

Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo  
Direttore: Dr. Giovanni Salis

Ufficio Sperimentazioni Cliniche – sede Cagliari

Mail: ufficiospesperimentazioni.asslcagliari@atssardegna.it

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: Studio EQC5-13-01 - Fidia Farmaceutici

Sperimentatore: STEFANO MARCIA

Struttura/ U.O.C.: RADIOLOGIA P.O. SS TRINITA'

Responsabile della U.O.C.: RADIOLOGIA

Fattura n. 156 del 26/02/2018	■Tranche di pagamento	■Fine studio
N° pazienti arruolati 11	■Sperimentazione in regime di ricovero	■Sperimentazione in regime ambulatoriale

La/Il sottoscritta/o , 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 e dispone la ripartizione dell'importo così come di seguito riepilogato:

Nome e Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
STEFANO MARCIA	851215	DIR MED 2 LIVELLO	10	40
EMANUELE PIRAS	854250	DIR MED 1 LIVELLO	10	40
LORELLA SADDI	848324	COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE	10	20

Firma dello Sperimentatore \_\_\_\_\_

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	Tariffaria unitaria	Numero prestazioni	Tariffa totale

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

Data

Sperimentatore \_\_\_\_\_

