

TERZA SEZIONE

VACCINAZIONI

Obiettivi generali di Piano:

- Realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni
- Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale
- Aumento delle coperture nelle categorie a rischio

Il contesto organizzativo Regionale

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso i Servizi di Vaccinazione, facenti capo ai singoli Servizi di Igiene Pubblica. Per quanto riguarda le vaccinazioni dell'infanzia, esse sono comunemente effettuate nella quasi totalità negli ambulatori dei Servizi di Vaccinazione. Una piccola quota di vaccinazioni sono eseguite negli ambulatori dei Pediatri di libera scelta (PLS), sempre in accordo con i programmi vaccinali regionali. Nelle età successive (es: nell'adolescenza) l'esecuzione delle vaccinazioni è variamente organizzata a livello locale, essendo eseguite, in alcuni casi, anche nell'ambito delle strutture ambulatoriali presenti nelle scuole. La somministrazione delle vaccinazioni dell'anziano, infine, è già da qualche anno eseguita negli ambulatori dei Medici di medicina generale (MMG) in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione. In tale scenario, pertanto, l'offerta vaccinale risulta sufficientemente estesa sul territorio regionale. I servizi vaccinali, infatti, dispongono di almeno un ambulatorio di vaccinazione in ogni comune. Un'eccessiva parcellizzazione del servizio, d'altro canto, potrebbe portare ad una riduzione della qualità del servizio offerto. Un ulteriore punto critico da sottolineare è rappresentato dalla cronica carenza di personale dei Servizi di vaccinazione e, conseguentemente, dalla presenza in molti ambulatori di personale sanitario medico e non medico non adeguatamente formato nello specifico campo delle vaccinazioni.

A partire dal 1996, in seguito a specifici accordi regionali, le strategie di vaccinazione dell'infanzia sono condotte di concerto fra Dipartimenti di Prevenzione e PLS. Tale raccordo è stato ulteriormente rafforzato con la recente esperienza del Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, che ha coinvolto contestualmente Igienisti e Pediatri, ciascuno con ruoli precisi, in ogni fase di realizzazione.

A livello Regionale le attività di vaccinazione sono programmate attraverso il supporto tecnico della Commissione Vaccini, composta da Igienisti, Pediatri, un rappresentante dei MMG ed un

rappresentante dell'Agenda Regionale della Sanità. Il supporto epidemiologico per la valutazione dei programmi vaccinali è offerto dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Le coperture vaccinali in Puglia

In assenza di una anagrafe vaccinale informatizzata, il calcolo delle coperture vaccinali dell'infanzia avviene attraverso il sistema routinario (modello 19 modificato) e, occasionalmente, con indagini ad hoc (indagini di copertura nazionale, ICONA).

Dall'indagine campionaria ICONA condotta in Puglia nel 2003 (sulla coorte di nascita 2001) emerge una situazione per molti versi migliorata rispetto a quanto indicato nella precedente indagine del 1998, condotta sulla coorte di nascita 1996.

Innanzitutto i dati di copertura per le cosiddette vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite ed epatite B) confermano i dati più che soddisfacenti osservati già negli scorsi anni, essendo molto vicini al 100%.

La copertura antipertosse ha anch'essa raggiunto valori prossimi al 100%, del tutto sovrapponibili a quelli per le vaccinazioni obbligatorie.

La maggiore sorpresa emersa dall'indagine è stata senza dubbio rappresentata dall'elevatissimo livello di copertura raggiunto dall'anti-Hib (94,3%), certamente legato all'utilizzo di prodotti esavalenti.

Ancora insoddisfacenti, invece, sono da considerare i livelli di copertura contro il morbillo (76,6%), anche se, rispetto al valore del precedente studio ICONA (di poco superiore al 50%) si è registrato un aumento sensibile, quale testimonianza del maggiore impegno profuso dai servizi vaccinali nell'offerta attiva di tale vaccinazione.

Tabella. Coperture vaccinali stimate nelle indagini ICONA. Coorti di nascita 1996 e 2001.

