



**FONDAZIONE  
IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"**

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
di diritto pubblico (D.M. 28/4/2006)  
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180  
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA  
Tel. 0382 5011

**Comitato Etico Area di Pavia**

Pavia, 18 Aprile 2016  
Protocollo 20160003665  
Procedimento n. 20160019995

Chiar.mo Prof.  
Luigi OLTRONA VISCONTI  
Cardiologia  
[l.oltronavisconti@smatteo.pv.it](mailto:l.oltronavisconti@smatteo.pv.it)

p.c. : Dr. Marco Ferlini – Cardiologia – [m.ferlini@smatteo.pv.it](mailto:m.ferlini@smatteo.pv.it)

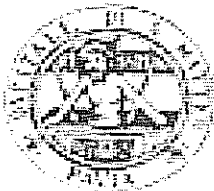
Oggetto: Studio clinico osservazionale sul **"Follow-up dei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica"** (Prot. Post-PCI), promosso, presentato e presso la Struttura di Cardiologia

Con riferimento alla richiesta trasmessa in data 04/07/2016, valutata dal Comitato Etico nella seduta del 28/07/2016, si trasmette copia conforme all'originale dell'estratto di verbale.

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(Dr. Franco Marazza)



**FONDAZIONE I.R.C.C.S. POLICLINICO "SAN MATTEO"**

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

di diritto pubblico (D.M. 28/04/2006)

**COMITATO ETICO AREA DI PAVIA****Estratto di verbale dei lavori per la seduta del: 28/07/2016**

<b>Tipo</b>	OSSERVAZIONALE		
<b>Prodotto</b>	---		
<b>Proponente</b>	SOCIETA' ITALIANA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA (GISE)		
<b>Struttura</b>	CARDIOLOGIA		
<b>Responsabile Struttura</b>	LUIGI OLTRONA VISCONTI		
<b>Responsabile Scientifico</b>	MARCO FERLINI		
<b>Codice</b>	POST-PCI		
<b>Protocollo</b>	POST-PCI: REGISTRO PROSPETTICO MULTICENTRICO DEI PAZIENTI DIMESSI DALLE CARDIOLOGIE DELLA LOMBARDIA RIVASCOLARIZZATI CON ANGIOPLASTICA CORONARICA		
<b>Versione e Data Protocollo</b>	V1.2_22/06/2016		
<b>Emendamento</b>	---	<b>Versione Emendamento</b>	---
<b>Foglio di informazione al paziente e modulo di raccolta del consenso</b>	V1.0_16/05/2016		
<b>Lettera del medico curante</b>	V1.0_16/05/2016		
<b>Case report form</b>	e-CRF		
<b>Investigator's brochure</b>			
<b>Polizza assicurazione</b>	---	<b>Numero polizza</b>	---
<b>Parere centro coordinatore</b>	---	---	
<b>Ulteriore documentazione</b>	SINOSSI (V1.2_22/06/2016); LETTERA PATROCINIO GISE (05/07/2016); ELENCO CENTRI.		

<b>Nr. pazienti</b>	---	<b>Compenso proposto</b>	---	<b>Valuta</b>	---	<b>IVA</b>	---
<b>Note</b>	---						

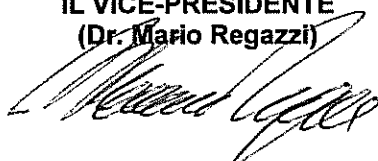
<b>Parere*</b>	FAVOREVOLE
<b>Condizioni</b>	FATTO SALVO L'UTILIZZO DEL FOGLIO DI INFORMAZIONE AL PAZIENTE E MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO (V1.1_28/07/2016 CE PV) ALLEGATI AL PRESENTE PARERE; FATTA SALVA L'ASSENZA DI COSTI AGGIUNTIVI PER LA FONDAZIONE.

