



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**  
**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
**CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
**AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
**CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**FOGLIO INFORMATIVO E MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER IL/I  
GENITORE/I O TUTORE LEGALE FINALIZZATO ALL'INSERIMENTO DI UN  
MINORE IN UNA SPERIMENTAZIONE CLINICA**

**N. Screening:** \_\_\_\_\_

**Titolo ufficiale della sperimentazione**

Studio in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo per testare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di Dimetilfumarato nell'atassia di Friedreich (DMF-FA-201).

**Titolo ufficiale della sperimentazione in termini più comprensibili per il paziente**

Studio volto a verificare l'efficacia del Dimetil Fumarato nel miglioramento dell'Atassia di Friedreich

**Versione del protocollo: versione 3.0 del 17 aprile 2023**

**Versione del presente documento: versione 3.2 del 17 aprile 2023**

**Struttura-contesto in cui si svolgerà la sperimentazione**

UOS Centro Sclerosi Multipla,  
AOU "Federico II",  
Via Pansini, 5, 80131 Napoli

**Coordinatore della sperimentazione**

Dr. Francesco Saccà  
Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche  
Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli

**Registro nel quale si è registrato o si registrerà la sperimentazione (se applicabile)  
ed eventuale codice identificativo se disponibile**

EudraCT number 2021-006274-23

**Sperimentatore principale**

Nominativo: Dr. Francesco Saccà  
Affiliazione: Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli

**Sponsor/Ente finanziatore**

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche, Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli / FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI RICERCA INDIPENDENTE SUI FARMACI AIFA

**Comitato etico**

Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord  
Segreteria Centrale di Modena  
Sede presso il Policlinico di Modena, Largo del Pozzo 71, 41124  
Ingresso n. 3, Piano Terra presso Direzione Assistenza Farmaceutica



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

Questo documento è composto delle seguenti sezioni:

- A. PREMESSA
- B. SEZIONE INFORMATIVA. SINTESI DELLA SPERIMENTAZIONE:  
INFORMAZIONI CHIAVE
- C. SEZIONE INFORMATIVA. APPROFONDIMENTI ULTERIORI
- D. SEZIONE ESPRESSIONE DEL CONSENSO  
ALLEGATI  
DOCUMENTI AGGIUNTIVI

*Gentile Sig.ra/Sig.re, le informazioni contenute nel seguente foglio informativo sono molto dettagliate. Le chiediamo di accettare di partecipare alla sperimentazione SOLO dopo avere letto con attenzione questo foglio informativo ed avere avuto un COLLOQUIO ESAURIENTE con un componente del gruppo di sperimentazione che le dovrà dedicare il TEMPO NECESSARIO per comprendere completamente ciò che le viene proposto.*

**A. PREMESSA**

Gentile/Gentili Signora/Signore (Tutore)/Signori,

Le/Vi proponiamo la partecipazione di suo/a vostro/a figlio/a/del minore alla sperimentazione clinica, che di seguito vi illustriamo.

È vostro diritto/suo diritto essere informati/o circa lo scopo e le caratteristiche della sperimentazione affinché possiate/lei possa decidere in modo consapevole e libero se autorizzare la partecipazione.

Questo documento ha l'obiettivo di informarvi/la sulla natura della sperimentazione, sul fine che esso si propone, su ciò che comporterà la partecipazione ad esso, compresi i vostri/suoi diritti e responsabilità.

Vi/La invitiamo a leggere attentamente quanto riportato di seguito. I ricercatori coinvolti in questo progetto, indicati all'inizio di questo documento, sono a disposizione per rispondere alle vostre domande. Nessuna domanda che vi/le viene in mente è banale: non abbiate/abbia timore di farla!

Oltre che con noi potete/può discutere la proposta contenuta in questo documento con il vostro/suo medico/pediatra di famiglia, i vostri/suoi familiari e altre persone di vostra/sua fiducia. Prendete/Prenda tutto il tempo necessario per decidere. Potete/Può portare a casa una copia non firmata di



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganelli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

questo documento per pensarci o per discuterne con altri prima di prendere una decisione.

Se deciderete/deciderà di non far partecipare vostro/a figlio/a/il minore alla sperimentazione, vostro/a figlio/a/il minore riceverà comunque la migliore assistenza possibile per i pazienti con la sua condizione/malattia.

Un vostro/suo rifiuto non sarà in alcun modo interpretato come una mancanza di fiducia.

