

Sintesi percorso
Vaccinazioni in farmacia

Farmacie abilitate alla somministrazione dei vaccini
antinfluenzali e anti SARS-Covid-2/COVID-19
all'11 settembre 2023

PROVINCE	ADESIONI AL 28/09/23	FARMACIE APERTE	% SU FARMACIE DELLA PROVINCIA	Variazioni rispetto al 20/02/23
PIACENZA	35	100	35%	0
PARMA	20	146	14%	0
REGGIO EMILIA	51	155	33%	0
MODENA	53	205	26%	0
BOLOGNA	110	299	37%	-1
FERRARA	23	128	18%	1
RAVENNA	29	112	26%	0
FORLI'-CESENA	18	119	15%	0
RIMINI	26	103	25%	0
TOTALE RER	365	1367	27%	0

NB: nell'anno 2022 somministrate

- 10.000 dosi vaccino antinfluenzale e
- 27.000 dosi di vaccino anti Sars-CoV-2

Sintesi elementi quadro relativi alla vaccinazione in farmacia

Vaccinazione	Target di popolazione	Vaccini da utilizzare	Modalità approvvigionamento	Remunerazione
ANTINFLUENZALE	<input type="checkbox"/> persone assistite in RER, maggiorenni, appartenenti alle categorie cui è rivolta offerta gratuita <input type="checkbox"/> persone maggiorenni che eseguono la vaccinazione non a carico SSR NB: somministrazione scheda eleggibilità vaccinazione in farmacia; no persone mai vaccinate	<input type="checkbox"/> Split <input type="checkbox"/> Adjuvato	in DPC (apposita funzione già attivata) anche per confezionamenti multidose	DGR 1812/2022: remunerazione complessiva a vaccinazione eseguita e regolarmente registrata pari a 6,70 euro IVA esenti
ANTI SARS-CoV-19	<input type="checkbox"/> persone assistite in RER, maggiorenni NB: somministrazione scheda eleggibilità vaccinazione in farmacia; no persone mai vaccinate	<input type="checkbox"/> Vaccino mRNA o proteico, in base alla disponibilità NB: per vaccino Comirnaty Omicron XBB 1.5 il flaconcino è multidose (6 dosi) già diluito	programmazione settimanale con gestione centralizzata dal Gestore di web DPC delegato dai Distributori intermedi a inviare alle AUSL di riferimento i dati; il Distributore 'capofila' funge da collettore verso magazzini 'satellite'	DGR 1337/2021 DGR 1201/2023 remunerazione della prestazione pari a 10,40 euro, onnicomprensivi ed esenti IVA.

NB

- Se vaccinazione antinfluenzale NON è a carico SSN, NON si applica la DPC. Si applicano le condizioni dell'accordo nazionale: compenso= atto professionale per singolo inoculo (6,16 €) + prezzo al pubblico di acquisto del vaccino.
- NON è prevista la vaccinazione antipneumococcica in farmacia

Cenni sul periodo di validità del vaccino Comirnaty Omicron XBB 1.5

Vaccino COVID-19 Comirnaty Omicron XBB.1.5 a base di raxtozinameran

AIC 050813029

Indicato per soggetti di età pari o superiore a 12 anni

Flaconcino monodose o multidose con capsula di chiusura grigia.

Ogni flaconcino contiene 6 dosi e non necessita di diluizione.

Nel rinviare a una attenta lettura dell'RCP del farmaco, si mette in evidenza che dopo scongelamento, il vaccino Comirnaty Omicron XBB.1.5 si mantiene 10 settimane a temperatura 2-8 C°.

Dopo apertura del flaconcino, la stabilità chimica e fisica è stata dimostrata per 12 ore a una temperatura compresa tra 2 e 30 °C

FORMAZIONE FARMACISTI VACCINATORI

FAD

<https://www.eduiss.it/course/index.php?categoryid=51>

La somministrazione in sicurezza dei vaccini antinfluenzale e anti Covid-19 nelle Farmacie

Informazioni Generali

Il corso FAD "La somministrazione in sicurezza del vaccino antinfluenzale e anti Covid-19 nelle Farmacie" intende fornire i contenuti tecnico-scientifici necessari alla somministrazione da parte dei farmacisti delle vaccinazioni antinfluenzale e anticovid-19.

