

**Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG
ISS**

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a

posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica

dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail

all'indirizzo: cneec-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la

limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal

Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli

interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: BARBARA USSONI

Codice Fiscale: LSSBBR 46 CS 8 FPOGD

Titolo di studio: LAUREA - SPECIALITÀ

Ente/organizzazione di appartenenza: NIGUARDA

E-mail: barbara.ussoni@ospedale.niguarda.it

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

Sì ☐

☒ No

1a Impiego

☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

Sì ☐

☒

1b Consulenza

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto? Si ☐ No ☒

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario Si ☐ No ☒

(come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida? Si ☐ No ☒

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc. Sì ☐ No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4. PROPRIETÀ INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere? Sì ☐ No ☒

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

Si ☐ No ☐

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione? Si ☐ No ☒ Si ☐ No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda Descrizione

N. 5a

N. 5b

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)? Si ☐ No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica) Si ☐ No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG? Si ☐ No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza? Si ☐ No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda Descrizione

N. 6a

N. 6b

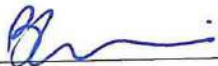
N. 6c

N. 6d

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma



DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma



Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

[Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019]

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cne-csnlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: LAURA FANSELLA

Codice Fiscale: FRS CRASE SS B 300 P

Titolo di studio: LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA / SPEC. RADIOLOGIA E RADIOTER.

Ente/organizzazione di appartenenza: FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO C. BESTA

E-mail: laura.fansella@istituto-besta.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Sì ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

Sì ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica)

Sì ☐

No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma Laus Jämsen

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma Laus Jämsen

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma Laura Zuccher

Nome e Cognome: Augusto Tommaso Giovanni Caraceni

Codice Fiscale: CRCGTT60M08F205L

Titolo di studio: LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

Ente/organizzazione di appartenenza: UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE E DI COMUNITÀ - DIPARTIMENTO DI ECCELLENZA 2023-207

E-mail: augusto.caraceni@isitotumori.mi.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

- ☐ Membro del Panel di Esperti
- ☐ Membro dell'Evidence Review Team
- ☐ Membro del Quality Assurance Team
- ☐ Membro del Team per la Valutazione Economica
- ☐ Developer
- ☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa
- ☒ Referee esterno
- ☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di</i>

lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐ No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐ No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.)
 Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Sì ☐

No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di

lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Si ☐

No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Sì ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

Sì ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di

Sì ☐

No ☒

selezione pubblica)

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Si ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Si ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma



DICHIARAZIONE

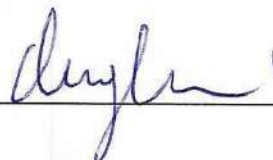
Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 15/11/2024

Firma

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Deylan', written over a horizontal line.

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 15/11/2024

Firma

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Deylan', written over a horizontal line.

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cnecc-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: ANDREA PACE

Codice Fiscale: PCANDR55M02H501A

Titolo di studio: laurea

Ente/organizzazione di appartenenza: IRCCS IST. TUMORI REGINA ELISA

E-mail: andrea.pace@ifo.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

SI ☐

NO ☒

Se "SI", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istituzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

SI ☐

NO ☒

Se "SI", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

SI ☐ No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o Istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o Istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istituzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

SI ☐

NO ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

SI ☐

NO ☒

Se "SI", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

SI ☐

NO ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica)

SI ☒

NO ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	CONTRIBUTO SOC SCIENTIFICHE SPANICO PER COSTI RELATIVI ALLA PRODUZIONE DELLA LINEA GUIDA (MODINATURA FOCUS- GROUP - LITERATURE REVIEW)
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma

Dott. ANDREA PACE

RESPONSABILE UOSD NEUROLOGIA
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma _____

Dott. ANDREA PACE
RESPONSABILE UOSD NEUROLOGIA
ISTITUTO NAZIONALE TUMORI REGINA ELENA

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cnecc-snlgl@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: ALESSANDRA SOLARI

Codice Fiscale: SLRLSN57C65B042S

Titolo di studio: MEDICO NEUROLOGO

Ente/organizzazione di appartenenza: SOCIETA' ITALIANA NEUROLOGIA (SIN)

E-mail: alessandra.solari25@gmail.com

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccecc...)

