

Report finale della web survey intitolata «Indagine AMD sulle pratiche dei servizi di diabetologia inerenti il monitoraggio domiciliare della glicemia e la valutazione dell'adesione del paziente al trattamento»

Final report of the web survey entitled «AMD survey on practices of diabetes clinics: assessment of data of self-monitoring blood glucose and patient treatment adherence»



M.C. Rossi¹, A. Nicolucci¹, C. Giorda², P. Di Bartolo³, A. Ozzello⁴,
A. Ceriello⁵ per Gruppo Annali AMD e Gruppo Governo Clinico

rossi@coresearch.it

RIASSUNTO

Il monitoraggio domiciliare della glicemia (self-monitoring blood glucose, SMBG) rappresenta uno strumento chiave nella cura del diabete, utilizzato sia per scopi educativi che clinici. L'uso dell'SMBG non è omogeneo in tutti i pazienti, in quanto condizionato dalle terapie assunte, dalle attitudini prescrittive dei medici e dalle politiche regionali di prescrizione delle strisce reattive. Inoltre, la modalità di revisione dei dati dell'SMBG può non essere omogenea tra i diversi centri. Oggi la quasi totalità dei glucometri consente lo scarico dei dati sulla cartella clinica informatizzata, ma non è noto se tale scaricamento venga effettuato sistematicamente nel corso delle visite ambulatoriali oppure se medici/infermieri preferiscano revisionare i dati glicemici su altri supporti, cartacei o informatici. Attraverso questa web survey, AMD ha ottenuto una più accurata conoscenza delle possibili barriere che limitano l'ottimizzazione di questi aspetti. Queste informazioni diventano cruciali per la pianificazione di iniziative di monitoraggio e di formazione finalizzate a rendere più efficiente ed omogeneo sul territorio nazionale l'utilizzo dei dati dell'SMBG e la

gestione delle problematiche legate all'adesione dei pazienti al trattamento.

Parole chiave Automonitoraggio glicemico, Diabete di tipo 1, Diabete di tipo 2, Cartella clinica informatizzata.

SUMMARY

Self-monitoring blood glucose (SMBG) is a key tool in diabetes care, used both for education and treatment. The use of SMBG is not uniform in all patients, since it is conditioned by pharmacological therapies, attitudes of doctors in prescribing SMBG, and different regional policies on reimbursement of strips. In addition, the systems adopted by different centers for SMBG data revision is inhomogeneous. Although most of all the blood glucose meters allows data download on electronic medical records, the download may be not performed systematically at each visit; in addition, physicians and / or nurses could prefer SMBG data revision based on the use of other paper or computerized tools. Through this web survey, AMD has obtained a more accurate knowledge of the possible barriers to the optimization of these practices. This information becomes crucial for the planning of monitoring and training initiatives aimed at making more efficient and homogeneous throughout the country the use of SMBG data and the management of problems related to the patient treatment adherence.

Key words Self-monitoring blood glucose, Type 1 diabetes, Type 2 diabetes, Electronic medical records.

¹ CORESEARCH - Center for Outcomes Research and clinical Epidemiology, Pescara.

² Malattie Metaboliche e Diabetologia, ASL Torino 5, Chieri (TO).

³ U.O. di Diabetologia, Presidio Ospedaliero, Ravenna.

⁴ UO di Diabetologia Pinerolo ASL 3 TO.

⁵ Institut d'Investigación Biomédiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcellona, Spagna.

INTRODUZIONE

Gli Annali AMD rappresentano uno strumento conoscitivo chiave per la rete dei servizi di diabetologia. Dalla nascita dell'iniziativa nel 2006 fino ad oggi sono stati compiuti molti passi avanti nell'identificazione dei principali aspetti dell'assistenza sui quali agire per garantire cure più appropriate. Gli effetti del monitoraggio sistematico della qualità della cura ha prodotto in pochi anni miglioramenti evidenti sia in termini di processi che di outcome clinici.

