FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

PIANI TERAPEUTICI

I Piani Terapeutici (PT) sono stati introdotti nel 2004 con l'obiettivo di assicurare, per i nuovi farmaci, una continuità prescrittiva e assistenziale tra specialista e medico di medicina generale (MMG).
Nel corso degli anni questo strumento ha subìto diversi aggiornamenti, passando da un modulo senza alcun template "PT cartaceo", a un PT su template AIFA con raccolta di specifiche informazioni cliniche, fino a giungere al PT web-based con la raccolta di queste informazioni in appositi database.
Non sono mancate nel tempo le critiche circa la sua utilità, ancora più quando, a seguito delle necessità di distanziamento imposto dalla pandemia da covid-19, l'ente regolatorio ha disposto diverse proroghe per la sua validità. Pertanto, dopo diversi anni dalla loro istituzione, nelle more dell'attuazione del DM 25 marzo 2020, è opportuna una verifica degli impatti e degli esiti di questi strumenti per programmare una loro eventuale revisione.

Di seguito è riportata una fotografia dettagliata e analitica di tutti i PT attivi in Italia all'11 maggio 2020 (*Piccinini C et al Rec Prog Med 2021; 112; 243-249*) che, anche se datata di qualche anno, non si discosta di molto dall'attuale: l'articolo ha previsto la ricerca in Farmadati di tutti i farmaci in fascia A con prescrizione su PT AIFA, i cui consumi sono stati ricavati dal flusso OsMed. L'analisi ha evidenziato che il PT riguarda 935 specialità medicinali, corrispondenti al 9,6% dei farmaci in fascia A, 147 differenti principi attivi, rientranti in 34 Gruppi Terapeutici e 66 sottogruppi. Dei 147 principi attivi, 67 (46%) prevedevano un PT cartaceo (senza alcun template), 72 (49%) un PT cartaceo su template AIFA e 8 (5%) un PT web-based. I Gruppi Terapeutici con il maggior numero di principi attivi con PT sono risultati gli antidiabetici (19,7%), seguiti da immunomodulanti e immunosoppressori (9,5%) e dai farmaci per asma e BPCO (6,8%). Dall'analisi del consumo dei farmaci sottoposti a PT risulta che questa

modalità prescrittiva assorbe circa 943.899.598 DDD annue, pari a 2.586.026 DDD/die. Ciò significa che i PT hanno anche un impatto molto rilevante in termini di prevalenza di pazienti trattati sull'intero processo assistenziale. Di tutte le DDD annue prescritte su PT, il 46,8% riguardava farmaci con PT template AIFA, il 34,5% farmaci con PT web-based, mentre il restante 18,7% farmaci con PT cartacei senza template.
Oggi (giugno 2025) sono attivi PT AIFA per 149 molecole farmacologiche, comprendenti 943 specialità medicinali che si riferiscono a 35 categorie terapeutiche (II livello ATC) e a 63 classi terapeutiche (IV livello ATC). Su un totale di 149 principi attivi con PT, 80 PT (53,7 %) sono puramente cartacei, 61 PT (40,9 %) sono cartacei ma su template AIFA (scheda con dati del paziente, diagnosi e piano terapeutico del farmaco) e 8 PT (5,4 %) sono web-based (prescrivibili su scheda di arruolamento e scheda di follow-up dagli specialisti delle strutture indicate dalle regioni, con dati imputati nella piattaforma informatica di AIFA).
Per quanto riguarda le categorie terapeutiche (II livello ATC), le prime 9 rendono ragione di oltre il 60% di tutti i PT; in particolare, la classe dei farmaci per il diabete rappresenta la categoria terapeutica con il numero maggiore di principi attivi con PT, pari a 29 che corrisponde al 19,5% di tutti i principi attivi.
Inoltre, non deve essere dimenticato che data l'elevata prevalenza epidemiologica delle condizioni di cronicità, il percorso della prescrivibilità e dell'accesso ai farmaci regolati dal PT riguarda milioni di pazienti cronici con multimorbilità e centinaia di milioni di ricette ogni anno.

