ALLEGATO A

Ufficio di Struttura Sperimentazioni, 6°Piano

1682
23 DIC. 2016

Data:21.12.2016

Oggetto: **RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**

TRANCHE FINALE×

TITOLO dello studio:" **"Studio randomizzato, in aperto, multicentrico, a due bracci, di Fase II, per valutare i benefici di una nuova formulazione di deferasirox (compresse rivestite con film)"** Codice prot. **CICL670F2201** Sponsor: **Novartis Farma** Codice EudraCT:**2013-004167-32** Sperimentatore: **Dr.ssa Raffaella Origa** P.O. Ospedale Microcitemico U.O.C. Clinica Pediatrica, Talassemie e Malattie Rare - Azienda Ospedaliera Brotzu Verbale CEI: Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari nella seduta del 24/09/2014 verbale N°753 Autorizzazione D.G. Delibera N°. 16 del 14/01/2015..

Sperimentatore: Dr.ssa Raffaella Origa

Struttura/U.O.C.: Struttura Complessa Microcitemie ed altre Malattie Ematologiche Ospedale Microcitemico

Responsabile della U.O.C: Prof. Paolo Moi

Fattura n° : A8_V40 -2016 -809/42 del 16/06/2016	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati riferiti alla presente fattura: **11**	Sperim. in Regime di ricovero (barrare)	Sperim. in Regime ambulatoriale (barrare)
N° Pazienti arruolati nello studio: **11**		

La sottoscritta **Dr.ssa Raffaella Origa**, 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

DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITEMICO
Dott. M. Gabriella Nardi

Firma dello sperimentatore: Raffaella Origa il Dirigente Medico del P.O.

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

AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
VIA JENNER - 09121 CAGLIARI
U.O.C. Clinica Pediatrica Talassemie e Malattie Rare
Direttore: *Prof. Paolo Moi*
Cel. 070.52965656 - Fax 070.52965658

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

113

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.

indagine/prestazione	**Tariffario Aziendale**	**Tariffa unitaria**	**Numero prestazioni**	**TARIFFA TOTALE**
Valutazioni Cardiologiche		€ 50,00	20	€ 1.000,00
Valutazioni Oculistiche		€ 50,00	11	€ 550,00
Valutazioni Oorinolaringoiatriche		€ 50,00	11	€ 550,00
Totale				**€ 2,100**

Quota da attribuire al Fondo Day Hospital Talassemie € 600,00

Data: 21,12.2016

Firma dello sperimentatore: Raffaella Dupe il Dirigente Medico del P.O. DIRETTORE SANITARIO OSP. MICROCITEMICO *Dott. M. Gabriella Nardi*

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore) AO Brotzu - Cagliari P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO" VIA JENNER - 09121 CAGLIARI U.O.C. Clinica Pediatrica Talassemie e Malattie Rare **Direttore:** ***Prof. Paolo Moi*** Tel. 070.52965656 - Fax 070.50[illegible]

Azienda Sanitaria Locale n. 8 - Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALIA, CAP: 09047
C.F. e P.IVA 02261430926

ASLCagliari

http\\www.aslcagliari.it

FATTURA

A8_V40 - 2016 - 809/42
del : 16/06/2016
Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12737) NOVARTIS FARMA SPA
LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1
21040 - ORIGGIO
VA
P.IVA : 02385200122
P.IVA C.: IT02385200122
C.FIS. : 07195130153

Tipo di riscossione : A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015 04800 000070188775
Descrizione : Vedi Pref. 265/2015

PREFATTURA *A8_PF1 - 2016 - 265* *del 14/06/2016*
Origa Raffaella - CICL670F2201 - EudraCT 2013-004167-32 - U.O. II^ Clinica Pediatrica P.O. Microcitemico - COMPETENZE ASL8 AL 30/06/2015

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
A134	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura - Nr. ordine 3001432890 del 22/01/2016	1,00	2 700,00	2 700,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
2 700,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2 700,00	594,00	D22	22 0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	2 700,00
TOTALE IMPOSTA	594,00
TOTALE EURO	3 294,00

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 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

SERVIZIO SANITARIO A.S.L. n° 8 CAGLIARI REGIONE SARDEGNA

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 1682 DEL 23 DIC. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras
IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto da n° 03 fogli di n° 03 pagine.

31