Per potenziare ulteriormente l'efficacia dell'iniziativa *Annali*, AMD intende coinvolgere nei prossimi anni i centri partecipanti in un uso sempre più intensivo dei dati della normale pratica clinica. Uno dei primi passi in questo senso, data la indiscutibile rilevanza clinica, dovrà riguardare l'analisi dei valori glicemici. Per ottimizzare l'efficacia dei trattamenti e in un'ottica di terapia personalizzata, sarà fondamentale poter esplorare in maniera più approfondita i valori di glicemia a digiuno e post-prandiale che caratterizzano la popolazione con diabete seguita dai centri e identificare nuovi potenziali indicatori di appropriatezza terapeutica.

D'altra parte, il monitoraggio domiciliare della glicemia (self-monitoring blood glucose, SMBG) rappresenta uno strumento chiave nella cura del diabete, utilizzato sia per scopi educativi che clinici. L'uso dell'SMBG non è omogeneo in tutti i pazienti, in quanto condizionato dalle terapie assunte, dalle attitudini prescrittive dei medici e dalle politiche regionali di prescrizione delle strisce reattive.

Inoltre, la modalità di revisione dei dati dell'SMBG può non essere omogenea tra i diversi centri. Oggi la quasi totalità dei glucometri consente lo scarico dei dati sulla cartella informatizzata, ma non è noto se tale scaricamento venga effettuato sistematicamente nel corso delle visite ambulatoriali oppure se medici/infermieri preferiscano revisionare i dati glicemici solo sul diario cartaceo o utilizzando altri supporti informatici.

OBIETTIVI E METODI

Date queste premesse, AMD in collaborazione con CORESEARCH e METEDA e grazie al supporto non condizionante di Sanofi ha promosso una iniziativa tesa a migliorare le attuali conoscenze sulle pratiche inerenti l'uso dei dati dell'SMBG e le attitudini dei clinici ad utilizzare la cartella elettronica per la registrazione dei dati dell'SMBG e della terapia.

L'iniziativa consta di due fasi:

- 1) La prima fase è la realizzazione di una web survey rivolta agli specialisti operanti nelle diabetologie;
- 2) La seconda fase è la realizzazione di una monografia degli Annali AMD incentrata sull'utilizzo dei dati dell'autocontrollo domiciliare della glicemia.

Questo report mostra i risultati della survey, che è stata disegnata per:

- Descrivere le pratiche inerenti la prescrizione e l'uso dei dati dell'SMBG nelle diverse tipologie di pazienti con diabete di tipo 1 e 2;
- Misurare quanto la cartella clinica elettronica venga considerata un supporto fondamentale per l'attività di scarico e revisione sistematica dei dati dell'autocontrollo glicemico;
- Selezionare i centri che, in virtù dell'attitudine ad utilizzare la cartella elettronica informatizzata per lo scarico e la revisione sistematica dei dati del SMBG, possedevano i requisiti per partecipare alla monografia degli Annali AMD sul tema dell'autocontrollo.

RISULTATI

La web survey si è conclusa nel 2015 ed in totale sono stati compilati 192 questionari. I partecipanti erano costituiti per il 49.4% da diabetologi, per il 30.9% da endocrinologi, per il 13.6% da internisti, e per il restante 6.2% da altre figure professionali.

Sezione 1 - Pazienti e SMBG

1. Indichi nella seguente tabella quanti pazienti delle diverse categorie terapeutiche segue presso il suo centro, a quanti in proporzione è stato prescritto l'SMBG e il numero medio di strisce reattive prescritte mensilmente in base al regime terapeutico:

TIPOLOGIA PAZIENTI	NUMERO PAZIENTI IN CARICO (MEDIANA, MIN, MAX)	% PAZIENTI AI QUALI È STATO PRESCRITTO L'SMBG (MEDIANA, MIN, MAX)	NUMERO MEDIO DI STRISCE PRESCRITTE/ MESE PER OGNI PAZIENTE (MEDIANA, MIN, MAX)
DM1 - INIEZIONI MULTIPLE DI INSULINA	120 (0-860)	100 (20-100)	125 (25-400)
DM1 - MICROINFUSORE	10 (0-300)	100 (0-100)	150 (100-600)
DM2 - SOLO DIETA	123 (0-2000)	1 (0-100)	2 (0-100)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-1 ANALOGHI SENZA SECRETAGOGHI	475 (10-6400)	50 (0-100)	13 (0-100)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-1 ANALOGHI INCLUSI SECRETAGOGHI	700 (0-6500)	80 (10-100)	25 (8-90)
DM2 - IPORALI + INSULINA	321 (30-5000)	100 (70-100)	50 (25-125)
DM2 - INSULINA	470 (50-4653)	100 (80-100)	95 (25-1000)