Allo status quo, il paziente è (apparentemente) al centro del processo assistenziale, mentre nella realtà, non esistendo un percorso definito e funzionalmente integrato, è il paziente stesso che "si deve muovere" lungo un percorso che prevede:

1. invio da parte del MMG allo specialista
2. lo specialista prescrive il farmaco su PT (il paziente ritira il PT) in triplice copia

3. il paziente consegna uno dei tre moduli alla farmacia territoriale
4. il paziente quindi si reca dal MMG per la registrazione del PT nel proprio software, archiviazione del PT ed emissione della prescrizione (non sempre su ricetta dematerializzata)
5. segue la prenotazione del farmaco tramite ricetta che permette l'acquisto del farmaco da parte della ASL o della farmacia privata convenzionata
6. infine, la distribuzione diretta da parte di strutture ospedaliere o "Per Conto" (DPC) tramite le farmacie (il paziente ritira il farmaco).

Se si considera inoltre che, secondo specifici riscontri effettuati presso le Regioni e i Servizi farmaceutici delle ASL, i milioni di PT puramente cartacei (non template e non web-based) che vengono semestralmente compilati dagli specialisti, non sono (nella maggioranza dei casi) analizzati né ai fini dell'appropriatezza, né ai fini del miglioramento degli esiti da parte dei servizi farmaceutici, il risultato finale è la produzione di una incredibile quantità di carta e di procedure che, in ogni caso, costringono il paziente ad un percorso con spostamenti a volte non semplici e ripetuti.

I **PT puramente cartacei** costituiscono la maggioranza dei PT pari al 53,7% di tutti i principi attivi (80/149). Le motivazioni che stanno alla base dei PT cartacei sono diverse e fanno riferimento a condizioni differenti come ad esempio:
- restrizioni di impiego e di rimborsabilità rispetto alle indicazioni da scheda tecnica (es. levocarnitina);
- problematiche di safety (es. acetretina e clozapina);
- necessità di diagnosi differenziale (es. farmaci anticolinergici per l'Alzheimer);
- selettività di impiego (es. albumina e fattori della coagulazione);
- uso in seconda linea e ad alto costo (es. teriparatide nel trattamento dell'osteoporosi).

Una revisione dei PT cartacei dovrebbe essere basata sulla attuale sussistenza delle motivazioni che li hanno generati, con la eliminazione del PT nei casi di non essenzialità e la sua sostituzione con note AIFA ai fini dell'appropriatezza prescrittiva.

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: presidenza@fnomceo.it – C.F. 02340010582

Nell'ambito dei farmaci con PT su template AIFA, una gran parte pari al 45,9% (28/61) si riferiscono a farmaci per il trattamento del diabete di tipo 2 o delle sue complicanze (DDP-4 inibitori, glifozine, GLP1-RA, doppi agonisti recettoriali GIP/GLP-1, Finerenone).

A seguito dell'introduzione della Nota 100, esiste la possibilità di prescrivere questi farmaci anche da parte del MMG ma occorre tenere in considerazione due pesanti criticità. La prima consiste nella impossibilità di prescrivere un secondo farmaco in associazione delle suddette categorie. La seconda nel fatto che alcuni di questi farmaci (glifozine) hanno anche indicazioni di prevenzione cardiologica e nefrologica in pazienti non diabetici. Per questi pazienti sussiste ancora la necessità del PT specialistico.

Ad oggi, il MMG può prescrivere liberamente, oltre all'insulina, alle sulfaniluree e alle biguanidi (da sole o in associazione), anche i nuovi farmaci antidiabete, quali gli inibitori della DPP-4, gli inibitori del SGLT2, gli agonisti del recettore GLP-1 e i doppi agonisti GIP/GLP-1, grazie all'entrata in vigore della **Nota 100 AIFA, che comunque prevede la compilazione di una scheda di valutazione**.
Tuttavia, il **MMG non può prescrivere associazioni fisse o estemporanee tra due di queste nuove classi farmacologiche** (es. associazione tra un GLP-1 RA e un SGLT2i), per le quali è ancora necessaria la prescrizione da parte dello specialista.
Alla luce di questo scenario, si ritiene necessario attribuire alla Medicina Generale la piena prescrivibilità di tutti i farmaci antidiabetici, comprese le **associazioni tra nuove classi**, per le seguenti ragioni:

- assicurare la **continuità assistenziale** al paziente diabetico;
- superare una condizione paradossale per cui il MMG può prescrivere farmaci come le sulfaniluree (associati a un elevato rischio di ipoglicemia) ma non può prescrivere autonomamente associazioni tra farmaci più sicuri e con comprovata efficacia;
- riconoscere il ruolo della Medicina Generale nella gestione integrata del diabete, una delle principali patologie croniche per prevalenza e incidenza.