NO PROFIT ESTERNI NO CORRISPETTIVO

N.B.\*:

- 1) Il parere si intende vincolato al rispetto delle eventuali condizioni di cui sopra, della normativa nazionale e regionale (ivi compresa quella in materia di tutela dei dati personali) e dei regolamenti dell'Istituto e con la clausola che i risultati dello studio non potranno essere utilizzati per fini commerciali.
- 2) ) gli eventuali campioni biologici prelevati, previo consenso, da pazienti arruolati nello studio dovranno essere conservati non oltre il tempo massimo specificato nell'informativa al paziente. Qualsiasi ulteriore utilizzo dovrà essere preventivamente autorizzato, per iscritto, dai pazienti interessati o laddove questo non fosse possibile a causa di anonimizzazione dei campioni al Comitato Etico Area di Pavia.
- 3)E' fatto salvo inoltre il diritto degli Sperimentatori ad utilizzare i dati acquisiti in seminari, comunicazioni a congressi/convegni e pubblicazioni scientifiche, previa comunicazione allo Sponsor, che potrà esprimere le proprie osservazioni entro 60 giorni (silenzio-assenso) e che potrà opporsi solo con valido e documentato motivo.
- 4) Fatta salva l'assenza di qualsiasi conflitto di interessi in capo a tutto il personale coinvolto nello studio.
- 5) Si raccomanda la condivisione della proprietà dei dati/risultati dello studio in proporzione al contributo prestato da questo Istituto.
- 6) Si raccomanda l'inserimento nel foglio di informazioni al paziente della frase "Qualora disponga di un'assicurazione medica privata è opportuno che verifichi con l'assicuratore che la Sua partecipazione allo studio non abbia alcuna ripercussione sulla Sua copertura assicurativa medica o sulla vita, prima di acconsentire a parteciparvi."

**IL VICE-PRESIDENTE**  
**(Dr. Mario Regazzi)**





**FONDAZIONE**  
**IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico  
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180  
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA  
Tel. 0382 5011

### MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO

#### **Post-PCI : Registro prospettico multicentrico dei pazienti dimessi dalle Cardiologie della Lombardia rivascolarizzati con angioplastica coronarica**

**Proposto dalla S.C. di Cardiologia**  
**Modulo di Consenso**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto dal dottor..... in data ..... spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione allo studio in oggetto, secondo quanto riportato nella scheda informativa qui allegata, copia della quale mi è stata consegnata in data .....

#### **A seguito di quanto appreso, dichiaro:**

- Di essere stato informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti ed accetto di partecipare a questo studio
- Che mi è stata data la possibilità di discutere tali spiegazioni, di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Di essere al corrente che sono libero/a di rifiutarmi di partecipare allo studio e che posso ritirare il mio consenso, in qualsiasi momento della durata dello studio e senza fornire spiegazioni.
- Che la mia adesione allo studio è volontaria
- Sono stato inoltre informato/a del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico area di Pavia.
- Che mi sarà data una copia di questo consenso, datata e firmata da me e dal medico che mi ha illustrato lo studio.

☐ **Acconsento ad informare il mio Medico di Medicina Generale sulla partecipazione a questo studio.**

☐ **Non acconsento ad informare il mio Medico di Medicina Generale sulla partecipazione a questo studio.**

Sottoscrivendo tale modulo acconsento a partecipare al su-indicato studio.

Autorizzo, inoltre, il trattamento dei miei dati personali, necessari alla conduzione di questo studio, nei limiti e con le modalità illustrati nel Foglio Informativo dello studio, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali.

Nome e Cognome del Paziente

.....

Firma del Paziente

.....

Data .....

Nome e Cognome del Medico sperimentatore che ha informato il paziente e ne ha raccolto il consenso

.....

Firma del Medico sperimentatore che ha informato il paziente e ne ha raccolto il consenso

.....

Data .....



