***MODULISTICA CENTRO SPECIFICA - STUDIO NO PROFIT/NO PROFIT COFINANZIATO***

***ALTRI STUDI INTERVENTISTICI***

**INFORMAZIONI GENERALI**

**ID …..**

Titolo dello studio:

Promotore dello studio:

Tipologia di intervento:

LO STUDIO PREVEDE FINANZIAMENTO?

**□ SI**

**□ NO**

**SE SI INDICARE:**

Ente finanziatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipologia finanziamento:

□ DENARO

 Importo finanziato per paziente/importo complessivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ FARMACO/DISPOSITIVO

□ SERVIZI

□ ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CRO (Se applicabile):

Area Terapeutica:

Numero di centri coinvolti in Italia:

Centro Coordinatore:

Unità Operativa Complessa Coinvolta nel centro:

Direttore dell’Unità Operativa Complessa:

Numero pazienti coinvolti nel centro:

Numero volontari sani coinvolti nel centro (se applicabile):

Durata dello studio:

Sperimentatore principale nel centro:

Tel…………………………..Fax…………………………..e-mail istituzionale……………………………….

Sezione A: Modulo per l’analisi dei costi correlati allo studio

Sezione B: Modulo relativo al coinvolgimento del personale di assistenza

Sezione C: Coinvolgimento della Farmacia

Sezione D: Assunzione di responsabilità a cura dello Sperimentatore Responsabile dello studio e del Direttore dell’Unità Operativa

Sezione E: Lettera di trasmissione

**Sezione A: Modulo per l’analisi dei costi correlati allo studio**

**PERSONALE**

**Personale coinvolto presso la struttura/U.O. proponente**

Elencare, per ogni qualifica, il numero di persone coinvolte (si intende personale dipendente e non).

**E’ necessario indicare nome e qualifica (es. ricercatore, specializzando, contrattista, dottorando etc.)**

**Altre strutture/U.O. coinvolte nell’esecuzione dello studio**

*Elencare, le strutture/U.O. coinvolte e le attività svolte nell’ambito del presente studio:*

*Es. U.O. cardiologia per l’esecuzione di 2 ECG/paziente, U.O. radiologia per l’esecuzione di 1 TAC/paziente, laboratorio centralizzato per l’esecuzione di analisi …, 1 biostatistico afferente a … per l’analisi statistica, etc.*

**Studio in regime:**

* **Ambulatoriale SÌ🞎 NO 🞎**
* **DH SÌ🞎 NO 🞎**
* **Ricovero SÌ🞎 NO 🞎**

**Prestazioni aggiuntive studio specifiche:**

Vengono svolte prestazioni che non fanno parte di una normale gestione del paziente con la patologia in studio (o del normale follow up) ma sono eseguite, come tipologia della prestazione o come frequenza, ai fini specifici dello studio (es. ricoveri, visite, esami strumentali o di laboratorio)? SÌ 🞎 NO 🞎

Se sì, elencarle di seguito ed indicare per ognuna di esse la quantità, la corrispondente tariffa come da Nomenclatore Regionale nonché le modalità proposte per la copertura del relativo costo come da codici indicati di seguito (in alternativa è possibile evidenziare le suddette prestazioni direttamente nella flow-chart dello studio da allegare a questo documento):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di prestazione** | **Quantità/paziente** | **Tariffa come da Nomenclatore Regionale[[1]](#footnote-1)** | **Codice modalità copertura oneri finanziari** |
| 1 … |  |  | ES. A (Commessa n° xxxxxx) |
| 2 … |  |  |  |
| 3 … |  |  |  |

**A =** fondi della struttura sanitaria a disposizione dello Sperimentatore/Promotore (in tal caso si richiede di indicare codice/numero commessa)

**B** = finanziamento proveniente da terzi (*in tal caso si richiede una dichiarazione di disponibilità a sostenere i costi connessi allo studio da parte del finanziatore*)

**C =** non c’è copertura finanziaria. Il costo di tali prestazioni si propone in carico alla struttura sanitaria

**N.B.:** Resta inteso che il costo di prestazioni aggiuntive studio-specifiche non può gravare né sul SSN né sul paziente e pertanto non può essere previsto il pagamento di alcun ticket da parte di quest’ultimo.

