



**DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI E IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA
DEI SOGGETTI CHE COLLABORANO ALLE ATTIVITA' DEL CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE**

Questo documento consiste di tre parti, i suoi **Dettagli Personali**, la **Dichiarazione Pubblica di Interessi** e l'**Impegno alla Riservatezza**. Tutte le parti devono essere debitamente compilate.

Tutte le pagine devono essere firmate e datate. Se il documento è compilato a mano, assicurarsi che le informazioni richieste siano scritte in maniera leggibile.

DETTAGLI PERSONALI

Io, (Titolo) (Nome) (Cognome)

Nazionalità

Azienda o Istituzione di appartenenza/riferimento

Indirizzo professionale

Indirizzo e-mail

In fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti con il tema della Linea Guida _____ oltre a quelli di seguito elencati (tutte le definizioni delle tipologie di interessi riportate in grassetto all'interno della tabella sono presenti nella parte finale del documento "DEFINIZIONI"):

Tabella 1. DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI ¹

Interessi nell'industria farmaceutica	NO	Attualmente	Precedenti 2 anni	Da oltre 2 a 5 anni precedenti	Oltre 5 anni precedenti (facoltativo)
INTERESSI DIRETTI:					
1. Impiego in una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consulenza per una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consulente strategico per una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Interessi finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Titolarietà di un brevetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERESSI INDIRETTI:					
6. Sperimentatore principale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sperimentatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sovvenzioni o altri fondi finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma:

Data:

¹ Selezionando una qualsiasi casella nella parte grigia (interessi dichiarati), si dovranno fornire nelle pagine successive informazioni aggiuntive riguardanti l'azienda e i prodotti. Dichiarando un interesse nella tabella ma non fornendo le informazioni pertinenti nelle pagine successive, il modulo sarà restituito affinché venga completato.

Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI

(da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1)

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Prodotti Elencare tutti i prodotti per cui Lei ha avuto un ruolo di responsabilità primaria	Indicazione terapeutica
1. Impiego in una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Prodotti Elencare tutti i prodotti per cui Lei ha agito in qualità di consulente ai fini del loro sviluppo	Indicazione terapeutica
2. Consulenza per una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
3. Consulente strategico per una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia degli interessi finanziari	
4. Interessi finanziari				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
5. Titolarietà di un brevetto				

Firma:

Data:

Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI (segue)

(da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1)

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
6. Sperimentatore principale				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Indicazione terapeutica
7. Sperimentatore				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
8. Sovvenzioni o altri fondi finanziari				
I soggetti sono tenuti a dichiarare gli interessi diretti e attuali di ogni membro della famiglia (ovvero il coniuge, il partner o il figlio), ma tale interesse non sarà preso in considerazione per determinare il livello di rischio nella partecipazione alle attività del Consiglio Sanitario Regionale				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
Interessi familiari				

Firma:

Data:

Oltre agli interessi sopra dichiarati, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, in fede dichiaro di NON DETENERE nessun altro interesse o fatto di cui ritengo debbano essere portati a conoscenza la Regione Toscana - Consiglio Sanitario Regionale e il pubblico.

In caso di qualsiasi altro interesse o fatto, specificare di seguito:

Nel caso ci fosse qualsiasi cambiamento a quanto sopra dichiarato dovuto alla mia acquisizione di interessi aggiuntivi, sarà mia cura notificarli prontamente a Regione Toscana - Consiglio Sanitario Regionale e compilare una nuova Dichiarazione di Interessi specificando i cambiamenti.

Questa dichiarazione non mi esenta dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che si dovesse presentare all'inizio o nel corso di qualsiasi attività della Regione Toscana alla quale io parteciperò.

Firma:

Data:

IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

In considerazione delle seguenti definizioni:

“Attività della Regione Toscana” comprende qualsiasi riunione (incluse riunioni preparatorie e di *follow-up*, discussioni o qualsiasi altra attività correlata) del Consiglio Sanitario Regionale e delle sue sottocommissioni, di gruppi di esperti o qualsiasi riunione equiparata, che operi come gruppo esperto su valutazioni scientifiche o sullo sviluppo di linee guida.

“Informazioni Confidenziali” comprende tutte le informazioni, fatti, dati ed ogni altro argomento di cui io vengo a conoscenza, direttamente o indirettamente, come risultato della mia partecipazione alle attività della Regione Toscana.

“Documentazione Confidenziale” comprende tutte le bozze, informazioni preparatorie, documenti o ogni altro materiale, insieme a qualunque altra informazione ivi contenuta, ai quali io abbia accesso, direttamente o indirettamente, come risultato della mia partecipazione alle attività della Regione Toscana. Inoltre, qualsiasi registrazione o nota da me fatta riguardo a informazioni confidenziali o documentazione confidenziale sarà trattata come documentazione confidenziale.

Poiché io potrei essere invitato a partecipare, direttamente o indirettamente, ad alcune attività della Regione Toscana mi impegno:

1. a trattare tutte le informazioni confidenziali e la documentazione confidenziale in condizioni di stretta riservatezza.
2. a non rivelare (o autorizzare qualsiasi persona a rivelare) in ogni modo a qualsiasi parte terza² qualunque informazione confidenziale o documentazione confidenziale.
3. a non usare (o autorizzare qualsiasi persona a usare) qualsiasi informazione confidenziale o documentazione confidenziale tranne che per scopi attinenti al mio lavoro collegato alle attività della Regione Toscana.
4. a eliminare la documentazione confidenziale come materiale confidenziale nel momento in cui non abbia più necessità del suo utilizzo.
5. a non divulgare, se non espressamente autorizzato, qualsiasi atto o documento di cui sono venuto in possesso, ovvero ogni informazione a qualunque titolo acquisita in funzione del coinvolgimento nelle attività della Regione Toscana.

