

**COMUNICAZIONE AL RICHIEDENTE, AGLI ALTRI COMITATI ETICI E AD AIFA  
DELLA DECISIONE DEL COMITATO ETICO RELATIVA AL PARERE UNICO**

Il parere finale (favorevole o non favorevole) deve essere trasmesso entro trenta giorni dalla data di ricevimento della domanda nella forma prescritta (entro sessanta giorni in caso di sperimentazione monocentrica)

**A. IDENTIFICAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE****A.1 Versione CTA valutata**

1.2

**A.1.1 Note****A.1.2 Numero EudraCT**

2020-003872-42

**A.2 Titolo completo della sperimentazione**

Valutazione dell'attività antivirale e immunomodulatoria di Interferone-Beta in pazienti COVID-19 anziani

**A.3.1 Codice del protocollo**

ANTIICIPATE

**A.3.2 Versione del protocollo**

1.0

**A.3.3 Data del protocollo**

15/09/2020

**B. IDENTIFICAZIONE DEL COMITATO ETICO (CE) ISTITUITO AI SENSI DEL D.M. 8 FEBBRAIO 2013****B.1 Denominazione del CE**

COMITATO ETICO DELL'ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE " LAZZARO SPALLANZANI " IRCCS

**B.2.1 Nome del Presidente**

CINZIA

**B.2.2 Cognome del Presidente**

CAPORALE

**B.3 Indirizzo del CE**

VIA PORTUENSE 292

**B.4 Numero di telefono**

0655170711

**B.5 Numero di fax**

065594221

**B.6 E-mail**

cristina.costa@inmi.it

<b>C. IDENTIFICAZIONE DELLO SPERIMENTATORE COORDINATORE (SE STUDIO MONOCENTRICO, DELLO SPERIMENTATORE PRINCIPALE)</b>	
<b>C.1 Nome</b> Giuseppe	
<b>C.2 Cognome</b> Sconocchia	
<b>C.3 Centro clinico</b> INMI 'L.SPALLANZANI' - IRCCS	
<b>C.4 Indirizzo del centro clinico</b> via fosso del cavaliere	
<b>C.5 Reparto</b> NA	
<b>D. DOCUMENTAZIONE ESAMINATA</b>	
<b>D.1 Data di ricezione della domanda nella forma prescritta</b> 27/10/2020	
<b>D.2 Data di ricezione di informazioni integrative (ove applicabile)</b>	
<b>D.3 Modulo di domanda (Appendice 5)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>D.4 Documentazione riportata nel modulo di domanda</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>E. ELEMENTI VALUTATI (SELEZIONARE NA NEI CASI IN CUI L'INFORMAZIONE NON SIA APPLICABILE)</b>			
<b>E.1 Dati di qualità del medicinale sperimentale</b>			
E.1.1 Le informazioni e i dati necessari a supportare la qualità dell'IMP sono adeguati			<input checked="" type="checkbox"/>
E.1.2 Il promotore ha documentato che i prodotti in sperimentazione saranno preparati gestiti e conservati nel rispetto delle Norme di Buona Fabbricazione (GMP) applicabili			<input checked="" type="checkbox"/>
E.1.2.1 Eventuali elementi critici riscontrati			
<b>E.2 Dati di farmacologia non clinica e tossicologia</b>			
E.2.1 Esistono presupposti solidi e rilevanti che giustificano l'avvio dello studio			<input checked="" type="checkbox"/>
E.2.1.1 Eventuali elementi critici riscontrati			
<b>E.3 Dati clinici</b>			
E.3.1 Esistono presupposti solidi e rilevanti che giustificano l'avvio dello studio (non applicabile per studi di fase I e II)	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.3.2 Lo studio consentirà di acquisire maggiori informazioni sull'IMP di migliorare le procedure profilattiche diagnostiche e terapeutiche o la comprensione dell'eziologia e della patogenesi delle malattie			<input checked="" type="checkbox"/>
E.3.2.1 Eventuali elementi critici riscontrati			
<b>E.4 Protocollo</b>			
E.4.1 Gli obiettivi sono coerenti con il razionale scientifico			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.2 Il disegno dello studio è pertinente e rilevante			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.3 Sono stati esaminati i seguenti aspetti			
E.4.4 Mancanza del gruppo di controllo	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.5 Disegno in aperto	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.6 Assenza di randomizzazione	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.7 Uso del placebo quale gruppo di controllo	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.8 Disegno di equivalenza o di non inferiorità	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.9 Lo schema di trattamento con l'IMP risulta adeguato (via di somministrazione dosaggio e posologia durata della terapia)			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.10 Il trattamento di controllo e lo schema di trattamento sono giustificati	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.11 I criteri di inclusione/esclusione sono appropriati chiari e ben definiti			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.12 Gli esami le visite e le procedure previste (specie se invasive) sono idonei a verificare gli effetti del trattamento			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.13 La misura di esito primaria è clinicamente rilevante o correlabile a una misura clinicamente rilevante	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.4.14 I metodi per rilevare la misura di esito primaria risultano adeguati	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.4.15 Il calendario previsto per la rilevazione dei parametri di efficacia è appropriato	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.4.16 I parametri selezionati per la valutazione della sicurezza sono congrui			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.17 Il follow-up ha una durata sufficiente in relazione all'obiettivo dello studio			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.18 La dimensione campionaria è stata calcolata in funzione della misura di esito primaria dichiarata	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.4.19 Il calcolo della dimensione campionaria è corretto in relazione alla potenza prevista per lo studio	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.4.20 Il piano statistico di analisi dei dati è coerente rispetto agli obiettivi			<input checked="" type="checkbox"/>
E.4.21 La differenza attesa tra i trattamenti confrontati è significativa	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.4.22 In caso di studio di equivalenza o di non inferiorità la differenza considerata non rilevante è sufficientemente ristretta ed accettabile	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.23 Il protocollo è conforme alle linee guida EMA in materia	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.4.23.1 Se sì al punto precedente specificarne i riferimenti:			