**Materiali di consumo necessari per lo svolgimento dello studio**

È previsto l’utilizzo di materiali necessari allo studio attualmente non disponibili presso il centro? SÌ 🞎 NO 🞎

Se sì, elencarli di seguito ed indicare per ognuno di essi la quantità e le modalità proposte per la copertura del relativo costo come da codici indicati di seguito:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Quantità** | **Codice modalità copertura oneri finanziari** |
| 1 … |  | ES. A (Commessa n° xxxxxx) |
| 2 … |  |  |
| 3 … |  |  |

**A =** fondi della struttura sanitaria a disposizione dello Sperimentatore/Promotore (in tal caso si richiede di indicare codice/numero commessa)

**B** = finanziamento proveniente da terzi (*in tal caso si richiede una dichiarazione di disponibilità a sostenere i costi connessi allo studio da parte del finanziatore*)

**C =** non c’è copertura finanziaria. Il costo di tali prestazioni si propone in carico alla struttura sanitaria

**D =** fornito direttamente da terzi come specificato nella dichiarazione di disponibilità alla suddetta fornitura sottoscritta dal finanziatore

**Attrezzature necessarie per lo svolgimento dello studio**

È previsto l’utilizzo di attrezzature necessarie allo studio attualmente non disponibili presso il centro? SÌ 🞎 NO 🞎

Se sì, elencarle di seguito ed indicare per ognuna di esse la quantità e le modalità proposte per la copertura del relativo costo come da codici indicati di seguito:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Quantità** | **Codice modalità copertura oneri finanziari** |
| 1 … |  | ES. A (Commessa n° xxxxxx) |
| 2 … |  |  |
| 3 … |  |  |

**N.B.:** le attrezzature possono essere fornite in comodato d’uso gratuito da un soggetto terzo

**A =** fondi della struttura sanitaria a disposizione dello Sperimentatore/Promotore (in tal caso si richiede di indicare codice/numero commessa)

**B** = finanziamento proveniente da terzi (*in tal caso si richiede una dichiarazione di disponibilità a sostenere i costi connessi allo studio da parte del finanziatore*)

**C =** non c’è copertura finanziaria. Il costo di tali prestazioni si propone in carico alla struttura sanitaria

**D =** fornito direttamente da terzi come specificato nella dichiarazione di disponibilità alla suddetta fornitura sottoscritta dal finanziatore

**Servizi necessari per lo svolgimento dello studio**

È previsto l’utilizzo di servizi necessari allo svolgimento dello studio? SÌ 🞎 NO 🞎

Se sì, elencarli di seguito ed indicare per ognuno di essi le modalità proposte per la copertura del relativo costo come da codici indicati di seguito:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipologia** | **Codice modalità copertura oneri finanziari** |
| 1 … | ES. A (Commessa n° xxxxxx) |
| 2 … |  |
| 3 … |  |

**A =** fondi della struttura sanitaria a disposizione dello Sperimentatore/Promotore (in tal caso si richiede di indicare codice/numero commessa)

**B** = finanziamento proveniente da terzi (*in tal caso si richiede una dichiarazione di disponibilità a sostenere i costi connessi allo studio da parte del finanziatore*)

**Sezione B: Modulo relativo al coinvolgimento del personale di assistenza (secondo quanto indicato al paragrafo 4 delle Linee guida per la Buona Pratica Clinica, allegato al D.M. 15 luglio 1997)**

Per l’espletamento del presente studio deve essere coinvolto personale dell’Assistenza? SÌ NO

1. Se sì, specificare il ruolo d’appartenenza:

infermieri

tecnici di laboratorio

tecnici di radiologia

fisioterapisti

altro …………...