Il rispetto degli obblighi di cui sopra non viene meno con il termine dell’incarico assegnato; pertanto l’impegno non ha limite temporale, ma non si applica ai documenti o alle informazioni che il sottoscritto possa ragionevolmente provare fossero già a sua conoscenza in un periodo precedente la data di sottoscrizione di questo modulo, ovvero che divengano di pubblico dominio per motivo diverso dall’inadempienza di uno degli impegni sopra indicati.

Confermo che le informazioni dichiarate su questo modulo sono accurate per quanto di mia conoscenza e acconsento che queste informazioni siano conservate anche elettronicamente e, se ritenuto opportuno da Regione Toscana – Consiglio Sanitario Regionale, pubblicate sul sito web dell’Ente.

Firma:

Data:

² La definizione di parte terza non include i dipendenti delle Autorità Competenti Nazionali che hanno contratti di impiego che prevedono degli obblighi di confidenzialità oppure sono soggetti ad obblighi di confidenzialità a causa di legislazioni nazionali o di segreto professionale.

DEFINIZIONI

“Impiego in una società” si intende qualsiasi attività – anche a titolo gratuito - prestata in favore o in collaborazione di una società farmaceutica, come di seguito definita.

“Consulenza per una società” si intende un’attività in cui gli esperti interessati forniscono pareri o servizi ad una società farmaceutica a prescindere da accordi contrattuali o da qualunque altra forma di remunerazione.

Per ruolo di **“consulente strategico per una società”** si intende che l’esperto partecipa con diritto di voto, o possibilità di condizionare i risultati della votazione, ad un Comitato (Scientifico) di consulenza/Comitato Direttivo con la funzione di fornire consulenza/esprimere pareri sulla (futura) strategia, attività di direzione e sviluppo di una società farmaceutica, sia in termini di strategia generale o strategia relativa al prodotto, a prescindere dagli accordi contrattuali o da qualunque altra forma di remunerazione.

N.B. Il coinvolgimento di un esperto nel lavoro di ricerca per una società farmaceutica, ad eccezione dell’attività svolta su uno specifico prodotto, è considerato un interesse indiretto.

Per **“Interessi finanziari”** si intendono:

- a) Il possesso di azioni di una società farmaceutica ad esclusione dei fondi d’investimento/pensione amministrati indipendentemente, che non sono basati esclusivamente sul settore farmaceutico;
- b) Indennizzi, emolumenti, onorari, salari pagati direttamente da una società farmaceutica ad un individuo, diversi dai pagamenti per le spese sostenute nel lavoro di ricerca o per rimborsi di spese ragionevoli sostenute per partecipare a conferenze/seminari (ovvero spese per l’alloggio e per il viaggio). Vanno indicate con precisione le docenze a corsi, inclusi i corsi ECM, direttamente o indirettamente, parzialmente o totalmente sponsorizzati da società farmaceutiche.

“Titolarietà di un brevetto” si intende la titolarità di un brevetto per un prodotto medicinale/prodotto concorrente posseduto sia dal soggetto che dall’Ente o Istituzione di appartenenza del soggetto. Sono escluse dalla titolarità la sola invenzione del brevetto e le titolarità brevettuali in cui il soggetto non ha un diretto o indiretto interesse finanziario e non possiede alcun diritto nello sviluppo dello stesso brevetto.

“Sperimentatore principale” è lo sperimentatore responsabile per il coordinamento di altri sperimentatori di differenti centri che prendono parte ad uno studio multicentrico, o lo sperimentatore responsabile di uno studio monocentrico, o lo sperimentatore coordinatore (principale) che sottoscrive la relazione sullo studio clinico, ad eccezione dello sperimentatore coordinatore a livello nazionale in un trial multinazionale.

“Sperimentatore” è uno sperimentatore coinvolto in uno studio clinico in uno specifico centro clinico che può essere lo sperimentatore responsabile dello studio in quello specifico centro o un membro del team dello studio clinico che attua le procedure inerenti allo studio clinico e assume importanti decisioni relative allo stesso.

Per le **“Sovvenzioni o altri fondi finanziari”** è necessario distinguere due situazioni:

- a) L’Istituzione o Ente di cui fa parte il soggetto, riceve una sovvenzione o altri fondi da una società farmaceutica per un lavoro di ricerca e il soggetto non riceve alcun profitto personale;
- b) L’Organizzazione (da intendersi come qualunque associazione, ad esempio, a tutela degli interessi e dei diritti dei pazienti) riceve una sovvenzione o altri fondi da una società farmaceutica per un lavoro non di ricerca e il soggetto non riceve alcun profitto personale (indipendentemente dal fatto che il soggetto sia legato da un rapporto di lavoro all’Organizzazione o sia un volontario e agisca come rappresentante).

Altre definizioni

“Testimone esperto” si intende un esperto il cui ruolo è circoscritto a testimoniare e fornire consulenza specialistica su una specifica questione fornendo informazioni e rispondendo solo a quesiti diretti. Il testimone esperto può essere invitato a partecipare alle Commissioni e ai Comitati Scientifici, gruppi di lavoro, o incontri specifici di gruppi di esperti

Per **“società farmaceutica”** si intendono anche società di servizi o forniture che contribuiscono alla ricerca, sviluppo, produzione e sorveglianza post – marketing di un prodotto medicinale.

Per **“prodotto concorrente”** si intende un prodotto medicinale indicato per un gruppo simile di pazienti con il medesimo obiettivo clinico (trattare, prevenire, o diagnosticare una particolare patologia), dando vita perciò ad una potenziale concorrenza commerciale.