- ☒ Membro del Panel di Esperti
- ☐ Membro dell'Evidence Review Team
- ☐ Membro del Quality Assurance Team
- ☐ Membro del Team per la Valutazione Economica
- ☒ Developer
- ☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa
- ☐ Referee esterno
- ☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Sì ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

Sì ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (*non applicabile nella fase di selezione pubblica*)

Sì ☐

No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma _____

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

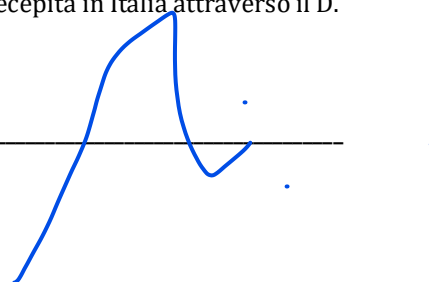
Data: 20/03/2023

Firma _____

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma _____

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. The signature is stylized, starting with a long diagonal stroke from the bottom left, curving upwards and to the right, then forming a loop and ending with a short horizontal stroke to the right. There are a few small blue dots scattered around the signature.

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cnecc-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: ROBERTA RUDA'

Codice Fiscale: RDUART64D58L219D

Titolo di studio: LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA - SPEC. NEUROLOGIA
PROFESSORE ASSOCIATO DI NEUROLOGIA UNIVERSITA' DI TORINO

Ente/organizzazione di appartenenza: UNIVERSITA' DI TORINO

E-mail: roberta.ruda@unito.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

- ☒ Membro del Panel di Esperti
- ☐ Membro dell'Evidence Review Team
- ☐ Membro del Quality Assurance Team
- ☐ Membro del Team per la Valutazione Economica
- ☐ Developer
- ☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa
- ☐ Referee esterno
- ☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

1b Consulenza

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Sì ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

Sì ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica)

Sì ☐

No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

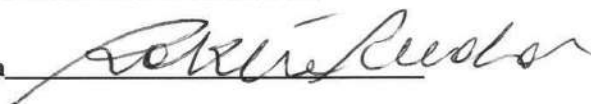
Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	CONTRIBUTO SOC. SCIENTIFICHE SIR-SIB PER COSTI RELATIVI ALLA PRODUZIONE DELLA LINEA GUIDA
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 08/11/2024

Firma



DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 08/11/2024

Firma



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data:

08/11/2024

Firma



Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

[Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019]

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cnecc-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: LUDOVICA DE PANFIUS

Codice Fiscale: DPNLVC84D56LG07W

Titolo di studio: DOTTORATO

Ente/organizzazione di appartenenza: UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

E-mail: ludovica.depanfius@unibo.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>	
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>	
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>	
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>	

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>	
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>	
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>	
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>	
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>	

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Si ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Si ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

Si ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica)

Si ☐

No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

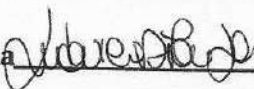
Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma



DICHIARAZIONE

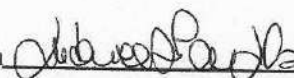
Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma_____

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cnecc-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: __Simone Veronese

Codice Fiscale: __VRNSMN70L08L219S

Titolo di studio: __Laurea in medicine a chirurgia

Ente/organizzazione di appartenenza: __Fondazione FARO ETS

E-mail: __simone.veronese@fondazionefaro.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti in qualità di coordinatore della componente SICP

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Si ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

Si ☐ No ☐

1b Consulenza

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti ☒ No ☐

Si ☐ No ☐

Se “Sì”, compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio “me medesimo”), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare “Attuale” o “Non attuale”. Se “Non attuale”, indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida Se “Sì”, ☒ No ☐

Si ☐ No ☐

☒ compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio “me medesimo”), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli Sì ☐ No ☐ Se
 "Sì", compilare la seguente tabella. No ☐

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc. Sì ☐ No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella. No ☐

