

Scheda di progetto

SCHEMA DI PROGETTO			
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Implementazione servizi socio-sanitari in strutture di prossimità	
2	REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA	Regione Campania	
3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera regionale, atto.ecc)	Importo
	Risorse assegnate per l'anno 2020	D.L. 34/2020 convertito nella L. 77/2020, art. 1, comma 11 - attuazione del comma 4-bis	€ 2.325.454,30
	Risorse assegnate per l'anno 2021		€ 2.317.826,00
4	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/ P.A.	L'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria è l'insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. In Regione Campania una molteplicità di fattori favoriscono elevati livelli di bisogno di natura complessa ovvero la sussistenza di condizioni di “fragilità” che possono essere affrontate solo attivando una risposta integrata di natura sociosanitaria. Il sistema organizzativo della Regione Campania prevede come strutture di prossimità, precedenti all'avvio del PNRR, le SPS, strutture polifunzionali della salute, che al proprio interno ospitano più tipologie di strutture e/o servizi sanitari territoriali. La SPS rappresenta un presidio strategico del Distretto Sanitario, una forma organizzativa avanzata, a complessità variabile e ad elevata flessibilità, un centro attivo e dinamico in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala. La pandemia da Sars Cov-2 ha mostrato l'urgenza di rafforzare l'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria per le categorie di soggetti fragili, soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, per la presa in carico e la riabilitazione ma anche per il potenziamento di azioni di promozione e prevenzione. Nell'ambito delle “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità” secondo l'Intesa ai sensi dell'art.1, comma 4-bis del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 77, tra il governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021, che identificano le finalità, i criteri nonché le modalità per la realizzazione della sperimentazione delle strutture di prossimità per il biennio 2020/2021, nel contesto regionale	

		sono state individuate due strutture destinatarie dei fondi: una struttura nel territorio della ASL SALERNO e una struttura presso la ASL NA3sud. • ASL SALERNO – L'Azienda, ha attivato, presso la sede dell'ex ospedale di Sant'Arsenio (Sa) un Ospedale di Comunità e UCCP, realizzato avvalendosi dei finanziamenti APQ. Nella suddetta struttura sono previsti: - un Consultorio - SIR e centro di Salute Mentale della UOSM del Distretto - Struttura Doppia Diagnosi - Hospice - Dipartimento di Prevenzione - Attività Distrettuali Ambulatoriali • Attività distrettuali più servizi comuni • ASL NA3 SUD - Presso l'ex plesso ospedaliero di Gragnano (Na) è attiva una struttura per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare ai pazienti Covid positivi attraverso l'erogazione di prestazioni di telemedicina, secondo gli standard previsti dall'Accordo Stato regioni del 17/12/2020 "Linee di indirizzo per la telemedicina". La struttura è dotata di una centrale operativa funzionante h24, con personale sanitario specificamente qualificato. L'ASL NA3sud implementa un programma di sviluppo della medicina territoriale, finalizzato a realizzare una assistenza pro-attiva, intesa come medicina di iniziativa, con l'impiego di una cartella clinica informatizzata e della telemedicina nelle cure domiciliari e nella gestione delle patologie croniche.
--	--	--

5	OBIETTIVI	Gli obiettivi generali sono legati ad un sistema di azioni volte ad implementare le attività all'interno delle strutture sociosanitarie di prossimità preesistenti al PNRR: • rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali; • presa in carico globale dei pazienti in particolari condizioni di fragilità e non autosufficienza, favorendo la scelta assistenziale domiciliare rispetto a quella istituzionale, coerentemente con le indicazioni fornite dall'art.21 del DPCM 12 gennaio 2017. • migliorare l'autonomia delle persone con disabilità attraverso servizi sanitari e sociali di comunità; • offrire un'assistenza domiciliare e comunitaria ampia ed inclusiva; • consolidare il ruolo della collettività anche attraverso l'individuazione di una struttura che sia punto di riferimento locale per i bisogni sociali e sanitari promuovendo un servizio integrato e un modello di intervento multidisciplinare.
---	------------------	--

		• utilizzare la telemedicina per potenziare la gestione clinica del paziente a distanza, facilitando l'intervento dei diversi professionisti interessati al trattamento e la residenzialità e assicurando una offerta di cure anche specialistiche per rispondere in maniera più appropriata nei casi di maggiore complessità assistenziale. Le due strutture identificate saranno impegnate al raggiungimento degli obiettivi generali secondo le proprie vocazioni strutturali e territoriali.
--	--	---