2. Indichi nei gruppi DM2 il tipo di SMBG effettuato (%SI in ogni cella):

TIPOLOGIA SMBG	DM2 - SOLO DIETA	DM2 - SOLO IPORALI/GLP-1 ANALOGHI SENZA SECRETAGOGHI	DM2 - SOLO IPORALI/GLP-1 ANALOGHI INCLUSI SECRETAGOGHI	DM2 - IPORALI + INSULINA	DM2 - INSULINA
MONITORAGGIO A SCACCHIERA	6.5	13.7	29.8	26.6	20.2
MONITORAGGIO A SCACCHIERA A BASSA INTENSITÀ	19.3	28.2	20.2	7.3	1.6
MONITORAGGIO PER LA VALUTAZIONE DELL'IPERGLICEMIA A DIGIUNO	6.5	8.9	5.6	17.7	3.2
PROFILO A 6 PUNTI/DIE OGNI 2 SETTIMANE	0.8	5.6	8.9	7.3	6.4
PROFILO A 7 PUNTI/DIE PER 3 GIORNI A TRIMESTRE	1.6	4.8	1.6	4.0	2.4
PROFILO A 4 PUNTI PER 3 GIORNI/ SETTIMANA DI CUI 1 FESTIVO	1.6	4.0	7.3	12.1	12.9
PRIMA DEI 3 PASTI	0	0	1.6	7.3	20.2
PRIMA DEI 3 PASTI E PRIMA DI DORMIRE	0	0	0	4.8	31.0

3. In che fasi della malattia viene effettuato il tipo di SMBG sopradicato (%SI in ogni cella)?

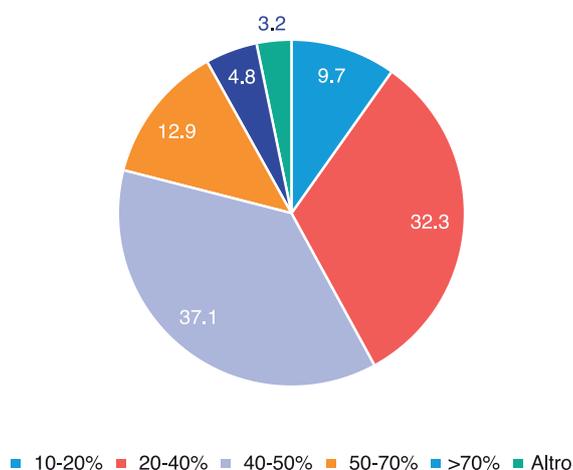
TIPOLOGIA SMBG	DM2 - SOLO DIETA	DM2 - SOLO IPORALI/GLP-1 ANALOGHI SENZA SECRETAGOGHI	DM2 - SOLO IPORALI/GLP-1 ANALOGHI INCLUSI SECRETAGOGHI	DM2 - IPORALI + INSULINA	DM2 - INSULINA
SEMPRE	4.0	14.5	28.2	44.3	46.8
ALL'INIZIO DELLA TERAPIA INSULINICA	2.4	2.4	2.4	9.7	8.9
PAZIENTE ALLA DIAGNOSI E PERIODICAMENTE SOPRATTUTTO QUANDO VIENE MODIFICATA LA TERAPIA, IN CONDIZIONI CLINICHE PARTICOLARI	15.3	21.8	15.3	11.3	12.1
AUTOMONITORAGGIO CONCENTRATO IN BREVI PERIODI DI TEMPO, ALL'INIZIO DELLA MALATTIA E PERIODICAMENTE	9.7	13.7	11.3	7.3	4.0
IN CONDIZIONI DI SQUILIBRIO GLICEMICO O IN PRESENZA DI MALATTIE INTERCORRENTI	20.2	18.6	17.7	14.5	14.5

Sezione 2 - Ruolo valutazione glicemia post-prandiale

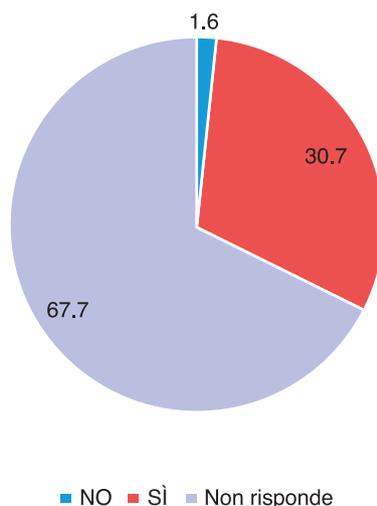
4. Nella sua opinione nella pratica clinica quando è importante la valutazione della glicemia post-prandiale nel paziente in trattamento con farmaci orali?