<b>E.4.24 Eventuali elementi critici riscontrati</b>			
<b>E.5 Aspetti etici</b>			
E.5.1 Il promotore ha documentato che la sperimentazione verrà condotta in conformità ai principi etici che traggono la loro origine dalla Dichiarazione di Helsinki, e che rispetta le GCP e le disposizioni normative applicabili			<input checked="" type="checkbox"/>
E.5.2 I rischi e gli inconvenienti prevedibili sono stati soppesati rispetto al vantaggio per il soggetto incluso nella sperimentazione e per altri pazienti attuali e futuri			<input checked="" type="checkbox"/>
E.5.3 Il Comitato Etico e' giunto alla conclusione che i benefici previsti dalla sperimentazione terapeutici e in materia di sanita' pubblica ne giustificano i rischi			<input checked="" type="checkbox"/>
E.5.4 I diritti la sicurezza e il benessere dei soggetti dello studio hanno costituito le considerazioni piu' importanti e sono prevalsi sugli interessi della scienza e della societa'			<input checked="" type="checkbox"/>
E.5.5 La ricerca su persone che non sono in grado di dare il loro consenso informato e' giustificata	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.5.6 Sono attesi possibili benefici diretti per il soggetto	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.5.7 Sono attesi possibili benefici per la collettività	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.5.7.1 Eventuali elementi critici riscontrati			
<b>E.6 Informazione dei soggetti e procedure per il consenso informato</b>			
E.6.1 Le informazioni per il paziente sono complete e comprensibili			<input checked="" type="checkbox"/>
E.6.2 Le procedure previste dal protocollo sono indicate in modo esauriente			<input checked="" type="checkbox"/>
E.6.3 I disagi e i rischi cui il paziente potrebbe essere esposto sono ben descritti			<input checked="" type="checkbox"/>
E.6.4 Le modalità di ottenimento del consenso sono ben esplicitate			<input checked="" type="checkbox"/>
E.6.5 Le modalità di coinvolgimento di volontari sani sono adeguate	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.6.6 Le misure adottate per la salvaguardia della privacy del soggetto e la tutela dei dati personali sono appropriate in accordo alla normativa vigente			<input checked="" type="checkbox"/>
E.6.7 Le modalità di informazione al medico curante sono corrette e complete	NA	<input type="checkbox"/>	Sì <input checked="" type="checkbox"/>
E.6.7.1 Eventuali elementi critici riscontrati			
<b>E.7 Aspetti economici e informazioni relative a strutture e personale</b>			
E.7.1 Sono stati adeguatamente valutati gli elementi della proposta di contratto tra il promotore e il centro clinico	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.7.2 La copertura assicurativa garantisce un'appropriatezza tutela dei partecipanti			<input checked="" type="checkbox"/>
E.7.3 Gli importi le modalità di retribuzione o di compenso o di emolumenti di qualsiasi natura previsti dall'amministrazione di competenza per gli sperimentatori sono conformi alle norme vigenti adeguati rispetto all'impegno richiesto e non tali da costituire elemento determinante per la conduzione della sperimentazione	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.7.4 E' stata considerata la congruita' dell'eventuale indennita' per i volontari sani che non deve essere tale da costituire elemento determinante per la partecipazione alla sperimentazione	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
E.7.5 E' stata esaminata l'idoneita' dello sperimentatore e dei suoi collaboratori			<input checked="" type="checkbox"/>
E.7.6 La struttura sanitaria dove si svolgera' lo studio e' appropriata			<input checked="" type="checkbox"/>
E.7.7 E' stato verificato che il promotore dichiara di garantire una corretta e rapida diffusione delle informazioni acquisite attraverso lo studio			<input checked="" type="checkbox"/>
E.7.7.1 Eventuali elementi critici riscontrati			

