi» prosegue D'Ancona, responsabile del progetto. Gli esperti di *Venice* hanno studiato le strategie vaccinali nei vari Paesi europei per i principali vaccini, nonché temi specifici come la vaccinazione dell'adulto, o le modalità di introduzione di nuovi vaccini, quelli contro il papillomavirus umano o

quello contro il rotavirus, responsabile di gravi gastroenteriti dell'infanzia.

Quest'ultimo è un buon esempio di come in contesti sovrapposti si possano prendere provvedimenti diversi: adottato e promosso in alcuni Paesi, non è invece incluso nel nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale del **ministero della Salute** italiano. Perché? «Per essere autorizzati dalle autorità competenti tutti i vaccini devono essere efficaci e sicuri — spiega Susanna Esposito, direttore della prima Clinica pediatrica all'Ospedale Policlinico di Milano e presidente della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica —. Poi, la scelta di consigliarli o di offrirli gratuitamente deriva essenzialmente da valutazioni di tipo economico e organizzativo: nel caso del vaccino per il rotavirus, per esempio, si devono somministrare 2 o 3 dosi per bocca a partire dal secondo mese di vita, prima quindi del primo appuntamento per le altre vaccinazioni, e ciò complica le cose». Il vaccino inoltre è abbastanza caro (nel nostro Paese ogni dose costa più di 50 euro) mentre la malattia, pur provocando nella sola Italia migliaia di ricoveri ogni anno, nei Paesi industrializzati difficilmente è mortale o lascia esiti permanenti. Per questo, per il momento, il vaccino è offerto con una partecipazione alla spesa solo in alcune Regioni.

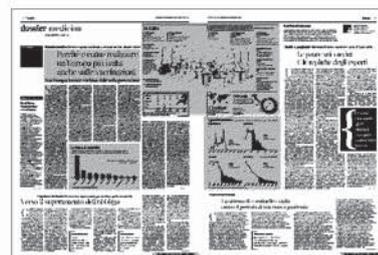
«In Italia, la scelta dell'adozione di un vaccino si basa essenzialmente sulla gravità delle conseguenze cliniche della malattia da evitare, mentre altrove si tiene in maggior conto anche il rapporto tra i costi della vaccinazione e quelli diretti e indiretti della malattia» prosegue Esposito. Per questo, restando sull'esempio del vaccino per il rotavirus, mentre in Italia è somministrato solo all'1% dei bambini, in Finlandia, Belgio, Austria si è promossa questa vaccinazione.

La stessa logica è seguita negli Stati Uniti non solo contro il rotavirus ma anche contro i vi-

rus influenzali: vaccinare tutti i bambini, anche se non sono a rischio, per bloccare la trasmissione del virus e pure per ridurre l'impatto economico e sociale dell'epidemia stagionale.

Il vaccino antinfluenzale, peraltro, è sempre oggetto di attenzione: la sua sicurezza è stata ripetutamente accertata, ma sull'efficacia molti studi hanno espresso perplessità. «La sua capacità di proteggere dall'influenza può variare dal 30 all'80% — spiega Pierluigi Lopalco, a capo del programma per le malattie prevenibili da vaccino del Centro europeo per il controllo delle malattie (ECDC) —. Dipende da quanto si rivelano esatte le previsioni in base alle quali si producono ogni anno i vaccini, tenendo poi conto del fatto che i virus possono mutare nel corso della stessa stagione». Per monitorare di anno in anno quanto funzioni il vaccino in 17 Paesi europei, in relazione a modi e tempi di somministrazione, nei diversi gruppi di rischio e per ogni sottotipo virale, c'è il progetto *I-MOVE* che consente di avere dati indipendenti dall'industria e provenienti dalla popolazione europea, per correggere eventuali errori e migliorare i risultati. «Anche un'efficacia di poco superiore al 30%, comunque, per quanto insoddisfacente, non rende inutile la vaccinazione, — puntualizza Lopalco — perché permette di ridurre di un terzo il rischio di una malattia che nei soggetti a rischio può essere mortale».