	%
SEMPRE	48.4
QUANDO LA HBA1C È FUORI TARGET MENTRE LA GLICEMIA A DIGIUNO (FPG) È SOTTO CONTROLLO	34.4
QUANDO LA HBA1C È FUORI TARGET, INDIPENDENTEMENTE DAI VALORI DI FPG GLICEMIA A DIGIUNO	14.1
ALTRO	3.1

5. Se possibile riportare di seguito secondo la sua opinione/esperienza la % dei pazienti con HbA1c >7%, glicemia a digiuno a target (o vicina al target) e glicemia post-prandiale >160-180 mg/dl nei pazienti in trattamento con 1 o 2 iporali/GLP-analoghi:



6. Revisiona abitualmente i dati dell'SMBG?



7. In una scala da 0 (minimo) a 10 (massimo), quanto è utile revisionare i dati del glucometro per discuterli con il paziente a scopo educativo?

MEDIA (DS)
9.0 (1.4)

8. In una scala da 0 a 10, quanto è utile revisionare i dati del glucometro per modificare le terapie farmacologiche in corso?

MEDIA (DS)
9.2 (1.2)

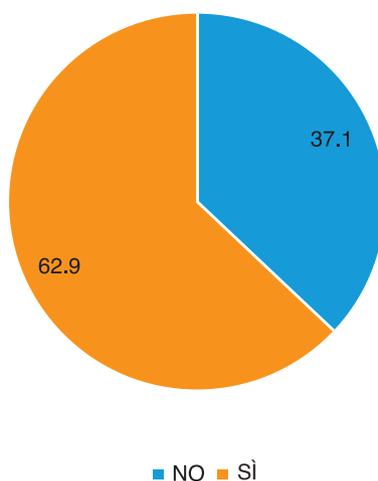
9. In una scala da 0 a 10, quanto è importante revisionare i dati dell'SMBG a scopo educativo e per modificare la terapia nelle diverse tipologie di pazienti con diabete?

TIPOLOGIA PAZIENTI	EDUCAZIONE (DA 0 A 10) (MEDIA E DS)	MODIFICA TERAPIA (DA 0 A 10) (MEDIA E DS)
DM1 - INIEZIONI MULTIPLE DI INSULINA	9.4 (1.1)	9.5 (1.0)
DM1 - MICROINFUSORE	9.5 (1.4)	9.5 (1.3)
DM2 - SOLO DIETA	5.0 (3.4)	3.8 (2.9)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-ANALOGHI SENZA SECRETAGOGHI	6.2 (2.7)	5.9 (2.5)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-ANALOGHI INCLUSI SECRETAGOGHI	7.5 (1.8)	7.5 (1.8)
DM2 - IPORALI + INSULINA	8.6 (1.2)	8.6 (1.2)
DM2 - INSULINA	9.3 (1.0)	9.4 (0.9)

10. Quale supporto preferisce per revisionare i dati dell'SMBG? Faccia una classifica da 1 (preferito) a 3.

	% DI RISPOSTE "1"	% DI RISPOSTE "2"	% DI RISPOSTE "3"
DIARIO CARTACEO	30.6	24.2	45.2
SOFTWARE SPECIFICO DEL GLUCOMETRO	16.1	41.9	41.9
CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	53.2	33.9	12.9

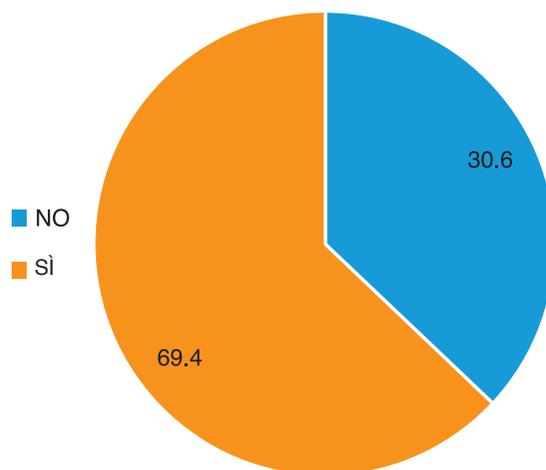
11. Scarica abitualmente i dati del glucometro?



