

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

349  
14 APR. 2016

Data: 29/2/16

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

**TITOLO dello studio:** An open-label, multicenter, expanded access study of INC424 for patients with primary myelofibrosis (PMF) or post polycythemia myelofibrosis (PPV MF) or postessential thrombocythemia myelofibrosis (PET-MF)

**Codice Studio: Studio CINC424A2401 - EudraCT 2010-024473 39**

Sperimentatore Giorgio La Nasa  
Struttura/U.O.C. CTMO Ospedale Binaghi  
Responsabile della U.O.C./ Struttura Giorgio La Nasa

Fattura n° A8_V40 - 2016 - 10/42 del 22/01/16	Tranche di pagamento (X)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 9	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (X)

Il sottoscritto Giorgio La Nasa, 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
<b>Giovanni Caocci</b>	<b>7021</b>	<b>Ricercatore universitario in convenzione</b>	<b>40</b>	<b>80%</b>
<b>Fondo reparto CTMO Binaghi</b>				<b>20%</b>

Firma dello sperimentatore



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)



U.S.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI  
Cattedra di Ematologia

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



**FATTURA**

**A8\_V40 - 2016 - 10/42**

**del : 22/01/2016**

**Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti**

**CLIENTE**

**Spett.le**

**( 16231 ) OPIS S.R.L.**

**PALAZZO ALIPRANDI-VIA G. MATTEOTTI, 10**

**20832 - DESIO**

**MB**

**P.IVA : 12605350151**

**P.IVA C.: IT12605350151**

**C.FIS. : 12605350151**

**Tipo di riscossione : A8\_BS - ASL\_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015  
04800 000070188775**

**Descrizione : VEDI PRE-FATTURA N°499/2015 SOSPESO N°275/2016**

**PREFATTURA A8\_PF1 - 2015 - 499**

**del : 28/09/2015**

**La Nasa Giorgio - Studio CINCA42A2401 - EudraCT 2010-024473-39 - U.O. Ematologia e CTMO P.O. Binaghi**

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI Vs Rif Richiesta emissione fattura visite pazienti al 17/07/2015	1,00	5 600,00	5 600,00	0,00	D22	22,00

**TOTALE PRESTAZIONI**

**TOTALE ENPAV**

**SPESE BOLLO**

5 600,00

0,00

0,00

**IMPONIBILE**

**IMPOSTA**

**COD. IVA**

**ALIQUOTA**

**DESCRIZIONE**

5 600,00

1 232,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

**TOTALE IMPONIBILE**

5 600,00

**TOTALE IMPOSTA**

1,232,00

**TOTALE EURO**

6 832,00

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI STABILITA' 2015).

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. 349 DEL 14 APR. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *[firma]* IL DIRETTORE SANITARIO *[firma]*  
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Savina Ortu *[firma]*

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

*[firma]*

03/3