6	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente	• Facilitare l'intervento specialistico nei percorsi di cura domiciliare; • migliorare l'offerta di servizi che riducono l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione per favorire il domicilio come luogo di cura elettivo. • ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri per frequenti riacutizzazioni delle patologie croniche; • assicurare l'accessibilità e fruibilità dei servizi; • garantire la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale e unitaria, • migliorare la qualità di vita e la dignità della persona malata; • perseguire una maggiore umanizzazione delle cure; • contrastare la frammentazione e duplicazione degli interventi;
	A lungo periodo a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto.	• Promuovere e rafforzare un'assistenza di prossimità, vicina ai bisogni dei cittadini, per consentire un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie, attraverso la definizione di standard qualitativi e quantitativi uniformi, il potenziamento della rete dei servizi distrettuali, nonché il consolidamento di quella ospedaliera ad essa integrata. • potenziare l'integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie (una o più patologie) e/o cronicità. • favorire l'incontro tra domanda ed offerta di servizi creando condizioni per una maggiore conoscenza ed intervento sulle situazioni di fragilità e disagio. • sviluppo dell'empowerment del paziente con l'obiettivo di mettere il paziente stesso al centro delle sue cure.

7	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione

	Presenza di una struttura già disponibile convertita in presidio territoriale dotata di spazi necessari a realizzare i servizi e le funzioni connesse alla implementazione e alla funzionalità della struttura intermedia	Costituzione di un gruppo operativo di competenze e di professionisti dei vari servizi. Tale gruppo di lavoro ha la funzione di facilitare, attraverso l'integrazione ed il coordinamento delle attività, la realizzazione dell'adeguamento strutturale e funzionale della struttura intermedia. L'utilizzo della stessa struttura adibita anche ad altre funzioni permetterà alla cittadinanza di ottenere servizi e prestazioni in tempi più rapidi oltre che consentire la circolarità delle informazioni.
--	---	--

8	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	La carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, le disomogeneità regionali presenti nell'offerta dei servizi di assistenza territoriale, soprattutto per le popolazioni che abitano in zone rurali o svantaggiate, costituiscono le criticità più rilevanti.	Implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità, collocando nello stesso spazio fisico un insieme di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e sfruttando la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori.

9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista
		01 dicembre 2021	31 dicembre 2022

10	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO	
	Diversi studi hanno ormai dimostrato che i sistemi sanitari maggiormente orientati sulle cure primarie assicurano outcomes di salute e livelli di equità nell'accesso alle cure superiori ai sistemi che privilegiano il setting ospedaliero e, aspetto non trascurabile, con maggiore soddisfazione dell'utente e costi più contenuti. Tale modello di assistenza orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (il paziente diventa co-artefice del processo di cura), familiari e sociali, consente azioni ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria e che prevedano il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore. Il progetto si suddivide in due macro-azioni con sfumature differenti legate ad aspetti strutturali, geografici e territoriali. 1) Implementazione della struttura di prossimità polivalente e polifunzionale presso l'ex ospedale di Sant'Arsenio – ASL Salerno - RISORSE STANZIATE € 2.321.640,15	

