ALLEGATO A

20
14 GEN. 2015

Data: 01/ 12/ 2014

All' Ufficio di Struttura Sperimentazioni
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano
09047 Selargius (CA)
c/o U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico,
Qualità e Risk Management

Oggetto: DICHIARAZIONE COSTI AGGIUNTIVI E RIPARTIZIONE IMPORTI

TITOLO dello studio:
STORM - TRIAL RANDOMIZZATO DOPPIO CIECO SORAFENIB/PLACEBO DOPO CHIRURGIA O TERMOABLAZIONE DI HCC.

Codice Studio: 12414

Sperimentatore Dott. CARLO CABULA
Struttura/U.O.C. ONCOLOGIA CHIRURGICA P.O. BUSINCO
Responsabile della U.O.C./ Struttura Dott. GIUSEPPE SOLLAI

Fattura n° 1474/42 del 30 / 09/ 2014	Tranche di pagamento (barrare) X	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 14	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

Il sottoscritto CABULA CARLO 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
CARLO CABULA	48743	Dirigente Medico	2h 30m	70%
MAURA SIAS	48736	Dirigente Medic.	1h 30m	n° 5 ECG
CLAUDIO PUSCEDDU	49275	Dirigente Medic.	2h 30m	n° 5 TAC + n° 5 Rx Torace

A.S.L. CA - P.O. "A.BUSINCO"
RESP. S.S. DIAGNOSTICA OPERATIVA
Dott. Carlo Cabula - Matr. 48743

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

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

A.S.L. 8 CA - P.O. "A.BUSINCO"
UOC Oncologia Chirurgica
Responsabile F.F. Dr.Giuseppe Sollai

AZIENDA U.S.L. N°8 - CAGLIARI
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE SANITARIO
Dott.ssa M. TERESA ADDIS

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

1/2

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
TC TORACE - ADDOME COMPLETO			5	
RX TORACE STANDARD			5	
ECG			5	

Data 01/12/14

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

A.S.L. CA - P.O. "A. BUSINCO"
RESP. S.S. DIAGNOSTICA OPERATIVA
Dott. Carlo Cabula - Matr. 48743

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

A.S.L. 8 CA - P.O. "A. BUSINCO"
UOC Oncologia Chirurgica
Responsabile F.A. Dr. Giuseppe Sollai

AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE SANITARIO
Dott.ssa M. TERESA ADDIS

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)

R 66/A-2014

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 1474/42

del : 30/09/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(1294869) BAYER PHARMA AG (EX BAYER SCHERING PHARMA AG)
D-13342 BERLINO - GERMANIA

P.IVA C.: DE136563568

Tipo di riscossione : A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015 04800 000070188775

Descrizione : VEDI PREFATTURA N°553/2014

PREFATTURA *A8_PF1 - 2014 - 553* *del : 20/08/2014*

Cabula Carlo - Studio 12414 8-11-03-2008 HCC STORM - EudraCT 2008-001087-36 U.O. Chirurgia Oncologica P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura_maturato 14 Agosto 2014 del 14/08/2014	1,00	6 410,85	6 410,85	0,00	FC6	0,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
6 410,85	0,00	2,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2,00	0,00	FC	0.0%	Fuori campo Iva
6 410,85	0,00	FC6	0.0%	Fuori Campo Iva art. 7 lett.d

TOTALE IMPONIBILE	
TOTALE IMPOSTA	0.00
TOTALE BOLLO	2,00
TOTALE EURO	6 412,85

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 20 DEL 14 GEN. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

il presente allegato è composto da n° 03 fogli di n° 03 pagine.

3/3