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

Si ☐

No ☐

Se "Si",

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

compilare la seguente tabella. **No** ☐

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Si ☐

No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella. No ☐

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Si ☐

No ☐

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Si ☐

No ☐

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato. No ☐

N. domanda	Descrizione
------------	-------------

N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi ☒ No ☐ Si ☐ No ☐ con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica) Si ☐ No ☐

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG? Si ☐ No ☐

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza? Si ☐ No ☐

Se "Si", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma _____



DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma _____



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma _____



Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cne-c-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: EUSABETTA BERTOCCHI

Codice Fiscale: BRTLBT86R47H223G

Titolo di studio: LAUREA

Ente/organizzazione di appartenenza: AZIENDA USL - IRCCS di REGGIO EMILIA

E-mail: elisabetta.bertocchi@ausl.re.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccecc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento: o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istituzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

Si ☐

No ☒

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro.</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione.</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro.</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione.</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione? Si ☐ No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida? Si ☐ No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)? Si ☐ No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica) Si ☒ No ☐

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	SOCIETÀ SCIENTIFICHE (SIN e SICP) PER COSTI RELATIVI ALLA PRODUZIONE DELLE LG
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma Elisabetta Bernabè

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma Elisabetta Bernabè

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma Elisabetta Bernini

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cne-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: PATRIZIO FAUSTI

Codice Fiscale: FSTPRZ51C31H501F

Titolo di studio: LAUREA IN INGEGNERIA

Ente/organizzazione di appartenenza: ASSOCIAZIONE IRENE ODV

E-mail: patrizio@fausti.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/ecc ecc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Si ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso) Sì ☐ No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo Sì ☐ No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

Si ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

Si ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

Si ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (*non applicabile nella fase di selezione pubblica*)

Si ☐

No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Sì ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

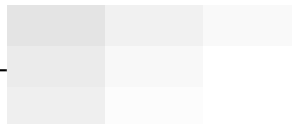
Firma



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma_____



Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cne-c-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: GIOVANNI CAMPOREALE

Codice Fiscale: CMPGNN47A01F284Z

Titolo di studio: LAUREA IN FISICA

Ente/organizzazione di appartenenza: BRAINLIFE.ORG, IL FONDO DI GIO ONLUS -TRIESTE

E-mail: giovanni.camporeale@gmail.com

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccecc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato</i>

significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso) Sì ☐ No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.
Soggetto cui si riferisce l'interesse Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.
Periodo di riferimento dell'interesse Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo Sì ☐ No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione? Sì ☐ No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida? Sì ☐ No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)? Sì ☐ No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica) Sì ☐ No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Si ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Si ☐

No ☒

Se "Si", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma: 

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma: 

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma: 

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cneec-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: Antonio Silvani

Codice Fiscale: SLVNTN59H13G870X

Titolo di studio: Laurea in Medicina

Ente/organizzazione di appartenenza: Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

E-mail: antonio.silvani@istituto-besta.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

Si ☐ No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

Si ☐ No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐ No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Si ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

Si ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione? Sì ☐ No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida? Sì ☐ No ☒

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)? Sì ☐ No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica) Sì ☐ No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

Si ☐ No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

Si ☐ No ☒

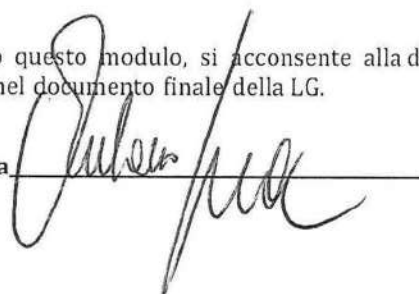
Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma



DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

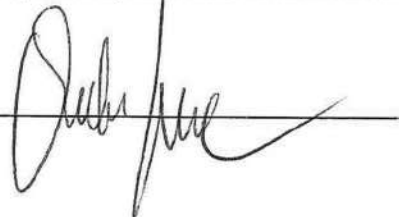
Firma



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to be a cursive representation of a name.