Da un punto di vista operativo, si propone di **riconsiderare il Piano Terapeutico** per le associazioni tra nuovi farmaci antidiabete, attribuendo la piena prescrivibilità anche in questi casi al MMG, come agli altri Specialisti non endocrinologi, mediante l'adozione della nota AIFA già esistente ma che non preveda la compilazione aggiuntiva di schede o PT.

Per le stesse motivazioni, anche i farmaci per la BPCO e per l'Asma attualmente con PT, dovrebbero essere completamente restituiti alla prescrizione della Medicina Generale (ad eccezione degli anticorpi monoclonali), sempre con l'adozione di una nota AIFA che ne definisca i criteri di appropriatezza d'uso e di controllo degli esiti.

È opportuno interrogarsi sui criteri che attualmente determinano la necessità di un piano terapeutico. Le principali giustificazioni risiedono in considerazioni di natura clinica, economica e relative alla sicurezza dei farmaci. Tuttavia, le classi di farmaci inalatori autorizzati per la terapia di mantenimento della BPCO, ossia beta-2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA), gli antimuscarinici a lunga durata d'azione (LAMA) e i cortisonici inalatori (ICS), presentano un profilo di sicurezza ampiamente consolidato. Il fatto che il Medico di Medicina Generale sia già abilitato a prescrivere la triplice terapia estemporanea utilizzando due dispositivi distinti (LABA/ICS e LAMA) evidenzia ulteriormente come il piano terapeutico specialistico costituisca un ostacolo burocratico che deve essere rimosso.
Dunque, il superamento dell'attuale Nota 99, eliminando l'obbligatorietà del piano terapeutico specialistico per la triplice terapia, consentirebbe di migliorare l'efficienza del sistema sanitario, ridurre i costi e, soprattutto, garantire cure più rapide, efficaci e mirate per i pazienti affetti da BPCO.

In passato alcune delle note limitative AIFA (una volta CUF) sono state aggiornate affiancandovi uno strumento regolatorio quale il piano terapeutico. Il tutto nasceva dalla necessità di accompagnare la decisione del rimborso con

avvertenze e procedure che garantiscano quanto più possibile un uso razionale dei nuovi farmaci.
Occorre pertanto mettere in campo un'informazione adeguata da parte dell'ente regolatorio che va ben al di là della pubblicazione della decisione in Gazzetta Ufficiale.

Dei PT web-based 4 su 8 complessivi riguardano i **Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO:** dabigatran, rivaroxaban, apixaban ed edoxaban**).** Sui NAO è in corso il dibattito e la decisione regolatoria per la prescrizione da parte dei MMG con Nota AIFA 97 per il trattamento della Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV), mentre rimane inalterato il regime di fornitura delle altre indicazioni dei NAO.
I NAO, assieme ai farmaci per il diabete di tipo2 e ai farmaci per le malattie respiratorie (BPCO e Asma) rappresentano indubbiamente le categorie terapeutiche per le quali dovrebbe essere assicurata la prescrivibilità da parte dei MMG con Nota AIFA che definisca i criteri di appropriatezza d'uso e il controllo degli esiti.
Tuttavia, la prescrivibilità dei NAO appare più complessa per la necessità di una diagnosi differenziale della FANV, sulla base di un referto elettrocardiografico e dopo una accurata valutazione del rischio trombo-embolico basato su uno score validato (CHA2DS2-VASc2) e del rischio emorragico del singolo paziente sulla base di ben definiti fattori di rischio emorragico.
Inoltre, andrebbe valutata attentamente l'applicabilità e la trasferibilità nel contesto e nella pratica assistenziale della Medicina Generale, della compilabilità di schede di prescrizione e di follow-up in cui vengono riportati i parametri relativi al punteggio CHA2DS2-VASc2, al rischio emorragico e ai valori di creatinina (mg/dL), di velocità di filtrato glomerulare - VFG (mL/min) e di emoglobina - Hb (g/dL). Tra l'altro le ultime linee guida ESC sulla fibrillazione atriale hanno modificato il CHA2DS2-VAsc in CHA2DS2-VA avendo eliminato il sesso femminile quale marker di rischio.
Vanno infine considerate le eventuali implicazioni economiche derivanti dalla attribuzione della prescrivibilità di alcune categorie terapeutiche, oggi con PT template AIFA o web-based, alla medicina generale. Tali