Vaccinazione	Coorti di nascita	
	1996	2001
DT	92,50%	99,50%
Polio	92,50%	99,50%
HBV	93,00%	99,50%
Pertosse	82,70%	99,10%
Hib	14,00%	94,30%
Morbillo	50,60%	76,60%

Preoccupanti, invece, risultano essere i ritardi vaccinali. Sebbene, infatti, la quasi totalità dei bambini pugliesi è vaccinato con tre dosi dei vaccini previsti dal calendario e contenuti nei prodotti esavalenti, ancora elevata è la percentuale di schedule vaccinali concluse in ritardo (circa un quarto). Questo dato risulta particolarmente allarmante soprattutto per la copertura immunitaria antipertosse, poiché vaccinazioni avviate con ritardo possono esporre il lattante a rischio di infezione proprio nel periodo di maggiore espressione della gravità clinica della malattia.

Da un punto di vista epidemiologico, l'incidenza in calo di malattie quali epatite B, pertosse, meningiti da *Haemophilus influenzae* dimostrano l'efficacia degli interventi finora attuati.

Ancora lontano dal controllo risulta invece il morbillo, come tragicamente evidenziato dalla epidemia del biennio 2002/2003. A tale riguardo è da sottolineare che, nel corso dello scorso anno, la Regione ha aderito con entusiasmo al Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Il Piano ha previsto un impegno straordinario per recuperare con la vaccinazione in una prima fase 5 coorti di bambini (nati 1993-97) non vaccinati in precedenza. La seconda fase di recupero, già avviata in alcune ASL, prevede il coinvolgimento dei nati nel biennio 1991-92 e sarà conclusa a breve. I primi risultati della campagna di recupero sono da considerare soddisfacenti. Nelle coorti coinvolte la copertura vaccinale per la prima dose è passata dal 57% al 77%. Resta, ovviamente, prioritario accompagnare alle azioni di recupero specifici interventi mirati a mantenere elevati i livelli vaccinali nei nuovi nati.

Sempre a proposito di vaccinazioni dell'infanzia, c'è da aggiungere che nella Regione, a causa della peculiare situazione epidemiologica, è stata avviata dal 1997 una campagna di vaccinazione estesa contro l'epatite A, che ha fino ad oggi fornito importanti risultati. L'incidenza della malattia si è drasticamente ridotta, fino a raggiungere negli ultimi tre anni livelli mai registrati in passato. I dati di copertura vaccinale monitorati, comunque, non sono soddisfacenti ed espongono chiaramente la popolazione al rischio di nuovi eventi epidemici. Un forte intervento deve pertanto essere messo in atto in questa direzione.

Trascurabili risultano al momento le coperture relative alle vaccinazioni di più recente introduzione (antipneumococcica eptavalente ed antimeningococcica di tipo C), mentre ancora del tutto assente la vaccinazione antivaricella.

Anche nell'anziano, negli ultimi anni, sono stati fatti notevoli passi in avanti. Per quanto riguarda la copertura antinfluenzale negli ultrasessantaquattrenni, infatti, si è passati da valori del 42% nel 2000 a più del 70% nelle ultime due stagioni. Questo è dimostrato anche dai dati epidemiologici che mostrano un buon controllo della malattia negli anziani. Deludente invece risulta la copertura per la vaccinazione antipneumococcica che, nonostante sia stata ripetutamente raccomandata in numerosi atti di indirizzo regionali, è stata concretamente avviata solo in poche realtà locali.

Un altro elemento critico nello scenario regionale delle vaccinazioni è rappresentato dai gruppi a rischio. Fino ad oggi, infatti, il punto prioritario in ogni programma di vaccinazione è stato rappresentato dal raggiungimento di coperture adeguate nella popolazione generale. Di conseguenza la vaccinazione dei gruppi a rischio non è mai stata presa in considerazione in progetti specifici regionali, ma è stata condotta in maniera autonoma e, pertanto, non coordinata da singole ASL in base al generico recepimento delle linee di indirizzo regionali e nazionali.

