

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

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

20.011.2014

Oggetto: DICHIARAZIONE COSTI AGGIUNTIVI E RIPARTIZIONE IMPORTI

TITOLO dello studio:

STUDIO DI COORTE PROSPETTICO NON INTERVENTIVISTICO IN PAZIENTI CHE PRESENTANO SINTOMI PERSISTENTI DI SCHIZOFRENIA ELNALLIZZATI ALLA DESCRIZIONE DEL DECORSO E DEL CARICO DELLA MALATTIA

Sperimentatore:

Prof. Bernardino Carpinelli

Struttura/U.O.C.:

Clinica Psichiatrica Università

Responsabile della U.O.C.:

Prof. Bernardino Carpinelli

Fattura n° 461/42 del 31.3.2014	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti arruolati	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Bernardo Carpinelli 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		Prof. Ordinario	5	
FEDERICA PINNA		Ricercatore Conferm.	5	
Si dichiara che la somma spettante a tale sperimentazione vada interamente versata nel fondo specifico in realtà alla Clinica Psichiatrica, relativa ai proventi delle sperimentazioni cliniche				

Firma dello sperimentatore

Bernardo Carpinelli

il Dirigente Medico del P.O.

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

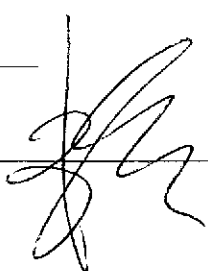
¹ N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

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 18/9/14

Firma dello sperimentatore  il Dirigente Medico del PO _____

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

42/2014

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 - 2014 - 461/42

del : 31/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11942) ROCHE S.P.A.

PIAZZA DURANTE, 11

20131 - MILANO

MI

P.IVA : 00747170157

P.IVA C.: IT00747170157

C.FIS. : 00747170157

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : VEDI PREFATTURA N°218-2014

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 218

del : 11/03/2014

Carpiniello Bernardo - Studio MN 28151 - U.O. Clinica Psichiatrica

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 19/12/2013 N° d'ordine EC10084535-G	1,00	5 000,00	5 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESA BOLLO

5 000,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

5 000,00

1 100,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

TOTALE IMPOSTA

1.100,00

TOTALE EURO

6.100,00

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1452 DEL 20/03/2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

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

Delella