

11 FEB. 2015

Data 19.01.2015

**Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi****TITOLO dello studio: Studio in aperto, multicentrico, ad accesso allargato, con RAD001 in pazienti con astrocitoma subependimale a cellule giganti (SEGA) associato a sclerosi tuberosa (TSC). Studio EFFECTS**

Sperimentatore: Dott.ssa Loredana Boccone

Struttura/U.O.C.: Il Clinica Pediatrica Ospedale Microcitemico

responsabile della U.O.C.: Prof. Paolo Moi

Fattura n° : 2555 del 11/11/2013	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)X
N° Pazienti arruolati <u>1</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) X	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Loredana Boccone, 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
Dr.ssa Loredana Boccone	47661	Dirigente medico	20	100%
Esami di laboratorio e strumentali - Azienda				100%

**DIRETTORE SANITARIO**  
**OSP. MICROCITEMIC**  
Dott. M. Gabriella Nar

Firma dello sperimentatore

il Dirigente Medico del P.O.

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

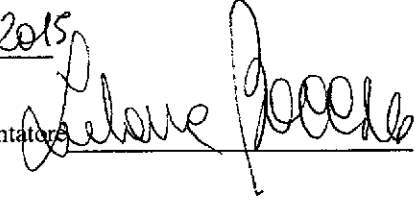
<sup>1</sup> N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

**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
RMN ENCEFALO	88.91.1	233,18	2	466,36
ECCG	89.52	12,20	1	12,20
EMOCROMO	90.62.2	4,13	4	16,52
GLICEMIA	90.26.3	2,43	4	9,72
CREATININA	90.16.3	2,48	4	9,92
SODIO	90.40.4	2,58	4	10,32
COLORO	90.13.3	2,58	4	10,32
CALCIO	90.11.4	2,43	4	9,72
AST	90.09.2	2,48	4	9,92
ALT	90.04.5	2,48	4	9,92
LDH	90.29.2	2,48	4	9,92
CPK	90.15.04	2,48	4	9,92
COLESTEROLO TOTALE	90.14.3	2,43	4	9,72
LDL	90.14.2	0,72	4	2,88
TRIGLICERIDI	90.43.2	2,48	4	9,92
PT	90.75.4	2,69	3	8,07
PTT	90.75.5	2,93	3	8,79
ESAME URINE	90.44.3	4,06	1	4,06
HBV - DNA	91.17.4	37,96	1	37,96
HBS AG	91.18.5	11,36	1	11,36
HBS AB	91.18.3	11,36	1	11,36
HBC AB	91.17.5	11,36	1	11,36
HCV-RNA-PCR	91.19.3	66,13	1	66,13
TESTOSTERONE	90.41.3	13,22	1	13,22
FSH	90.23.3	13,22	1	13,22
LH	90.32.3	13,22	1	13,22
ESTRADIOLO	90.19.2	13,66	1	13,66
TOTALE				833,35

Data 19.01.2015

Firma dello sperimentatore 

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

il Dirigente Medico del P.O.



**DIRETTORE SANITARIO**  
**OSP. MICROCTEMICO**  
**Dott. M. Gabriella Nardi**

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)

55/13

## FATTURA

A8\_V40 - 2013 - 2555/42

del : 11/11/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

## CLIENTE

Spett.le

( 16231 ) OPIS S.R.L.

PALAZZO ALIPRANDI - VIA MATTEOTTI, 10

20832 - DESIO

P.IVA : 12605350151

P.IVA C.: IT12605350151

C.FIS. : 12605350151

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio CRAD001MIC02 - DR BOCCONE

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Impay 0,0%	Cod. IVA	% IVA
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	3 000,00	3 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

3 000,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

3 000,00

660,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

3 000,00

TOTALE IMPOSTA

660,00

TOTALE EURO

3 660,00

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 160 DEL 11 FEB. 2015

Il presente allegato è com-  
posto da n° 04 fogli  
di n° 04 pagine.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~  
(Dott. Sergio Salls) Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Savina Ortu