Le anagrafi vaccinali

La Regione Puglia, per il tramite dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e sotto il patrocinio della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, ha avviato già dal 1997 un progetto specifico finalizzato alla informatizzazione degli ambulatori di vaccinazione. Il progetto ha portato fino ad oggi alla realizzazione di un software (GIAVA) ormai giunto alla terza *release*. La progettazione del software ha visto l'impegno diretto di numerosi operatori dei Servizi di vaccinazione che hanno indicato le linee generali di progettazione e ne hanno consentito il test sul campo. Ad oggi, comunque, i livelli globali di informatizzazione dei Servizi continuano ad essere assolutamente deficitari, nonostante la disponibilità di un software a distribuzione gratuita. GIAVA è oggi utilizzato a pieno regime solo nella ASL di Taranto e in un limitato numero di ambulatori sparsi un po' per tutto il territorio regionale. Inoltre la ASL LE1 possiede già da tempo un propria informatizzazione.

Manca pertanto ad oggi un sistema omogeneo regionale che permetta di valutare in maniera continuativa le coperture vaccinali, oltre che aiutare i Servizi nella gestione dei programmi di vaccinazione.

Obiettivi specifici

Realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni

1° anno

- Produrre un censimento dettagliato dei livelli attuali di informatizzazione dei Servizi di vaccinazione, dei PLS e dei MMG.
- Valutazione delle modalità di acquisizione delle liste dei nuovi nati da parte dei servizi vaccinali.
- Fornire l'hardware necessario alla realizzazione dell'anagrafe vaccinale.
- Messa a punto della versione GIAVA 4.0
- Realizzazione di un piano di formazione specifica del personale.
- Avvio della sperimentazione con PLS e MMG in una ASL pilota.

2° anno

- Distribuzione e messa a regime dell'anagrafe vaccinale con copertura almeno del 70% della popolazione regionale
- Sperimentazione in una ASL della integrazione fra anagrafe vaccinale, sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e registro degli eventi avversi
- Estensione della sperimentazione con PLS e MMG ad almeno tre ASL

3° anno

- Allineamento fra anagrafe vaccinale, anagrafi comunali e anagrafe degli assistibili

- Integrazione fra anagrafe vaccinale, sistemi di sorveglianza e registro degli eventi avversi
- Raggiungimento della copertura totale della popolazione regionale
- Messa in rete di PLS e MMG in ogni ASL

Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

1° anno

- Messa a punto delle procedure per la chiamata attiva della popolazione da sottoporre a vaccinazione
- Avvio di incontri sistematici fra gli operatori dei Servizi vaccinali, PLS e MMG per la pianificazione operativa degli obiettivi del Piano Regionale Vaccini
- Allineare la disponibilità di risorse umane in ogni ASL con le necessità derivanti dall'attuazione del Piano Regionale Vaccini (dotazione di nuove unità di assistenti sanitari ed infermieri professionali e/o incentivazione del personale esistente)
- Messa a punto di un programma di certificazione della qualità

2° anno

- Realizzazione di un programma di formazione del personale dei Servizi vaccinali
- Realizzazione di un programma di formazione continua specifico per PLS e MMG
- Pianificazione di un programma di comunicazione per la popolazione generale
- Chiamata attiva della popolazione target (obiettivo >95% per la prima vaccinazione e per la comunicazione dei ritardi vaccinali)
- Sperimentazione del programma di certificazione della qualità in una ASL pilota

3° anno

- Raggiungimento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni raccomandate previste dal Piano Regionale Vaccini
- Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita
- Estensione della chiamata attiva per ogni dose di vaccino e per il recupero di tutti i ritardi vaccinali
- Avvio del sistema qualità su tutto il territorio regionale

Aumento delle coperture nelle categorie a rischio

1° anno

- Attivazione di canali di comunicazione stabili fra Servizi di vaccinazione e differenti settori interni o esterni alla ASL, finalizzati alla identificazione dei soggetti appartenenti ai gruppi a rischio (PLS e MMG, ospedali, centri specialistici, distretti socio-sanitari, unità di statistica ed epidemiologia, associazioni di pazienti, ecc)

- Definizione da parte dei Servizi di vaccinazione delle liste di soggetti in età pediatrica da vaccinare prioritariamente con i vaccini per i quali non è stata ancora avviata la vaccinazione universale