1. Servizi/Sezioni coinvolti ………………………………………………………….
2. Il coinvolgimento è relativo a:

supporto all’informazione al paziente/volontario sano

sorveglianza al paziente

somministrazione terapia

attività diagnostica

valutazione dei risultati

altro ……………………

1. Breve elenco delle AZIONI richieste e loro entità/frequenza (es: 3 prelievi/dì, 1 radiografia/settimana, 5 centrifughe di provette/dì, somministrazione di farmaci sperimentali, somministrazione farmaci, rilevazione parametri)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Il tipo di coinvolgimento riguarda tutta la componente assistenziale? SÌ NO

Se NO quante persone saranno coinvolte? ……

1. Le attività richieste sono svolte

Totalmente in orario di servizio

Totalmente fuori orario di servizio

Parzialmente in orario di servizio indicare % ...........

Parzialmente fuori orario di servizio indicare % ...........

1. Durata prevista del coinvolgimento……………………………………………

|  |
| --- |
| **SEZIONE A CURA DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO/TECNICO**Presa visione dell’impegno richiesto alla componente assistenziale da parte dello Sperimentatore, si dichiara la compatibilità con le attività assistenziali di reparto.Il/I Coordinatore/i della/e U.O. coinvolte ………………………………...  |

**Sezione C: Coinvolgimento della Farmacia (se applicabile)**

Farmaci/Prodotti

Tutti i farmaci impiegati in sperimentazione sono presenti in Prontuario Ospedaliero **SÌ NO**

Vengono utilizzati secondo le indicazioni approvate **SÌ NO**

*Il farmaco è fornito da:*

* *Farmacia*
* *Sperimentatore*
* *Altro ……………*

**Farmacia**

*Il*  coinvolgimento della Farmacia è richiesto per (*barrare tutte le voci pertinenti*):

* ricezione e conservazione del farmaco
* Tenuta del cieco
* la preparazione del/i farmaco/i sperimentale/i (compreso il placebo) ed in particolare:
* esecuzione di studio di fattibilità/definizione della formulazione;
* allestimento del/i farmaco/i sperimentale/i(indicare in numero di preparazioni totali da effettuare per ciascun farmaco)............…………………………… ……………………………………
* ricostituzione/diluizione, anche in dose personalizzata(indicare in numero di preparazioni totali da effettuare per ciascun farmaco)………………… ……………………………………
* confezionamento/mascheramento;
* altro……….

La disponibilità ad effettuare le attività suindicate è stata preventivamente concordata direttamente con la Farmacia? **SÌ NO**

|  |
| --- |
| **SEZIONE A CURA DEL FARMACISTA RESPONSABILE** Presa visione dell’impegno richiesto alla Farmacia da parte dello Sperimentatore, si dichiara la disponibilità all’esecuzione delle attività di cui sopra.Il Farmacista Responsabile…………………………………………………………………………… |

**Sezione D: Assunzione di responsabilità a cura dello Sperimentatore Responsabile dello studio e del Direttore dell’Unità Operativa**

Il sottoscritto Sperimentatore Responsabile e il sottoscritto Direttore dell’Unità Operativa coinvolta nello studio dichiarano, sotto la propria responsabilità, che:

