936
23 LUG. 2015

ALLEGATO A

Data: 17/6/2015

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano
09047 Selargius (CA)

Oggetto: RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI
☐ **TRANCHE** ☒ **FINALE**

TITOLO dello studio:
" A non-interventional cohort prospective study on patterns of relapse and adherence to maintenance therapy with mesalazine in mild-moderate ulcerative colitis.
DOVEREL 1701

Codice Studio: PROTOCOLLO CLINICO n. KZ-9999-401-IT

Sperimentatore Dott.ssa ANTONELLA ATZEI
Struttura/U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Responsabile della U.O.C./ Struttura Dott. PIERANGELO SPANU

Fattura n° V40-483/42 del 3/6/2015	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) X
N° Pazienti arruolati 5	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

Il sottoscritto ANTONELLA ATZEI 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
ANTONELLA ATZEI	52375	DIRIGENTE MEDICO	4 *	100%
* La sperimentazione è stata eseguita al di fuori dell'orario di servizio senza timbratura del cartellino di presenze				

Firma dello sperimentatore Antonella Atzei il Dirigente Medico del P.O.

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

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
Direttore di GASTROENTEROLOGIA ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA

[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 Indipendente A.O.U. di Cagliari, 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 DPR del 17/02/92 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 DPR del 17/02/92	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

ASLCagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
Struttura Complessa di GASTROENTEROLOGIA
ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Data_____

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)

R 13/15

FATTURA

A8_V40 - 2015 - 483/42

del : 03/06/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(16710) HIPPOCRATES RESEARCH S.R.L.
VIA XX SETTEMBRE , 30/12
16121 - GENOVA
GE
P.IVA : 02853730279
P.IVA C.: IT02853730279
C.FIS. : 02853730279

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

Descrizione : PREF. 50/2015

PREFATTURA *A8_PF1 - 2015 - 50* *del : 18/02/2015*
Loriga Pietro - Studio DOUCREL MZ999-401-IT - U.O. Gastroenterologia P.O. SS. Trinità

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0,0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 000,00	2 000,00	0,00	D22	22,00
	Vs. Rif. Richiesta emissione Fattura del 20/10/2014 - CAUSALE "pagamento pazienti 2° tranche FINALE"						

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
2 000,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2 000,00	440,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	2 000,00
TOTALE IMPOSTA	440.00
TOTALE EURO	2 440,00

IL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI STABILITA' 2015).

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. 936 DEL 23 LUG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras*
IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Bani*
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savina Ortu*

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