Una delle ragioni dello scarso entusiasmo di parte dell'opinione pubblica nei confronti delle vaccinazioni è la scarsa percezione della gravità delle patologie che prevengono. Un problema che vale per l'influenza come per il morbillo, una delle malattie che, per il suo forte carico di vittime e disabilità, più preoccupa le autorità europee. «L'obiettivo di eliminare il morbillo dal continente europeo entro il 2015 ormai sembra sfumato — ammette Lopalco —. In Europa abbiamo ancora 4.900.000 persone

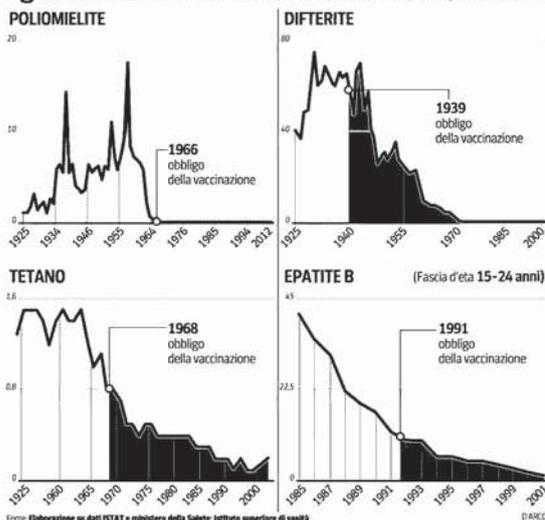


nate tra il 1998 e il 2008 che non sono vaccinate e l'Italia è tra i Paesi con il più alto numero di casi, che negli ultimi anni aumenta invece di diminuire. Avere più del 90% di copertura non basta, e talvolta può non esserlo nemmeno quella auspicata del 95%: se piccoli non vac-

cinati si concentrano in un unico ambiente, nemmeno l'immunità del "gregge", come si dice, potrà proteggerli».

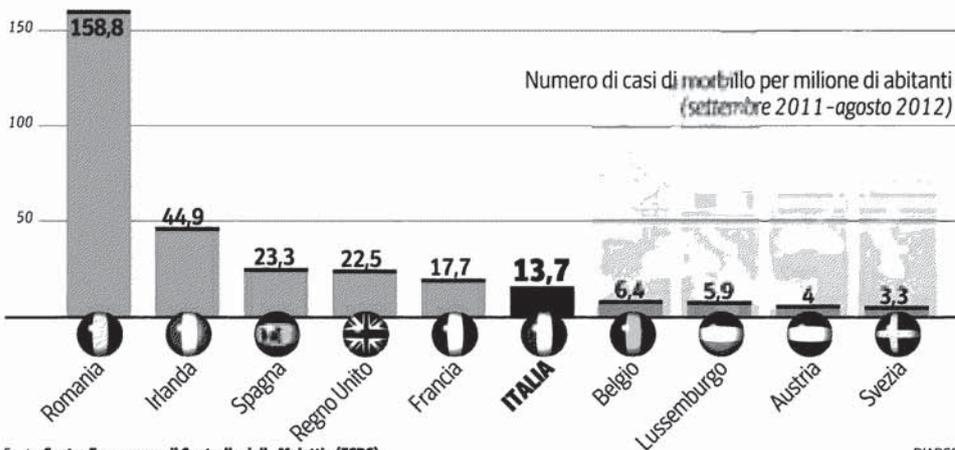
Oltre al morbillo, l'ECDC tiene d'occhio anche altre importanti malattie del bambino, come la parotite, la rosolia (per le sue conseguenze sul nascituro quando è contratta in gravidanza) e la pertosse (che nei piccolissimi può bloccare i centri del respiro). Un tempo queste malattie erano considerate quasi un passaggio obbligato nell'infanzia e le conseguenze erano ritenute fatalità. Oggi si possono evitare.