	Creazione di una struttura polivalente integrata che offra servizi in cui venga fornita assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Il progetto si concretizza attraverso l'utilizzo dei locali siti al primo ed al terzo piano, per una superficie complessiva di 1200 mq, dell'ex-ospedale ubicato nel Comune di Sant'Arsenio. Nella struttura si concretizza il lavoro multidisciplinare attraverso un team di operatori (medici di base, specialisti ambulatoriali, personale tecnico-amministrativo e sanitario e operatori dell'area sociale) messi nelle condizioni di lavorare superando le precedenti divisioni. La struttura raggruppa un insieme di attività organizzate in specifiche aree di intervento profondamente integrate tra loro in cui si realizza concretamente: - la presa in carico del cittadino attraverso un punto unico di integrazione socio sanitaria, - la prevenzione primaria, secondaria e terziaria; - assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multi disciplinare, - integrazione con il servizio di continuità assistenziale per la presenza nello stabile dell'Ospedale di comunità - garanzia della partecipazione dei cittadini, che viene disciplinata attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate. L'organizzazione appena delineata, caratterizzata da una forte modularità, coinvolge i servizi che afferiranno a tale area di progetto. Nel loro complesso essi possono ricomprendere le seguenti linee di attività: - Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze; - Ambulatorio dei medici di Medicina generale - Continuità assistenziale (ex guardia medica); - Ambulatorio infermieristico; - Ambulatorio di valutazione e cura dei disturbi cognitivi -Attività specialistiche, -Area delle tecnologie diagnostiche semplici. - CUP - Porta Unica di accesso (PUA) - area dei servizi sanitari - area dei servizi socio-sanitari - area dei sevizi sociali. - Sala di telemedicina In merito a quest'ultimo punto verrà rafforzata l'integrazione con il Servizio cure domiciliari anche in considerazione dello specifico Regolamento Cure Domiciliari Integrate in Provincia di Salerno adottato dall'ASL con Deliberazione n.336 del 14-3-2022 ed approvato con specifici atti da ciascun ambito. Il regolamento ha previsto una procedura di accreditamento unica per l'erogazione delle prestazioni dell'operatore socio sanitario, redatta ed approvata in data 4-5-2022 dagli Ambiti Territoriali Sociali della provincia di Salerno. Ciò ha dato avvio all'indizione di Manifestazioni di interesse rivolta ai soggetti del terzo settore per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Verrà realizzata la presa in carico del cittadino attraverso l'istituzione del punto unico di accesso ai servizi. La creazione di una Porta Unica di Accesso per le prestazioni sociali e sanitarie darebbe finalmente certezza al paziente, portatore di problematiche spesso complesse, di ottenere una risposta tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità. Il Punto unico di accesso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza in presa in carico da parte del Ssn o l'affido del paziente all'equipe che ne ha la specifica competenza. Una presa in carico effettiva del paziente, attraverso la definizione di precisi percorsi assistenziali, comporterebbe ripercussioni importanti anche sui livelli di appropriatezza delle prestazioni e sulla accessibilità dei servizi. I servizi di integrazione socio-sanitaria presenti nella struttura in oggetto sono stati scelti in funzione
--	---

delle esigenze di programmazione e dei diversi bisogni dalla comunità di riferimento. L'Area della prevenzione sarà lo spazio strategico della struttura in cui si costruiranno i rapporti di collaborazione tra Servizi sociosanitari e cittadini, si svilupperanno programmi partecipati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia, si predisporranno e si realizzano gli screening sulle principali malattie, si imposteranno i programmi di educazione alla salute con la scuola, con i Centri sociali degli anziani, con i Patronati dei Sindacati, con le Associazioni di utenti e di cittadini, con le Associazioni del volontariato. In questa area troveranno collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di prevenzione collettiva per attività di sanità pubblica che devono coinvolgere nei programmi i medici di medicina generale che dispongono di una mole ingente di informazioni epidemiologiche e mantengono rapporti quotidiani con i cittadini-utenti. In tale spazio vengono concentrate le attività amministrative e di supporto ai Medici e agli altri operatori della struttura.

La costruzione della rete tra servizi sociali e sanitari avverrà attraverso un accordo di Collaborazione ai sensi dell'art. 15 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 (Accordi tra Pubbliche amministrazioni) in corso di sottoscrizione.

La circolazione delle informazioni tra i principali attori (ASL, Servizi Sociali e M.M.G) con l'integrazione degli altri stakeholder sopra descritti, avverrà mediante una porta virtuale con i vari livelli di accesso in base alle competenze di ciascuno, nel rispetto della sensibilità di esse. Tale piattaforma informatica sarà interoperabile con gli attuali sistemi informativi. Attraverso la piattaforma si potranno ridurre notevolmente i tempi di lavoro che renderanno l'intero sistema più sicuro, efficiente ed efficace a tutto vantaggio del cittadino che avrà risposte celeri e adeguate.

Gli uffici per il Servizio sociale rappresentano un'area riservata e finalizzata a ragioni d'ufficio, per colloqui, per accoglienza per situazioni di estremo bisogno, per il pronto intervento sociale, da attivare con l'apporto delle Associazioni del Volontariato.

