



## VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA D'USO DI DISPOSITIVI BIOMEDICI E DI TECNOLOGIE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE E RIABILITATIVE

DGR XI/2509 29.11.2019 – DG Welfare Regione Lombardia

**Dichiarazione di interessi secondari per componenti di Commissioni,  
esperti di dominio scientifico, rappresentanti di associazioni scientifiche,  
di cittadini e di pazienti, di ordini professionali**

Cognome e Nome

Codice fiscale

Dipartimento o struttura

Amministrazione di appartenenza

Titolo / ruolo

Indirizzo Via / Piazza

C.A.P.

Comune / Città

Email

Data di compilazione

**Consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, Testo Unico sulla documentazione amministrativa, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'articolo 75 del medesimo D.P.R. e di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013, recante 'Codice di comportamento dei dipendenti pubblici', sotto la propria personale responsabilità dichiara che a sua conoscenza gli unici interessi diretti o indiretti, nell'industria farmaceutica, biotecnologica, informatica e delle tecnologie sanitarie sono i seguenti:**

**1a. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho svolto lavoro dipendente ed ho recepito compensi relativi alla produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia in via di sviluppo:**

(SI/NO)    SI            NO



**1a. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine)**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

--

**1a. Descrizione delle attività:**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

--

**1b. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho agito in qualità di consulente per la/le seguente/i organizzazione/i (del paziente, HTA, organismi di ricerca pubblici o privati , ... ):**

(SI/NO)    SI            NO

**1b. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

--

**1b. Onorario: Sì / No**

--

**1b. Descrizione del titolo consultivo:**

--

**2. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho svolto studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco / dispositivo medico / procedura diagnostica / altra tecnologia sanitaria/farmaceutica:**

(SI/NO)    SI            NO

**2. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

--



**2. Nome del farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria/farmaceutica:**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

**3. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho partecipato ad un comitato o organo consultivo simile per la seguente ricerca medica su un farmaco / dispositivo medico / altra tecnologia in via di sviluppo:**

(SI/NO)    SI            NO

**3. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

**3. I dettagli della ricerca:**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

**3. Nome del ricerca medica su un farmaco / dispositivo medico / altra tecnologia in via di sviluppo:**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

**3. Onorario: Sì / No**

**3. Descrizione dei compiti:**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**



**3a. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho recepito a livello personale un contributo o indennità di viaggio per la seguente ricerca medica su un farmaco / dispositivo medico / altra tecnologia in via di sviluppo:**

(SI/NO)    SI            NO

**3a. Nome dell'organizzazione (casa farmaceutica /produttore /organizzazione sanitaria) e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

**3a. Descrizione del fondo:**

**(ripetere per ciascuna organizzazione, separando con punto e virgola)**

**3b. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso mi sono state pagate le spese congressuali da sponsor / casa farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria:**

(SI/NO)    SI            NO

**3b. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascun congresso, separando con punto e virgola)**

**3b. Descrizione del congresso:**

**(ripetere per ciascun congresso, separando con punto e virgola)**

**3c. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho ricevuto fondi di ricerca sotto forma di contratti di sovvenzione, regali, ricerche commissionate o borse di studio da parte di casa farmaceutica / produttore / organizzazione sanitaria:**

(SI/NO)    SI            NO



**3c. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascun contratto, ricerca o borsa di studio, separando con punto e virgola)**

**3c. Descrizione della ricerca:**

**(ripetere per ciascun contratto, ricerca o borsa di studio, separando con punto e virgola)**

**3d. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho ricevuto forniture di farmaci o attrezzature oppure ricevuto sostegno di tipo amministrativo da parte di casa farmaceutica / produttore / organizzazione sanitaria:**

(SI/NO)    SI            NO

**3d. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascuna fornitura, separando con punto e virgola)**

**3d. Descrizione della fornitura /attrezzatura /sostegno:**

**(ripetere per ciascuna fornitura, separando con punto e virgola)**

**4. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho prodotto una presentazione per incontri organizzati da casa farmaceutica / produttore / organizzazione sanitaria dietro compenso per partecipazione:**

(SI/NO)    SI            NO

**4. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascun incontro, separando con punto e virgola)**



**4. Descrizione della riunione:**

**(ripetere per ciascun incontro, separando con punto e virgola)**

**5. Negli ultimi 3 anni e quello in corso ho svolto attività o contribuito alla progettazione di un farmaco / dispositivo medico / altra tecnologia in via di sviluppo in cambio di un pagamento personale:**

