

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE

Indicazioni per la corretta compilazione della dichiarazione di potenziali conflitti di interesse, elaborate secondo quanto proposto dall'International Committee of Medical Journals Editors (ICJME).

Secondo ICJME, esiste un conflitto di interesse quando un Autore (o la sua Istituzione di appartenenza) ha una relazione finanziaria (impiego, consulenza, proprietà di azioni, onorari o perizie di parte) o personale (competizione accademica, o posizione intellettuale) in grado di influenzare in modo inappropriato le sue azioni.

Istruzioni

L'obiettivo di queste indicazioni è di fornire ai lettori degli articoli pubblicati su Biochimica Clinica informazioni relative ad interessi personali degli Autori che potrebbero influenzare il modo in cui il lavoro viene recepito e compreso.

Viene proposto un modulo che può essere compilato ed archiviato in modo elettronico.

Il modulo deve essere compilato personalmente da ogni Autore, che diventa così responsabile della accuratezza e completezza delle informazioni fornite.

1 - Informazioni identificative.

Inserire le informazioni richieste, includendo il numero identificativo del manoscritto che viene fornito dalla Segreteria di Redazione.

2 – Il presente manoscritto.

In questa sezione vengono richieste informazioni sul lavoro attualmente in valutazione. La finestra temporale di queste informazioni è quella del lavoro stesso, dalla concezione e pianificazione iniziali fino alla sottomissione alla rivista. Le informazioni richieste riguardano le risorse ricevute, sia direttamente che indirettamente (mediante l'istituzione di appartenenza), che hanno permesso di portare a termine il lavoro. Spuntando "No", si intende che il lavoro è stato eseguito senza ricevere alcun sostegno finanziario da terze parti - ossia che il lavoro ha usufruito solamente di finanziamenti dell'istituzione di appartenenza non provenienti da terze parti. Se, al contrario, l'Autore personalmente o l'istituzione di appartenenza ha ricevuto a sostegno del lavoro, finanziamenti da terze parti, quali agenzie governative che erogano sovvenzioni, fondazioni di beneficenza, associazioni di pazienti o aziende commerciali, è necessario fornire le informazioni richieste specificando se il finanziamento è stato erogato direttamente all'Autore o all'istituzione, o a entrambi.

3 - Fonti rilevanti di finanziamento al di fuori del presente lavoro.

In questa sezione vengono richieste informazioni su eventuali relazioni finanziarie con Enti che operano nel contesto biomedicale, che potrebbero essere percepite potenzialmente in grado di influenzare il contenuto del lavoro in valutazione. È necessario che vengano rese note le relazioni di tipo finanziario con QUALSIASI Ente che possa essere ritenuto rilevante nei confronti del lavoro in valutazione nel senso ampio del termine. Ad esempio,

se l'articolo riguarda la valutazione di un antagonista del recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR) nel carcinoma polmonare, dovranno essere riportati i rapporti con ogni Ente che si occupa di strategie diagnostiche o terapeutiche nel campo delle patologie neoplastiche in generale, non solo di quegli Enti che si occupano di EGFR o di neoplasie polmonari. È opportuno che vengano riportate tutte le fonti di reddito percepite (o che saranno percepite) personalmente dall'Autore o dalla Istituzione di appartenenza durante i 24 mesi precedenti la sottomissione del lavoro. Devono essere inclusi tutti i finanziamenti provenienti da fonti che abbiano interessi nell'ambito del lavoro presentato, non solo quelli derivati dagli Enti che hanno direttamente sponsorizzato la ricerca. Nel dubbio, è preferibile solitamente rendere nota una relazione piuttosto che non menzionarla.

Non è necessario segnalare qui fonti di finanziamento pubblico, come agenzie governative, fondazioni di beneficenza o istituzioni accademiche. Ad esempio, se un'agenzia governativa ha finanziato uno studio al quale l'Autore ha preso parte e i farmaci sono stati forniti da un'azienda farmaceutica, andrà citata unicamente l'azienda farmaceutica.

4 - Altri rapporti finanziari

Questa sezione può essere utilizzata per riferire altri rapporti o attività che i lettori potrebbero percepire come in grado di avere influenzato i contenuti del lavoro in valutazione.

ICMJE DISCLOSURE FORM

Date:

Your Name:

Manuscript Title:

Manuscript Number (if known):

In the interest of transparency, we ask you to disclose all relationships/activities/interests listed below that are related to the content of your manuscript. "Related" means any relation with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the manuscript. Disclosure represents a commitment to transparency and does not necessarily indicate a bias. If you are in doubt about whether to list a relationship/activity/interest, it is preferable that you do so.

The author's relationships/activities/interests should be defined broadly. For example, if your manuscript pertains to the epidemiology of hypertension, you should declare all relationships with manufacturers of antihypertensive medication, even if that medication is not mentioned in the manuscript.

In item #1 below, report all support for the work reported in this manuscript without time limit. For all other items, the time frame for disclosure is the past 36 months.

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed)	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution)						
Time frame: Since the initial planning of the work									
1	All support for the present manuscript (e.g., funding, provision of study materials, medical writing, article processing charges, etc.) No time limit for this item.	<input type="checkbox"/> None <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 60%;"></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small; text-align: center;">Click the tab key to add additional rows.</div>
Time frame: past 36 months									
2	Grants or contracts from any entity (if not indicated in item #1 above).	<input type="checkbox"/> None <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 60%;"></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							
3	Royalties or licenses	<input type="checkbox"/> None <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 60%;"></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>							

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed)	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution)								
4	Consulting fees	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
5	Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
6	Payment for expert testimony	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
7	Support for attending meetings and/or travel	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
8	Patents planned, issued or pending	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
9	Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
10	Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, paid or unpaid	<input type="checkbox"/> None <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed)	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution)
11	Stock or stock options	<input type="checkbox"/> None	
12	Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services	<input type="checkbox"/> None	
13	Other financial or non-financial interests	<input type="checkbox"/> None	

Please place an "X" next to the following statement to indicate your agreement:

I certify that I have answered every question and have not altered the wording of any of the questions on this form.