

presente allegato è composto da n° 02 fogli  
di n° 02 pagine.

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE  
N. 421 DEL - 2 APR. 2014  
Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo  
Strategico, Qualità e Risk Management

ALL. A

Data 30.X.2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Dott.ssa Giovanna Rossi  
Giovanna Rossi

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: M022998 TANIA "STUDIO di FASE III randomizzato, per valutare efficacia e sicurezza del trattamento continuato e di riduzione con associazione bevacizumab in associazione alla chemioterapia in pazienti con carcinoma delle mammelle local. recidivato o metastatico"

Sperimentatore: VALLE ENRICHETTA

Struttura/U.O.C.: ONCOLOGIA MEDICA BUSINCO

Responsabile della U.O.C.: ex Pro|. A. PIGA - studi FF. E. DEFRAIA

A8_V40-2013 Fattura n°: <u>3272/42</u> del <u>19.09.2013</u>	Tranche di pagamento (barrare) <u>X</u>	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati nello studio <u>5</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <u>XDH</u>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)
N° Pazienti di cui alla presente fattura <u>3</u>		

Il sottoscritto VALLE ENRICHETTA, 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)<sup>1</sup>

◇ 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
<u>VALLE ENRICHETTA</u>	<u>48714</u>	<u>P.I. DIRIGENTE MEDICO</u>	<u>25</u>	<u>50%</u>
<u>GHIANI MASSIMO</u>	<u>51900</u>	<u>DIRIGENTE MEDICO</u>	<u>12</u>	<u>25%</u>
<u>URACCI YLENIA</u>	<u>52858</u>	<u>DIRIGENTE MEDICO</u>	<u>12</u>	<u>25%</u>

Firma dello sperimentatore Valle

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

AZ. USL  
P.O. "A. BUSINCO"  
Dirigente Medico del P.O.  
"A. BUSINCO"  
Dir. Sanitaria  
Matr. 49308 - Dr. Paolo Mundula

A.S.L. CA - P.O. "A. BUSINCO"  
S.C. ONCOLOGIA MEDICA  
Dir.: Dott. Efisio Defraia  
A.S.L. CA - P.O. "A. BUSINCO"  
S.C. ONCOLOGIA MEDICA  
Dir.: Dott. Efisio Defraia  
Edi

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

