

**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**

1.3

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

2020-002234-32

**A.2 Titolo completo della sperimentazione**

Studio clinico per valutare lâefficacia e la sicurezza di Edoxaban e/o Colchicina in pazienti affetti da SARS-CoV-2 gestiti in ambiente extra ospedaliero (COVID 19)

**A.3.1 Codice del protocollo**

CONVINCE

**A.3.2 Versione del protocollo**

2.0

**A.3.3 Data del protocollo**

31/08/2020

**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> Comitato Etico	
<b>C.2 Cognome</b> Comitato Etico	
<b>C.3 Centro clinico</b> INMI 'L.SPALLANZANI' - IRCCS	
<b>C.4 Indirizzo del centro clinico</b> VIA PORTUENSE	
<b>C.5 Reparto</b> CARDIOLOGIA	
<b>D. DOCUMENTAZIONE ESAMINATA</b>	
<b>D.1 Data di ricezione della domanda nella forma prescritta</b> 29/10/2020	
<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"/>

E. ELEMENTI VALUTATI (SELEZIONARE NA NEI CASI IN CUI L'INFORMAZIONE NON SIA APPLICABILE)			
<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 type="checkbox"/>	Sì <input checked="" 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 type="checkbox"/>	Sì <input checked="" 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:			

**E.4.24 Eventuali elementi critici riscontrati****E.5 Aspetti etici**

**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

☒

**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

☒

**E.5.3** Il Comitato Etico e' giunto alla conclusione che i benefici previsti dalla sperimentazione terapeutici e in materia di sanità pubblica ne giustificano i rischi

☒

**E.5.4** I diritti la sicurezza e il benessere dei soggetti dello studio hanno costituito le considerazioni più importanti e sono prevalsi sugli interessi della scienza e della società

☒

**E.5.5** La ricerca su persone che non sono in grado di dare il loro consenso informato e' giustificata

NA

☒

Sì

☐

**E.5.6** Sono attesi possibili benefici diretti per il soggetto

NA

☐

Sì

☒

**E.5.7** Sono attesi possibili benefici per la collettività

NA

☐

Sì

☒**E.5.7.1 Eventuali elementi critici riscontrati****E.6 Informazione dei soggetti e procedure per il consenso informato**

**E.6.1** Le informazioni per il paziente sono complete e comprensibili

☒

**E.6.2** Le procedure previste dal protocollo sono indicate in modo esauriente

☒

**E.6.3** I disagi e i rischi cui il paziente potrebbe essere esposto sono ben descritti

☒

**E.6.4** Le modalità di ottenimento del consenso sono ben esplicitate

☒

**E.6.5** Le modalità di coinvolgimento di volontari sani sono adeguate

NA

☒

Sì

☐

**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

☒

**E.6.7** Le modalità di informazione al medico curante sono corrette e complete

NA

☐

Sì

☒**E.6.7.1 Eventuali elementi critici riscontrati****E.7 Aspetti economici e informazioni relative a strutture e personale**

**E.7.1** Sono stati adeguatamente valutati gli elementi della proposta di contratto tra il promotore e il centro clinico

NA

☒

Sì

☐

**E.7.2** La copertura assicurativa garantisce un'adeguata tutela dei partecipanti

☒

**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

☒

Sì

☐

**E.7.4** E' stata considerata la congruità dell'eventuale indennità per i volontari sani che non deve essere tale da costituire elemento determinante per la partecipazione alla sperimentazione

NA

☒

Sì

☐

**E.7.5** E' stata esaminata l'idoneità dello sperimentatore e dei suoi collaboratori

☒

**E.7.6** La struttura sanitaria dove si svolgerà lo studio e' appropriata

☒

**E.7.7** E' stato verificato che il promotore dichiara di garantire una corretta e rapida diffusione delle informazioni acquisite attraverso lo studio