Sarà assicurata da parte del Consorzio Sociale Vallo di Diano Tanagro Alburni

- la presenza presso la struttura di un assistente sociale in giorni prestabiliti
- la reperibilità di un assistente sociale per situazioni emergenziali.
- eventuali altre figure sociali che si rendessero necessarie.
- eventuale attivazione di un trasporto sociale

Secondo quanto previsto in ambito socio-sanitario dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 - 2024 il lato sanitario deve operare in stretto raccordo con il lato sociale. È chiamato a contribuire al Piano e a dividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati punti di competenza sociosanitaria. In questo momento storico appare quanto mai necessario dare luogo ad una fattiva e regolata collaborazione tra sistema sociale e sistema sanitario.

La struttura deve disporre di un'area destinata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella Casa della Salute, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da "liberare" gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che limitano e complicano l'esercizio della professione.

Il progetto prevede:

- la ristrutturazione e la creazione degli ambulatori e degli spazi per l'area sociale individuati nel progetto
- adeguamento funzionale e strutturale delle aree di servizi comuni
- l'acquisto di attrezzature per l'area diagnostica (device per la telemedicina e il teleconsulto a supporto di ADI)

- l'acquisto dei servizi sanitari e non sanitari per il funzionamento della struttura con noleggio POCT
- acquisto di software per la gestione informatizzata UVI e Telemedicina

2) Implementazione della struttura intermedia di prossimità nel plesso di Gragnano dell'ASL Napoli 3 Sud - RISORSE STANZIATE € 2.321.640,15

Allo stato i servizi di degenza del plesso ospedaliero di Gragnano sono stati dismessi e sono presenti esclusivamente servizi distrettuali e l'UO di Telemedicina e Assistenza domiciliare pazienti Covid positivi.

In tale progettualità sono previsti:

- la presa in carico globale dell'utente attraverso il coordinamento e l'integrazione delle diverse attività assistenziali previste nella struttura intermedia, mediante sia la vicinanza spaziale che attraverso l'impiego di un'unica Cartella Clinica Informatizzata il cui accesso è condiviso con tutti i soggetti interessati pazienti, care-giver, medico di assistenza primaria, medici specialisti, strutture assistenziali distrettuali e ospedaliere);
- la riduzione delle liste di attesa, favorendo l'impiego della Telemedicina per le prestazioni specialistiche di controllo;
- la realizzazione di un'Unità di Degenza Infermieristica (UDI) finalizzata all'appropriatezza organizzativa del luogo di cura e alla riduzione dell'istituzionalizzazione del paziente, nonché all'umanizzazione delle cure.
- l'ampliamento delle attività di Telemedicina a livello dei soggetti non autosufficienti o comunque fragili, al fine di migliorare qualitativamente l'assistenza erogata, il trattamento a domicilio pazienti con una maggiore complessità assistenziale, favorendo, quindi la residenzialità e riducendo gli accessi ospedalieri inappropriati o l'indirizzo verso strutture residenziali;
- la Cartella Clinica Informatizzata contiene più moduli, tali da permettere una visione complessiva di tutte le patologie presenti nel paziente;

Si prevede nell'ambito della presente progettualità l'utilizzo della Cartella Clinica Informatizzata per le Cure Domiciliari e Palliative, per le Demenze, per la gestione domiciliare dei pazienti Covid positivi, ivi compreso la somministrazione domiciliare di anticorpi monoclonali e antivirali orali, e dei pazienti con insufficienza respiratoria e impiego di ossigenoterapia

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI)

L'UVI assicura la importante funzione di perseguire l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie da erogare, sia in riferimento al livello organizzativo (appropriatezza organizzativa) che a quello dello specifico trattamento (appropriatezza clinica). La composizione multiprofessionale e la localizzazione dei professionisti in sedi diverse costituisce un limite organizzativo e funzionale per la realizzazione delle UVI. La scelta operativa per un miglioramento quali-quantitativo è quella di impiegare il Teleconsulto per la realizzazione delle sedute delle UVI per mettere insieme da remoto i diversi professionisti interessati alla valutazione del paziente, con la partecipazione degli Ambiti sociali e/o servizi sociali. Al fine di facilitare l'impiego della Telemedicina nei Piani Assistenziali Individuali (PAI) nella UVI si prevede la partecipazione di un operatore professionale sanitario e/o medico, qualificati in Telemedicina, che in relazione al singolo caso possano proporre ai componenti dell'UVI l'impiego di prestazioni (o di monitoraggio) a distanza,

