

Allegato "A"

1100

Data 24/04/2014

8 SET. 2014

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

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: CFTY720D2399 *uq 2010*

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° 127/42 del 14/04/2014	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 22	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/> 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:

- 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)
  - 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 così 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	20%
Fenu Pierpaola	15380	Infermiera professionale	10	10%

Firma dello Sperimentatore

*M. Marrosu*

Il Dirigente Medico del P.O.

*[Signature]*  
ASL 2024 UO.C. P.O. BINAGHI  
PESINO  
IL DIRETTORE SANITARIO

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 24/04/2016

Firma dello sperimentatore M. S. Russo

Il Dirigente Medico del P.O.

*[Signature]*  
 Azienda S.p.A. n° 8 CAGLIARI  
 Ospedale Ospedaliero "R. BINAGHI"  
 DIRETTORE SANITARIO

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

**FATTURA**

A8\_V41 -2014 - 127/42

del : 14/04/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
 registrazione documenti

**CLIENTE**

Spett.le

( 12737 ) NOVARTIS FARMA S.P.A.

LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1

21040 - ORIGGIO

VA

P.IVA : 02385200122

P.IVA C. : IT02385200122

C.FIS. : 07195130153

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO: CFTY20D2399 - SPERIMENTATORE PROF.SSA MARROSU - CENTRO  
 SCLEROSI P.O. BINAGHI

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	3 700,00	3 700,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

3 700,00

TOTALE ENPAV

0,00

SPESE BOLLO

0,00

IMPONIBILE

3 700,00

IMPOSTA

814,00

COD. IVA

D22

ALIQUOTA

22.0%

DESCRIZIONE

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

3 700,00

TOTALE IMPOSTA

814,00

TOTALE EURO

4 514,00

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

QUOTA SVUOTATO 70%  
 € 2.580,00

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

*Sette*

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 1100 DEL 8 SET. 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo

Strategico, Qualità e Risk Management

Dott.ssa Giovanna Rossi

*Giovanna Rossi*