☒**E.7.7.1 Eventuali elementi critici riscontrati**

<b>F. DECISIONE DEL COMITATO ETICO</b>						
F.1 Parere unico favorevole		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
F.2 In caso di richiesta di parere su una sperimentazione non commerciale il CE ha accertato la sussistenza dei requisiti della normativa vigente	NA	<input type="checkbox"/>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
F.3 Parere unico non favorevole		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
F.4 Sperimentazione da condurre presso						
F.4.1 Stessa struttura		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	
F.4.2 Altra struttura		Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
F.5 Numero di pazienti previsto nel centro 420 in tutto lo studio						
F.6 Contributo lordo previsto dal promotore (per soggetto completato ove applicabile)						
<b>G. ASPETTI PARTICOLARI DELLO STUDIO CONSIDERATI NEL RILASCIO DEL PARERE UNICO FAVOREVOLE</b>						
G.1 Aspetti particolari dello studio considerati nel rilascio del parere unico favorevole						
<b>H. MOTIVAZIONI DEL PARERE UNICO NON FAVOREVOLE</b>						
H.1 Protocollo						
H.1.1 Rilevanza della sperimentazione					<input type="checkbox"/>	
H.1.2 Criteri di inclusione ed esclusione					<input type="checkbox"/>	
H.1.3 Gruppo di controllo					<input type="checkbox"/>	
H.2 Informazione dei soggetti e procedure per il consenso informato						
H.2.1 Procedure per il reclutamento					<input type="checkbox"/>	
H.2.2 Foglio informativo modulo per il consenso informato e procedure					<input type="checkbox"/>	
H.2.3 Protezione dei dati personali e confidenzialità					<input type="checkbox"/>	
H.3 Aspetti etici						
H.3.1 Valutazione dei benefici e dei rischi prevedibili					<input type="checkbox"/>	
H.3.2 Misure per minimizzare il dolore il disagio e la paura					<input type="checkbox"/>	
H.3.3 Inclusione di persone incapaci di dare validamente il proprio consenso informato e altre popolazioni vulnerabili					<input type="checkbox"/>	
H.3.4 Adesione alle norme di Buona Pratica Clinica					<input type="checkbox"/>	
H.4.1 Idoneità dello sperimentatore e dei suoi collaboratori					<input type="checkbox"/>	
H.4.2 Adeguatezza della struttura sanitaria					<input type="checkbox"/>	
H.4.3 Contratto tra promotore e centro clinico					<input type="checkbox"/>	
H.4.4 Polizza assicurativa					<input type="checkbox"/>	
H.4.5 Indennità per i partecipanti allo studio					<input type="checkbox"/>	
H.4.6 Indennità per gli sperimentatori					<input type="checkbox"/>	
H.4.7 Adempimenti degli obblighi amministrativi					<input type="checkbox"/>	
H.5 Altro		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
H.5.1 Se sì al punto precedente specificare						
<b>I. DESCRIZIONE DELLE MOTIVAZIONI DEL PARERE UNICO NON FAVOREVOLE</b>						
I.1 Descrizione delle motivazioni del parere unico non favorevole						

<b>L. SEDUTA DEL COMITATO ETICO</b>
<b>L.1 Data della seduta</b> 28/12/2020 <b>L.2 Numero del registro dei pareri del CE</b> 234 <b>L.3 Componenti del CE presenti e qualifiche</b> FABRIZIO PALMIERI - Clinico ALBERTO CHIRIATTI - Medico di medicina generale territoriale PATRIZIO PEZZOTTI - Biostatistico LUCA STEARDO - Farmacologo SILVIA MURACHELLI - Farmacista del servizio sanitario regionale PAOLO OLIVA - Medico legale CAPORALE CINZIA - Esperto in bioetica CATERINA DI VIGGIANO - Rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione Flavia CICCOPEDI - Esperto in materia giuridica e assicurativa LUCIO CAPURSO - Clinico ANTONIO CRISTAUDO - Clinico <b>L.3.1 Sostituto permanente che ha partecipato alla seduta in vece del Direttore sanitario</b> <b>L.4 Consulenti esterni presenti e qualifiche (ove applicabile)</b> <b>L.5 Componenti del CE presenti che non hanno partecipato alla votazione (ove applicabile)</b>
<b>M. FIRMA DEL PRESIDENTE DEL COMITATO ETICO</b>
<b>M.1 Il Comitato Etico ha espresso il parere unico:</b> <b>M.1.1 Verificata la sussistenza del numero legale essendo presenti membri n. ____</b> 11 <b>M.1.1.1 su n. ____</b> 14 <b>M.1.2 Tenuto conto di eventuali osservazioni ricevute dai comitati etici collaboratori</b> <b>M.2 Data</b> 28/12/2020 <b>M.2 Nome</b> <b>M.2.1 Cognome</b> <b>M.3 Firma</b> <b>M.4 Allega file</b>