All'U.O.C Pianificazione e Controllo Stratetegico,
Qualità e Risk Management

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

616
14 MAG. 2014

Data 14/4/2014

Allegato "A"

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio:
STUDIO R0926 FOSCH3010 PALM FLEX - EUDRACT 2009-018022

Sperimentatore: Prof. Bernardo Carpiniello
Struttura/U.O.C.: Clinica Psichiatrica - DSM
Responsabile della **U.O.C**: Prof. Bernardo Carpiniello

Fattura n° AB V41-2014-117172 del 3-3-14	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)**
N° Pazienti arruolati_____	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)**

Il sottoscritto Bernardo Carpiniello, 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
Bernardo Carpiniello	4613	Prof. Ordinario	6	*
Federica Pinna	100035	Ricercatore Conf.	6	*

* dichiara che l'intera somma pari a € 15.245,00 venga depositata nel fondo speciale della Clinica Psichiatrica

Firma dello sperimentatore Bernardo Carpiniello
il Dirigente Medico del P.O. _____

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore) Bernardo Carpiniello
Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu

[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	Codice Prestazione Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 4/4/14

Firma dello sperimentatore Bernardo Carpanello il Dirigente Medico del P.O. _____

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore) Bernardo Carpanello
Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu

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)

7 | 14

FATTURA

A8_V41 - 2014 - 47/42

del : 03/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12187) JANSSEN-CILAG S.P.A.
VIA M. BUONARROTI, 23
20093 - COLOGNO MONZESE
MI
P.IVA : 02707070963
P.IVA C.: IT02707070963
C.FIS. : 00962280590

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : v. pref. 75/2014

PREFATTURA *A8_PF1 - 2014 - 75* *del : 29/01/2014*
Carpiniello Bernardo - Studio R092670SCH3010 PALMFlexS EudraCT 2009-018022-30 Centro N° 3902 - Dipart. Salute Mentale - Clinica Psichiatrica

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0,0%	Cod.Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI VS. Rif. richiesta fattura - pagamento compenso per l'attività relativa allo studio e comunicazione di fine studio	1,00	22 550,00	22 550,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
22 550,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD.IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
22 550,00	4 961,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	22 550,00
TOTALE IMPOSTA	4,961.00
TOTALE EURO	27 511,00

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

SERVIZIO SANITARIO - AZIENDA U.S.L. N° 8 CAGLIARI - REGIONE SARDEGNA

PAGATO

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 616 DEL 14 MAG. 2014
Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management
Dott.ssa Giovanna Rossi
Giovanna Rossi

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