

Azienda Ospedaliera Universitaria
"Policlinico Paolo Giaccone"
di Palermo



DIREZIONE GENERALE

Prot. n. 0005646

Palermo 20-4-2018

Alla Dott.ssa Gaetana Rinaldi
U.O.C di Oncologia Medica

Al Resp.le dell' Area Gestione Risorse
Umane

In riferimento alla Vs. nota del 19.03.2018, con la quale si richiede l'autorizzazione ad effettuare attività occasionale di consulenza in qualità di relatore all'evento "una gestione condivisa e mirata del paziente con mutazione BRAF, sponsorizzato dalla Società Healt Publishing Service ad Acireale il 23.03.2018, e preso atto del nulla osta rilasciato dal Responsabile della P.C.T., si autorizza, ai soli fini amministrativi, in osservanza a quanto previsto dal comma 9, art. 53 del D.Lgvo 165/2001.

L'attività di cui trattasi deve essere svolta al di fuori dell'orario di servizio.

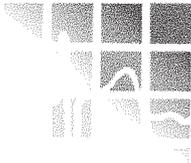
Appare il caso di ricordare che ai sensi dell'art. 61 comma 2 del D.Lvo n. 276/2003 "per prestazioni occasionali si intendono i rapporti di durata complessiva non superiore a 30 gg. nel corso dell'anno solare salvo che il compenso complessivamente percepito nel medesimo anno solare sia superiore a 5 mila euro". Ai fini fiscali il lavoro occasionale rientra nell'art. 67 lett. L del TUIR 917/86 (redditi diversi).

Resta obbligo del soggetto incaricato, comunicare tempestivamente al committente il superamento di detta soglia, affinché quest'ultimo possa adempiere agli obblighi contributivi (gestione separata INPS).

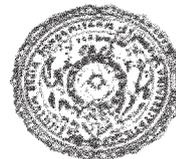
La stessa e' trasmessa per i relativi provvedimenti consequenziali all'Ufficio Stipendi - Area Gestione Risorse Umane al fine di verificare il limite massimo previsto dalla normativa in materia.

Il Direttore Amministrativo
Dott. F. Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. M. Montalbano



**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Paolo Giaccone
di Palermo**



Al Direttore Amministrativo
Dott. *F. Di Belle*

Oggetto: Richiesta autorizzazione attività occasionale

La Sottoscritta Dott.ssa Gaetana Rinaldi, in servizio presso l'U.O.C. di Oncologia di questa Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone,

chiede

l'autorizzazione per *Giugno 23.3.18* *Acquale "me"*
festivale scudrise e mercato del provento con
mitozione BRAE
Distinti Saluti

Palermo

19.03.18

Dott.ssa Gaetana Rinaldi

20
Università degli Studi di Palermo
A.O.U.P. "R. Giaccone" PALERMO
Prevenzione Corruzione e Trasparenza
Responsabile Dott.ssa Maria Cristina Longo

ALLA C.A. DELLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDA POLICLINICO
P.GIACCONE PALERMO

Codice Fiscale RNLGTN64C70G511G
cognome RINALDI
nome GAETANA ✓
qualifica incaricato - Dirigente MEDICO

Conferente *Healt Publishing and Service*

Denominazione Melanoma
2018 per una gestione condivisa e mirata del
paziente con mutazione BRAF Acireale 23 marzo
2018
tipologia - pubblico ✓
-

Incarico

Anno Riferimento 2018
tipologia

Data Autorizzazione

Data Inizio incarico 23-3-18
Data Fine incarico 23-3-18
Doveri Ufficio si

Incarico Saldato NON SALDATO ✓
Tipo Importo 800 euro lordo -

Riferimento normativo incarico

comma
articolo
numero
data
riferimento ...

* I campi contrassegnati sono obbligatori soltanto se l'incarico è stato conferito in applicazione di una specifica norma. Viceversa, se l'incarico non è stato conferito in applicazione di una norma, il tag <riferimentoNormativo> non va inserito.

Pagamento

importo 800 euro lordi

anno	2018
-------------	------





DIREZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CONFLITTO D'INTERESSI

Art.6 D.P.R. n.62/2013

Il/la sottoscritto/a Geetara Riboldi nata/la Petrola Sottana
il 30/3/64 individuato come partecipante all'evento formativo: Paziente BRAAF mitato
sponsorizzato da Novartis
in data 23.5.18 presso la località di Aczelle