implicazioni economiche derivano dal cambiamento o meno del canale di distribuzione attuale dei farmaci con PT.
Attualmente i farmaci con PT sono nella stragrande maggioranza dei casi distribuiti in DPC o in Distribuzione Diretta. Si tratta quindi di una spesa che grava sul tetto degli acquisti diretti. Nel caso in cui la prescrizione da parte dei MMG si accompagnasse al cambiamento del regime di distribuzione con la fornitura tramite le farmacie ("retail") si dovrebbe tener conto di 2 fattori:
- il differenziale di spesa dovuto al prezzo attribuzione di gara che risulta inferiore rispetto al prezzo ex-factory;
- all'aggravio di spesa, nel caso di riclassificazione dagli acquisti diretti alla farmaceutica convenzionata, dovuto all'attribuzione del prezzo di cessione SSN non più ex-factory (EF – ricavo industria) ma di prezzo al pubblico (PP).

Si auspica quindi di giungere ad un ammodernamento della gestione clinica, assistenziale e farmacologica, delle malattie croniche, che da tempo attende di trovare una soluzione pratica sollecitata dalle istanze dei pazienti e delle stesse Regioni.

Occorre inoltre sottolineare che nonostante il PT sia concepito come uno strumento per garantire l'appropriatezza prescrittiva, spesso si trasforma in un ostacolo alla prescrizione e, di conseguenza, all'implementazione delle terapie salvavita, nonostante evidenze scientifiche epidemiologiche, cliniche ed economiche così solide.

A questo proposito, è paradossale che sia del tutto libera la prescrizione dei vecchi antialdosteronici (spironolattone, eplenerone) che possono comportare iperpotassiemie letali, mentre per i nuovi anti- aldosteronici nonsteroidei con minori effetti collaterali (Finerenone) sia richiesta la compilazione di ben due piani terapeutici, regionale ed AIFA, in gran parte di Italia. La stessa riflessione si applica agli ACE inibitori e Sartani (RASi), farmaci nefroprotettivi di prima scelta, che pur aumentando il rischio di Insufficienza Renale Acuta (AKI) e iperpotassiemia non necessitano di piano terapeutico mentre le Gliflozine, anch'esse raccomandate come agenti nefroprotettivi di prima linea, richiedono

doppio piano terapeutico pur avendo minori effetti collaterali dei RASi e riducendo significativamente il rischio di AKI e iperpotassiemia. Va inoltre segnalato che in UK i prescrittori di nuovi farmaci cardio- e nefro-protettivi ricevono incentivi economici dal NHS essendo ben consolidata l'evidenza dei benefici economici della classe secondaria alla riduzione di ospedalizzazioni e trattamenti dialitici (ad alto costo).

Cinque milioni di visite specialistiche l'anno: tanti sono i posti che, potenzialmente, si potrebbero liberare. In questo senso ribadiamo l'importanza dell'approvazione di una disposizione normativa che limiti la necessità della prescrizione dei farmaci con piano terapeutico a 12 mesi, salvo deroghe motivate, trascorsi i quali il piano terapeutico non è più richiesto e permetta a tutti i medici la prescrizione di questi farmaci, ferme restando le condizioni di rimborsabilità stabilite dall'Agenzia Italiana del Farmaco per ciascuna specialità medicinale. Questo intervento è finalizzato a garantire una maggiore accessibilità alle cure da parte dei pazienti, a ridurre i costi indiretti delle prestazioni sanitarie, a facilitare e semplificare i percorsi di presa in carico, a contribuire alla riduzione delle liste d'attesa e valorizzare la professionalità di tutti i medici italiani. Ciò al fine di un miglioramento in termini di assistenza dei pazienti fragili, garantendo la continuità terapeutica del trattamento, senza necessità di un ulteriore passaggio del paziente allo specialista del SSN. Nei fatti l'accesso semplificato a terapie appropriate e necessarie avrebbe un rilevante impatto sulla qualità di vita dei pazienti.
Sono quasi due milioni e trecentomila i pazienti che devono assumere un farmaco sottoposto a Piano Terapeutico. Questi pazienti che, per il 69%, hanno oltre 70 anni, devono recarsi una, due, anche tre o persino quattro volte l'anno dallo specialista, solo per rinnovare il piano terapeutico. Semplificare la prescrizione di questi medicinali, lasciando la prima allo specialista e aprendola poi, dopo 12 mesi, a qualsiasi medico, compreso il medico di medicina generale, significherebbe un risparmio in termini di spostamenti, di tempo, di energie per i pazienti e i caregiver oltre ai benefici di salute a favore dei pazienti. E, soprattutto, significherebbe

