Allegato "A"

493 Data 07/10/2013

14 APR. 2014

ASL8

PG/2013/ 0120421 del 11/10/2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: TOP STUDY

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

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

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

Fattura n° 1819/42 del 30/07/2013	X Tranche di pagamento	■ Fine studio
N° pazienti arruolati 54	■ Sperimentazione in regime di ricovero	■ 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:

- X 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
- o Sono previste prestazioni aggiuntive:
  - o 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)
  - o 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 affinchè 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 cos 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	30%

Firma dello Sperimentatore M. G. Marrosu Il Dirigente Medico del P.O. Dr.ssa Anna Maria Ruda

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI DIREZIONE SANITARIA Dr.ssa Anna Maria Ruda Matr. N. 056085

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

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 DPR 17/02/1992; 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 nomenclatore tariffario regionale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	Tariffa totale

Data 07/10/2013

Firma dello sperimentatore _____ Il Dirigente Medico del P.O. _____

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CARBONIA
DIREZIONE SANITARIA
Dr.ssa Anna Maria Ruda
Matr. N. 036085

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

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

ASLCagliari

http:\\www.aslcagliari.it
Email :
Tel : (+39)

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 1819/42
del : 30/07/2013
Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(754011) VIRTUOSO SARL
7RUE BLANCHE CH 1205
1202 - SVIZZERA - GINEVRA

41/13

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile STUDY SABRY
Descrizione : Studio Dr Marrosu M.GIOVANNA

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	3 090,91	3 090,91	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
3 090,91	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
3 090,91	649,09	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	3 090,91
TOTALE IMPOSTA	649.09
TOTALE EURO	3 740,00

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

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

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE N. 493 DEL 14 APR. 2014
Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management
Dott.ssa Giovanna Rossi
Giovanna Rossi