

**POSSIBILI RICADUTE MEDICO-LEGALI IN AMBITO DI RESPONSABILITÀ MEDICA  
IN TEMA DI “PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI”  
EX DGR LOMBARDE 6551/17 – 6164/17 – 7766/17**

La presente analisi è stata realizzata a cura di un “Gruppo di Lavoro” nell’ambito della istituenda “Commissione Responsabilità Professionale” dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano e rappresenta la “disamina” degli aspetti di responsabilità professionale del Medico che, a vario titolo, si farà carico di redigere il PAI per il soggetto “gestore”, quale ricaduta delle DGR citate in epigrafe, in tal senso mirate e relative ai percorsi di cura per il paziente cronico.

Va subito sgomberato il campo da una falsa rassicurazione; nella prima fase della discussione nell’ambito del “gruppo di lavoro”, qualche componente si è domandato se ha un fondamento la diceria che l’estensore del PAI non incorre in alcun rischio in termini di responsabilità professionale ricadendo la stessa in toto sul “gestore” che starebbe a monte della procedura; va da sé che non vi è nulla di più inesatto; è di tutta evidenza che, come in una organizzazione ospedaliera o poliambulatoriale (pubblica o privata che sia) la amministrazione- direzione ha le proprie incombenze e le relative responsabilità ed il sanitario ha anch'egli le proprie incombenze e proprie responsabilità, allo stesso modo nel modello assistenziale nascente chi gestisce dal punto di vista organizzativo incorre in un proprio profilo di responsabilità e chi opera dal punto di vista clinico incorrerà in un suo proprio; è impensabile che il ruolo del primo riassorba e ricomprenda e alleggerisca in qualche modo i carichi propri dell'ausiliario; è questo un principio assolutamente chiaro per il quale non è il caso di scomodare oltre il Diritto.

Questa trattazione nasce su input preciso di una pluralità di qualificati professionisti (una buona parte dei quali ha partecipato molto attivamente al tavolo di lavoro) operanti sia nell'ambito della Medicina Generale che in quello ospedaliero.

Ai fini di economia espositiva si dà qui per scontato preliminarmente che siano noti i passaggi fondamentali sia dell'invariato e consolidato concetto giuridico di buon agire medico (dunque con perizia, prudenza, diligenza, osservanza delle leggi e regolamenti) che delle delibere in questione; ciò al fine di entrare direttamente *in medias res*.

La questione che viene presa in esame è dunque quella dei profili di responsabilità medica che vengono a delinearsi in capo all'estensore del PAI (Piano di Assistenza Individuale); è dunque questo un angolo visuale molto peculiare e tecnico che prescinde completamente da qualsiasi giudizio di fondo sulla bontà e/o condivisibilità di tale riforma.

La questione, come tutte quelle che abbiano una franca connotazione di novità, non potrà avere chiaramente risposte certe a tutto campo né è evidentemente di immediata intelligenza.

Occorre dunque scorporre analiticamente lo scenario delle figure operative nonché i diversi passaggi cronologici degli aspetti pratici.

**- Quanto al MMG:**

il professionista, che abbia aderito al progetto (in forma di gestore o cogestore) sia che operi singolarmente che in gruppo o cooperativa, redige il PAI tarato alle patologie da inquadrare (una o più d’una che siano); ciò che avverrà, evidentemente, attingendo sia dal proprio bagaglio culturale ed esperienziale personale che dalle conoscenze scientifiche derivanti da Linee Guida e buone pratiche assistenziali e dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate; lo stesso andrà evidentemente via via riaggiustato a seconda degli aggiornamenti clinici; è qui appena il caso di ricordare che il recente “beneficio legislativo” ex L. 27/17 della non punibilità penale vale per l'evenienza che siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle Linee Guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali; dunque non sono citati come tali i PDTA eppertanto, qualora questi dovessero palesarsi come inadeguati, non potrebbe a posteriori risultare

esimente ai fini della colpa l'averli utilizzati e rispettati. In questo senso, giova ricordare che la responsabilità della scelta di un determinato PDTA è, appunto, in capo al Medico che redige il PAI, poiché la preferenza che viene operata dal professionista non si esercita nell'ambito di un *bouquet* di percorsi che abbiano ricevuto un avallo ufficiale da parte della Regione Lombardia o di altra Autorità (regionale o governativa).