**FONDAZIONE**  
**IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO"**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico  
C.F. 00303490189 - P. IVA 00580590180  
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA  
Tel. 0382 5011

**FOGLIO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE**  
**PARTECIPANTE ALLO STUDIO:**

**Post-PCI: Registro prospettico multicentrico dei pazienti dimessi dalle Cardiologie della Lombardia rivascolarizzati con angioplastica coronarica**

**Proposto dalla S.C. di Cardiologia**

Gentile Signora/e,

La struttura complessa di Cardiologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo sta eseguendo ~~il~~ partecipa alla costituzione del registro (semplice raccolta dati) osservazionale (osservazione degli eventi senza alcun intervento da parte dello sperimentatore) prospettico (esamina i risultati nel tempo) multicentrico (viene svolto in più ospedali) sopraindicato.

La preghiamo di leggere attentamente le informazioni che seguono. Ci rivolga delle domande se c'è qualcosa che non capisce o se desidera avere altre informazioni. Avrà tutto il tempo che desidera per prendere una decisione. Anche se decidesse di non partecipare a questo progetto, continuerà a ricevere la miglior terapia possibile per la Sua condizione.

**Perché viene effettuato lo studio e che cosa intende dimostrare?**

Lei è stato sottoposto ad angioplastica coronarica (PCI) ed una volta dimesso, potrebbero esserle prescritti avere necessità di eseguire visite cardiologiche, elettrocardiogrammi, ecocardiogrammi color doppler e test provocativi di ischemia.

Tuttavia, non sono di fatto codificate strategie inerenti la numerosità e la tempistica dei controlli ambulatoriali, la necessità e la tipologia degli eventuali esami, per individuare l'ischemia residua o

per verificare l'efficacia della procedura di rivascularizzazione, e neppure la programmazione della presa in carico della persona-paziente, che può essere riferita a strutture cardiologiche ospedaliere o del territorio o anche al Medico di Medicina Generale. Infine, si osserva di frequente una completa inadeguatezza di monitoraggio sulla aderenza alla terapia farmacologica, in particolare quella antitrombotica.

La carenza forse più grave riguarda comunque la mancata sistematicità di questi approcci, che varia in modo significativo tra gli Ospedali e tra le diverse aree geografiche.

L'assenza di una strategia sistematica determina un notevole rischio di inappropriately delle prestazioni, sia sotto l'aspetto clinico (esami e visite inutili), sia che economico (costi sanitari). Dati di tipo epidemiologico hanno dimostrato infatti come, a fronte di un numero crescente di test eseguiti negli ultimi anni nei pazienti rivascularizzati, la percentuale di nuova ospedalizzazione per infarto miocardico acuto in questi pazienti-soggetti rimane sostanzialmente stabile.

Recentemente è stato pubblicato un documento intersocietario di consenso sulla gestione a lungo termine dei pazienti sottoposti a PCI, che propone un'intensità di follow-up modulata sulla base del profilo di rischio individuale, in 3 differenti percorsi (A, B e C).

L'obiettivo principale del presente registro è perciò, innanzitutto ~~quello di avere una "fotografia"~~ di come viene eseguito, negli ospedali coinvolti della regione Lombardia, il follow-up dei pazienti trattati con PCI, per arrivare ad una standardizzazione dei percorsi clinico-strumentali a lungo termine, nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva. Come obiettivi secondari, si vuole verificare analizzare l'adesione già esistente ai tre percorsi di follow-up proposti dal Documento di consenso intersocietario ed, infine, ~~avere una verifica~~ dell'aderenza alla terapia medica da parte del malato~~o~~-paziente, con particolare riferimento a quella antitrombotica.

### **È obbligatoria la mia partecipazione ?**

No; la decisione di partecipare o meno allo studio è libera, e dipende solo da Lei e non modificherà il Suo piano di trattamento.

Se acconsente di partecipare allo studio, i Suoi diritti saranno tutelati secondo i principi etici stabiliti nella Dichiarazione di Helsinki.