AUTOCERTIFICAZIONE CONTESTUALE CERTIFICATO PENALE GENERALE E CARICHI PENDENTI

(Art. 46 - lettera f D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/La sottoscritt Antonio SILVANI, nat_o a Pontremoli
(MS) il 13 giugno 1959 e residente a Milano (MI) in Via
Paolo dal Pozzo Toscanelli, n. 5,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
come previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

*di non aver riportato provvedimenti giudiziari penali di condanna definitivi e di non essere
destinatari o di provvedimenti giudiziari definitivi concernenti l'applicazione di misure di
sicurezza o di prevenzione né di provvedimenti giudiziari civili o amministrativi definitivi iscritti
nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;*

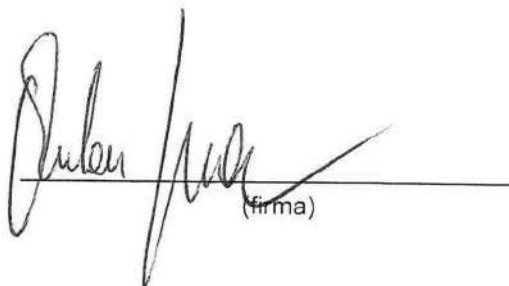
DICHIARA

inoltre

*di non essere sottopost_o a procedimenti penali in cui rivesta la qualità di imputato ai
sensi dell'art. 60 co.1 c.p.p.*

Dichiara di essere informat___, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale
la presente dichiarazione viene resa.

Li, 20 marzo 2023



(firma)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali
certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati
che vi consentono.

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle
dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-
12-2000, n. 445.

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cnecc-snlbg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: Maurizio Angelo Leone_____

Codice Fiscale: _____LNEMZN55S03L219T_____

Titolo di studio: _____laurea in Medicina_____

Ente/organizzazione di appartenenza: IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza”, San Giovanni Rotondo_____

E-mail: m.leoneperapadrepio.it_____

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccecc...)

- ☐ Membro del Panel di Esperti
- ☐ Membro dell’Evidence Review Team
- ☐ Membro del Quality Assurance Team
- ☐ Membro del Team per la Valutazione Economica
- ☐ Developer
- ☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa
- ☒ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è “Sì”, è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Si ☐

No ☒

Se “Sì”, compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio “me medesimo”), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza **NO**

Si ☐ No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti **NO**

Si ☐ No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☐

NO

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli **NO** Si ☐ No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc. **NO** Si ☐ No ☐

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA' INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso) **NO** ☐ Si ☐ No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo **NO** ☐ Si ☐ No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione? **NO** Si ☐ No ☐

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida? **NO** Si ☐ No ☐

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)? **NO** Si ☐ No ☐

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (*non applicabile nella fase di selezione pubblica*) **NO** Si ☐ No ☐

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG? **NO** Si ☐ No ☐

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza? **NO** Si ☐ No ☐

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.



Data: 19/12/2024

Firma _____

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.



Data: 19/12/2024

Firma_____

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.



Data: 20/03/2023

Firma_____

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cne-c-snl-g@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'EvidenceReview Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: _Rossella Merli

Codice Fiscale: MRLRSL53R47A794D

Titolo di studio: medico neurochirurgo – neurologo

Ente/organizzazione di appartenenza: ASST Ospedale Papa Giovanni 23 Bergamo

E-mail: _rossellamerli07@gmail.com - r.merli@katamail.com

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

Sì ☐ Membro del Panel di Esperti neurologo /neurochirurgo

☐ Membro dell’EvidenceReview Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1.IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1° Impiego

NO

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1bConsulenza

NO

Si ☐

No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

NO

Si ☐

No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida **NO**

Si ☐ No ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

*Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria. **NO***

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

Sì ☐

No ☐

Se “Sì”, compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio “me medesimo”), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare “Attuale” o “Non attuale”. Se “Non attuale”, indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc. **NO**

Sì ☐

No ☐

Se “Sì”, compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio “me medesimo”), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4. PROPRIETA'INTELLETTUALE

Posiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4° Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso) **NO** **Si** ☐ **No** ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo **NO** **Si** ☐ **No** ☐

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione? **NO**

Si ☐

No ☐

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida? **NO**

Si ☐

No ☐

Se "Si", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)? **NO**

Si ☐

No ☐

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica) **NO**

Si ☐

No ☐

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dai rimborsi per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG? **NO**