Il corso abilita il farmacista alla vaccinazione antinfluenzale e anti Covid-19 purché integrato da esercitazione pratica documentata.

Iscrizioni	15 marzo 2023 – 6 marzo 2024 (o ad esaurimento del limite di partecipanti iscritti)
Modalità di Iscrizione	Seguire le istruzioni contenute nella pagina: " Come iscriversi a un corso "
Limite partecipanti	20.000
Destinatari	Professione sanitaria ECM: Farmacista
Accreditamento ECM	Disciplina ECM: Farmacia territoriale
Crediti ECM	n. Crediti: 20,8 - ID AGENAS 380637
Obiettivo ECM	Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali
Periodo di erogazione del Corso	15 marzo 2023 – 13 marzo 2024
Tempo previsto per la fruizione	16 ore
Per ulteriori informazioni	Programma del Corso



La somministrazione in sicurezza dei vaccini antinfluenzale e anti Covid-19 nelle Farmacie

FORMAZIONE PRATICA
c/o sedi vaccinali
aziendali

Dovrebbe riguardare

- inoculo vaccino
- gestione del vaccino (con cenni alle differenze nella gestione tra vaccini anti SARS-CoV-2 e vaccini antinfluenzali)
- dialogo con il paziente, sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore, monitoraggio post inoculo, farmacovigilanza e gestione dei rifiuti

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

VACCINAZIONI IN FARMACIA
REV. 02 AGGIORNATO AL 12/10/2023 MODIFICATA RER

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE E/O ANTISARS-CoV-2/COVID-19
MODULO DI CONSENSO

Modulo disponibile su ER-Salute per consentire ai cittadini di recuperare, leggerlo in anticipo e valutare propria idoneità alla vaccinazione in farmacia

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

VACCINAZIONI IN FARMACIA
REV. 02 AGGIORNATO AL 12/10/2023 MODIFICATA RER

VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE E/O ANTISARS-CoV-2/COVID-19
MODULO DI CONSENSO

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita _____

Residenza: _____ Telefono: _____

Tessera sanitaria (se disponibile) Codice fiscale _____

Breve descrizione dell'appartenenza alla seguente categoria a rischio che dà diritto somministrazione gratuita del vaccino antinfluenzale:

• Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la documentazione antiCOVID-19 di nuova formulazione e valido per le nuove varianti.
• Ho riferito al Farmacista le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.
• Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al/ai vaccino/i e al mio stato di salute ottenendo e da me comprese.
• Sono stato correttamente informato con parole a me chiare. Ho compreso i benefici ed i rischi di modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto.
• Sono consapevole che qualora si verificassero qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità immediatamente il mio Medico curante e seguire le indicazioni.
• Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino non si verificano reazioni avverse immediate.

ACCONSENTO E AUTORIZZO la somministrazione del/dei vaccino/i _____

RIFIUTO la somministrazione del/dei vaccino/i _____

Data e luogo: _____

Firma della persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale _____

Data e luogo: _____

Firma della persona che rifiuta il Rappresentante legale _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Nome cognome e ruolo (FARMACISTA) _____

2. Nome cognome e ruolo _____

Conferma che il vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione con _____

Conferma che il vaccinando ha espresso vaccinazione con _____

dopo essere stato adeguatamente informato. _____

dopo essere stato adeguatamente informato _____

Firma _____

Firma _____

La presenza del secondo Professionista Sanitario non è indispensabile in caso di Vaccinazione altro consenso ove operi un Singolo Medico, al domicilio della Persona Vaccinata o in stato organizzativo.