liberare ore di visite specialistiche da utilizzare per l'attività clinica, anziché per pratiche burocratiche.

L'iter burocratico legato ai piani terapeutici si configura, infatti, come un elemento di disincentivazione alla prescrizione, contribuendo in modo sostanziale sia all'inerzia terapeutica che alla sospensione delle cure.
Il processo di redazione di un piano terapeutico richiede tra i 15 e i 20 minuti, un tempo non trascurabile se consideriamo la durata limitata delle visite e la carenza di personale medico. La necessità di aggiornare il piano ogni 6-12 mesi può compromettere la persistenza terapeutica del paziente, portando a interruzioni del trattamento. **Tra l'altro l'obbligo della compilazione del piano terapeutico in regime SSN, contribuisce pesantemente all'allungamento delle liste di attesa. La rimozione dei piani terapeutici per farmaci così efficaci e di comprovata sicurezza e maneggevolezza di impiego, oltre a garantire un più diffuso e continuativo accesso alla terapia, contribuirebbe alla riduzione delle liste di attesa.**
L'eccessivo carico burocratico che grava oggi su medici specialisti e medici di medicina generale è una delle principali cause di "burnout" per la categoria. L'eliminazione dei piani terapeutici consentirebbe ai medici, in questo periodo storico numericamente limitati, di risparmiare tempo prezioso da dedicare ad un maggior numero di pazienti. Questo meccanismo burocratico, tra l'altro, sottrae risorse preziose agli ospedali, anche ad elevata grado di complessità, che per vocazione dovrebbero impiegare le proprie risorse temporali per trattare l'acuzie.

A questo quadro di complessità si aggiunge **la criticità derivante dalla regionalizzazione del sistema sanitario** che oltre a creare gravi disuguaglianze nell'accesso ai farmaci, genera, in alcune Regioni, anche una **differenziazione tra medici (es.: specialisti si MMG no) sia tra specialisti di diverse branche (es. nefrologi si e cardiologi no)**, sia all'interno della stessa specializzazione (es. cardiologi ospedalieri si, territoriali no) dove solo alcuni medici hanno la possibilità di redigere o aggiornare il piano terapeutico. Questa disparità riduce ulteriormente la rapidità e l'equità della presa in carico,

penalizzando pazienti seguiti da specialisti non prescrittori creando un vero e proprio ostacolo all'inizio delle terapie più efficaci. Con realtà che diventano paradossali per la complessità del processo di prescrizione. Inoltre, va sottolineato che, nel caso di un medico specialista appartenente a una disciplina autorizzata alla prescrizione tramite PT, ma operante in regime privato, così come per molti ospedali privati accreditati con il SSN, la prescrizione attraverso PT non è consentita.

La raccolta di dati provenienti dai PT, potrebbe sicuramente essere molto utile per fini di ricerca clinica osservazionale, ma non è accessibile né ai clinici né alle società scientifiche; pertanto, ad oggi non ha apportato un reale contributo alla conoscenza medica. Diversamente è stata spesso usata come uno strumento di controllo finalizzato a limitare le prescrizioni. Riteniamo che l'uso delle piattaforme informatiche che consentono la compilazione del piano terapeutico, deve essere orientato a supportare la decisione clinica del medico in maniera appropriata. Tra l'altro non c'è alcun nesso evidente al momento tra volumi e qualità delle prescrizioni. I dati raccolti con le note sono dati SANITARI e non CLINICI, quindi mai utilizzati per la ricerca sugli outcomes dei trattamenti effettuati.
Pubblicazioni di analisi di costo-efficacia mostrerebbero ad esempio che i nuovi farmaci in ambito di scompenso cardiaco, oltre alle evidenze di efficacia registrate nei trials randomizzati, hanno anche un ottimo profilo di costo-efficacia, rappresentando così un'opzione terapeutica irrinunciabile per un'ampia platea di pazienti. Il medico specialista, laddove individui le caratteristiche necessarie alla loro prescrizione non potrà esimersi dal farlo la prima volta e per tutti i rinnovi successivi. La presenza del PT non può ridurre il numero di pazienti correttamente avviati al trattamento più efficace, può di contro ridurre il numero di pazienti che, pur avendone necessità, non potranno accedere alla visita cardiologica.