Tutto ciò premesso è indubitabile ed intuitivo che questa incombenza (estensione del PAI) comporti un maggior impegno rispetto al passato ma può qui certamente affermarsi che tale tipo di attività (per così dire: "regia" a 360°) rientri propriamente nella "*forma mentis*" e nelle abitudini professionali di un MMG; ciò nondimeno egli si sta così assumendo un maggior carico derivante dal dover redigere e personalizzare un piano peculiare per ogni singolo paziente cronico; ma, sin qui, dall'angolo visuale medico-legale non sembrano emergere timori di assai più pesante responsabilità rispetto al passato (anche prima andava via via proposto il miglior schema diagnostico e terapeutico e di *follow-up* possibile); naturalmente è consigliabile che un piano strutturato ed etichettato tal quale, abbia supporti pragmatici e documentali di natura specialistica allorquando si affrontino tematiche di una certa complessità o comunque plurispecialistiche e bene sarà corredare la propria cartella personale, quale che sia la sua forma (cartacea, informatica personale, informatica istituzionalizzata), di ampie "pezze" a sostegno di quel percorso logico che ha condotto a stilare quel determinato piano; è notorio che, indipendentemente dall'onere probatorio o meno (la recente novella legislativa "Gelli Bianco" dovrebbe alleggerire questo aspetto) nel corso di eventuali controversie giudiziarie, il potere dimostrare "a posteriori" la bontà del proprio iter decisionale-logico sul piano tecnico genera sicurezze in prima battuta impensabili nella loro consistenza ed efficacia giuridica.

Vi è però un altro aspetto da non trascurare in tema di maggior peso di responsabilità: quello dell'iniziativa di organizzazione di visite ed esami e dunque di una sorta di accompagnamento del paziente alla realizzazione del piano prima strutturato; è evidente che nell'ambito di una medicina per così dire di attesa, una volta prescritti taluni accertamenti o taluni accorgimenti, l'incuria (negligenza) da parte del paziente ed i suoi eventuali negativi effetti non sono di certo addebitabili al professionista; così non è, certamente, nel caso della medicina di iniziativa; nel momento in cui si è sposato l'obiettivo di una maggior diligenza nell'accompagnamento del paziente va da sé che, al di là di quanto addebitabile al paziente stesso in caso di omissioni (poca cosa invero pur a fronte di uno affermato *empowerment* dello stesso), al professionista, nel particolare ambito in cui ci stiamo muovendo, è richiesta una diligenza (tradizionalmente i nostri Codici sono molto sensibili al riguardo) sicuramente maggiore che in passato; è del resto la stessa Delibera 7766/18 a recitare che vige la responsabilità, per la struttura che ha in carico il paziente, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo; ci si aspetterà dunque in automatico che, in caso di mancata realizzazione di taluni passaggi da parte del paziente, vi siano dei meccanismi di recupero efficaci (telefonici, epistolari, quant'altro) che, pur senza sconfinare nell'assillo essendo la libertà di determinazione dei soggetti evidentemente invariata, costituiscano possibili reinviti e recuperi alla realizzazione del protocollo; anche di questi avvisi è bene che resti ampia e chiara traccia documentale.

Altra questione è quella relativa ad eventuali margini di responsabilità anche per il MMG che non abbia aderito alla nuova forma di Gestione in oggetto; è evidente che, in tal caso, saranno altri i Gestori del suo paziente ed altri gli estensori del PAI; ma egli è pur sempre il medico curante dello stesso sicché quale scenario si configura allorquando il sanitario si trova in contrasto puramente tecnico con i contenuti del PAI in occasione di taluni passaggi clinici tecnici-pratici? Si verifica in tal caso una divergenza tra norma e doveri? Tutto ciò evoca possibili fattispecie di collisione con taluni aspetti deontologici, vale a dire quelli sulla relazione di cura (art. 20), sulla continuità delle stesse (art. 23), sul rapporto tra colleghi (art. 58), sui rapporti col medico curante (art. 59), su consulto consulenza (art. 60); ciò in particolare relativamente: a competenza della prescrizione in caso di patologie acute intercorrenti in qualche modo interferenti la condizione cronica di fondo ed