Dettagli operativi della vaccinazione

	Sito di Iniezione		Lotto n°	Scad.	Luogo di somministrazione
Antinfluenzale	Braccio destro	Braccio sinistro			
	Braccio destro	Braccio sinistro			
anti-COVID-19					

ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE e/o ANTISARS-CoV-2/COVID-19 ELENCO QUESITI

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari adotti alla vaccinazione

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte SI o Non so, ad eccezione dei quesiti n. 1, 6, 13 e 14 dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale o tessera sanitaria	Telefono	QUESITI	SI*	NO
				1) Ha già ricevuto la somministrazione di un analogo tipo di vaccino? Solo in caso di risposta positiva potrà essere eseguita la vaccinazione in farmacia. Se sì, quale: _____		
				2) Attualmente è malato?		
				3) Ha febbre?		
				4) Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare: _____		
				5) Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?		
				6) Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad es. asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi NON rientranti nell'elenco posto in allegato A di seguito riportato?		
				7) Rispetto al quesito precedente (6) dall'ultima dose somministrata le è stata diagnosticata un'altra patologia cronica o è mutato il quadro clinico preesistente?		
				8) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, infima, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)		
				9) Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (Esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci immunosoppressori, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?		
				10) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?		
				11) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?		
				12) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A		
				13) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quali? _____		
				14) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?		
				15) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?		
				16) Sta allattando?		
Ulteriori quesiti per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19						
				17) Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 affetta da COVID-19?		
				Manifesta uno dei seguenti sintomi: - Tossire/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simili influenzali? - Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto? - Dolore addominale/diarrea? - Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?		
				18) A seguito delle precedenti dosi di vaccino anti-covid-19 si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche? Se sì quali reazioni: _____		
				19) Pregressa infezione da COVID-19 negli ultimi 3 mesi? Se sì, quando: _____		

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

VACCINAZIONI IN FARMACIA
REV. 01 AGGIORNATO AL 23/03/2023 MODIFICATA RER

Allegato A al Modulo Idoneità/non idoneità alla vaccinazione in Farmacia convenzionata
ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE DEFINISCONO IL CITTADINO ESTREMAMENTE VULNERABILE E CHE DETERMINANO L'INVIO AL MEDICO CURANTE O ALTRO SERVIZIO (secondo quanto definito dall'allegato 2 della circolare Min.Sal. del 11 luglio 2022)

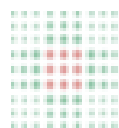
Rimangono valide le indicazioni degli accordi precedenti che prevedono l'invio del cittadino al proprio curante o ai servizi vaccinali e/o ospedalieri in caso di patologie con quadri complessi come indicato nella tabella seguente, e a suo tempo individuati dal Ministero della Salute.

Allegato 2

Tabella 1. Condizioni concomitanti/pre-esistenti di elevata fragilità, con indicazione alla seconda dose di richiamo (second booster) di vaccino anti SARS-CoV-2/COVID-19, nei soggetti di età uguale o superiore ai 12 anni.

Tale elenco potrà essere aggiornato sulla base di evidenze disponibili.

Arce di patologia/condizione	Definizione della condizione
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica; - Malattie respiratorie che necessitano di ossigenoterapia.
Malattie cardiovascolari	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III - IV NYHA), - Pazienti post-shock cardiogeno.
Malattie neurologiche	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Miastenia gravis.
Diabete / altre endocrinopatie severe	- Patologie neurologiche disimmuni. - Diabete di tipo 1, - Diabete di tipo 2 in terapia con almeno 2 farmaci per il diabete o con complicate: - Morbo di Addison; - Panipopulmonarismo.
Malattie epatiche	- Cirrosi epatica
Malattie cerebrovascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale con compromissione dell'autonomia neurologica e cognitiva - Stroke nel 2020-22; - Stroke antecedente al 2020 con ranking >= 3.
Emoglobinopatie	- Talassemia major; - Anemia a cellule falciformi; - Altre anemie gravi.
Altro	- Fibrosi cistica; - Sindrome di Down; - Grave obesità (BMI >35); - Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3



ALLEGATO AL MODULO DI CONSENSO VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE e/o ANTISARS-CoV-2/COVID-19 ELENCO QUESITI