Sì ☐

No ☐

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza? **NO**

Sì ☐

No ☐

Se "Sì", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma__Rossella Merli

DICHIARAZIONE

Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma_Rossella Merli

I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data:20/03/2023

Firma_Rossella Merli

Modulo per la dichiarazione dei conflitti di interesse dei soggetti coinvolti nello sviluppo di LG ISS

(Tradotto e adattato da: http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf; ultimo accesso: 30/1/2019)

Nello sviluppo di linee guida (LG) per la pratica clinica è necessario assicurare che le valutazioni siano affidate ad esperti dotati delle migliori competenze tecnico-scientifiche, i quali potrebbero avere degli interessi legati alla loro stessa expertise. Per garantire l'integrità del giudizio professionale e preservare la fiducia dei cittadini, il CNEC richiede a tutti i soggetti¹ coinvolti a qualunque titolo nella produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS di dichiarare ogni circostanza in cui un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei doveri, delle funzioni e dei compiti assegnatigli dal CNEC.

Attraverso questo modulo, ogni soggetto tenuto al rispetto della policy sul conflitto d'interessi deve dichiarare ogni interesse finanziario, professionale o di altro tipo rilevante per l'argomento in esame. È necessario dichiarare anche gli interessi rilevanti dei familiari² e, se a conoscenza, di altre parti con cui si condividano interessi comuni sostanziali che potrebbero indebitamente influenzare l'imparzialità del giudizio. Particolare attenzione deve essere posta sugli interessi relativi a pagamenti o incentivi finanziari da parte di qualunque ente commerciale o su qualsiasi interesse legato a posizioni lavorative, a pubblicazioni di cui si sia stati autori o a dichiarazioni pubbliche.

La disclosure deve riportare tutte le attività, attuali o pianificate, commerciali, non-commerciali, economiche, intellettuali, istituzionali, attinenti al potenziale ambito (scope) della LG. In caso di dubbio, si prega di dichiarare tutti gli interessi. Per ulteriori dettagli sul processo di identificazione, disclosure e gestione del conflitto d'interessi nello sviluppo delle LG dell'ISS, si rimanda al 'Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica dell'SNLG', scaricabile dal sito web <https://snlg.iss.it>.

La partecipazione a qualunque titolo alla produzione e/o valutazione delle LG dell'ISS è subordinata alla presentazione di questo modulo, che deve essere compilato in ogni sua parte, firmato e inviato, per e-mail all'indirizzo: cne-c-snlg@iss.it.

Una risposta affermativa a una domanda del modulo non determina automaticamente l'esclusione o la limitazione alla partecipazione a un Panel e ai meeting o alla collaborazione con il CNEC.

La sussistenza di potenziali conflitti d'interesse rispetto all'argomento oggetto della LG sarà valutata dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che, sulla base delle caratteristiche dell'interesse in questione (la sua natura, rilevanza, periodo e durata), può concludere che non esiste nessun potenziale conflitto o che l'interesse è irrilevante o insignificante.

Nel caso in cui un interesse dichiarato sia ritenuto potenzialmente o palesemente rilevante, si prevede l'applicazione di una o più delle seguenti misure per la gestione del conflitto di interesse: a) piena partecipazione, con disclosure pubblica dell'interesse; b) esclusione parziale dai lavori (per esempio, esclusione dalla parte di riunione o lavoro attinente all'interesse dichiarato e dal relativo processo decisionale); c) esclusione totale (estromissione dalla partecipazione alle riunioni e al processo). Una sintesi delle dichiarazioni e delle azioni intraprese per la gestione degli interessi potenzialmente rilevanti dichiarati sarà pubblicata nel documento finale della LG.

La compilazione di questo modulo implica l'accettazione delle suddette condizioni e la violazione delle stesse comporterà l'estromissione dal gruppo di lavoro.

¹ Tutti i soggetti coinvolti nella produzione della LG, dai membri del Comitato tecnico-scientifico al Panel di esperti, al Developer, all'Evidence Review Team, ai membri del Team per la Valutazione Economica, ai referee esterni, consulenti esperti e soggetti collaboratori, compresi i dipendenti ISS coinvolti a qualunque titolo, devono identificare e dichiarare qualsiasi interesse.