I grandi successi Così sono diminuiti i casi di queste quattro malattie (ogni 100 mila abitanti)



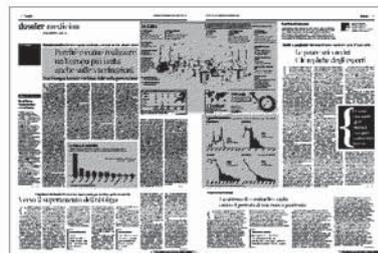
La lotta al morbillo

L'obiettivo in Europa è quello di ridurre la malattia a meno di 1 caso ogni milione di abitanti. Solo 9 Paesi l'hanno già raggiunto. Qui sotto i 10 Paesi attualmente più lontani dal traguardo



Fonte: Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC)

D'ARCO



In Italia

ANTIDIFTERICA oltre 96%

Obbligatoria dal 1939; nel 1991 l'ultimo caso di difterite in età pediatrica (bambina non vaccinata)

ANTIPOLIOMIELITICA oltre 96%

Obbligatoria dal 1966; ufficialmente certificata l'eradicazione a livello europeo nel giugno 2002

ANTITETANICA oltre 96%

Obbligatoria dal 1968

ANTI EPATITE VIRALE B oltre 96%

Obbligatoria dal 1991

ANTIVARICELLA
Raccomandata per gli adolescenti che non hanno avuto la malattia; dovrebbe essere offerta a tutti i nuovi nati dal 2015

■ Vaccinazioni introdotte come obbligatorie per legge

■ Vaccinazioni raccomandate, non imposte per legge

OBBLIGATORIETÀ DEI VACCINI NELL'EUROPA OCCIDENTALE

• Difterite	X	X	X	X	X
• Tetano	X	X	X	X	X
• Epatite B	X	X	X	X	X
• Polio	X	X	X	X	X
• Tbc					
	ITALIA	Francia	Grecia	Malta	Belgio

Nei Paesi dell'ex Europa dell'Est (salvo Estonia e Lituania) prevale l'obbligatorietà per i principali vaccini

Fonte: Eurosurveillance

LE VACCINAZIONI OFFERTE ATTIVAMENTE E GRATUITAMENTE

Le percentuali si riferiscono alla copertura vaccinale nazionale anno 2011; per l'influenza stagione 2010-2011; per l'antipneumococcica e l'antimeningococcica all'anno 2008 (Studio ICONA-ISS)

ANTIPERTOSSE oltre 96%

Dal 1992 vaccino acellulare

ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE B 95,9%

Nel calendario delle vaccinazioni dal 1999 per combattere quella che era la prima causa di meningite batterica sotto i 5 anni di età

ANTIMORBILLO- PAROTITE-ROSOLIA 90%

La vaccinazione contro il morbillo è raccomandata dal 1979; occorre arrivare al 95% di copertura per eliminare la trasmissione del virus

ANTIPNEUMOCOCCICA 55%

Nel Piano Nazionale Vaccini dal 2005; progressivamente introdotta dalle Regioni

ANTIMENINGOCOCCICA C 39,9%

Raccomandata a livello nazionale dal 2012

ANTIPAPILLOMA VIRUS (HPV) 65%

Offerta dal 2008 per le ragazze nel corso del 12° anno di vita

ANTIFLUENZALE 62,4%

Offerta per le persone oltre i 65 anni (per i gruppi a rischio in cui è raccomandata esistono solo dati provenienti da studi sulle singole categorie)



2-3 milioni
Le vite salvate ogni anno nel mondo grazie alle vaccinazioni (Dato OMS)

500 mila
I bambini italiani che dovrebbero essere vaccinati ogni anno per le principali malattie infettive

Di questi viene vaccinato realmente **il 95%**

