

**ALLEGATO "A"**

328

Data 24/04/2014

All'U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico  
Qualità e Risk Management

17 MAR. 2015

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: CFTY720D2302E1

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Struttura/ U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla - P.O. Binaghi

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Marla Giovanna Marrosu

Fattura n° 494/42 del 03/04/2014	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input checked="" type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 4	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime ambulatoriale

La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, 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)
  - 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 così come di seguito riepilogato:

Nome e Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
Marrosu Maria Giovanna	3407	Professore Universitario	10	40%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	30%
Frau Jessica	19652	Assegnista Universitario	10	20%
Fenu Pierpaola	15380	Infermiera professionale	10	10%

Firma dello Sperimentatore M. Marrosu

Il Dirigente Medico Dr. P. Binaghi  
Presidente Ospedale "R. BINAGHI"  
IL DIRETTORE SANITARIO

Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) \_\_\_\_\_

214

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

**Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi**

TITOLO dello studio: CFTY420D2308EI

Sperimentatore: PROF.SSA MARIA GIOVANNA MARROZZI

Struttura/U.O.C.: CENTRO SCLEROSI MULTIPLA

Responsabile della U.O.C:

Fattura n°: <u>494142</u> del <u>03/06/14</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>4</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, 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. 7794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
CATERINA ZUCCA	43970	Dirigente Medici	35	50%
MARIA CECILIA PURINO	26820	Inferm. - Prof. Fem.	35	50%

Firma dello sperimentatore M. G. Marrozzì

il Dirigente Medico del P.O. AZIENDA U.S.L. n°8 - CAGLIARI  
Preside Ospedaliero "R. BINAGHI"  
IL DIRETTORE SANITARIO

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

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

C  
CFT / 4800 2309 27

11/09/2014

ALLEGATO n.1

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

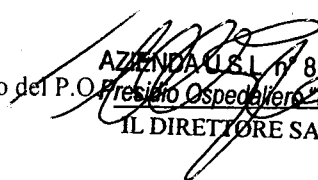
(Ai sensi dell'Art. 10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal tariffario aziendale 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 Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE
SPIROMETRIA	89.37.1	23.24	40	929.6
DIFFUSIONE alveolo-capillare	89.38.3	23.24	40	929.6

Data 11/09/2014

Firma dello sperimentatore MG Novati

il Dirigente Medico del P.O.

  
AZIENDA U.S.L. n° 8 - CAGLIARI  
Presidio Ospedaliero R. BINAGHI  
IL DIRETTORE SANITARIO

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

**FATTURA**

A8\_V40 - 2014 - 494/42

del : 03/04/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

**CLIENTE**

Spett.le

( 12737 ) NOVARTIS FARMA S.P.A.

LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1

21040 - ORIGGIO

VA

P.IVA : 02385200122

P.IVA C. : IT02385200122

C.FIS. : 07195130153

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Sperimentazioni cliniche Dr.a Marrosu

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. IVA	% IVA
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	13 757,72	13 757,72	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESA BOLLO

13 757,72

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQ. IVA

DESCRIZIONE

13 757,72

3 026,70

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

13 757,72

TOTALE IMPOSTA

3,026.70

TOTALE EURO

16 784,42

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale

- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari I - 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. 328 DEL 17 MAR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato e com-  
posto da n° 04 fogli  
di n° 04 pagine