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

393

2 6 MAR. 2014

Data 1 [illegible] 2014

Allegato "A"

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: Opera

Sperimentatore: Dr. Sandro Piga

Struttura/U.O.C.: UOC Malattie Infettive

Responsabile della **U.O.C:** Dr Sandro Piga

Fattura n° : 3020 del 30/10/12	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)**
N° Pazienti arruolati 7	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)**

Il sottoscritto Sandro Piga, 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
Marco Campus	53224	D. Medico 1° livello		100%

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Piga
Tel. 070 609578[illegible] - Fax 070 [illegible]

Firma dello sperimentatore [signature]

il Dirigente Medico del P.O. [signature]

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**

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

ASLCagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Piga
Tel. 070 6095752/4 - Fax 070 6095837

Data 11/02/2014

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

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
P.IVA 02261430926

ASLCagliari

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

66/12

FATTURA

A8_V40 - 2012 - 3020/42

del : 30/10/2012

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 : STUDIO OPERA - N. ORDINE MAML100847R5G CONDOTTO DA PROF. G. ANGIONI PRESSO L'U.O. DI MALATTIE INFETTIVE P.O. SS. TRINITA'

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0,0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	600,00	600,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
600,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
600,00	126,00	D21	21,0%	Iva cetraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	600,00
TOTALE IMPOSTA	126,00
TOTALE EURO	726,00

IRP 600
70% 420

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

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

Data 11/02/2014

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: Oprev

Sperimentatore: Dr ~~Marco Campus~~ Sandro Piga

Struttura/U.O.C.: UOC Malattie Infettive

Responsabile della **U.O.C:** Dr Sandro Piga

Fattura n° : 222 del 31/01/2011	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)**
N° Pazienti arruolati 7	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)**

Il sottoscritto Sandro Piga, 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
Marco Campus	53224	D. Medico 1° livello		100 %

Firma dello sperimentatore

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**

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 11/02/2014

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Piga
Tel. 070 6095764 - Fax 070 6095837

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

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
P.IVA 02261430926

ASLCagliari

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

FATTURA

A8_V40 - 2011 - 222/42

del : 31/01/2011

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

POS: 63/2010

Spett.le
(11942) ROCHE SPA
PIAZZA DURANTE, 11
20131 - MILANO
MI
P.IVA : 00747170157
C.FIS. : 00747170157

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO "OPERA" CONDOTTO DAL DR. GIUSEPPE ANGIONI PRESSO P.O. SS. TRINITA'

SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	200,00	200,00	0,00	D20	20,00

200,00		0,00	0,00

200,00	40,00	D20	20.0%	Iva detraibile al 20%

	200,00
	40,00
	240,00

IMP 200.
IVA 40

C.A. Dr. Fedele

(fap. 6)

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

Data 11-02-2014

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: Studio Opera

Sperimentatore: Dr. Sandro Piga

Struttura/U.O.C.: Malattie Infettive

Responsabile della **U.O.C:** Dr Sandro Piga

Fattura n°: 1311 del 24/4/10	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)**
N° Pazienti arruolati 7	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)**

Il sottoscritto Sandro Piga, 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
Marco Campus	53224	D. Medico 1° livello		100 %

ASL Cagliari
PO SS. Trinità - Cagliari
S. C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Piga
Tel. 070 609575274 - Fax 070 6095837

Firma dello sperimentatore

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**

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 11/02/2014

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Piga
Tel. 070 6095752/4 - Fax 070 6095837

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

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 - 2010 - 1311/42

del : 20/04/2010

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 : STUDI: MO19872PREP-ML17638PREP DR. ANGELUCCI ML21380PREP DR.MUGGIANO/OPERA PROF. ANGIONI

AVVISO 22868 - 17.3.2010

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	7 250,00	7 250,00	0,00	D20	20,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
7 250,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
7 250,00	1 450,00	D20	20.0%	Iva detraibile al 20%

TOTALE IMPONIBILE	7 250,00
TOTALE IMPOSTA	1,450.00
TOTALE EURO	8 700,00

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

QUOTA DR - DUGIONI/PIGA
800,00 + IVA
QUOTA 70% 560,00

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

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

Data 11/02/2014

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: OPERA

Sperimentatore: Dr. Sandro Pisa

Struttura/U.O.C.: UOC Malattie Infettive

Responsabile della **U.O.C:** Dr Sandro Pisa

Fattura n° : 8 del 22/1/10	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)**
N° Pazienti arruolati 7	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)**

Il sottoscritto _____, 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
Marco Campus	53224	D. Medico 1° livello		100 %

S.C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Pisa
Tel. 070 6095752/4 Fax 070 6095757

Firma dello sperimentatore _____ 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**

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 11/02/2014

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. di MALATTIE INFETTIVE
DIRETTORE: Dr. Sandro Piga
Tel. 070 60957524 - Fax 070 6095837

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

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 - 2010 - 8/42

del : 22/01/2010

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 : STUDI: OPERA D. ANGIONI - ML17638 DR. ANGELUCCI - MO 19391 DR. MASCIA
AVVISO 89183 - 13.11.2009
AVVISO 83347 - 25.11.2009

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 908,33	2 908,33	0,00	D20	20,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
2 908,33	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2 908,33	581,67	D20	20.0%	Iva detraibile al 20%

TOTALE IMPONIBILE	2 908,33
TOTALE IMPOSTA	581.67
TOTALE EURO	3 490,00

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

QUOTA DR. ANGIONI
1 200,00 + IVA
70% 840,00

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° 8 fogli di n° 12 pagine.

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 393 DEL 26 MAR. 2014
Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management
Dott.ssa Giovanna Rossi
Giovanna Rossi