² Per 'familiari' si intende il coniuge o il convivente e i figli minori e adulti (conviventi e non conviventi) per i quali il soggetto tenuto al rispetto del codice è responsabile legale, mentre 'altre parti' possono essere, ad esempio, il datore di lavoro, stretti collaboratori, unità amministrative o dipartimento.

Nome e Cognome: ANDREA SALMAGGI

Codice Fiscale: SLMNDR57C29F205T

Titolo di studio: LAUREA MEDICINA - SPECIALIZZAZIONE NEUROLOGIA

Ente/organizzazione di appartenenza: ASST LECCO

E-mail: a.salmaggi@asst-lecco.it

Titolo della LG: Cure Palliative nei Pazienti Adulti affetti da Gliomi Cerebrali

Ruolo previsto nella produzione della LG:

Nel caso dei membri del panel, specificare il profilo (Esempi: Membro del panel in qualità di neurologo/logopedista/infermiere/assistente sociale/membro del panel in qualità di paziente/caregiver/eccccc...)

☒ Membro del Panel di Esperti

☐ Membro dell'Evidence Review Team

☐ Membro del Quality Assurance Team

☐ Membro del Team per la Valutazione Economica

☐ Developer

☐ Membro della Segreteria Tecnico-Organizzativa

☐ Referee esterno

☐ _____

Si prega di rispondere a ciascuna delle domande elencate di seguito. Se la risposta a una qualsiasi delle domande è "Sì", è necessario fornire maggiori informazioni attraverso le tabelle che seguono. Si ricorda che le domande si riferiscono sia al soggetto interessato sia ai suoi familiari. In caso di mancata descrizione della natura di un interesse o di mancata indicazione dell'importo o valore quando necessario, il conflitto sarà considerato significativo.

1. IMPIEGO E CONSULENZA

Negli ultimi 12 mesi, ha ricevuto una remunerazione da un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

1a Impiego

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

1b Consulenza

SI ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2. SUPPORTO ALLA RICERCA

Negli ultimi 12 mesi, lei o il suo ente/dipartimento/unità di ricerca ha ricevuto una qualche forma di supporto da parte di un ente o organizzazione con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla LG in oggetto?

2a Sovvenzioni, sponsorizzazioni e altri finanziamenti

SI ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

2b Borse di studio o altre forme di finanziamento non monetario (come ad esempio, finanziamento di posizioni lavorative, attrezzature, strutture, missioni, ecc.) Supporto (incluso il compenso) per la partecipazione a conferenze o attività di formazione per un ente o un'altra organizzazione con un interesse commerciale relativo alla tematica della presente Linea Guida

Si ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3. INVESTIMENTI

Attualmente, ha degli investimenti del valore totale di più di €8.000 (circa \$10.000, 2018) in un ente con un interesse commerciale o di altro tipo relativo alla tematica della presente Linea Guida?

Si prega di includere anche investimenti indiretti come partecipazioni a trust o holding. Non necessita di comunicazione il possesso di quote di un fondo di investimento o di un fondo pensionistico o in trust non nominali, ammesso che siano diversificati e su cui non si abbia influenza sulla loro gestione finanziaria.

3a Titoli azionari, obbligazioni, stock option, capitali netti, bonds o altri titoli

SI ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

3b Interessi commerciali che derivano da proprietà, partnership, partecipazione a joint venture, partecipazione a consigli di amministrazione, ecc.

SI ☐

No ☒

Se "Si", compilare la seguente tabella.

Interesse <i>Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...</i>
Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4. PROPRIETÀ INTELLETTUALE

Possiede dei diritti derivanti da proprietà intellettuale che potrebbero accrescere o diminuire in base all'esito dell'attività che è chiamato a svolgere?

4a Brevetti, marchi registrati o copyright (incluse le domande in sospeso)

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o istruzione relativa all'interesse

Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.

Soggetto cui si riferisce l'interesse

Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro

Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse

Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.

Periodo di riferimento dell'interesse

Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione

4b Know-how e/o diritti di autore relativi a un medicinale, tecnologia o processo

Sì ☐

No ☒

Se "Sì", compilare la seguente tabella.

