



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>1</sup> SEZIONE OBBLIGATORIA

### Parte I

NOME..... MAURO.....  
COGNOME..... CARBONE.....  
TITOLO/RUOLO..... DIRIGENTE MEDICO.....  
INDIRIZZO PROFESSIONALE..... GERIATRIA.....  
INDIRIZZO E-MAIL..... mauro-carbone@libero.it.....

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro quanto segue:

- consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso ..ASPd. PAVIA - I.S.T. "S. MARGHERITA"..... e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

Tab.1

Attività in un'azienda/industria dei settori di interesse	NO/SI <sup>2</sup>	Attualmente o nell'anno trascorso	Da oltre 1 anno e meno di 5 anni	Da oltre 5 anni
1.1 Dipendente <sup>3</sup>	NO			

<sup>1</sup> I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Parte sanità e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse (ad esempio anche i dirigenti dell'area delle professioni sanitarie).

<sup>2</sup> Se la risposta è affermativa, compilare le voci successive

<sup>3</sup> Indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>4</sup>

### SEZIONE OBBLIGATORIA

#### Parte II<sup>5</sup>

Tab.2

	Periodo di attività	Azienda/Industria	Area di attività/prodotto/tecnologia (Elencare tutte le aree di attività/ prodotti/tecnologie per i quali si è ha avuto un ruolo di responsabilità primaria)	Indicazione di impiego (da specificare per i prodotti/tecnologie)
2.1 Dipendente				
2.2 Consulente				
2.3 Membro di una Assemblea Consultiva, di un Comitato direttivo/comitato etico, di Commissioni per prontuari terapeutici - ospedalieri, di Nuclei di valutazione HTA, di Scientific Board o organismo equivalente				

<sup>4</sup> I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Parte sanità.

<sup>5</sup> Questa seconda parte della sezione obbligatoria va compilata soltanto se nella prima parte sono state date delle risposte affermative



# Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

## DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>6</sup>

### SEZIONE OBBLIGATORIA<sup>7</sup>

#### Parte III

Tab.3

Tipologia del rapporto/attività	NO	SI	Azienda/Industria/Prodotto/Tecnologia
3.1 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto lavoro dipendente ed ho percepito compensi direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, relativi alla produzione di farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria <sup>8</sup> .	NO		
3.2 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho agito in qualità di consulente per la /le seguente/i organizzazione/i (azienda farmaceutica, HTA, organismi di ricerca pubblici o privati, ecc.)	NO		
3.3 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica / altra tecnologia sanitaria.	NO		
3.4 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato ad un comitato o organo consultivo che ha prodotto decisioni correlate alla ricerca su un farmaco/dispositivo medico/ procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.	NO		

<sup>6</sup> I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Parte sanità.

<sup>7</sup> Per tutte le voci della presente sezione la cui risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione della "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario dei professionisti". Devono intendersi esclusi, ai fini della presente dichiarazione e di quelle successive, gli emolumenti e le liberalità a qualsiasi titolo erogati dalle Associazioni di categoria.

<sup>8</sup> Inserire il numero identificativo delle fatture/altra documentazione attestante la prestazione eseguita.



## Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<p><b>3.9</b> Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho prodotto una presentazione ad eventi organizzati da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria, dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero<sup>12</sup>.</p>	SI	Pfizer/Bristol-Myers 1205 e 20-10-2016
<p><b>3.10</b> Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato all'organizzazione di eventi sponsorizzati da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero<sup>13</sup>.</p>	NO	
<p><b>3.11</b> Negli ultimi 3 anni e/o quello in corso ho svolto attività o contribuito alla progettazione di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero.</p>	NO	
<p><b>3.12</b> Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricoperto una posizione manageriale con funzioni gestionali nel seguente istituto, in cui si svolge ricerca medica che è stata finanziata da parte di sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.</p>	NO	

<sup>12</sup> Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della terza sezione recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

<sup>13</sup> Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della quarta sezione "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari. <sup>15</sup>			
3.18 Sono impegnato in un'attività che potrebbe essere percepita come un condizionamento/conflitto di interessi e comunque non rientrante in nessun caso di cui ai punti precedenti.	NO		

*Nel caso in cui intervengano fatti o interessi che modifichino la situazione esistente rispetto a quanto dichiarato con il presente atto, sarà mia cura darne immediata comunicazione e compilare una nuova dichiarazione specificando i cambiamenti intervenuti.*

*Questa dichiarazione non mi esenta, pertanto, dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che dovesse sorgere in futuro.*

Luogo e Data ..... *Pano*, *08-03-2018*

IL DICHIARANTE

..... *A. Barbore* .....

**Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.**

Luogo e Data ..... *Pano*, *08-03-2018*

IL DICHIARANTE

..... *A. Barbore* .....

<sup>15</sup> Esclusivamente per questa fattispecie è prevista la possibilità di inserire la seguente dichiarazione "non sono a conoscenza" nel campo relativo alla voce "azienda, industria, prodotto, tecnologia" o spuntando la voce relativa prevista per la compilazione digitale.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

2) ho svolto la seguente attività retribuita per attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con l'azienda farmaceutica, indicando la tipologia del servizio prestato (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria).