12. Indicativamente, in quale percentuale di pazienti è solito scaricare i dati del glucometro?

MEDIA (DS)
43.1 (35.6)

13. Questa percentuale varia in accordo alle classi terapeutiche?



14. Riporti in tabella in quale percentuale di pazienti è solito scaricare i dati del glucometro in base alla categoria terapeutica:

TIPOLOGIA PAZIENTI	MEDIA (DS)
DM1 - INIEZIONI MULTIPLE DI INSULINA	66.2 (39.0)
DM1 - MICROINFUSORE	61.2 (44.3)
DM2 - SOLO DIETA	10.5 (26.8)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-ANALOGHI SENZA SECRETAGOGHI	25.8 (33.9)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-ANALOGHI INCLUSI SECRETAGOGHI	39.7 (40.0)
DM2 - IPORALI + INSULINA	47.7 (41.9)
DM2 - INSULINA	58.3 (39.3)

15. È solito scaricare i dati dei glucometri:

	%
SOLO SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	29.0
SOLO UTILIZZANDO I SOFTWARE FORNITI CON I DIVERSI MODELLI DI GLUCOMETRO	12.9
SIA SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA CHE UTILIZZANDO I SOFTWARE FORNITI CON I DIVERSI MODELLI DI GLUCOMETRO	22.6
SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA O UTILIZZANDO I SOFTWARE, DIPENDE DAL MODELLO DI GLUCOMETRO	22.6
NON SCARICO MAI I DATI DEI GLUCOMETRI	12.9

16. Quale cartella clinica informatizzata utilizza per la gestione dei pazienti in carico?

	%
NON USO UNA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	1.6
EUROTOUCH	4.8
MYSTARCONNECT	93.6
ARGOS	0
ALTRO, SPECIFICARE	0

17. In una scala da 0 a 10, quanto è facile revisionare i dati del glucometro:

	MEDIA (DS)
SUL DIARIO CARTACEO	6.0 (2.7)
SUI SOFTWARE FORNITI CON I GLUCOMETRI	6.1 (2.8)
SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	7.3 (2.8)

18. In una scala da 0 a 10, quanto è utile revisionare i dati del glucometro:

	MEDIA (DS)
SUL DIARIO CARTACEO	6.6 (2.8)
SUI SOFTWARE FORNITI CON I GLUCOMETRI	6.9 (2.7)
SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	8.2 (2.4)

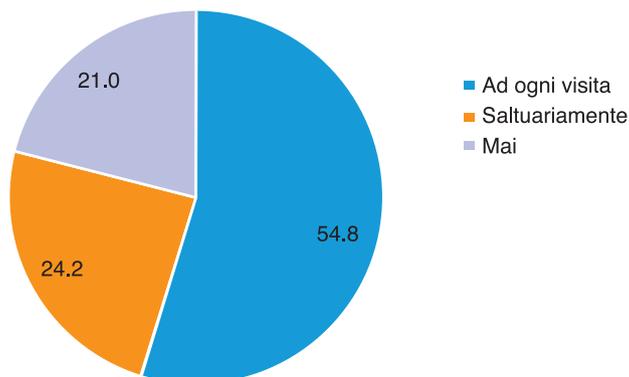
19. Quanti diversi modelli di glucometro utilizza nella sua pratica clinica? Indichi un numero:

MEDIA (DS)	RANGE
8.5 (3.9)	3-20

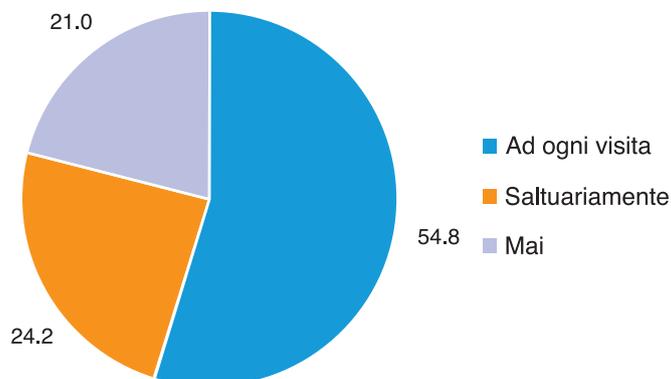
20. Di quanti di questi modelli è in grado di scaricare i dati sulla cartella clinica informatizzata per revisionarli? Indichi un numero:

MEDIA (DS)	RANGE
5.6 (4.1)	0-20

21. Con quale frequenza è solito revisionare i dati del glucometro?



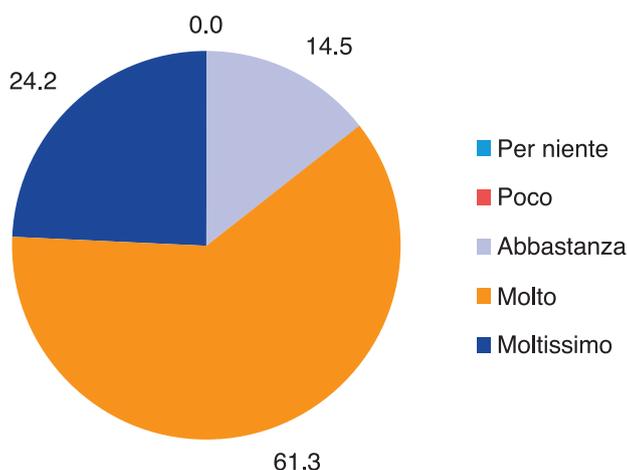
22. Con quale frequenza è solito scaricare i dati del glucometro sulla cartella informatizzata?



23. Quanto ritiene utile revisionare i dati dell'SMBG nei seguenti casi? Assegni un voto da 0 a 10 a ciascuno di questi casi.

	MEDIA (DS)
IN CASO DI TERAPIA CON IPORALI/GLP-ANALOGHI	5.7 (2.6)
IN CASO DI TERAPIA INSULINICA	9.0 (1.8)
IN CASO DI CAMBIO DI TERAPIA	8.8 (1.8)
IN CASO DI CATTIVO CONTROLLO METABOLICO	9.0 (1.8)
IN CASO DI IPOGLICEMIE FREQUENTI	9.3 (1.6)
QUANDO È NECESSARIO VERIFICARE L'ATTENDIBILITÀ DEL DIARIO GLICEMICO DEL PAZIENTE	7.8 (2.5)
PER SCOPI EDUCATIVI	7.9 (2.1)

24. Durante la visita diabetologica quanto ritiene importante revisionare i dati della glicemia post-prandiale?



25. Considerando le diverse tipologie di pazienti con diabete, per quanti sono stati scaricati i dati dell'SMBG nella cartella clinica informatizzata almeno una volta nel corso dell'anno 2013?

TIPOLOGIA PAZIENTI	MEDIA (DS)
DM1 - INIEZIONI MULTIPLE DI INSULINA	51.3 (42.4)
DM1 - MICROINFUSORE	44.6 (45.9)
DM2 - SOLO DIETA	12.3 (29.8)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-ANALOGHI SENZA SECRETAGOGHI	23.4 (32.9)
DM2 - SOLO IPORALI/GLP-ANALOGHI INCLUSI SECRETAGOGHI	30.6 (36.5)
DM2 - IPORALI + INSULINA	46.2 (63.4)
DM2 - INSULINA	52.1 (49.5)

26. Quali considera i principali problemi/difficoltà allo scarico sistematico dei dati sulla cartella informatizzata? Assegna un voto da 0 a 10 a ciascuna di queste voci:

	MEDIA (DS)
DIFFICOLTÀ TECNICHE PER SCARICARE I DATI	5.0 (3.3)
TROPPI DIVERSI GLUCOMETRI	4.9 (3.3)
MANCANZA DI CAPACITÀ AD ESEGUIRE LO SCARICO DEI DATI	2.9 (2.7)
MANCANZA DI CAPACITÀ A LEGGERE ED INTERPRETARE I DATI	1.9 (2.3)
MANCANZA DI UTILITÀ DELLA REVISIONE DEI DATI	1.8 (2.1)
MANCANZA DI TEMPO	5.1 (3.8)

Sezione 3 - Autocontrollo e terapia insulinica

27. Nel caso si utilizzi l'autocontrollo glicemico per la titolazione delle dosi di insulina, abitualmente si riporta in cartella lo schema di titolazione dell'insulina definito per il paziente?