### **Che cosa succede se decido di partecipare ma poi di ritirarmi dallo studio?**

Se dopo aver acconsentito a partecipare, Lei decidesse di ritirarsi dallo studio, potrà farlo liberamente, avvertendo il medico referente (Dott. Marco Ferlini), senza bisogno di fornire alcuna giustificazione e senza che questo pregiudichi la qualità delle prestazioni sanitarie che riceve in questo centro.



Inoltre, in caso di ritiro, nessun dato aggiuntivo che la riguarda sarà ulteriormente raccolto.

#### **Che cosa comporterà la mia partecipazione allo studio?**

Se accetta di partecipare, Le sarà chiesto di firmare il modulo di consenso informato e saranno raccolte informazioni clinico-strumentali inerenti la sua degenza ospedaliera.

La partecipazione allo studio comporta successivamente solo una visita a 12 mesi di distanza dalla dimissione ospedaliera, in cui saranno raccolte informazioni sul numero di prestazioni cardiologiche (visite cliniche, ecocardiogrammi e test provocativi di ischemia) che avrà eventualmente già svolto e le verranno-saranno chieste informazioni sul suo stato di salute e sulla terapia medica che sta assumendo. Nel caso sia impossibilitato ad un colloquio di persona, verrà-sarà contattato telefonicamente, per la raccolta delle suddette informazioni.

#### **Quali sono i possibili vantaggi nel partecipare allo studio?**

Poiché è prevista soltanto la raccolta di dati clinici, dalla Sua partecipazione allo studio, non sono previsti per Lei benefici immediati e diretti, diversi da quelli previsti dalla pratica clinica abituale. Si auspica che i risultati dello studio contribuiscano a stabilire i percorsi di follow-up dopo PCI nell'ottica di una appropriatezza prescrittiva con potenziale riduzione dei costi sanitari.

#### **Quali sono i possibili rischi correlati alla partecipazione allo studio?**

Visto che lo studio è una semplice osservazione della pratica clinica abituale e non comporta alcun intervento da parte dello sperimentatore, non sono previsti rischi correlati alla partecipazione.

La partecipazione allo studio non necessita per Lei di alcuna spesa aggiuntiva, e non riceverà per essa alcun compenso.

Le consegneremo una lettera per il medico di medicina generale, perché, se Lei lo desidera, possa essere informato della Sua partecipazione a questo studio.

Lo studio, per la sua caratteristica di essere osservazionale, e quindi di limitarsi alla registrazione di come è gestita e curata la Sua patologia non prevede, per normativa, nessun tipo di assicurazione a copertura di eventuali danni che, in questo caso, potrebbero ricondursi, unicamente, ad una eventuale violazione dei diritti alla riservatezza ed alla protezione dei dati personali, ipotesi coperta dalla polizza della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Formattato: Tipo di carattere: 12 pt

Formattato: Interlinea 1,5 righe

Formattato: Tipo di carattere: 12 pt

#### **Le informazioni raccolte saranno riservate?**



Se Lei deciderà di partecipare allo studio, la Sua identità sarà protetta, in quanto tutti i dati raccolti (età, sesso, origine etnica ed altri dati che La riguardano) saranno archiviati in apposite schede informatiche, in maniera codificata ed in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali.

I risultati dello studio saranno utilizzati per il solo scopo di questa ricerca scientifica e potranno essere oggetto di pubblicazione, ma la Sua identità rimarrà sempre anonima.

Più specificamente, la S.C. di Cardiologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, in accordo con le responsabilità previste dalle norme della buona pratica clinica (D.Lgs. 211/2003 di Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico), ed in conformità a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 536/2014, tratterà i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute, soltanto nella misura in cui siano indispensabili all'obiettivo dello studio ed esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

Formattato: Tipo di carattere:  
(Predefinito) Times New Roman, 12 pt

Il trattamento dei suddetti dati personali è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non Le consentirà di parteciparvi.

