



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte I

Nome: MARIA CRISTINA

Cognome: MARINI

Titolo/Ruolo: DIRIGENZA MEDICA

Indirizzo professionale: Via Portuense, 292

Indirizzo e-mail: mariacristina.marini@inmi.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 **Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRCCS** 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.

1. **Attività:** Dipendente

Periodo: Da oltre 1 anno e meno di 5 anni

Data: 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data: 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte II

1. **Attività:** Dipendente

Tipologia Azienda: Pubblica

Azienda: Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" IRC

Tipologia Attività: Terapia intensiva

Area di Attività: RIANIMAZIONE SALA OPERATORIA

Tipologia Prodotto/Tecnologia: Dispositivi medici

Prodotto: DISPOSITIVI MEDICI

Impiego: CURA DEL PAZIENTE

Periodo: 11/2015 - 11/2018

Data: 16 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI*

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data: 16 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI*



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SEZIONE OBBLIGATORIA

Parte III

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

Tipologia

Azienda:

Azienda:

Tipologia

Prodotto/

Tecnologia:

Prodotto:

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.)

Tipologia

Azienda:

Azienda:

Tipologia

Prodotto/

Tecnologia:

Prodotto:

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.

Tipologia

Azienda:

Azienda:

Tipologia

Prodotto/



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tecnologia:**Prodotto:**

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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/soggiorno per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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 sanitari

Tipologia Privata

Azienda:

Azienda: FRESENIUS KABI ITALIA

Tipologia Farmaci

Prodotto/**Tecnologia:**

Prodotto: FARMACO

3.7 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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 sanitaria

**Tipologia
fondi di
ricerca:**

**Tipologia
Azienda:**

Azienda:

**Tipologia
Prodotto/
Tecnologia:**

Prodotto:

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.

**Tipologia
Azienda:**

Azienda:

**Tipologia
Prodotto/
Tecnologia:**

Prodotto:

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 opero

**Tipologia
Azienda:**

Azienda:

**Tipologia
Prodotto/**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tecnologia:**Prodotto:**

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 opero

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Prodotto:

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

3.15 Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza more uxorio 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 fornitura

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:**



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Prodotto:

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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 dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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.

Tipologia**Azienda:****Azienda:****Tipologia****Prodotto/****Tecnologia:****Prodotto:**

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



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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.

Data 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

SECONDA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

Nome: MARIA CRISTINA

Cognome: MARINI

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:

- 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.**

Attività: Finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali da parte di sponsor

Entità: < di 500 euro

Quota percepita direttamente: N/d

Quota percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera: Euro 0

Dal: 12/2016

Al: 12/2016

- 5) dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative).**

Data 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

TERZA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

Nome: MARIA CRISTINA

Cognome: MARINI

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, in relazione al/i quale/i le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi². Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SÌ NO

Data 16 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI*

Dati evento 1

5.1.1. Nome del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

FRESENIUS KABI ITALIA s

5.1.2. Funzione del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

5.1.3. Indirizzo del Soggetto che ha rimborsato/sostenuto le spese

FRESENIUS KABI ITALIA srl Via Camagre,41 Isola della scala (VR) ITAL

5.2.1. Viaggio

No

5.2.2. Alloggio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

No

5.2.3. Spese di soggiorno

No

5.2.4. Indennità per il contributo all'evento

No

5.3.1. DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)

1-2 Dicembre 2016

5.3.2. Programma dell'evento (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).

2016_Romanestesia_Programma_6_b7BG7L8.pdf

5.3.3. LUOGO

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.

Data 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***

Ai sensi del Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 Aprile 2016) lo sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Data 16 Novembre 2018

**IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI***





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

QUARTA SEZIONE

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

Nome: MARIA CRISTINA

Cognome: MARINI

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 terzi². Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.

SI NO

Data 16 Novembre 2018

IL DICHIARANTE
MARIA CRISTINA MARINI*