a competenza delle modifiche terapeutiche in caso di momentanee acuzie o scompensi o squilibri o aggravamenti o interazioni farmacologiche o comparsa di effetti collaterali e quant'altro; ancora viene posto il problema di chi sia il titolare (e dunque in definitiva il responsabile giuridico) della gestione del paziente (nell'irrinunciabile contesto di una visione unitaria e di continuità assistenziale e senza perdere di vista i contenuti dell'art. 27 relativamente al principio cardine della libera scelta del medico e del luogo di cura) di pazienti pluripatologici cronici, eventualmente disabili-fragili, necessitanti assistenza domiciliare e di fatto impossibilitati a recarsi materialmente presso il Gestore.

Indubbiamente la questione è delicata: da una parte la Legge Regionale spoglia, in tale fattispecie, il MMG di taluni rilevanti compiti ma, ovviamente, la buona gestione in senso lato di un paziente non può procedere per compartimenti stagni; bene farà il professionista a collaborare con altri gestori fin dove possibile; ma potrà sempre inevitabilmente presentarsi un momento di non condivisione di taluni divisamenti o impostazioni; non può qui che valere il principio generale che il comportamento del medico deve sempre essere indirizzato alla migliore prestazione ed al miglior comportamento programmatico possibili perché ciò avvenga; ma ciò, ovviamente, non potrà sconfinare dalle possibilità amministrative che gli sono fornite senza che ciò comporti alcuna forma di responsabilità; ed è opportuno che all'atto pratico egli segnali, con spirito collaborativo e fattivo, al Gestore peculiarità cliniche che allo stesso potrebbero essere sfuggite od anche solo semplici aggiornamenti che potrebbero condurre lo stesso a rivedere il proprio piano; ciò nondimeno il dissidio potrebbe persistere ed allora è sempre buona norma, sia di coscienza che forense, che egli lasci ampia traccia, nella propria cartella clinica, di tutti questi passaggi logici: comunicazione scritta al Gestore delle proprie valutazioni cliniche, spiegazione chiara al paziente (anche con rilascio di propria attestazione) delle medesime; al di là della possibile alienazione di quale simpatia, tale atteggiamento è equo e non si vede chi a questo punto, in caso di effetti pratici negativi di un PAI inadeguato, potrebbe a questo MMG addebitare alcunché; ciò non significa che, in prima istanza, egli non venga coinvolto in una richiesta risarcitoria ma, documenti tecnici probatori alla mano, egli avrà gli strumenti per provare la bontà piena del proprio atteggiamento ed essere estromesso da un eventuale giudizio di merito che dovesse concretizzarsi.

- **Quanto al professionista ausiliario di strutture sanitarie:**

anche per tale professionista ricorreranno evidentemente i profili di responsabilità già detti per il MMG; va però osservato, per questa figura professionale, che l'appesantimento risulta di fatto sensibilmente più consistente; e difatti, mentre il MMG ha nelle proprie corde la regia a tutto campo del paziente (e l'attuale corso triennale propedeutico è di fatto un addestramento "internistico" proprio in questa ottica), lo specialista facente parte di struttura è ovviamente esperto e titolato alla gestione di una branca; ma egli, gioco forza, dovrà estendere un piano assistenziale che contempli anche la copertura di patologie coesistenti (sono ben oltre sessanta quelle contemplate) ma di diversa natura (chiarificatore è l'esempio di un oncologo che si imbatte in paziente altresì cardiopatico e diabetico e bronchitico cronico); ancor più che prima vale ovviamente la buona norma che è irrinunciabile precauzione di dotarsi di "robusto" supporto pratico e documentale degli ulteriori specialisti interessati; ma ciò non toglie che questo medico sarà chiamato ad un compito esorbitante rispetto al proprio angolo visuale professionale; va da sé che, in caso di controversia giudiziaria con addebito di responsabilità per carenza o insufficienza del PAI, egli potrà invocare l'antico e non abrogato criterio della media preparazione ma ciò non toglie che egli si troverebbe in prima linea a rispondere (avendoli di fatto assunti, peraltro senza aver avuto la facoltà di scelta di cui invece gode il MMG) di compiti che non fanno parte del suo bagaglio specialistico; sotto tale angolo visuale, al di là degli accorgimenti suddetti, non può che rilevarsi un ipotizzabile maggior rischio di coinvolgimento in controversie di responsabilità medica; non è al momento prevedibile la portata del fenomeno in quanto si tratterà, nell'evenienza, di individuare processualmente i dispiegati effetti negativi di fatti omissivi (per intenderci: le conseguenze di un piano carente); non

