



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹ SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

NOME..... ALFONSO.....

COGNOME..... ALTERIO.....

TITOLO/RUOLO..... DIRIGENTE MEDICO.....

INDIRIZZO PROFESSIONALE..... U.O.ASB Ds 16 - Piazza Carità - Marcianise - c/o vecchio P.O.....

INDIRIZZO E-MAIL..... alfonso.alterio@aslcaserta1.it.....

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale 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..... U.O.A.S.B. Ds 16 - Marcianise..... 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 ²	Attualmente o nell'anno trascorso	Da oltre 1 anno e meno di 5 anni	Da oltre 5 anni
1.1 Dipendente ³	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ 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).

² Se la risposta è affermativa, compilare le voci successive

³ Indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1.2 Consulente	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Sperimentatore Coordinatore (Principal Investigator)	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 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	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto (Investigator)	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo e Data 28/01/16

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 ...S.I... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data 28/01/16

IL DICHIARANTE

.....



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI⁶

SEZIONE OBBLIGATORIA⁷

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 ⁸ .	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		

⁶ 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.

⁷ 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.

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<p>3.5 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho percepito, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, un contributo per spese di viaggio/alloggio/soggiorno⁹ per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.</p>	NO		
<p>3.6 Negli ultimi 3 anni e/o e in quello in corso mi sono state pagate, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, le spese congressuali da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari¹⁰.</p>	NO		
<p>3.7 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, fondi di ricerca sotto forma di contratti di sovvenzione, doni, ricerche commissionate o borse di studio/ricerca da parte di sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria¹¹.</p>	NO		
<p>3.8 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, forniture di farmaci o attrezzature oppure supporto di tipo amministrativo da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria.</p>	NO		

⁹ Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione della terza sezione recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

¹⁰ 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".

¹¹ Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della quinta sezione "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<p>3.9 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 opero¹².</p>	NO		
<p>3.10 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 opero¹³.</p>	NO		
<p>3.11 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>3.12 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		

¹² 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".

¹³ 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

<p>3.13 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto il pagamento di diritti e/o posseduto quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.</p>	NO		
<p>3.14 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho avuto interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate a sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.</p>	NO		
<p>3.15 Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza <i>more uxorio</i> con soggetti la cui attività è correlata con la mission dell'azienda farmaceutica / produttore /organizzazione sanitaria, i suoi rappresentanti commerciali o i suoi titolari di fornitura¹⁴.</p>	NO		
<p>3.16 Sono membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro.</p>	NO		
<p>3.17 L'organizzazione, per la quale svolgo una delle attività di cui ai punti precedenti, riceve un fondo o altri finanziamenti da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di</p>	NO		

¹⁴ Se la risposta è affermativa, è opportuno che anche coloro che sono legati da rapporti di parentela con il soggetto dichiarante sottoscrivano analoga dichiarazione.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari. ¹⁵			
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 28/01/16

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 28/01/16

IL DICHIARANTE

.....

¹⁵ 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.