

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni  
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano  
09047 Selargius (CA)

Data: 05/03/2015

Oggetto: **RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**  
 TRANCHE  FINALE

333

17 MAR. 2015

TITOLO dello studio:  
PROTOCOLLO BI n. 205.452

**Codice Studio:**

Sperimentatore GIOVANNI PAOLO LIGIA  
Struttura/U.O.C. IV PNEUMOLOGIA  
Responsabile della U.O.C./Struttura GIOVANNI PAOLO LIGIA

|   |  |  |
|---|--|--|
| Fattura n° <u>2436142</u> del <u>21/10/13</u> | Tranche di pagamento (barrare)         | fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>                    |
| N° Pazienti arruolati <u>36</u>               | Sperim in Regime di ricovero (barrare) | Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/> |

Il sottoscritto GIOVANNI PAOLO LIGIA in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, **DICHIARA** che:

**Non sono previste prestazioni aggiuntive** a carico della ASL rispetto a quelle richieste dalla abituale e consolidata pratica clinico-assistenziale (studio osservazionale o procedure che rientrano nella pratica clinica corrente)

- Sono previste prestazioni aggiuntive:**
- ◊ come da elenco allegato (*allegato n.1*), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)<sup>1</sup>
  - ◊ effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto **fuori dall'orario di servizio** e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione, affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore Generale n. 77794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

| Nome Cognome              | N° matricola | Qualifica               | N° ore                      | % ripartizione importo |
|---------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------|
| <u>DSU G. PAOLO LIGIA</u> | <u>19740</u> | <u>ex DIRETTORE UOC</u> | <u>23</u><br><u>PN.TERR</u> | <u>100%</u>            |
|                           |              |                         |                             |                        |
|                           |              |                         |                             |                        |
|                           |              |                         |                             |                        |
|                           |              |                         |                             |                        |
|                           |              |                         |                             |                        |

Firma dello sperimentatore Giovanni Paolo Ligia il Dirigente Medico del P.O. M. Chano  
Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) Giovanni Paolo Ligia

<sup>1</sup> N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

**Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:**

Ai sensi dell'Art. 10 dello Statuto del Comitato Etico Indipendente A.O.U. di Cagliari, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal DPR del 17/02/92 mentre per i pazienti ambulatoriali TUTTE le visite, gli esami di laboratorio e strumentali previsti dal protocollo devono essere rimborsati con le stesse modalità. Gli esami strumentali e di laboratorio sono effettuati secondo quanto disposto dal regolamento aziendale per la libera professione.

| indagine/prestazione | Codice Prestazione DPR del 17/02/92 | Tariffa unitaria | Numero prestazioni | TARIFFA TOTALE |
|----------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------|----------------|
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |
|                      |                                     |                  |                    |                |

Data 05/03/2015

Firma dello sperimentatore Giuseppe Paolo Liguori Dirigente Medico del P.O. Alf. Orsano

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore) Giuseppe Paolo Liguori

**FATTURA**

**A8\_V40 - 2013 - 2436/42**

del : 21/10/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

**CLIENTE**

**Spett.le**

( 11960 ) BOEHRINGER INGELHEIM ITALIA S.P.A.

VIA LORENZINI, 8

20139 - MILANO

MI

P.IVA : 00421210485

P.IVA C.: IT00421210485

C.FIS. : 00421210485

**Tipo di riscossione :** RCON - Incasso a mezzo contabile

**Descrizione :** V. PREF. 438/2013

PREFATTURA A8\_PF1 - 2013 - 438

del : 26/09/2013

Studio BI 205.452 Sp. Dott. G.Paolo Ligia U.O.C. 4°Pneumologia P.O. Binaghi

| Codice | Descrizione     | Quantità | Prezzo    | Importo   | Enpav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|-----------------|----------|-----------|-----------|------------|----------|-------|
| SF_1   | SPERIMENTAZIONI | 1,00     | 29 500,00 | 29 500,00 | 0,00       | D22      | 22,00 |

**TOTALE PRESTAZIONI**

**TOTALE ENPAV**

**SPESE BOLLO**

29 500,00

0,00

0,00

**IMPONIBILE**

**IMPOSTA**

**COD. IVA**

**ALIQUOTA**

**DESCRIZIONE**

29 500,00

6 490,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

**TOTALE IMPONIBILE**

29 500,00

**TOTALE IMPOSTA**

6,490.00

**TOTALE EURO**

35 990,00

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale

- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1 - Prot. n. 56522 del 25/07/2013

Validità dal 31/07/2013

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 ( Selargius ) - SERVIZIO BILANCIO -

Tel. 0706093845 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it

CCP N° 21780093

IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

**ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE**

N. 333 DEL 17 MAR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Rani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è com-  
posto da n° 03 fogli  
di n° 03 pagine.