Nel contesto della revisione dei Piani Terapeutici (PT) e dell'ottimizzazione dei percorsi prescrittivi, le Società Medico-Scientifiche italiane rappresentano un interlocutore essenziale e strategico. Grazie alla loro autorevolezza scientifica e

alla profonda conoscenza clinica maturata nei rispettivi ambiti specialistici, le SMS sono in grado di offrire un supporto fondamentale nella definizione dei criteri di appropriatezza terapeutica, nella valutazione dell'impatto clinico-organizzativo dei PT e nella predisposizione di strumenti di aggiornamento professionale per i medici prescrittori.

Un coinvolgimento strutturato delle SMS può favorire:

- La co-progettazione di linee guida e strumenti decisionali che sostituiscano i PT laddove superati, integrando evidenze scientifiche, bisogni clinici reali e sostenibilità economica;
- La definizione condivisa dei criteri di accesso e monitoraggio dei farmaci, attraverso l'elaborazione di raccomandazioni cliniche fruibili nella pratica quotidiana da MMG e specialisti;
- Il supporto alla formazione continua dei medici prescrittori, valorizzando il ruolo delle società scientifiche nella diffusione della conoscenza e nell'aggiornamento sulle novità terapeutiche, anche mediante modelli di medicina basata su prove di efficacia;
- L'analisi degli esiti e dell'appropriatezza prescrittiva attraverso l'accesso (attualmente non consentito) ai dati clinici raccolti nei PT, che potrebbe generare valore aggiunto in termini di ricerca, audit clinico e miglioramento della qualità delle cure.

In un sistema sanitario che ambisce alla centralità del paziente e all'efficienza delle cure, è imprescindibile riconoscere alle SMS un ruolo proattivo e non meramente consultivo nella ridefinizione del modello prescrittivo. Il dialogo istituzionale tra Agenzie regolatorie, FNOMCeO, FISM, specialisti e MMG deve diventare permanente, strutturato e orientato a soluzioni condivise, sostenibili e clinicamente fondate.

In conclusione, riteniamo che il superamento delle barriere prescrittive sollevate dai piani terapeutici non è solo un'esigenza clinica, ma un imperativo etico e organizzativo. L'adozione diffusa di terapie innovative rappresenta una straordinaria opportunità per migliorare la prognosi e la

qualità di vita dei pazienti riducendo disuguaglianze, ottimizzando risorse e contenendo la spesa sanitaria collegata alle ospedalizzazioni ripetute e da ultimo garantendo un accesso equo ed efficace a tutti i pazienti eleggibili così come previsto dal nostro sistema sanitario. Pertanto, ritardare o limitare l'accesso alle cure rappresenta sicuramente un comportamento non etico che necessita massima attenzione.
In aggiunta, restituire tempo e risorse ai medici significa incrementare il numero di pazienti visitati e migliorare la qualità dell'assistenza. Alleggerendo il carico burocratico e amministrativo, il medico può dedicare più tempo alla pratica clinica e alla gestione diretta dei pazienti. Questo si traduce in un incremento del numero di pazienti visitati e in una maggiore qualità dell'assistenza, permettendo di rispondere in modo più tempestivo ed efficace alle loro necessità, con un impatto positivo sia sulla salute pubblica che sull'organizzazione sanitaria con la riduzione delle liste di attesa.

A cura di
FNOMCeO (Filippo Anelli)
Fism (Loreto Gesualdo)
AIPO (Claudio Micheletto)
AMCO (Massimo Grimaldi)
AMD (Riccardo Candido)
SIC (Pasquale Filardi Perrone)
SID (Raffella Buzzetti)
Simg (Alessandro Rossi)
Sin (Luca Denicola)
SIP (Fabiano Di Marco)