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto prescritto dagli artt 75 e 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- 1) Di non avere rapporti diretti o indiretti di collaborazione, in qualunque modo retribuiti, con l'Azienda sponsorizzatrice dell'evento;
- 2) Di non aver avuto negli ultimi tre anni, rapporti diretti o indiretti di collaborazione, in qualunque modo retribuiti, con lo stesso soggetto di cui al punto 1) e/o ad esso collegati;
- 3) Che i seguenti soggetti: coniuge/convivente, parenti od affini entro il secondo grado, non hanno rapporti finanziari con il soggetto di cui al punto 1) e/o ad esso collegati;
- 4) Di non avere interessi personali di qualsiasi natura anche non patrimoniali con il soggetto di cui al punto 1) e/o ad esso collegati;
- 5) Che i seguenti soggetti: coniuge/convivente, parenti od affini entro il secondo grado, non hanno interessi personali di qualsiasi natura anche non patrimoniali con il soggetto di cui al punto 1) e/o ad esso collegati;
- 6) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali ha rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale;
- 7) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali il coniuge/convivente, i parenti od affini entro il secondo grado, hanno rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale;
- 8) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- 9) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi propri di persone con le quali il coniuge/convivente, i parenti od affini entro il secondo grado hanno causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- 10) Che la sponsorizzazione non coinvolge interessi od organizzazioni di cui è tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente;
- 11) Di non avere, ai sensi di Legge, ulteriori gravi ragioni di convenienza che comportano l'impossibilità di partecipare all'evento;

e pertanto, DICHIARA

l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse così come disciplinate dal D.P.R. 62/2013.

Palermo, li 19.3.18

Firma

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore

Gentile Dottoressa
GAETANA RINALDI
Email: taniarinaldi02@gmail.com

Milano, 20 febbraio 2018

OGGETTO: Lettera di incarico per la Sua partecipazione al progetto editoriale "MELANOMA 2018 PER UNA GESTIONE CONDIVISA E MIRATA DEL PAZIENTE CON MUTAZIONE BRAF" Acireale, 23 marzo 2018

Gentile Dottoressa Rinaldi,

1. _HPS Health and Publishing Services, con sede legale in ___ (Piazza Duca d'Aosta) __Milano ____, (in seguito, "HPS") affida alla S.V. l'incarico in qualità di ___collaboratore scientifico/relatore___ (in seguito, l'"Incarico") nell'ambito del progetto editoriale in oggetto (in seguito, il "Progetto"). Il Progetto, che verrà realizzato da HPS per conto di Novartis Farma S.p.A. (in seguito, "Novartis"), ha come obiettivo finale la stesura e successiva pubblicazione di un manoscritto scientifico con la Aboutmedicine Spotlight.

L'Incarico che Le verrà affidato consiste nella partecipazione in qualità di relatore all'incontro multidisciplinare previsto ad Acirale il 23 marzo 2018. Durante la giornata di lavori, nel quale saranno dibattuti i temi relativi alla gestione del paziente con melanoma e mutazione BRAF da parte di tutti i partecipanti, le sarà chiesto di tenere una breve relazione sui più recenti dati di combinazione Dabrafenib+Trametinib oltre che a facilitare uno dei due workshop interattivi di approfondimento con i partecipanti.

L'Incarico Le viene conferito da HPS per conto di Novartis, soggetto finale nel cui interesse Lei svolgerà la Sua prestazione e per conto del quale dichiarerà espressamente di esercitare l'Incarico.

2. L'Incarico verrà da Lei svolto in piena indipendenza e senza vincolo di subordinazione nei confronti di HPS e di Novartis, essendo reciproco intendimento quello di instaurare un rapporto di lavoro autonomo ai sensi degli artt. 2222 e ss. c.c.

3. Nel corso dello svolgimento dell'Incarico, Lei si impegna a osservare quanto stabilito dalle *policies* di *Corporate Responsibility* del Gruppo Novartis, ove applicabili in relazione all'oggetto del presente Incarico, con particolare riferimento al Codice di Comportamento, al Codice dei Fornitori e alle *policies* Anticorruzione e sul Conflitto di Interesse, disponibili al link: <https://www.novartis.com/about-us/corporate-responsibility/resources-news/codes-policies->

guidelines, che, con la sottoscrizione del presente Incarico, Lei dichiara di avere letto e di conoscere, con particolare riferimento alle parti relative ai compensi illeciti ed alle disposizioni relative all'etica di business.

4. L'Incarico terminerà con la conclusione di tutte le attività ivi previste in relazione al Progetto e comunque non oltre il _2018_.

Eventuali proroghe o rinnovi dovranno risultare da apposito accordo scritto.

Ciascuna parte potrà recedere anticipatamente dal presente Incarico con comunicazione scritta inviata all'altra parte, mediante raccomandata a/r con preavviso di 15 (quindici) giorni. In ogni caso di cessazione anticipata del presente Incarico diversa dall'inadempimento a Lei imputabile, Le sarà corrisposto esclusivamente il compenso per le attività effettivamente svolte e documentate fino al momento dell'anticipata cessazione, senza null'altro a pretendere a titolo di indennizzo o risarcimento.

