

Data _____

ALLEGATO "A"

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

ASL8
NP.2016/26561 del 26/10/2016 ore 11.59
Mitt.: Igiene e Sanità Pubblica
Ass.: Pianificazione, Controllo Strategico
Class.: 2.8. Fasc.: 4 del 2016

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi



TITOLO dello studio: Studio Clinico 11 03 077 (ZOSTER 022)

Sperimentatore: DOTA GIORGIO CARLO STERI
Struttura/U.O.C.: SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Responsabile della U.O.C.: DOTA GIORGIO CARLO STERI

Fattura n°: <u>1532</u> del <u>19/10/2016</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>22</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto DOTA GIORGIO CARLO STERI, 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 prestatato 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
<u>DOTA GIORGIO CARLO STERI</u>	<u>65424</u>	<u>MEDECO</u>	<u>4</u>	<u>26%</u>
<u>DOTA GABRIELE NEREU</u>	<u>24770</u>	<u>MEDECO</u>	<u>4</u>	<u>26%</u>
<u>DOTA SSA SIMONETTA SANTUS</u>	<u>65401</u>	<u>MEDECO</u>	<u>4</u>	<u>26%</u>
<u>A. S. GRAZIELLA FRAU</u>	<u>16.600</u>	<u>AD. SANITARIA</u>	<u>4</u>	<u>26%</u>
<u>S. P. CADDEO GIULIANA</u>	<u>04.440</u>	<u>INFERN. PROF.</u>	<u>4</u>	<u>26%</u>

Firma dello sperimentatore [firma] il Dirigente Medico del P.O. _____

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N. 1368 DEL - 4 NOV. 2016
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
 Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Penni
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
 Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto da n° 02 fogli di n° 02 pagine.

Data _____

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

ASL8
 NP. 2016/26559 del 26/10/2016 ore 11,56
 Mitt.: Igiene e Sanità Pubblica
 Ass.: Pianificazione, Controllo Strateg...
 Class.: 2.8. Fasc.: 4 del 2016

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi



TITOLO dello studio: Studio Clinico "110390" (Esster 006)

Sperimentatore: DOTA GIORGIO CARLO STERI

Struttura/U.O.C.: SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Responsabile della U.O.C: DOTA GIORGIO CARLO STERI

Fattura n°: <u>1532</u> del <u>17/10/2016</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>62</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto DOTA GIORGIO CARLO STERI, 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
<u>DOTA GIORGIO CARLO STERI</u>	<u>46424</u>	<u>MEDICO</u>	<u>14</u>	<u>26%</u>
<u>DOTA GABRIELE NEREO</u>	<u>24770</u>	<u>MEDICO</u>	<u>14</u>	<u>26%</u>
<u>DOTA SIMONETTA SANTUS</u>	<u>46401</u>	<u>MEDICO</u>	<u>14</u>	<u>26%</u>
<u>AS. GRAZIELLA FRAU</u>	<u>46600</u>	<u>AS</u>	<u>14</u>	<u>12%</u>
<u>S.P. GADDEO GIUCIANA</u>	<u>04440</u>	<u>S.Prof</u>	<u>14</u>	<u>40%</u>

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O. _____

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

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