Il medico responsabile dello studio raccoglierà i Suoi dati unitamente al codice assegnatoLe come partecipante, così che soltanto questo comparirà sulla scheda di raccolta dati e non il cognome ed il nome o le loro iniziali; nella scheda, inoltre, della Sua data di nascita saranno registrati solo mese ed anno. Le informazioni cliniche riguarderanno le Sue condizioni generali di salute e la storia della Sua malattia. Il medico conserverà il file di correlazione dati anagrafici – codice in pc protetto da password, posto in locale ad accesso limitato e diverso da quello in cui si custodiscono gli altri documenti dello studio. I dati saranno distrutti trascorsi 5 anni dalla conclusione dello studio.

I dati saranno condivisi con i ricercatori della Fondazione coinvolti in forma codificata, senza quindi che alcuno possa risalire alla Sua identità.

Soltanto il medico ed i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al Suo nominativo.

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici, saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici. La Sua partecipazione allo studio implica che, in conformità alla normativa sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali, il personale del centro che eseguirà il monitoraggio e la verifica dello studio, il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane potranno conoscere i dati che La riguardano, contenuti anche nella Sua documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza della Sua identità.

Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, ecc.) rivolgendosi direttamente a questo centro, facendo riferimento al Suo responsabile, Dr. Marco Ferlini, anche responsabile del trattamento dei dati personali.

Potrà interrompere in ogni momento e senza fornire alcuna giustificazione la Sua partecipazione allo studio; ~~in questo caso, i campioni a Lei correlati saranno distrutti, se non ancora analizzati (e quindi già eliminati) e non saranno raccolti ulteriori dati che La riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli eventualmente già raccolti per determinare, senza alterarli, i risultati della ricerca.~~

*Contatto per ulteriori informazioni.*

Se Le servono ulteriori informazioni, assistenza o consiglio in qualsiasi momento, prima di decidere la partecipazione al progetto, o nel corso dello progetto, ~~o in caso di emergenza, contatti:~~

Dott. Marco Ferlini TEL.: 0382503776

Il Comitato Etico area di Pavia ha approvato la conduzione dello studio.

Formattato: Tipo di carattere: Non  
Grassetto







FONDAZIONE I.R.C.C.S.  
POLICLINICO "SAN MATTEO"  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico (D.M. 28/4/2006)  
V.le Golgi, 19 - 27100 PAVIA

COMITATO ETICO AREA DI PAVIA  
(istituito, in conformità alle disposizioni del D.M. Salute 8 febbraio 2013 e Decreto regionale 25 giugno 2013, n. 5493, con deliberazione n. 3/C.d.A./0131 del 19/09/2013)

### PRESENZE SEDUTA DEL 28/07/2016

I sotto elencati componenti del Comitato dichiarano che si asterranno dal pronunciarsi su quelle sperimentazioni per le quali possa sussistere un conflitto di interessi di tipo diretto od indiretto.

Dr. Mario ALESSIANI .....  
(Clinico 1 - Area Chirurgica - interno)

Prof.ssa Eloisa ARBUSTINI .....  
(Esperto in genetica - interno)

Prof. Edoardo ASCARI .....  
(Clinico 2 - Area Medica - esterno)

Prof. Giampaolo AZZONI .....  
(Esperto in materia giuridica e assicurativa - interno)

Dr. Simone BARATTO .....  
(Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie - interno)

Dr.ssa Elena BELLOTTI .....  
(Farmacista - Istituto di Riabilitazione e di Cura "Santa Margherita" di Pavia)

Dr. Giovanni BAROSI .....  
(Clinico 3 - Area Medica/Oncematologica - esterno)

Prof. Roberto BOTTINELLI (in caso di assenza od impedimento: Prof. Carlomaurizio Montecucco) .....  
(Prorettore alla ricerca - Università degli Studi di Pavia)

Dr. Ezio BRAMUCCI .....  
(Esperto clinico in relazione allo studio di nuove procedure tecniche, diagnostiche e terapeutiche, invasive o semi-invasive - esterno)