è mai facile, in questo ambito, inquadrare lo scenario controfattuale vale a dire la “quota” di aggravamento del quadro clinico da attribuire ad una pratica sanitaria non effettuata; ma questo sarà lo scenario a cui è possibile andare incontro

Per concludere ed in estrema sintesi riassuntiva:

- ✓ L'estensore del PAI MMG vede solo per taluni aspetti appesantito il proprio profilo di responsabilità professionale; ciò relativamente alla puntuale documentazione della bontà dell'iter decisionale seguito nello stilarelo nonché relativamente alla maggior diligenza che dovrà prestare affinché tale piano venga rispettato puntualmente
- ✓ L'estensore del PAI professionista di struttura si vedrà gravato del medesimo appesantimento di cui al capoverso che precede; ciò che comporterà maggiori difficoltà rispetto all'abituale attività svolte in passato nel dover estendere il proprio operato, in particolare per i casi di pluri-patologie, a branche specialistiche plurime e diverse rispetto a quella del proprio titolo; nè a tale riguardo potrà risultare attenuante proprio la circostanza di dovere agire, per alcuni passaggi, al di fuori della propria specializzazione in quanto, sul piano giuridico, la responsabilità del medico non si limita alla sua specialità (Cassazione n. 15178/2018, laddove è ulteriormente sancito il principio di causalità della colpa: il nesso tra un'omissione e un evento infausto non è determinato da un calcolo delle probabilità statistico, ma anche da un calcolo "logico" che a sua volta dev'essere fondato non solo su deduzioni logiche basate su generalizzazioni scientifiche, ma anche "su un giudizio induttivo elaborato sull'analisi della caratterizzazione del fatto storico e sulla particolarità del caso concreto").

Per entrambi, in ogni caso, non andrà trascurata la tematica della “informazione – consenso informato”; è evidente che il PAI che viene redatto va a strutturare un articolato trattamento sanitario in piena regola il quale, in quanto tale, “... non può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata” come da giurisprudenza consolidata nonché da recente norma legislativa (art. 1 L. 219/17); è pur vero che quest'ultima è incentrata sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) nel contesto del c.d. “fine vita” ma al citato art. 1) non deve sfuggire che viene ivi sancito un principio generale relativo al “consenso informato” in generale (peraltro da redigere in forma quanto meno scritta). A questo proposito, è stato segnalato da taluni professionisti che, per impicci organizzativi, potrebbe avvenire che il momento di generazione vera e propria del PAI non avvenga in contestuale presenza medico- paziente; non è chi non veda come una modalità del genere, laddove dovesse corrispondere alla realtà dei fatti, configurerebbe immediatamente un illecito relativamente alla richiamata norma per sostanziale vizio di "consenso informato" costituendo notoriamente quest'ultimo la risultante cartacea di un percorso condiviso di informazione, di valutazione di possibili alternative, di disamina congiunta di possibili benefici e contrarietà; è bene che i professionisti, siano essi MMG o professionisti di struttura, non si trovino a dover trascurare questo aspetto tutt'altro che secondario dell'intera questione essendo incontrovertibile che non sarà certamente possibile declassare il momento del consenso informato ad ordinario ed implicito passaggio burocratico per il solo fatto di avere aderito alle prestazioni del Gestore.

#### - **Aspetto in generale della tipologia di responsabilità**

Questo punto è di importanza nodale per tratteggiare i nuovi futuri profili di responsabilità; e la questione base è: il PAI è un contratto? probabilmente ed a prima vista così non dovrebbe essere ma non è detto che questa sia poi l'interpretazione giurisprudenziale unanime; la questione non è sofisma di poco conto ma è davvero sostanziale; uno degli obiettivi della Legge “Gelli Bianco” è quello di alleggerire il carico civilistico in capo al professionista, avendo nitidamente stabilito che la responsabilità dell'ausiliario di struttura è extracontrattuale; ciò che comporta i notori vantaggi in termini di onere della prova, tempi di prescrizione, peso delle rivalse per danno erariale; è evidente