Da compilare a cura del vaccinando e da riesaminare insieme ai professionisti sanitari
addetti alla vaccinazione

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, ad eccezione dei quesiti n. 1, 6, 13 e 14 dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Nome e Cognome		Data e luogo di nascita			
Codice fiscale o tessera sanitaria		Telefono			
QUESITI			SI'	NO	Non so
1)	Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogha tipologia di vaccino? Solo in caso di risposta positiva potrà essere eseguita la vaccinazione in farmacia. Se sì, quale:				
2)	Attualmente è malato?				
3)	Ha febbre?				
4)	Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? Se sì specificare:				
5)	Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?				
6)	Soffre di malattie cardiache, cardiovascolari, cerebrovascolari, polmonari quali ad <u>es.</u> asma, malattie renali, diabete, dislipidemie, anemie o altre malattie del sangue, malattie epatiche, malattie a carico di altri organi NON rientranti nell'elenco posto in allegato A di seguito riportato?				
7)	Rispetto al quesito precedente (6) dall'ultima dose somministrata le è stata diagnosticata un'altra patologia cronica o è mutato il quadro clinico preesistente?				

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, ad eccezione dei quesiti n. 1, 6, 13 e 14 dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

8) Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (Esempio: cancro, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, trapianto, patologie autoimmuni)			
9) Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?			
10) Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?			
11) Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?			
12) Appartiene a una delle categorie dei soggetti estremamente vulnerabili di cui all'elenco in Allegato A			
13) Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? Se sì, quale/i?			
14) Sta assumendo farmaci anticoagulanti?			
15) E' in gravidanza o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla somministrazione?			
16) Sta allattando?			

Solo in caso di risposta NO a tutti i quesiti della Scheda il cittadino potrà eseguire la vaccinazione presso una Farmacia convenzionata; in caso di risposte Sì o Non so, ad eccezione dei quesiti n. 1, 6, 13 e 14 dovrà essere inviato al medico o al punto vaccinale.

Ulteriori quesiti per la vaccinazione antiSARS-CoV-2/COVID-19			
17) Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata da Sars-CoV-2 affetta da COVID-19?			
Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
- Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?			
- Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?			
- Dolore addominale/diarrea?			
- Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?			
18) A seguito delle precedenti dosi di vaccino anticovid-19 si sono verificate reazioni importanti o gravi che hanno comportato il ricorso a cure mediche? Se sì quali reazioni:			
19) Pregressa infezione da COVID-19 negli ultimi 3 mesi? Se sì, quando:			

Prime indicazioni campagna di vaccinazione anti-COVID19, stagione 2023-2024

Le vaccinazioni anti-COVID19 saranno rese disponibili in anticipo rispetto all'avvio previsto per la campagna antinfluenzale, pertanto è possibile, compatibilmente con l'organizzazione delle Aziende sanitarie, avviare le somministrazioni in anticipo rispetto all'inizio della campagna antinfluenzale (16 ottobre 2023) secondo le priorità e i target indicati

Pianificazione e prioritarizzazione dell'offerta vaccinale anti-COVID19, stagione 2023-2024 (mesi di ottobre e novembre)

Priorità	Settimana di partenza	Popolazione target	Modalità erogazione prestazione	Note
1	2 ottobre 2023	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ospiti e operatori delle casa-residenza per anziani (CRA/RSA) ▪ Operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MMG e Medici di struttura Vaccinazione presso le CRA ▪ Medici competenti presso le Strutture sanitarie secondo modalità definite dalle AUSL/AOU 	<p>In questi setting le aziende potranno anticipare anche la vaccinazione antinfluenzale prevedendo l'utilizzo dei vaccini indicati dalla circolare RER 4/2023 in modo da favorire la co-somministrazione.</p> <p>A tal proposito dovranno, se non già fatto provvedere ad eseguire gli Ordini di Fornitura con consegna urgente.</p>
2	16 ottobre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soggetti over 80 di età, 2. Soggetti con marcata compromissione del sistema immunitario compresi i conviventi, 3. Soggetti over 60 di età, 4. Altri soggetti target come da indicazioni ministeriali (patologici cronici). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MMG ▪ Farmacie ▪ Servizi vaccinali (SISP e PdC) ▪ Altri punti vaccinali territoriali (CdC) o ospedalieri identificati dalle Aziende Sanitarie 	<p>Con l'aumentare delle consegne di vaccino da parte del Ministero potrà essere allargata .</p> <p>L'offerta, in un primo momento, essere garantita secondo l'ordine indicato in colonna 3.</p>
3	Nov-dicembre	Soggetti sani che ne fanno richiesta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MMG farmacie 	<p>La vaccinazione potrà essere somministrata a richiesta ma dovrà essere sempre garantita la vaccinazione alle categorie precedentemente indicate</p>