Interesse

Specificare il tipo di impiego, ad es: Dirigente medico/dipendente ASL/terapista di struttura convenzionata dal SSN ecc...

Nome della Società, organizzazione o Istruzione relativa all'interesse <i>Riportare il nome della società, azienda, ente per il quale si è espletata l'attività relativa all'interesse.</i>
Soggetto cui si riferisce l'interesse <i>Specificare se si riferisce al soggetto stesso (per esempio "me medesimo"), a un membro della propria famiglia, al datore di lavoro, all'unità di ricerca o ad altro</i>
Importo del pagamento o valore monetario dell'interesse <i>Si consiglia di specificare se è un importo giornaliero, mensile od annuale. Se non dichiarato, l'importo sarà considerato significativo.</i>
Periodo di riferimento dell'interesse <i>Indicare "Attuale" o "Non attuale". Se "Non attuale", indicare l'anno e il mese (se conosciuto) di cessazione</i>

5. DICHIARAZIONI PUBBLICHE

5a Nell'ambito di un processo normativo, legislativo o giudiziario, ha fornito un parere o una testimonianza di esperti, relativi alla tematica della presente LG, per conto di un ente o organizzazione?

SI ☐

No ☒

5b Ha ricoperto un ruolo o posizione, retribuita o non retribuita, per cui ha rappresentato gli interessi o sostenuto una posizione relativamente alla tematica della presente Linea Guida?

SI ☐

No ☒

Se "SI", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 5a	
N. 5b	

6. ULTERIORI INFORMAZIONI

6a Per quanto a sua conoscenza, l'esito dell'attività che è chiamato a svolgere potrebbe beneficiare o influenzare negativamente gli interessi di soggetti terzi con i quali si hanno sostanziali interessi comuni personali, professionali, finanziari o commerciali (come i suoi familiari, colleghi, unità amministrative o lavorative)?

SI ☐

No ☒

6b Escludendo l'ISS-CNEC, vi sono persone o altri enti o organizzazioni che hanno pagato o contribuito in termini monetari o di altri benefits? (non applicabile nella fase di selezione pubblica)

SI ☐

No ☒

6c Ha ricevuto pagamenti (diversi dal rimborso per le spese di viaggio e alloggio) o onorari per parlare pubblicamente sul tema della presente LG?

SI ☐

No ☒

6d Vi è qualche altro aspetto o circostanza passata o presente non ancora menzionata che potrebbe essere percepita come in grado di influenzare indebitamente la sua obiettività o indipendenza?

SI ☐

No ☒

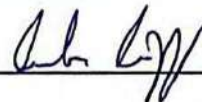
Se "SI", descrivere l'argomento, le circostanze specifiche, le parti coinvolte, il periodo di riferimento e altri dettagli rilevanti su ogni interesse dichiarato.

N. domanda	Descrizione
N. 6a	
N. 6b	
N. 6c	
N. 6d	

CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE. Completando e firmando questo modulo, si acconsente alla divulgazione di eventuali conflitti rilevanti durante i meeting, nei report e nel documento finale della LG.

Data: 20/03/2023

Firma



DICHIARAZIONE

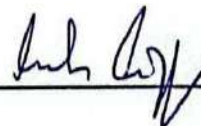
Dichiaro che le informazioni qui riportate sono, a mia conoscenza, veritiere e fornite in buona fede.

Se dovessero intervenire dei cambiamenti, provvederò a informare prontamente chi di competenza e a compilare un nuovo modulo di dichiarazione che descrive le modifiche verificatesi prima o durante la pubblicazione della LG.

Sono consapevole che la mancata dichiarazione degli interessi legati all'argomento oggetto della LG può comportare l'obbligo di rassegnare le dimissioni dall'incarico.

Data: 20/03/2023

Firma



I dati personali forniti saranno raccolti dal CNEC per le finalità di partecipazione al gruppo di produzione della LG, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 concernente la tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati. Tale Regolamento, applicabile dal 25/5/2018, abroga la direttiva 95/46/CE recepita in Italia attraverso il D. Lgs. 196/2003.

Data: 20/03/2023

Firma _____

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Luca Delfino', written over a horizontal line.