che nel momento in cui si desse origine ad una prestazione che nel suo titolo recita “contratto” tali vantaggi, appena normati, verrebbero immediatamente a cadere; la contraddizione è stridente sicché è sperabile che trovi ingresso la più logica e benevola interpretazione che il contratto di cui parla la norma sia ~~quello~~ il “patto di cura” tra gestore “amministrativo” e paziente e non già quello tra estensore del PAI e paziente; ma di ciò non avremo certezze, se e fino a quando le interpretazioni future del Supremo Collegio non alimenteranno un preciso indirizzo di legittimità in tal senso.

Sul piano penalistico poco sarebbe dovuto cambiare rispetto al passato laddove la osservanza delle Linee Guida e buone pratiche dovrebbe comportare uno scudo sufficientemente protettivo (difficilmente dovrebbero intravedersi scenari di colpa grave nel contesto di cui ci stiamo occupando); ma, invero, nuove ombre potrebbero incombere anche in questo ambito come riflesso delle assai complesse ultime interpretazioni giurisprudenziali (Cass., SSUU, sent. 21 dicembre 2017 – gradazione della colpa per imperizia) che non è qui ancora il caso di affrontare stante la novità assoluta di tale peculiare aspetto; ad ogni buon fine la estrema schematizzazione tecnica è la seguente:

- a) conferma che non è invocabile la nuova causa di esclusione della punibilità in alcuna ipotesi colposa connotata da **negligenza o imprudenza**;
- b) reintroduce, nei casi d'**imperizia**, una **gradazione della colpa**, distinguendo casi e responsabilità, di talché:
  - b1*) si risponderà per **imperizia sia grave che lieve** allorquando siano state individuate erroneamente linee guida o buone pratiche (inadeguate alle specificità del caso concreto), richiamando l'obbligo del medico di disattendere qualora le peculiarità del caso lo rendano necessario;
  - b2*) si risponderà per **imperizia grave o lieve** nell'ipotesi di **errore esecutivo**, qualora il caso concreto non sia regolato da linee-guida o buone pratiche;
  - b3*) si risponderà **solo per imperizia grave** nel caso in cui l'errore nell'esecuzione sia accompagnato dalla corretta scelta e dal rispetto di linee-guida o buone pratiche, adeguate al caso concreto, tenuto conto “del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà tecniche dell'atto medico”.

Tornando alla questione prima introdotta (eventuale conflitto tra le due norme: D.L. “Gelli Bianco” e delibere regionali in oggetto) in tema di responsabilità, andranno prese in considerazione gli abituali principi di temporalità e specialità (tempistica di comparsa delle norme nonché eventuale minor peso di delibere regionali rispetto ad un principio generale: nel caso di specie quello sancito dall'art. 7 della Legge Gelli); ma non è certo e non si può al momento escludere che l'esercente la professione sanitaria, eventualmente inadempiente rispetto alla congruità (PAI inadeguato) della pianificazione condivisa (così come avviene o avverrà anche per la L. 219/17 sulle DAT), possa essere chiamato a rispondere di responsabilità contrattuale nei confronti del paziente; ed infatti la programmazione personalizzata di cura attraverso un PAI, oltre tutto sottoscritto sia dall'estensore che dal paziente, potrebbe senza meno essere interpretato come atto negoziale scritto laddove medico e paziente, nel condividere il piano assistenziale, concretizzano di fatto un atto di autonomia negoziale volontaria, con ciò caratterizzando (e dunque “contrattualizzando”) non soltanto il contenuto dell'atto in sé (il piano assistenziale) ma anche gli effetti giuridici che un atto del genere comporta.

Pertanto non si può affatto escludere che l'inciso “salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente” (art. 7, comma 3 della Legge 24/2017), per quanto evidentemente mirato, nella “ratio” del legislatore, allo svolgimento dell'attività libero professionale, possa essere inteso, quale generica formulazione, estendendo le fattispecie di responsabilità contrattuale anche agli esercenti la professione sanitaria che, pur agendo quali dipendenti o collaboratori di una struttura sanitaria, abbiano assunto un obbligo di natura negoziale con il paziente, così come appare stia avvenendo nel caso qui in discussione.