	Sì %	NO %
BASALE	28.1	71.9
PRANDIALE	27.6	72.4

28. Nel caso di riscontro all'esame dei dati dell'autocontrollo di non adeguato compenso, abitualmente riporta dosi e frequenza della somministrazione dell'insulina in cartella?

	Sì %	NO %
BASALE	27.6	72.4
PRANDIALE	24.5	75.5

29. Nel caso di riscontro all'esame dei dati dell'autocontrollo di non adeguato compenso è solito verificare l'adesione del paziente alla terapia?

- Sì: 100%
- No: 0%

30. Nel caso di riscontro all'esame dei dati dell'autocontrollo di non adeguato compenso è solito verificare se tale condizione è secondaria a paura delle ipoglicemie:

- Sì: 100%
- No: 0%

CONCLUSIONI

Questa survey ha rappresentato il primo fondamentale step di questo articolato percorso. La survey ha permesso di chiarire che:

- A parità di classe di trattamento, esiste un'ampia variabilità nel numero medio di strisce mensili prescritte ed una discreta variabilità negli schemi di SMBG adottati;
- Sebbene l'utilità della revisione del diario dell'SMBG a "scopo educativo" e per "modificare la terapia" sia considerata molto elevata, l'utilizzo dei dati glicemici è in molte realtà ancora sub-ottimale;
- I comportamenti sono eterogenei anche per quanto riguarda il supporto utilizzato per la revisione dei dati dell'SMBG, sebbene lo scarico dei dati dei glucometri sulla cartella informatizzata sia il sistema preferito dalla maggioranza dei partecipanti;
- La mancanza di tempo, le difficoltà tecniche e l'elevato numero di glucometri, non tutti compatibili con la cartella clinica elettronica, sono i principali problemi emersi per un uso più efficiente dei dati dell'SMBG;
- Di riflesso, anche l'uso della cartella per registrare le informazioni sulla terapia insulinica non è omogeneo.

Attraverso una più accurata conoscenza delle possibili barriere che limitano l'ottimizzazione di questi aspetti, AMD otterrà informazioni utili per la pianificazione di iniziative di monitoraggio e di formazione finalizzate a rendere più efficiente ed omogeneo sul territorio nazionale l'utilizzo dei dati dell'SMBG e la gestione delle problematiche legate all'adesione dei pazienti alla terapia.

Elenco partecipanti (in ordine di data compilazione questionario):

Giovanni Ridola - Palermo; Emilio Rastelli - Riccione; Francesco D'Agati - Palermo; Adriano Gatti - Napoli; Giovanni Saitta - Messina; Donata Richini - Esine; Francesca Spanu - Cagliari; Rocco Bulzomì - Roma; Antimo Aiello - Campobasso; Gilberto Laffi - Bologna; Stefano Fazion - Mantova; Giovanni Paolo Carlesi - Novi Ligure; Francesco Mario Gentile - Rutigliano; Andrea Del Buono - Cellole; Stefano De Riu - Nocera Inferiore; Graziano Santantonio - Civitavecchia; Alberto Rocca - Milano; Mauro Stroppiana - Nizza Monferrato; Roberto Anichini - Pistoia e Pesca; Valeria Manicardi - Montecchio Emilia; Luca Zeno-