- Definizione di protocolli di collaborazione con enti esterni alle ASL per la vaccinazione antinfluenzale nelle categorie da vaccinare prioritariamente anche se di età <65 anni

2° anno

- Raggiungimento del 60% di copertura nei bambini appartenenti a gruppi a rischio

- Raggiungimento del 50% di copertura antinfluenzale nei gruppi da vaccinare prioritariamente

3° anno

- Raggiungimento della copertura >80% nei bambini appartenenti a gruppi a rischio

- Raggiungimento di almeno il 70% di copertura antinfluenzale nei gruppi da vaccinare prioritariamente

Azioni da intraprendere

Realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni

1° anno

L'anagrafe vaccinale pugliese è realizzata utilizzando il software GIAVA (gestione informatizzata degli ambulatori vaccinali), una soluzione *web based* sviluppata a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che attualmente è già proprietario della versione 3.0 del software.

Il progetto parte dalla realizzazione di un censimento dei livelli attuali di informatizzazione dei Servizi di vaccinazione, dei PLS e dei MMG e dalla valutazione delle attuali modalità di acquisizione delle liste dei nuovi nati da parte dei servizi vaccinali.

Sulla base del censimento sono delineate le necessità in termini di forniture hardware per ciascuna ASL. Ogni ambulatorio di vaccinazione designato dal Servizio vaccinale locale è dotato di un personal computer con accesso alla rete Internet e corredato da una stampante. Contestualmente è messa a punto la versione 4.0 del software GIAVA che offrirà, in più rispetto alla presente versione, la possibilità di acquisire automaticamente le liste dei nuovi nati e permetterà la consultazione da remoto da parte dei PLS e dei MMG.

Il collegamento fra Servizi di vaccinazione, PLS e MMG viene avviato in una ASL pilota già dotata di anagrafe informatizzata al momento della partenza del progetto.

In ogni ASL, invece, è realizzato un piano di formazione specifica del personale addetto alla gestione dell'anagrafe vaccinale. Sono anche programmati incontri con i PLS ed i MMG che aderiranno al progetto.

2° anno

Nel corso del secondo anno l'anagrafe informatizzata è implementata in ogni ASL grazie al collegamento dei singoli ambulatori vaccinali con il database regionale. Il database regionale risiede presso un centro servizi esterno, svincolando in tal modo le singole ASL da problemi di tipo sistemistica e permettendo la creazione di un unico database regionale. E' contestualmente avviata, a livello sperimentale in una ASL campione, scelta fra quelle con esperienza di più lunga durata, della integrazione fra anagrafe vaccinale, sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e registro degli eventi avversi. Nel corso del secondo anno l'integrazione informativa fra Servizi vaccinali, PLS e MMG è estesa ad almeno tre ASL.

3° anno

Nel corso del terzo anno del progetto è avviato l'allineamento fra anagrafe vaccinale, anagrafi comunali e anagrafe degli assistibili. In ogni ASL, laddove presente la disponibilità da parte degli uffici comunali, le liste dei nuovi nati sono fornite su supporto informatico. I dati così ottenuti sono costantemente aggiornati utilizzando il datawarehouse regionale della anagrafe degli assistiti. L'integrazione fra anagrafe vaccinale, sistemi di sorveglianza e registro degli eventi avversi è diffusa a tutte le ASL, così come è consentito l'accesso alla anagrafe vaccinale a tutti i PLS e MMG.

Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

1° anno

Uno dei punti prioritari che migliorerebbe le attività vaccinali sia in senso quantitativo che qualitativo è rappresentato dalla chiamata attiva della popolazione target attraverso inviti scritti, telefonici o via SMS. Nel corso del primo anno, pertanto, viene avviato in ogni ASL un percorso che porterà, entro la fine del progetto, alla chiamata attiva in occasione di ogni appuntamento vaccinale.

