

Ufficio Struttura
Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: START - Scelta della Terapia Antipertensiva Razionale nel Territorio.

Sperimentatore: Dr. Emilio Montaldo

Struttura/U.O.C.: MMG

Responsabile della U.O.C:

ASL8
Prot. 2016/117199 del 07/11/2016 ore 09.06
Mitt.: MONTALDO EMILIO

Ass.: Ufficio Struttura Sperimentazioni
Class.: 1.9.2. Fasc.: 56 del 2016



Fattura n°: <u>557</u> del <u>10/11/16</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>245+173=418</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto EMILIO MONTALDO, 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)¹
- ◊ 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
Boccone Nicolfranco		MMG		9,324
Fanni Ezio		MMG		6,993
Montaldo Emilio		MMG		6,993
Muglia Antonio		MMG		7,226
Murgia Rosalba		MMG		10,256
Musa Stefano		MMG		9,324
Pala Franco		MMG		6,993

Firma dello sperimentatore Emilio Montaldo il Dirigente Medico del P.S. ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

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

N. 1422 DEL 16 NOV. 2016

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

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto da n. 02 fogli

di n. 02 pagine.

Data 07/11/2016

Ufficio Struttura
Sperimentazioni Cliniche

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

TITOLO dello studio: START - Scelta della Terapia
Antipertensiva Regionale nel Territorio

Sperimentatore:

Dr Emilio Montaldo

Struttura/U.O.C.:

MMG

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n° : <u> </u> del <u> </u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>245+173=418</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto EMILIO MONTALDO, 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)¹
- ◊ 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 prestatato 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>Piso Marco</u>		<u>MMG</u>		<u>7,692</u>
<u>Solinas Ratterele</u>		<u>MMG</u>		<u>10,723</u>
<u>Spano Ferdinando</u>		<u>MMG</u>		<u>6,993</u>
<u>Urru Cesare Filippo</u>		<u>MMG</u>		<u>8,858</u>
<u>Zedda Maria Teresa</u>		<u>MMG</u>		<u>8,624</u>

Firma dello sperimentatore Emilio Montaldo il Dirigente Medico del P.O. _____

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

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