

D. m. ledde
19/4/13
Pia

"Au. A"

Data 03/04/2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: EFC10891 - TENERE

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

ASL8

PG/2013/ 0047321 del 17/04/2013 ore 13,23

Mittente: MARROSU MARIA GIOVANNA

Assegnatario: Assistenza Ospedaliera

Classifica: 24 Fascicolo: 17 del 2013



Fattura n° 106 del 28/01/2013	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 4	<input checked="" 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	35%
Fadda Valentina	7339	Amministrativo Universitario	30	25%
Cocco Eleonora	9414	Ricercatore Universitario	10	10%
Lorefice Lorena	19670	Assegnista Universitario	10	10%
Massa Rita		Dirigente medico	10	10%
Fenu Pierpaola	15380	Infermiera professionale	10	10%

Firma dello Sperimentatore M. Marrosu

Il Dirigente Medico del P.O. [Firma]

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
ECO ADDOME		150,00	8	1200,00

Data

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

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

REGIONE CALABRIA
DIREZIONE SANITARIA
Dott.ssa Maria Grazia Pinna
N. 0151513

Azienda Sanitaria Locale n° 8 - Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047
P.IVA 02261430928



http://www.aslcagliari.it
Email :
Tel : (+39)
Fax :

R. 73 / 2012

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 106/42

del : 28/01/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(12357) SANOFI-AVENTIS S.P.A.

VIA LUIGI BODIO , 37/B

20158 - MILANO

MI

P.IVA : 00832400154

P.IVA C.: IT00832400154

C.FIS. : 00832400154

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO "EFC TENERE" CONDOTTO DALLA PROF.SSA MARROSU PRESSO P.O. BINAGHI

SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	4 950,00	4 950,00	0,00	D21	21,00
------	-----------------	------	----------	----------	------	-----	-------

4 950,00

0,00

0,00

4 950,00

1 039,50

D21

21.0%

Iva detraibile al 21%

4 950,00

1,039,50

5 989,50

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093841 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it
CCP N° 21780093
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

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

[Handwritten signature]

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 1092 DEL 8 OTT. 2013

Il Responsabile del Servizio
Assistenza Ospedaliera
Dr.ssa Rosella Sais

[Handwritten signature]