Modulo adesione

DGR 1709/2022

**ALLEGATO 1. MODULO DI AUTODICHIARAZIONE PER ADESIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
IN FARMACIA DEI VACCINI**

da compilare nell'apposito modulo - forms di office

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa _____, titolare o direttore o legale rappresentate della
farmacia _____ Codice della farmacia _____

Indirizzo della farmacia _____

Comune _____ Provincia _____

Azienda Sanitaria di riferimento _____

aderisco al progetto regionale di somministrazione del vaccino

- anti SARS-CoV-2
- antinfluenzale

Le farmacie che intendano aggiungersi a quelle già attive, qualora in possesso dei criteri indicati nelle DGR n. 1337/2021, n. 1709/2022 e n. 1812/2022 devono

- inviare il modulo compilato alle ASL e
- compilare il form (vaccinazioni covid e antinfluenzali):

<https://forms.office.com/r/wXedCA6y5L>

La compilazione del form è vincolante per poter ricevere le pw di accesso all'AVR

Registrazione dati su AVR

In riferimento alla registrazione elettronica dei dati di cui all'allegato 6 della circ. 4/2023, i farmacisti, nella fase di registrazione della vaccinazione (COVID e antinfluenzale), le farmacie dovranno:

TRACCIARE LA FARMACIA PRESSO LA QUALE LAVORANO

- in fase di registrazione sul portale SOLE – sezione vaccinazioni - dell'avvenuta vaccinazione al cittadino, il farmacista vaccinatore, dopo avere compilato i dati relativi alla vaccinazione, primo dell'invio dei dati al sistema, deve inserire nel campo note il codice regionale a 8 cifre della farmacia presso la quale ha effettuato la vaccinazione (es. 11411182).
- poiché il campo è a testo libero, il farmacista deve apporre molta attenzione al fine di digitare dati corretti.

PRECISARE SE VACCINAZIONE A CARICO SSR O A PAGAMENTO

- in fase di registrazione del dato, nella sezione "vaccinazione pagata da" scegliere una sola delle due opzioni:
 - vaccinazione a carico SSN
 - pagamento integrale

Criteria estrazione dati da parte delle Aziende sanitarie ai fini della remunerazione farmacie somministrazione vaccini antinfluenzali

CRITERI

- A. estrazione n° vaccini erogati tramite webdpc
- B. estrazione n° vaccini registrati in AVR
- C. pazienti maggiorenni
- D. per i cittadini afferenti della categoria 10, selezionare età maggiore a 60

CASISTICHE

A = B ok

A < B) vale dato A (non sono considerati vaccini erogati al paziente a pagamento, ancorché registrati su portale come aventi diritto)

A > B) vale dato B (non sono considerati eventuali vaccini consegnati in DPC alla farmacia la cui somministrazione non è registrata su AVR); l'AUSL provvede al recupero economico del vaccino acquistato ed erogato alla farmacia

Attribuzione dosi per vaccinazione antinfluenzale 2023-2024 in farmacia

	SPLIT	ADIUVATC
PC	2.580	3.800
PR	3.550	5.250
RE	4.090	6.000
MO	6.060	9.200
BO	7.630	11.700
IM	1.160	1.750
FE	3.250	4.800
ROM	8.700	12.000
totale	37.020	54.500