Prof. Guido BROICH (in caso di assenza od impedimento: Dr.ssa Donatella De Amici) .....  
(Direttore Sanitario Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico "San Matteo" - interno)

Dr. Riccardo CACCIALANZA .....  
(Esperto in relazione allo studio di prodotti alimentari sull'uomo - interno)

Dr.ssa Monica CALVI (in caso di assenza od impedimento: Dr.ssa Michela Tizzoni) .....  
(Farmacista Servizio Sanitario Regionale - interno)

Dr.ssa Barbara COZZI .....  
(Farmacista Istituto Clinico Beato Matteo)

Dr.ssa Mirosa DELLAGIOVANNA (in caso di assenza od impedimento: Dr.ssa Silvia Vecchio) .....  
(Farmacista ATS Pavia - interno)

Prof. Luigi DE CARLI .....  
(Esperto di bioetica - esterno)

Dr. Pietro DE STEFANO .....  
(Pediatra - esterno)

Dr.ssa Cristina FIOCCHI .....  
(Responsabile Segreteria Tecnico-Scientifica)

Dr.ssa Tiziana LEGNANI (in caso di assenza od impedimento: Dr.ssa Simonetta Nicri) .....  
(Direttore Sanitario ATS Pavia - interno)

**Prof. Stefano GOVONI**.....

(Farmacologo - interno)

**Prof. Marcello IMBRIANI**.....

(Direttore Sanitario CNAO - interno)

**Dr.ssa Catherine KLERSY**.....

(Biostatistico - interno)

**Dr. Ing. Paolo LAGO**.....

(Esperto in dispositivi medici - interno)

**Dr.ssa Mariangela LODI** (in caso di assenza od impedimento: Dr.ssa Cinzia Vaccaroli) .....

(Farmacista Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia - interno)

**Dr. Ing. Cesare LOMBARDI**.....

(Esperto in relazione all'area medico-chirurgica oggetto dell'indagine con dispositivi medici - esterno)

**Dr.ssa Lucia LOPALCO**.....

(Esperto in immunobiologia - esterno)

**Dr. Giuseppe MAGNANI** (in caso di assenza od impedimento: Dr. Francesco Marino).....

(Direttore Sanitario Istituto Clinico Beato Matteo)

**Dr.ssa Annamaria MARIANI**.....

(Rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti - esterno)

**Dr.ssa Antonella MASTRETTI** (in caso di assenza od impedimento: Prof. Luigi Bonandrini).....

(Direttore Sanitario Istituto di Cura Città di Pavia - interno)

**Prof. Giampaolo MERLINI** (in caso di assenza od impedimento: Prof. Eloisa Arbustini) .....

(Direttore Scientifico Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico "San Matteo" - interno)

**Dr. Natale OLIVATI**.....

(Medico di Medicina Generale Territoriale - esterno);

**Dr. Francesco Rinaldo REITANO** (in caso di assenza od impedimento: Dr.ssa Carolina Bona).....

(Direttore Sanitario Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia - interno)

**Dr. Mario REGAZZI**.....

(Esperto in farmacocinetica clinica - esterno)

**Dr.ssa Antonella RIVA**.....

(Medico Legale)

**Dr. Marco ROLLONE** (in caso di assenza od impedimento: Prof. Giovanni Riccivuti).....

(Direttore Medico di Presidio - Istituto di Riabilitazione e di Cura "Santa Margherita" di Pavia)

**Dr.ssa Angela TORTORICI**.....

(Farmacista Istituto di Cura Città di Pavia - interno)

#### UFFICIO DI SEGRETERIA

**Dr. Franco MARAZZA**.....

**Dr.ssa Paola BECCARIA**.....

**Dr.ssa Francesca BOSINI**.....

**Dr.ssa Federica DI PIETRO**.....

**Dr.ssa Paola LA MARCA**.....