

15 LUG. 2015

Data 13/05/2015

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni

Via peretti 2b, Palazzina C, 5° Piano

09047 Selargius (CA)

c/o U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico,

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: WA25046

Sperimentatore: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

Struttura/ U.O.C.: Centro Sclerosi Multipla – P.O. Binaghi

Responsabile della U.O.C.: Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu

|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
| Fattura n° 305/42 del 01/04/2015 | <input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento       | <input type="checkbox"/> Fine studio  |
| N° pazienti arruolati 1          | <input type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero | <input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime ambulatoriale |

La sottoscritta Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu, 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)
  - effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

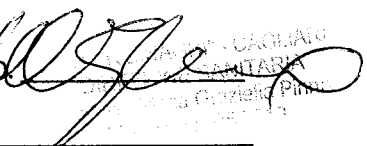
Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto fuori dall'orario di servizio e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore Generale n. 77794 del 30/12/2004 e dispone la ripartizione dell'importo così come di seguito riepilogato:

| Nome e Cognome          | N° matricola | Qualifica                    | N°ore | % ripartizione importo |
|-------------------------|--------------|------------------------------|-------|------------------------|
| Marrosu Maria Giovanna  | 3407         | Professore Universitario     | 10    | 40%                    |
| Fadda Valentina         | 7339         | Amministrativo Universitario | 30    | 20%                    |
| Fondo per la formazione |              |                              |       | 30%                    |
| Fenu Pierpaola          | 15380        | Infermiere Professionale     | 10    | 5%                     |
| Orru' Angela            |              | Infermiere Professionale     | 10    | 5%                     |

Firma dello Sperimentatore



Il Dirigente Medico del P.O.



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



**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 DPR 17/02/1992; 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 nomenclatore tariffario regionale | Tariffa unitaria | Numero prestazioni | Tariffa totale |
|----------------------|--|------------------|--------------------|----------------|
|                      |  |                  |                    |                |
|                      |  |                  |                    |                |
|                      |  |                  |                    |                |
|                      |  |                  |                    |                |
|                      |  |                  |                    |                |
|                      |  |                  |                    |                |
|                      |  |                  |                    |                |

Data 13/05/2015

Firma dello sperimentatore M. Mancosu Il Dirigente Medico del P.O.

Firma del responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) \_\_\_\_\_

*[Stampa e firma illeggibile]*  
 DIREZIONE SANITARIA  
 Ospedale Civile di Cagliari  
 Cagliari, Pinnacchio

**FATTURA**

A8\_V40 - 2015 - 305/42

del : 01/04/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

**CLIENTE**

Spett.le

( 16139 ) PPD ITALY SRL

PALAZZO VERROCCHIO CENTRO DIREZIONALE MI-2, SNC

20090 - SEGRATE

MI

P.IVA : 12349730155

P.IVA C.: IT12349730155

Tipo di riscossione : A8\_BS - ASL\_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015  
04800 000070188775

IN FATTURA: A8\_PF1 - 2015 - 49

del : 18/02/2015

Marrosu Maria Giovanna - Studio WA25046 - EudraCT 2010-020338-25 - Centro Sclerosi Multipla P.O. Binaghi

| Codice | Descrizione   | Quantita | Prezzo   | Importo  | ENPAV 0.0% | Cod. IVA | IVA   |
|--------|---|----------|----------|----------|------------|----------|-------|
| SF_1   | SPERIMENTAZIONI<br>Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 13/10/2014 - Sponsor Roche - Lawson 295411001 | 1,00     | 2 658,48 | 2 658,48 | 0,00       | D22      | 22,00 |

| TOTALE PRESTAZIONI | TOTALE ENPAV | SPESA BOLLO |
|--------------------|--------------|-------------|
| 2 658,48           | 0,00         | 0,00        |

| IMPONIBILE | IMPOSTA | COD. IVA | ALIQUOTA | DESCRIZIONE         |
|------------|---------|----------|----------|---------------------|
| 2 658,48   | 584,87  | D22      | 22.0%    | IVA DETRAIBILE 22 % |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| TOTALE IMPONIBILE | 2 658,48 |
| TOTALE IMPOSTA    | 584,87   |
| TOTALE EURO       | 3 243,35 |

NEL 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 I - 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. 898 DEL 15 LUG. 2015  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è com-  
posto da n° 03 fogli  
di n° 03 pagine