<b>4.2 Attività o partecipazione</b>	<b>Entità dell'interesse finanziario</b> (specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera)  1 = da € 500,00 a 1000 lordi 2= da €. 1001 a 5000 lordi 3= da 5001 a 10.000 lordi 4= oltre 10.000 lordi

3) ho percepito il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria.

<b>4.3 Attività o partecipazione</b>	<b>Entità dell'interesse finanziario</b> (specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera)  1 = da € 500,00 a 1000 lordi 2= da €. 1001 a 5000 lordi 3= da 5001 a 10.000 lordi 4= oltre 10.000 lordi
--------------------------------------	--



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo .....al trattamento dei miei dati personali.**

Luogo e Data ..... *Parma, 08-03-2018*

IL DICHIARANTE

*A. Bonaventura*



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tab.5

5.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE	NOME		PFIZER   BRISTOL-MYERS	
	FUNZIONE			
5.2 TIPO DI SPESE COPERTE	INDIRIZZO			
	VIAGGIO	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI	Se SI indicare: TIPO (ad es. volo, treno)	
			CATEGORIA (ad es. economy, business)	
	ALLOGGIO	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI	Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO	
			N° DI PERNOTTAMENTI	
	SPESE DI SOGGIORNO	<input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> SI	Se SUI/N PARTE (inserire i dettagli nella sezione sottostante riservata alle note)	
5.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO	DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)		12-05 e 20-10-2016	
	TIPO DI EVENTO (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).		CORSO x MMG	
	LUOGO		CORVINO S. QUIRICO (PV)	



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI<sup>1</sup>  
QUARTA SEZIONE**

**DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI SPONSORIZZATI DA TERZI**

NOME.....

COGNOME.....

*Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato in qualità di organizzatore, al seguente evento sponsorizzato da terzi, in relazione al quale le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi<sup>2</sup>.*

*Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero<sup>3</sup>.*

SI

NO

Luogo e Data ..... Roma, 08.03.2018.....  
IL DICHIARANTE..... M. Barbacidè.....

1. I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Parte sanità.

2. Compilare la tabella successiva con le specifiche ivi indicate, nonché specificare le modalità di pagamento distinguendo se è stato percepito direttamente e/o se avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui il professionista opera. Se il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione, la tabella seguente dovrà essere sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente/organizzazione.

3. Se si risponde affermativamente, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione; in caso contrario va sottoscritta dal medesimo dichiarante.



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**NOTE:**

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE.....

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data .....

IL DICHIARANTE



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del medico e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data di ricevimento di qualsiasi dono. Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione.

**Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.**

Luogo e Data *Pavia, 08-03-2018*

IL DICHIARANTE

*[Signature]*



# *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## *Art. 7. D.Lgs 196/2003- Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*

- 1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
- 2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
  - a) dell'origine dei dati personali;*
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;*
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*
- 3. L'interessato ha diritto di ottenere:*
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
- 4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*



*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Tab.5

5.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE		PFIZER / BRISTOLMYERS	
FUNZIONE			
INDIRIZZO			
5.2 TIPO DI SPESE COPERTE	VIAGGIO	NO	SI
	ALLOGGIO	NO	SI
	SPESE DI SOGGIORNO	NO	SI/IN PARTE
5.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO		Se SI indicare: TIPO (ad es. volo, treno)  Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO  Se SI/IN PARTE (inserire i dettagli nella sezione sottostante riservata alle note)	
DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO ( indicare eventuali accompagnatori)		11-12 febbraio 2016	
TIPO DI EVENTO (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).		CONVEGNO	
LUOGO		BOLOGNA	
		Se SI indicare: CATEGORIA (ad es. economy, business)  Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO  N° DI PERNOTTAMENTI	
		treno  economy SAVOIA REGENCY HOTEL di BOLOGNA  2	



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

NOTE:

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Luogo e Data ..... Roma 08-03-2018

IL DICHIARANTE.....

*A. Barbace*

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data ..... Roma 08-03-2018

IL DICHIARANTE

*A. Barbace*



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tab.5

5.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE		NOME		GRUNENTHAL	
FUNZIONE					
INDIRIZZO					
5.2 TIPO DI SPESE COPERTE	VIAGGIO	NO	<input checked="" type="radio"/> SI	Se SI indicare: TIPO (ad es. volo, treno)	0000 + transfer
	ALLOGGIO	NO	<input checked="" type="radio"/> SI	CATEGORIA (ad es. economy, business)	economy
5.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO	SPESE DI SOGGIORNO	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI	Se SI indicare: NOME DELL'ALBERGO	CHIA LAGUNA RESORT di Chia (CA)
	DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)	24-25-26 maggio 2017			
	TIPO DI EVENTO (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).	CONGRESSO			
LUOGO	CHIA				



*Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

NOTE:

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della prevenzione della corruzione.

Luogo e Data ..... *Perme 08-03-2018*

IL DICHIARANTE ..... *M. Barbare*

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo ..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data ..... *Perme 08-03-2018*

IL DICHIARANTE

*M. Barbare*