Unità di Degenza Infermieristica (UDI)

È prevista la costituzione presso il Plesso di Gragnano di un modulo di 10 posti letto di UDI in cui il Responsabile clinico è il Medico di Medicina Generale (MMG) e dove si accede attraverso la predisposizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) realizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI). L'UDI risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio, ma che in particolari condizioni di fragilità socio-sanitaria richiedono di essere assistiti in un ambiente protetto. Essa rappresenta anche un'area di degenza per pazienti in fase post-acuta, che hanno terminato l'inquadramento diagnostico, hanno un piano terapeutico definito e condizioni cliniche stabili, ma necessitano di assistenza prevalentemente infermieristica finalizzata al completamento del percorso assistenziale in attesa della presa in carico al proprio domicilio, nell'assistenza domiciliare integrata dei Servizi Territoriali o nelle Strutture Residenziali. Possono essere assistiti anche pazienti provenienti dal proprio domicilio, nel cui contesto le terapie domiciliari non possono essere erogate per mancanza di supporto o difficoltà dei familiari.

Ampliamento delle funzioni della Centrale Operativa

La Centrale Operativa della Telemedicina del Plesso di Gragnano, attualmente funzionante H24 per i soggetti monitorati in Telemedicina, con particolare riferimento ai pazienti fragili, è dotata di una Centrale telefonica che permette la distribuzione delle telefonate in entrata ed in uscita verso gli specifici servizi, i triage e l'indirizzamento dell'utente.

Si prevede l'ampliamento delle funzioni verso il complesso dei servizi di tutta la Casa della Salute, con specifiche connessioni, anche attraverso soluzioni informatiche, con:

- Cure Domiciliari e Palliative;
- Porta Unica di Accesso (PUA);
- Modulo di Telemedicina da impiegare prevalentemente per i soggetti fragili non autosufficienti e nei pazienti con Covid 19 a domicilio (televisita, teleconsulto, telecooperazione e telemonitoraggio);
- Strutture residenziali e semi-residenziali;
- Altri servizi distrettuali quali quelli riabilitativi, consultoriali e specialistici;
- Servizi sociali, con particolare riferimento a quelli di ambito;
- Presidi Ospedalieri;
- Continuità assistenziale;
- Unità di Degenza Infermieristica (UDI);
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, anche attraverso la piattaforma informatica;
- Sportello per l'accoglienza, l'informazione e l'orientamento all'utente;
- CUP;
- Associazioni di volontariato;
- 118;

La Centrale Operativa diventa così una Centrale Territoriale, punto di riferimento degli operatori sanitari del territorio per quanto riguarda l'assicurazione della continuità del percorso di cura al paziente e la risposta assistenziale più appropriata.

La collocazione del paziente a seguito di una chiamata da uno dei punti della rete con cui è collegata la Centrale Operativa avviene attraverso una proposta di assegnazione del paziente ad una specifica struttura in relazione al quadro clinico.

11	INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI Implementazione della struttura di prossimità polivalente e polifunzionale presso l'ex ospedale di Sant'Arsenio – ASL Salerno – - Riduzione del tasso di ospedalizzazione evitabile => 20% - n. di soggetti fragili presi in carico o coinvolti a diverso titolo/totale popolazione fragile => 400 soggetti - n. eventi formativi rivolti agli operatori /totale operatori =>90% - implementazione condivisa della piattaforma sociosanitaria con l'informatizzazione delle UVI/totale UVI =>80% - n. di associazioni coinvolte =>5 - n. di iniziative di promozione ed educazione ed eventi informativi rivolti alla cittadinanza=>30 Implementazione della struttura intermedia di prossimità nel plesso di Gragnano dell'ASL Napoli 3 Sud – - Moduli della Cartella Clinica Informatizzata implementati: Cure Domiciliari e palliative, Demenze, Monitoraggio e trattamento del paziente con Covid 19 a domicilio, Trattamento e monitoraggio del paziente per la somministrazione domiciliare di anticorpi monoclonale ed antivirali orali anti Covid 9, Insufficienza respiratoria ed ossigenoterapia. - Modulo informatico di integrazione con i servizi sociali. - Attivazione dell'Unità di Degenza Infermieristica nel Plesso di Gragnano. - Numero di pazienti presi in carico in Telemedicina con cartella clinica informatizzata = >- 7.000 utenti.