5. Nel caso in cui, contestualmente all'affidamento del presente Incarico, fosse già in essere un rapporto di pubblico impiego al quale sono applicabili le previsioni in materia di incompatibilità e divieti previsti dall'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., ai fini dell'instaurazione del presente rapporto e al fine di escludere situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, con la P.A. di appartenenza, con la sottoscrizione del presente Incarico, Lei dichiara di non versare in alcuna situazione di incompatibilità o divieto, consapevole che ogni dichiarazione incongruente, mendace o falsa comporterà l'immediata risoluzione del rapporto.

A tal fine, Lei si obbliga a richiedere il regolare e tempestivo rilascio dell'autorizzazione da parte della Sua Amministrazione, ove prevista, e a trasmettere l'originale a HPS prima dell'accettazione dell'Incarico.

È espressamente inteso tra le parti che l'ottenimento dell'autorizzazione della P.A. di appartenenza costituisce condizione necessaria e indispensabile per la validità del presente Incarico, con la conseguenza che, in caso di eventuale sottoscrizione dello stesso senza preventiva autorizzazione, e tale autorizzazione non pervenga nemmeno successivamente e prima dell'inizio delle attività affidate, HPS avrà facoltà di risolverlo *ipso iure* ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c.

Analogamente, nel caso in cui fosse già in essere un rapporto di lavoro privato, Lei dichiara di essere in possesso di ogni eventuale preventiva autorizzazione necessaria ai fini dell'accettazione del presente Incarico, nel rispetto di ogni disposizione di legge e in assenza di conflitto di interesse. In caso di violazione, HPS avrà diritto di risolvere il presente Incarico ai sensi dell'art. 1456 c.c.

6. Tale incarico è da ritenersi finalizzato alla realizzazione di un'opera collettiva e, come tale, rientra nelle previsioni di cui all'art. 10 della Legge n. 633/1941 sul Diritto d'Autore e s.m.i.

Impregiudicato il diritto morale d'autore, qualsiasi materiale da Lei realizzato in esecuzione dell'Incarico, con il supporto editoriale di HPS, diverrà di proprietà esclusiva di Novartis. A tal fine, Lei dichiara di cedere a Novartis i relativi diritti patrimoniali d'autore.

Con esclusivo riferimento al manoscritto scientifico finale che sarà oggetto di pubblicazione su Aboutmedicine Spotlight testata registrata di HPS, Lei dichiara di cedere all'Editore della rivista così designata i relativi diritti di pubblicazione e riproduzione (*copyright*), in conformità alla normativa editoriale vigente. HPS garantirà che Lei verrà incluso fra gli autori della pubblicazione ovvero nominato nel testo, salvo diverse disposizioni da Lei fornite.

7. Il corrispettivo per le attività affidate nell'ambito del Progetto, come concordato, è di Euro ____800,00____ (____ottocento____/00) al lordo delle trattenute.

Al fine di provvedere al pagamento di tale importo, Lei dovrà fornirci, debitamente compilati e sottoscritti:

- notula/fattura
- lettera di incarico
- dichiarazione di presa visione e consenso al trattamento dei dati personali

HPS Le corrisponderà la somma di cui sopra a conclusione dell'Incarico e previa verifica dell'effettivo svolgimento delle attività a esso inerenti, dietro presentazione di regolare fattura/ricevuta, che dovrà essere tempestivamente inviata a HPS alla conclusione delle attività previste dal presente Incarico.

8. Durante la vigenza del presente Incarico e anche successivamente, Lei si impegna a non utilizzare, direttamente o indirettamente, né a rivelare ad alcuno – in assenza di preventiva autorizzazione scritta di HPS e di Novartis – ogni informazione, dato e/o documento di natura riservata dei quali possa a venire a conoscenza nell'ambito del medesimo.

9. A richiamo dell'Informativa che Le è stata fornita da Novartis ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), Lei acconsente al trattamento dei Suoi dati personali da parte di Novartis per le finalità, con le modalità e nei limiti indicati nella menzionata Informativa e, in ogni caso, per le sole finalità di esecuzione del presente Incarico.

La informiamo che Lei potrà esercitare tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 in qualsiasi momento.

Qualora concordasse con la proposta, La preghiamo cortesemente di volerci restituire la presente in originale debitamente sottoscritta, in segno di approvazione ed accettazione delle condizioni ivi contenute.