Al fine di raggiungere un'unica visione aziendale nella realizzazione del Piano Regionale Vaccini necessaria al fine di migliorare la qualità dell'offerta, è avviata una serie di incontri sistematici fra gli operatori dei Servizi vaccinali, PLS e MMG per la pianificazione operativa degli obiettivi specifici da raggiungere. Gli incontri sono condotti seguendo uno schema tipo da concordare a livello regionale.

La scarsa qualità dell'offerta vaccinale che può essere registrata in alcune realtà territoriali è certamente oggi da ascrivere ad una cronica carenza di personale e, soprattutto, di personale adeguatamente formato nel campo delle vaccinazioni che, è bene sottolineare, è in continuo e costante sviluppo. Risulta necessario pertanto allineare la disponibilità di risorse umane in ogni ASL con le necessità derivanti dall'attuazione del Piano Regionale Vaccini attraverso la dotazione di nuove unità di assistenti sanitari ed infermieri professionali e/o l'incentivazione del personale

esistente. Il sistema dell'incentivazione è utilizzato in particolare per il personale medico. La dotazione di personale infermieristico da fornire viene calcolata in funzione del numero annuale di nuovi nati, in ragione di 1 ogni 800 nuovi nati.

E' messo a punto un progetto di certificazione della qualità con il supporto tecnico di società scientifiche (SItI) o ASL pugliesi che hanno esperienza nel campo specifico.

2° anno

A partire dal secondo anno viene avviato il programma di formazione del personale dei Servizi vaccinali condotto con il supporto delle Università e delle Società Scientifiche principalmente coinvolte (SItI e SIP in prima linea). Sono messi in atto programmi finalizzati ad aggiornare le conoscenze sull'epidemiologia delle malattie prevenibili da vaccino, sulla dinamica epidemiologica dei programmi di vaccinazione, sui nuovi vaccini, sulle reazioni avverse, sulle vere e false controindicazioni, ecc.

Contestualmente è avviato un programma di formazione continua specifico per PLS e MMG i cui temi saranno di volta in volta concordati a livello regionale per il tramite della Commissione Vaccini, al cui interno sono appunto presenti rappresentanti sia dei PLS che dei MMG.

E' avviato un programma di comunicazione per la popolazione generale, al fine di diffondere le conoscenze sui vaccini, sulla loro sicurezza, sui vantaggi derivanti dalle vaccinazioni. Il programma viene condotto attraverso la distribuzione di materiale informativo cartaceo, ma soprattutto attraverso l'intervento diretto degli operatori sanitari che devono essere coinvolti in prima persona in ogni ASL.

Nel corso del secondo anno in ogni ASL entra a regime il sistema della chiamata attiva della popolazione target per la prima vaccinazione dell'infanzia e per la comunicazione dei ritardi vaccinali.

Il piano qualità viene sperimentato in una ASL campione.

3° anno

Tutte le azioni avviate nei primi due anni del progetto sono sostenute nel corso del terzo anno al fine di raggiungere le coperture vaccinali previste dal Piano Regionale Vaccini e gli obiettivi previsti dal Piano di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

Sono inoltre estese le procedure di chiamata attiva anche per gli appuntamenti successivi al primo e per il recupero di tutti i ritardi vaccinali.

Il piano qualità è esteso a tutte le ASL della regione.

Aumento delle coperture nelle categorie a rischio

1° anno

Il punto critico da superare per ottenere buone coperture vaccinali nei gruppi a rischio è la individuazione di tali soggetti per la proposizione attiva della vaccinazione. In molti casi si tratta di pazienti già stabilmente in contatto con il servizio sanitario regionale, per cui risulta necessario attivare canali di comunicazione stabili fra Servizi di vaccinazione e altri soggetti interni o esterni alla ASL, quali PLS e MMG, reparti specialistici di ospedali, ambulatori specialistici territoriali, altre strutture dei distretti socio-sanitari, ma anche le unità di statistica ed epidemiologia e le associazioni di pazienti.

Nel corso del primo anno devono essere disponibili, presso i Servizi di vaccinazione, le liste dei soggetti in età pediatrica da vaccinare prioritariamente con i vaccini per i quali non è stata ancora avviata la vaccinazione universale, quali l'antipneumococcico, l'antimeningococcico, l'antivaricella.