Una volta che avrete/avrà letto questo modulo, avrete ricevuto risposta alle eventuali domande e avrete eventualmente deciso di autorizzare la partecipazione alla sperimentazione di vostro figlio/a/il minore, Vi/Le sarà chiesto di firmare un modulo di consenso, di cui riceverete/riceverà una copia cartacea.

Lo Sperimentatore Principale

Dottor Francesco Saccà



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**B. SEZIONE INFORMATIVA.**

**SINTESI GENERALE DELLA SPERIMENTAZIONE: INFORMAZIONI CHIAVE**

Questa sezione ha l'obiettivo di presentare in modo sintetico gli aspetti chiave della sperimentazione cui le proponiamo di aderire. Le sezioni successive forniranno maggiori dettagli allo scopo di darle la possibilità di esprimere o meno un consenso pienamente informato alla partecipazione di vostro figlio/a/il minore alla sperimentazione.

**- Per quale ragione mi si chiede di autorizzare la partecipazione a questa sperimentazione?**

Le/Vi stiamo chiedendo di dare il consenso alla partecipazione a una sperimentazione clinica finanziata da AIFA perché suo/vostro figlio/a/il minore è affetto/a da una malattia ereditaria che può portare nel tempo a problemi neurologici e cardiaci. Questa malattia si chiama Atassia di Friedreich (abbreviata con FRDA), è una malattia considerata rara (prevalenza ne soffre lo 0,002% della popolazione), è la più frequente forma di atassia. In pazienti con FRDA si osserva una forte riduzione di una proteina chiamata "fratassina" e conseguente accumulo di ferro all'interno dei mitocondri, ed un deficit dell'attività respiratoria cellulare.

Sulla base alcuni dati preliminari, lo scopo del nostro studio è indagare il ruolo del Dimetil Fumarato (DMF) in FRDA e dimostrare se il DMF è in grado di correggere i deficit biologici di FRDA.

Suo/ Vostro figlio/a/il minore è stata/o inclusa/o tra coloro ai quali si chiede di partecipare a questa sperimentazione perché presenta alcune caratteristiche cliniche che verranno meglio specificate nella sezione C.

**- Quali sono gli obiettivi della sperimentazione? Quanti centri e pazienti vi prenderanno parte?**

Lo sperimentazione viene fatto per rispondere a questa domanda "può il Dimetyl fumarato correggere i deficit biologici della FRDA?"

È previsto che la sperimentazione si svolga soltanto in questo centro e vengano inclusi 40 pazienti.

**- Quale è l'approccio assistenziale di routine per il trattamento della FRDA?**

Sebbene siano stati condotti diversi studi su pazienti con FRDA, non è disponibile un trattamento efficace e la pratica clinica consiste nel prevenire lo sviluppo della cardiomiopatia e nella gestione sintomatica della malattia.



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**- Descrizione dello studio**

Il presente studio si compone di una visita iniziale di valutazione, che avrà lo scopo di valutare l'idoneità di suo/ vostro figlio/a/del minore a partecipare allo studio, e di altre visite durante la fase di trattamento e di misurazione degli indicatori di efficacia.

Alla visita iniziale (SCREENING) il medico Le/Vi fornirà preliminarmente tutte le informazioni afferenti lo Studio ed all'esito le/vi consegnerà l'informativa corrispondente, ivi compresa quella relativa al trattamento dei dati personali. Ove Lei/Voi intenda/intendiate prestare il suo/vostro consenso, Le/Vi verrà chiesto di firmare due copie del consenso informato allo Studio ed al trattamento dei dati personali, una copia del consenso Le/VI verrà consegnata, l'altra verrà allegata alla cartella clinica di suo/vostro figlio/a/del minore. Il medico dello studio Le/Vi porrà, quindi, alcune domande sulla malattia, la storia clinica, i farmaci che assume e sui dati personali di suo/vostro figlio/a/del minore. A suo/vostro figlio/a/al minore verrà praticato un elettrocardiogramma, una visita neurologica e verrà prelevato del sangue e raccolte le urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca. Verrà anche determinata l'espressione genica della fratassina. Verrà effettuato un elettrocardiogramma. Le pazienti di sesso femminile dovranno effettuare un test di gravidanza e riferire il tipo di contraccettione utilizzato. Nel caso in cui le precedenti valutazioni dovessero avere l'esito sperato, suo/vostro figlio/a/il minore verrà inserito/a nello studio e parteciperà alle successive visite.