<b>F. DECISIONE DEL COMITATO ETICO</b>						
<b>F.1 Parere unico favorevole</b>		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
<b>F.2 In caso di richiesta di parere su una sperimentazione non commerciale il CE ha accertato la sussistenza dei requisiti della normativa vigente</b>	NA	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
<b>F.3 Parere unico non favorevole</b>		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
<b>F.4 Sperimentazione da condurre presso</b>						
<b>F.4.1 Stessa struttura</b>		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
<b>F.4.2 Altra struttura</b>		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>F.5 Numero di pazienti previsto nel centro</b>						
60						
<b>F.6 Contributo lordo previsto dal promotore (per soggetto completato ove applicabile)</b>						
<b>G. ASPETTI PARTICOLARI DELLO STUDIO CONSIDERATI NEL RILASCIO DEL PARERE UNICO FAVOREVOLE</b>						
<b>G.1 Aspetti particolari dello studio considerati nel rilascio del parere unico favorevole</b>						
na						
<b>H. MOTIVAZIONI DEL PARERE UNICO NON FAVOREVOLE</b>						
<b>H.1 Protocollo</b>						
<b>H.1.1 Rilevanza della sperimentazione</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.1.2 Criteri di inclusione ed esclusione</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.1.3 Gruppo di controllo</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.2 Informazione dei soggetti e procedure per il consenso informato</b>						
<b>H.2.1 Procedure per il reclutamento</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.2.2 Foglio informativo modulo per il consenso informato e procedure</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.2.3 Protezione dei dati personali e confidenzialita'</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.3 Aspetti etici</b>						
<b>H.3.1 Valutazione dei benefici e dei rischi prevedibili</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.3.2 Misure per minimizzare il dolore il disagio e la paura</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.3.3 Inclusione di persone incapaci di dare validamente il proprio consenso informato e altre popolazioni vulnerabili</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.3.4 Adesione alle norme di Buona Pratica Clinica</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.1 Idoneita' dello sperimentatore e dei suoi collaboratori</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.2 Adeguatezza della struttura sanitaria</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.3 Contratto tra promotore e centro clinico</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.4 Polizza assicurativa</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.5 Indennita' per i partecipanti allo studio</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.6 Indennita' per gli sperimentatori</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.4.7 Adempimenti degli obblighi amministrativi</b>					<input type="checkbox"/>	
<b>H.5 Altro</b>		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
<b>H.5.1 Se si al punto precedente specificare</b>						
<b>I. DESCRIZIONE DELLE MOTIVAZIONI DEL PARERE UNICO NON FAVOREVOLE</b>						
<b>I.1 Descrizione delle motivazioni del parere unico non favorevole</b>						

**L. SEDUTA DEL COMITATO ETICO****L.1 Data della seduta**

06/11/2020

**L.2 Numero del registro dei pareri del CE**

213

**L.3 Componenti del CE presenti e qualifiche**

FABRIZIO PALMIERI - Clinico

ALBERTO CHIRIATTI - Medico di medicina generale territoriale

PATRIZIO PEZZOTTI - Biostatistico

LUCA STEARDO - Farmacologo

SILVIA MURACHELLI - Farmacista del servizio sanitario regionale

GIUSEPPE IPPOLITO - Direttore scientifico dell'Istituzione dove ha sede la sperimentazione (nel caso degli IRCCS)

PAOLO OLIVA - Medico legale

CAPORALE CINZIA - Esperto in bioetica

CATERINA DI VIGGIANO - Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione

GIULIO MARIA CORBELLI - Rappresentante del volontariato o dell'associazionismo di tutela dei pazienti

Flavia CICOPIEDI - Esperto in materia giuridica e assicurativa

LUCIO CAPURSO - Clinico

ANTONIO CRISTAUDO - Clinico

**L.3.1 Sostituto permanente che ha partecipato alla seduta in vece del Direttore sanitario****L.4 Consulenti esterni presenti e qualifiche (ove applicabile)****L.5 Componenti del CE presenti che non hanno partecipato alla votazione (ove applicabile)****M. FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITATO ETICO****M.1 Il Comitato Etico ha espresso il parere unico:****M.1.1 Verificata la sussistenza del numero legale essendo presenti membri n. \_\_\_\_**

13

**M.1.1.1 su n. \_\_\_\_**

14

**M.1.2 Tenuto conto di eventuali osservazioni ricevute dai comitati etici collaboratori****M.2 Data**

06/11/2020

**M.2 Nome****M.2.1 Cognome****M.3 Firma****M.4 Allega file**