Sono contestualmente avviati protocolli di collaborazione con enti esterni alle ASL (altre strutture sanitarie, scuole, comuni, forze dell'ordine) per la vaccinazione antinfluenzale nelle categorie da vaccinare prioritariamente anche se di età <65 anni, come fra l'altro previsto dai recenti Piani nazionali per affrontare l'eventuale emergenza pandemia.

2° anno

Le azioni intraprese nel primo anno devono essere messe in atto sia per aumentare la copertura nei bambini appartenenti a gruppi a rischio che per la copertura antinfluenzale nei gruppi da vaccinare prioritariamente. Il secondo anno è interamente dedicato alla esecuzione delle vaccinazioni in questi gruppi per recuperare quei soggetti mai vaccinati in precedenza.

3° anno

Nel corso del terzo anno del progetto le procedure già sperimentate negli anni precedenti devono entrare a regime. Sono contestualmente verificati e consolidati i rapporti collaborativi e comunicativi con gli altri attori del sistema. Le coperture vaccinali devono essere mantenute stabilmente su livelli elevati.

Monitoraggio

Per tutta la durata del progetto sarà costituita presso ciascuna ASL una Unità Aziendale di Progetto (UAP) costituita dal Direttore del Servizio di Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, da un rappresentante dei PLS, uno dei MMG ed un Assistente sanitario o Infermiere proveniente dai Servizi di vaccinazione. La UAP garantisce lo svolgimento del Progetto sul territorio della ASL e funge da interfaccia fra ASL e unità di coordinamento regionale in ogni fase del programma e fornisce tutti i dati disponibili per la valutazione dello stato di avanzamento del progetto.

Per i componenti delle UAP è previsto un periodo comune di formazione a livello regionale per ciascuno dei tre anni di durata del progetto.

Modalità di coordinamento centrale presso la Regione

Il coordinamento del Progetto a livello regionale è affidato alla Commissione Regionale Vaccini che si avvarrà dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le attività di monitoring ed audit.

Tempi

Azioni	Semestri					
	1	2	3	4	5	6
Censimento dotazione hardware						
Valutazione sistemi di acquisizione liste nati						
Fornitura hardware						
Rilascio GIAVA versione 4.0						
Formazione del personale						
Sperimentazione collegamento con PLS e MMG in una ASL e successiva estensione a tutta la Regione						
Messa a regime dell'anagrafe vaccinale						
Sperimentazione integrazione con registro reazioni avverse e malattie infettive in una ASL e successiva estensione a tutta la Regione						
Allineamento anagrafe vaccinale con anagrafe comuni e assistiti SSR						
Messa a punto procedure chiamata attiva						
Riunioni periodiche fra SV, PLS e MMG						
Dotazione di nuovo personale						
Programma di formazione continua						
Avvio di un programma di comunicazione verso l'utenza						
Avvio della chiamata attiva						
Messa a punto del sistema di certificazione della qualità delle attività vaccinali						
Avvio di canali comunicativi per la predisposizione delle liste dei gruppi a rischio						
Predisposizione delle liste dei gruppi a rischio in età pediatrica						
Avvio protocolli di collaborazione con enti esterni per la vaccinazione antinfluenzale						
Vaccinazione gruppi a rischio età pediatrica						
Vaccinazione gruppi a rischio influenza						

Costi

	1° anno	2° anno	3° anno
Fornitura hardware e connettività	250.000	35.000	35.000
Manutenzione e funzionamento		45.000	45.000
Aggiornamento software GIAVA	25.000		
Link con anagrafi comunali e assistiti SSR	0	25.000	25.000
Manutenzione software e hosting database	0	25.000	25.000
Maggior costo vaccini	5.000.000	5.000.000	5.000.000
Personale da assumere	2.192.700	2.192.700	2.192.700
Incentivazione personale	887.300	887.300	887.300
Formazione del personale	120.000	120.000	120.000
Programma di comunicazione		120.000	120.000
Sistema qualità	15.000	25.000	25.000
Monitoraggio e auditing	10.000	25.000	25.000
Totale	8.500.000	8.500.000	8.500.000