(SI/NO)    SI            NO

**5. Nome dell'organizzazione e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascun progetto, separando con punto e virgola)**

**5. Descrizione delle attività:**

**(ripetere per ciascun progetto, separando con punto e virgola)**

**6. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho tenuto una posizione manageriale nel seguente istituto, in cui si svolge ricerca medica che è stata finanziata da casa farmaceutica / produttore / organizzazione sanitaria:**

(SI/NO)    SI            NO

**6. Nome dell'istituto e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascun istituto, separando con punto e virgola)**

**6. Descrizione dei compiti:**

**(ripetere per ciascun istituto, separando con punto e virgola)**



**7. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho ricevuto il pagamento di diritti e/o posseduto quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di casa farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria:**

(SI/NO)    SI            NO

**7. Nome dell'istituto e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascuna quota, separando con punto e virgola)**

**7. Descrizione degli interessi finanziari:**

**(ripetere per ciascuna quota, separando con punto e virgola)**

**8. Negli ultimi 3 anni e in quello in corso ho avuto interessi finanziari in aziende (anche solo potenzialmente) fornitrici del SSN o in società direttamente collegate a casa farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria:**

(SI/NO)    SI            NO

**8. Nome dell'istituto e Periodo di tempo (inizio - fine):**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**8. Descrizione degli interessi finanziari:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**9. Ho relazioni di parentela o affinità con soggetti collegati a casa farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria, i suoi rappresentanti commerciali o i suoi titolari di fornitura:**

(SI/NO)    SI            NO



**9. Nome dell'istituto:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**9. Descrizione della relazione di parentela/affinità:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**10. Un membro della mia famiglia è stato impegnato in attività di cui agli articoli 1-8 sopra indicati:**

(SI/NO)    SI            NO

**10. Nome dell'istituto:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**10. Se SI, descrizione delle attività:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**11. L'organizzazione nella quale sono impiegato riceve un fondo o altri finanziamenti da un'industria farmaceutica (io non percepisco alcun introito personale):**

(SI/NO)    SI            NO

**11. Nome dell'istituto:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**





**12. Sono impegnato in un'attività che potrebbe essere percepita come un conflitto di interessi:**

(SI/NO)    SI            NO

**12. Nome dell'istituto:**

**(ripetere per ciascun caso, separando con punto e virgola)**

**12. Se SI, descrizione dell'attività:**

**(ripetere per ciascuna attività, separando con punto e virgola)**

Oltre agli interessi sopra dichiarati e tenuto conto di quanto previsto dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190, in fede dichiaro di non detenere nessun altro interesse o fatto di cui ritengo debba essere portata a conoscenza la Regione Lombardia.

**In caso di qualsiasi altro interesse o fatto, specificarlo di seguito:**

***Nel caso in cui intervengano fatti o interessi che modifichino la situazione esistente rispetto a quanto dichiarato con il presente atto, sarà mia cura darne immediata comunicazione alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e compilare una nuova dichiarazione specificando i cambiamenti intervenuti. Questa dichiarazione non mi esenta, pertanto, dall'obbligo di dichiarare alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia qualsiasi potenziale conflitto di interesse che dovesse sorgere in futuro.***

### **Istruzioni per l'invio del modulo**

1. Non compilare immediatamente il modulo PDF online ma scaricarlo prima sul proprio PC, aprirlo con un lettore di documenti PDF (ad esempio Adobe Acrobat Reader), compilarlo in tutte le sue parti obbligatorie (evidenziate in rosso) e infine salvarlo con un nome file appropriato, ad esempio: Rossi\_Mario\_Dichiarazione\_interessi\_secondari\_2019.pdf;
2. Per inviare il modulo così compilato non utilizzare il pulsante "invia modulo" situato in alto a destra del modulo stesso, ma inviarlo all'indirizzo mail vts-hta@regione.lombardia.it inserendo come oggetto della email: HTADM - Dichiarazione interessi secondari;
3. Successivamente stampare il modulo PDF, firmarlo e inviarne copia scannerizzata all'indirizzo PEC welfare@pec.regione.lombardia.it.

Nel caso non si disponga di PEC personale si chiede di consegnare a mano il modulo presso la Sede centrale di Milano o presso gli Uffici Territoriali di Regione Lombardia (<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/istituzione/attivita-istituzionali/comunicazione-istituzionale/contatti/sportelli-protocollo>)