ni - Seriate; Sergio Leotta - Roma; Francesco Caraffa - Ciriè; Marco Comaschi - Rapallo; Dario Pelizzola - Ferrara; Arcangela Garofalo - Vittoria; Concetta Suraci - Roma; Illidio Meloncelli - San Benedetto del Tronto; Paolo Di Bartolo - Ravenna; Alessandro De Palma - Massa Marittima; Giovanni Amedeo Di Nucci - Agnone; Daniela Antenucci - Lanciano; Claudia Arnaldi - Viterbo; Sonia Lucchesi - Livorno; Anna Rosa Bogazzi - Venaria Reale; Sandro Gentile - Napoli; Giovanna Angotzi - Soverato; Franco Travaglini - Biella; Paolo Marengo - Garbagnate Milanese; Cinzia Massafra - Cologno Monzese; Emira Dal Moro - Reggio Calabria; Andrea Nogara - Chioggia; Mario Laudato - Madaloni; Mario Manunta - Palermo; Giorgio Versari - Chiavari; Adolfo Pacifico - Sassari; Alberto Blatto - Torino; Alessandra Clerico - Torino; Riccardo Fornengo - Chivasso; Carla Tortul - Monfalcone; Luca Leone - Savona; Giuseppe Marelli - Desio; Riccardo Candido - Trieste; Nicoletta Musacchio - Milano; Caterina Bonetto - Carmagnola; Lorenzo De Candia - Terlizzi; Giuseppe Felace - Spilimbergo; Maria Chantal Ponziani - Novara; Carlo Lalli - Spoleto; Francesco Mastinu - Oristano; Rosanna Piro - Paola; Mauro Andreani - Urbino; Alfonso Gigante - Nuoro; Elisabetta Marchesi - Parma; Sergio Cabras - Oristano; Paolo Emilio Marchetto - Merano; Gabriella Garrapa - Fano; Marcello Moneisi - Ferrara; Stefano Masi - Nocera Inferiore; Mario Velussi - Aurisina; Annamaria Nuzzi - Alba; Carmela Vinci - San Donà Di Piave; Mauro Stroppiana - Nizza Monferrato; Giuseppe Di Giovanni - Napoli; Ida Mangone - Vimercate; Daniela Gallo - Ciriè; Laura Tonutti - Udine; Rita Cavani - Modena; Maria Luisa Allotta - Trapani; Francesco Caraffa - Ciriè; Giovanni Ridola - Palermo; Marco Mameli - Sorzano; Maria Chantal Ponziani - Novara; Diego Carleo - Melito e Casoria; Emanuela Cannarsa - Atri; Bruno Angiulli - Ercolano; Elisabetta Torlone - Perugia; Cristiana Baggione - Firenze; Emira Dal Moro - Reggio Calabria; Marilena Lanero - Acqui Terme; Lina Clementi - San Benedetto Del Tronto; Antonino Cimino - Brescia; Cesare Vincenti - Maglie; Luigi Puccio - Catanzaro; Sergio Tondini - Castel Del Piano; Massimo Boemi - Ancona; Rosanna Piro - Paola; Juliette Grosso - Castel Di Sangro; Roberta Gaudio - Collesano; Rosanna Toniato - Padova; Giampaolo Magro - Cuneo; Paola Pisanu - Muravera; Diletta Ugolotti - Parma; Caterina Bonetto - Carmagnola; Giuseppe Cheluci - Cavalese; Elena Mularoni - Torino; Anna Carbone - Lodi; Ercole D'ugo - Vasto; Antonio Guaglianone - Cetraro; Vincenzo Paciotti - Avezzano; Riccardo De Luca - Torino; Laura Tonutti - Udine; Enrico Pergolizzi - Pinerolo; Maria Antonella Zampini - Copparo; Giuseppe Armentano - Rossano; Giorgio Grassi - Torino; Francesca Novara - Trapani; Angelo Foglia - Napoli; Giuliana La Penna - Pescara; Rosanna Piro - Paola; Juliette Grosso - Castel Di Sangro; Silvia Calebich - Ome; Albino Massidda - Lanusei; Patrizia Li Volsi - Sacile; Giuseppe Pozzuoli - Caserta; Giovanni Ridola - Palermo; Francesco Calcaterra - Schio; Giuseppe Saglietti - Omegna Verbania Domodossola; Ida Mangone - Vimercate; Emilia Martedì - Portici; Paola Pisanu - Muravera; Maria Antonella Fulantelli - Palermo; Ferruccio D'Incau - Feltre; Carlo Augusto Lovagnini-Scher - Cusano Milanino; Roberta Assalonir - Monfalcone; Elisabetta Tommasi - Trieste; Elisa Forte - Terracina; Franco Travaglini - Biella.

Con il contributo non condizionante di Sanofi.