

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

Data: 26.06.2015

Oggetto: **RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**

TRANCHE

FINALE

TITOLO dello studio:

"Studio, multicentrico, in aperto, in braccio singolo, di fase II per valutare l'efficacia e la sicurezza d'impiego dell' associazione di deferasirox e deferoxamina seguita dalla monoterapia con deferasirox in pazienti con sovraccarico di ferro cardiaco severo secondario a trasfusioni croniche" CICL670A2214 sponsorizzato da NOVARTIS Pharma, con approvazione del C.E. Azienda A.S.L. N°8 seduta del 17/11/2010 verbale N°150/C.E/10. autorizzata dal D.G. delibera N°1370 del 30/12/2010

Sperimentatore: Dr.ssa Raffaella Origa

Struttura/U.O.C.: Talassemie ed altre Malattie Rare

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

Fattura n°: 294 V40 del 23/03/2015	Tranche di pagamento (barrare)	Fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati riferiti alla presente fattura: 9	Sperim. in Regime di ricovero (barrare)	Sperim. in Regime ambulatoriale (barrare)
N° Pazienti arruolati: 9		

La sottoscritta Dr.ssa **Raffaella Origa**, 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
FONDO REPARO				

Firma dello sperimentatore

Raffaella Origa

il Dirigente Medico del P.O.

Paolo Moi

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

Paolo Moi

¹ 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:

indagine/prestazione	Codice Prestazione Nomenclatore Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Quota da attribuire al Fondo Day Hospital Talassemie € 1.967,00

Data: 26.06.2015

Firma dello sperimentatore: Raffaello Inge il Dirigente Medico del P.O.: Jure

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

Robb

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 995 DEL 05 AGO. 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° 02 fogli
 di n° 02 pagine

DS