* visti i criteri per l’arruolamento dei pazienti previsti dal presente protocollo, essi non confliggono con i criteri di arruolamento di altri protocolli attivati presso l’Unità Operativa;
* il personale coinvolto (sperimentatore principale e collaboratori) è competente ed idoneo;
* l’Unità Operativa presso cui si svolge la ricerca è appropriata;
* la conduzione della sperimentazione non ostacolerà la pratica assistenziale;
* lo studio verrà condotto secondo il protocollo di studio, in conformità ai principi della Buona Pratica Clinica, della Dichiarazione di Helsinki e nel rispetto delle normative vigenti;
* ai soggetti che parteciperanno allo studio, al fine di una consapevole espressione del consenso, verranno fornite tutte le informazioni necessarie, inclusi i potenziali rischi correlati alla sperimentazione;
* l’inclusione del paziente nello studio sarà registrata sulla cartella clinica o su altro documento ufficiale, unitamente alla documentazione del consenso informato;
* si assicurerà che ogni emendamento o qualsiasi altra modifica al protocollo che si dovesse verificare nel corso dello studio, rilevante per la conduzione dello stesso, verrà inoltrato al Comitato Etico da parte del Promotore;
* comunicherà ogni evento avverso serio al Promotore secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
* ai fini del monitoraggio e degli adempimenti amministrativi, verrà comunicato al Comitato Etico l’inizio e la fine dello studio nonché inviato, almeno annualmente, il rapporto scritto sull’avanzamento dello studio (GCP paragrafo 4.10.1) e verranno forniti, se richiesto dal Comitato Etico, rapporti ad interim sullo stato di avanzamento dello studio;
* la documentazione inerente lo studio verrà conservata in conformità a quanto stabilito dalle Norme di Buona Pratica Clinica e tutta la normativa vigente;
* la ricezione del prodotto sperimentale utilizzato per lo studio avverrà attraverso la farmacia della struttura sanitaria;
* lo studio verrà registrato in un registro pubblico (es. clinicaltrial.gov) e che i dati prodotti verranno pubblicati;
* ai sensi della normativa vigente non sussistono vincoli di diffusione e pubblicazione dei risultati dello studio nel rispetto delle disposizioni vigenti in tema di riservatezza dei dati  sensibili e di tutela brevettuale e, non appena disponibile, verrà inviata copia della relazione finale e/o della pubblicazione inerente;
* lo studio verrà avviato soltanto dopo aver ricevuto formale comunicazione di parere favorevole del Comitato Etico.

*Data*

|  |
| --- |
| ***Firma dello Sperimentatore Responsabile*** |
| ***Firma del Direttore dell'Unità Operativa complessa******Firma dei Direttori delle altre UO coinvolte (ES. RADIOLOGIA, CARDIOLOGIA ecc)***  |

**Sezione E: Lettera di trasmissione**

**Lettera di trasmissione**

Domanda di autorizzazione per la sperimentazione clinica *No Profit*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Al Presidente del Comitato Etico**

Il sottoscritto Prof./Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dell’U.O/Servizio/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE L’AUTORIZZAZIONE ALLA

**SPERIMENTAZIONE CLINICA NO PROFIT**

**Titolo: (inserire titolo)**

***Secondo quanto previsto dal DM 30 Novembre 2021 per sperimentazione clinica senza scopo di lucro si intende una sperimentazione che presenti tutti i seguenti requisiti:***

**1**. che non sia finalizzata allo sviluppo industriale e/o commerciale di uno o più medicinali, o comunque a

fini di sfruttamento economico dei medesimi e/o dei dati e risultati della sperimentazione stessa;

**2**. che il promotore sia una struttura, un ente, un istituzione pubblica o ad essa equiparata, una fondazione

o un ente morale, di ricerca e /o sanitaria, un’associazione, una società scientifica senza fini di lucro, un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, ovvero una persona fisica che sia dipendente delle suddette strutture e che svolga il ruolo di promotore nell’ambito dei propri incarichi lavorativi, ovvero un’impresa sociale che promuova la sperimentazione clinica nel contesto dell’attività d’impresa di interesse generale esercitata in via stabile e principale, ai sensi dell’art. 2 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 112, e successive modificazioni;

**3**. che il promotore non sia titolare dell’autorizzazione all’immissione in commercio (A.I.C.) del medicinale

in sperimentazione e che non abbia cointeressenze di tipo economico anche per mezzo di diritti di proprietà intellettuale con la persona fisica o giuridica titolare dell’A.I.C.;

**4**. che la titolarità dei dati e dei risultati relativi alla sperimentazione, così come di ogni decisione inerente alla loro pubblicazione, sia esclusiva del promotore.

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. <http://www.asplazio.it/asp_online/att_territoriale/sias_new/nomenclatore.php?menu=s23&sias=nomenclatore>

 Costi dei farmaci sono calcolati in base al Prontuario Farmaceutico [↑](#footnote-ref-1)