HPS
Health Publishing & Services S. r. l.
Sede di Milano
Piazza Duca d'Aosta, 12 - 20124
Tel +39 02 2772 991
Fax +39 02 2952 6823
Sede di Roma
Via Nairobi, 40 - 00144
Tel +39 06 6992 0937 - 06 6992 0913
info@aboutpharma.com
www.aboutpharma.com

Sede Legale
Piazza Duca d'Aosta, 12 - 20124
P. IVA - C. F. e numero di iscrizione
al Registro delle imprese di Milano
07106000966
R. E. A. nr. 1935962
Capitale Sociale Euro 20.000,00
interamente versato
PEC hps.srl@legalmail.it

Restando a disposizione per ulteriori informazioni, porgiamo cordiali saluti

Per accettazione

HPS Health and Publishing Services

Dott.ssa Rinaldi Gaetana

Tatiana Porchera

c.f. _____

Si allega:

1. Dichiarazione di titolarità di rapporto d'impiego (Allegato C);
2. Richiesta di autorizzazione all'Ente di appartenenza (Potrà utilizzare l'Allegato D come template, oppure la modulistica del suo Ente)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 per la notifica degli eventi avversi

Egregio Dottore/Gentile Dottoressa,

HPS deve riferire a Novartis, azienda promotrice di questa iniziativa editoriale, tutti gli eventi avversi che dovessero essere da Lei menzionati nel corso del Progetto come occorsi in soggetti trattati con prodotti/principi attivi commercializzati da Novartis.

Precisandosi che quanto emergerà in occasione di questa iniziativa sarà trattato in modo confidenziale, evidenziamo che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), per la gestione degli eventi avversi segnalati in tali contesti, richiede all'Azienda produttrice del farmaco di collaborare diligentemente sui seguenti aspetti:

- individuazione del segnalatore (necessità del consenso a fornire le generalità, come specificato in prosieguo);
- segnalazione da documentare con accuratezza tramite apposito modulo predisposto da Novartis e fornitoLe da HPS (con indicazione del genere, iniziali, età del paziente ed evento avverso/scenario speciale), attraverso richieste di follow-up che potranno esserle inviate da parte di HPS anche successivamente alla conclusione dell'Incarico;
- richiesta di conferma di avvenuta segnalazione alle autorità sanitarie e quando (se sospetta reazione avversa).

La finalità è quella di adempiere gli obblighi di legge in materia di Farmacovigilanza posti in capo al produttore del farmaco e garantire un flusso di informazioni verso AIFA tempestivo e completo, evitare duplicazioni di segnalazioni, nonché evitare l'inserimento nella rete nazionale di Farmacovigilanza di segnalazioni non complete/dettagliate, in particolare per eventi gravi. I dibattiti verranno registrati, in modo tale che personale di Novartis possa riascoltare le registrazioni, al fine di recepire segnalazioni di EA/SS eventualmente sfuggite in tempo reale.

A tali fini, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003, con la presente, La informiamo in merito al trattamento dei Suoi dati personali da parte di Novartis Farma S.p.A., con sede legale in 21040 - Origgio (VA), L.go U. Boccioni, 1, in qualità di Titolare. HPS viene designata Responsabile del trattamento.

I Suoi dati personali, unitamente ai dati di cui sopra necessari per segnalare l'evento avverso/scenario speciale verranno trasmessi a Novartis al fine di permettere a quest'ultima di adempiere gli obblighi di Farmacovigilanza come produttore del farmaco assunto dal paziente, oggetto della segnalazione da Lei riferita.

I Suoi dati personali saranno trattati dal Titolare, dai Responsabili e dagli incaricati di Novartis, ovvero da soggetti terzi che svolgono attività strumentali per il perseguimento delle finalità sopra indicate, anche all'estero compresi paesi extra UE, nel rispetto della normativa vigente. In tal caso, i

soggetti terzi sono individuati tra coloro che per esperienza, capacità e affidabilità forniscano idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza. Tali soggetti sono designati quali Responsabili del trattamento e il loro elenco aggiornato è disponibile in ogni momento contattando il Titolare.

Lei avrà, in ogni momento, il diritto di revocare il consenso e di chiedere l'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7 del citato Decreto.

Si precisa che il rilascio del consenso è facoltativo. Il mancato rilascio del consenso al trattamento dei dati in oggetto comporterà l'impossibilità di conferirLe l'Incarico e, conseguentemente, di partecipare al Progetto Editoriale *de quo*. Nel caso in cui l'Incarico fosse già stato sottoscritto, tale mancanza determinerà la cessazione immediata dello stesso, senza che Lei abbia diritto ad alcun indennizzo o risarcimento.

Dichiarazione di presa visione e consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa/Prof./Prof.ssa _____ dichiara di aver ricevuto e visionato l'Informativa ex art. 13, d.lgs. n. 196/2003, inerente al trattamento dei propri dati personali per le finalità sopra indicate e:

esprime il proprio consenso

nega il proprio consenso

al trattamento dei propri dati personali per le finalità suddette.

data, _____

firma _____