Detta ipotesi non ha naturalmente alcuna pretesa di esaurire una tematica così complessa; sarà solo la giurisprudenza pratica operativa futura a fornire lumi interpretativi al riguardo

(qualificazione della tipologia di responsabilità) ma, alla luce di quanto qui argomentato, non si può affatto escludere che l'esercente la professione sanitaria, eventualmente inadempiente quanto a congruità ed efficacia della pianificazione assistenziale (peraltro condivisa con il paziente), possa essere chiamato a rispondere di responsabilità contrattuale nei confronti del paziente stesso pur avendo egli operato quale sanitario "strutturato" (ospedaliero e convenzionato SSN che sia).

#### **- Aspetti assicurativi**

Vista la peculiarità di questo nuovo genere di attività (implicante un mansionario più impegnativo e foriero di potenziali maggiori rischi di esposizione a contenzioso in relazione alle maggiori responsabilità di fatto assunte) possono considerarsi bastevoli le polizze standard oggi comunemente in uso commerciale ovvero è auspicabile che vengano introdotte fattispecie mirate? Al momento, data la nascita recentissima della norma, nulla di tutto ciò "bolle in pentola" ma tale aspetto andrà meglio sviscerato e contrattato in futuro; di sicuro qualche insidia su tale aspetto è prospettabile: vizio di copertura di taluni atti professionali diversi da quelli contemplati e codificati nei contratti standard per le varie tipologie di attività, laddove quella in argomento potrebbe risultare non esplicitamente inclusa.

In tal caso, nell'ambito del rapporto assicurativo in tema di "attività esercitate – rischi coperti" verrebbe a prospettarsi una variazione di fatto della mansione svolta dal medico e contemplante un aggravamento del rischio di incorrere in sinistri; ciò che notoriamente comporta (sarà bene ricordare questo aspetto che potrebbe inconsapevolmente andare disatteso) l'obbligo, in capo al medico, di comunicare alla Compagnia l'avvenuta mutazione del rischio (mediante raccomandata con AR): nel caso di specie l'incombenza aggiuntiva (rispetto al proprio agire standard) di strutturazione-redazione del PAI; in tale genere di evenienza l'assicurazione ha comunemente due scelte:

- ✓ comunicare entro un dato termine (per solito tre mesi) l'eventuale decisione di risolvere il contratto;
- ✓ qualora si verifichi un sinistro, risarcire soltanto una parte del danno, in ragione del rapporto matematico fra il premio realmente pagato e quello che invece sarebbe stato dovuto.

In ogni caso è di tutta evidenza la pericolosità di tali scenari che bene andranno soppesati e prevenuti (o comunque non ignorati né sottovalutati) da parte di chi si appresta ad intraprendere tale attività.

*Hanno partecipato alle riunioni del "Gruppo di lavoro":*

#### **Componenti interni:**

*Dott. Giuseppe Deleo (Referente – Consigliere OMCeO Milano)*

*Dott. Roberto Carlo Rossi (Presidente OMCeO Milano)*

*Dott. Andrea Senna (VicePresidente OMCeO Milano)*

*Dott. Ugo Giovanni Tamborini (Consigliere Segretario OMCeO Milano)*

*Dott. Luigi Di Caprio (Tesoriere OMCeO Milano)*

*Dott. Luciana Bovone (Consigliere OMCeO Milano)*

*Dott. Giovanni Campolongo (Consigliere OMCeO Milano)*

*Prof. Stefano Rusconi (Consigliere OMCeO Milano; Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali)*

*Dott. Mariapaola Seveso (Revisore Conti OMCeO Milano)*

*Dott. Maria Teresa Zocchi (Consigliere OMCeO Milano)*

#### **Componenti esterni:**

*Prof. Stefano Carugo (Società Italiana di Cardiologia)*

*Dott.ssa Gabriella Farina (Associazione Italiana Oncologia Medica)*

*Dott. Davide Luigi Maria Lauri – MMG*

*Avv.to Loredana Leo del Foro di Milano*

*Prof. Gianfranco Parati e Dott. Fabio Albinì (Società Italiana Ipertensione Arteriosa)*

*Adele Patrini (FAVO, CAOS Varese)*

*Dott. Attilio Steffano Assicuratore*