

Data 31/10/13

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi
 TITOLO dello studio: STORH - BAYER

Sperimentatore: CABULA CARLO
 Struttura/U.O.C.: ONCOLOGIA CHIRURGICA
 Responsabile della U.O.C.: SONAI GIUSEPPE

Fattura n°: <u>A8V40-2013-2283/42</u> del <u>24.9.13</u>	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto CABULA CARLO, 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>CABULA CARLO</u>	<u>48743</u>	<u>Dirigente Medico</u> <u>U.O. ONCOLOGIA CHIR.</u>	<u>10</u>	<u>70% dell'importo</u> <u>verrà</u>
<u>PUPPESCU CRISTINO</u>		<u>Dirigente Medico</u> <u>U.O. ONCOLOGIA</u>	<u>6</u>	<u>RELATIVO A N°</u> <u>11 FAC</u>
<u>SIAS RAURA</u>		<u>Dirigente Medico</u> <u>UO CARDILOGIA</u>	<u>3</u>	<u>RELATIVO A N°</u> <u>11 ECG</u>

Dr. CARLO CABULA
 Aiuto Corresponsabile Ospedaliero
 Dirigente Medico - Dir. Oncologia Chirurgica
 Ospedale Oncologico Regionale
 AZIENDA U.S.L. n. 8 CAGLIARI

Firma dello sperimentatore

il Dirigente Medico del P.O.

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

A.S.L. 8 CA - P.O. "A. BUSINCA"
 UOC Oncologia Chirurgica
 Responsabile F.F. Dr. Giuseppe Sonai

AZ USL 8 CA - P.O. "A. BUSINCA"
 P.O. "A. BUSINCA"
 Direzione Sanitaria
 "A. BUSINCA"
 Matera - P.O. "A. BUSINCA"
 Matera - P.O. "A. BUSINCA"

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

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	Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE
TC TORACE + ADDOME COMPLETO		212,50	11	
ECCG		46,75	11	
TC ADDOME COMPLETO		425,00	11	

Data 21/10/13

Firma dello sperimentatore
Dr. CARLO CABULA
 Aiuto Corresponsabile Ospedaliero
 Direttore Medico - Div. Oncologia Chirurgica
 Ospedale Oncologico Regionale
 AZIENDA U.S.L. n.° 8 - CAGLIARI

il Dirigente Medico del P.O.
 AZ. USL 8 CA - Div. Sanitaria
 P.O. "A. BUSINCO"
 DIVISIONE MEDICO
 Matr. 40008 - D.M. n. 15/10/13

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

A.S.L. 8 CA - P.O. "A. BUSINCO"
 UOC Oncologia Chirurgica
 Responsabile F.F. Dr. Giuseppe Scialò

R 81/13

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



http://www.aslcagliari.it

Email :
Tel : (+39)

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2283/42

del : 24/09/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(1294869) BAYER PHARMA AG (EX BAYER SCHERING
PHARMA AG)
D-13342 BERLINO - GERMANIA

P.IVA C.: DE136563568

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : V. PREF.

PREFATTURA A8_Pf1 - 2013 - 432

del : 19/09/2013

Studio Bayer 12414 HCC STORM - Sp. Dott. Carlo Cabula U.O. Oncologia Chirurgica - P.O Businco.

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	19 392,20	19 392,20	0,00	FC7	0,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
19 392,20	0,00	2,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2,00	0,00	FC	0.0%	Fuori campo Iva
19 392,20	0,00	FC7	0.0%	Fuori Campo Iva art. 7-ter

TOTALE IMPONIBILE	19 392,20
TOTALE IMPOSTA	0,00
TOTALE BOLLO	2,00
TOTALE EURO	19 394,20

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

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

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 491 DEL 14 APR. 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo
Strategico, Qualità e Risk Management
Dott.ssa Giovanna Rossi