

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi**TITOLO dello studio:** Studio multicentrico in aperto di fase IIIb con Nilotinib in pazienti adulti affetti da Leucemia Mieloide Cronica di nuova diagnosi, in fase cronica, positiva per presenza di cromosoma Philadelphia e/o per BCR-ABL.**Codice Studio:** CAMN107EIC01

Sperimentatore: Dott. Giovanni Caocci
Struttura/U.O.C.: Ematologia e CTMO P.O. Binaghi
Responsabile della U.O.C.: Prof. Giorgio La Nasa

Fattura n° :423 del: 27/02/2013	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati: 4	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Giovanni Caocci, 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
Giovanni Caocci	7021	Ricercatore universitario in convenzione	10	100

Firma dello sperimentatore

il Dirigente Medico del P.O.

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

AZIENDA U.S.L. N. 8 P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
 CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO
 SERVIZIO DI EMATOLOGIA

CAPIA CAGLIARI
 DIREZIONE SANITARIA
 Dott.ssa Maria Graziella Pinna
 MATR. N. 051513

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

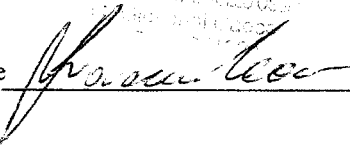
Direttore: Dr. Giorgio La Nasa

Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

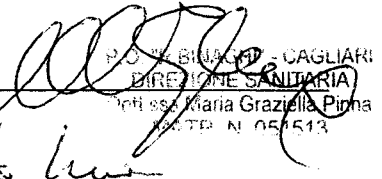
(Ai sensi dell'Art. 10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto 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	Codice Prestazione Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 28/03/2014

Firma dello sperimentatore 

il Dirigente Sanitario del P.O.


 P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
 DIREZIONE SANITARIA
 Dott.ssa Maria Graziella Piona
 P.O. N. 051513

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



AZIENDA U.S.L. N. 8 P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
 CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO
 SERVIZIO DI EMATOLOGIA
 Direttore: Dr. Giorgio La Nasa

R. 71 / 2012

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 423/42

del : 27/02/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16231) OPIS S.R.L.

PALAZZO ALIPRANDI - VIA MATTEOTTI, 10
20832 - DESIO

P.IVA : 12605350151
P.IVA C.: IT12605350151
C.FIS. : 12605350151

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CAMN107EIC01 CONDOTTO DAL PROF. GIOVANNI CAOCCI PRESSO CTMO P.O. BINAGHI

DESCRIZIONE	QUANTITA'	UNITA'	PREZZO UNITARIO	TOTALE	IMPOSTA	TOTALE IMPOSTE	DEBITO	DEBITO NETTO
SF_1 SPERIMENTAZIONI	1,00		1 200,00	1 200,00	0,00		D21	21,00
		TOTALE RENDIMENTI		1 200,00	0,00			0,00
		TOTALE IMPOSTE		1 200,00	252,00		D21	21,00%
								Iva detraibile al 21%
								1 200,00
								252,00
								1 452,00

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093841 - 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. 572 DEL - 6 MAG. 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo
Strategico, Qualità e Risk Management

Dott.ssa Giovanna Rossi