Dopo 1-2 settimane, tornerà/tornerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla VISITA "BASALE", Le/Vi verrà chiesto se ci sono state variazioni dello stato di salute di suo/vostro figlio/a/del minore e dei farmaci che assume, verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Alla fine di queste determinazioni, suo/vostro figlio/a/il minore inizierà a ricevere il farmaco dello studio o placebo,

Il placebo, è un trattamento fittizio, ha l'aspetto del farmaco ma non contiene principi attivi. I pazienti che parteciperanno allo studio, e quindi anche suo/vostro figlio/a/il minore, verranno randomizzati, ossia suddivisi in gruppi in maniera casuale per essere poi confrontati. I gruppi sono selezionati da un programma che non raccoglie informazioni personali o individuali.





**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganelli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

La probabilità di ricevere uno dei due trattamenti è la stessa, né Voi/ Lei né il Suo Medico saprete se suo/vostro figlio/a/il minore sta ricevendo farmaco attivo o placebo.

Dopo la randomizzazione si procederà alla determinazione degli indicatori di efficacia. In particolare si misurerà la funzionalità cardiopolmonare, che consiste in un test dove viene chiesto al paziente di pedalare con gli arti superiori con uno sforzo crescente. Durante la prova viene collegato ad una mascherina che misura lo scambio di gas per permetterci di calcolare il consumo di ossigeno e la produzione di anidride carbonica. La prova dura circa 10 minuti. Qualora il paziente dovesse avere un affaticamento, o altri sintomi da sforzo, la prova viene interrotta immediatamente. Al termine della misurazione verrà somministrato il trattamento dello studio, sotto forma di compresse, e verranno consegnate le scatole con il trattamento da assumere a casa.

Dopo una settimana tornerà/tornerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 1" e Lei/Vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa la valutazione dell'espressione genica della fratassina. Dovrà/dovrete portare con Lei/Voi la scatola del farmaco con tutti i blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le compresse eventualmente rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco. Al termine della visita Lei/Vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Dopo altre tre settimane tornerà/tornerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 4" e Lei/Vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Dovrà/dovrete portare con Lei/Voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le compresse eventualmente rimaste, è importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

l'assunzione del farmaco. Al termine della visita le/vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Dopo altre quattro settimane tornerà/tornerete per sottoporre vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 8" e Le/vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le compresse eventualmente rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco. Al termine della visita le/vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Dopo altre quattro settimane tornerà/tornerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 12" e Le/Vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Le pazienti di sesso femminile dovranno effettuare un test di gravidanza. Si procederà alla verifica degli indicatori di efficacia tramite il test di funzionalità cardiopolmonare e l'ecocardiografia. Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le eventuali compresse rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco. Al termine della visita le/vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Da questo momento in poi Lei assumerà il farmaco, anche se nella precedente fase dello studio suo/vostro figlio/a/il minore è stato randomizzato al gruppo placebo.

Dopo una settimana tornerà/tonerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 13". Le/vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Feroni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa la valutazione del l'espressione genica della fratassina, Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le eventuali compresse rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco. Al termine della visita Le/Vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Dopo altre tre settimane tornerà/tonerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 16": Le/vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le compresse eventualmente rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco. Al termine della visita Le/Vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Dopo altre quattro settimane tornerà/tonerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 20": Le/vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le eventuali compresse rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco. Al termine della visita Le/vi verrà riconsegnata una scatola per il trattamento dei giorni successivi.

Dopo altre quattro settimane tornerà/tonerete per sottoporre suo/vostro figlio/a/il minore alla visita "WEEK 24", che è l'ultima visita alla quale verrà sottoposto. Le/Vi verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume. Verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di





**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Le pazienti di sesso femminile dovranno effettuare un test di gravidanza. Si procederà alla verifica degli indicatori di efficacia tramite il test di funzionalità cardiopolmonare e l'ecocardiografia. Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le eventuali compresse rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco.

Nel caso di interruzione anticipata dello studio, suo/vostro figlio/a/il minore verrà comunque sottoposto a una visita finale (EOS= End Of Study), durante la quale verrà chiesto se ci sono state variazioni del suo stato di salute e dei farmaci che assume, verrà praticata: una visita generale e neurologica, una valutazione motoria e dello stato di salute generale, qualità di vita. Verrà praticato anche un prelievo di sangue e raccolta delle urine per esami di laboratorio previsti dalla ricerca, inclusa l'espressione genica della fratassina. Le pazienti di sesso femminile dovranno effettuare un test di gravidanza. Si procederà alla verifica degli indicatori di efficacia tramite il test di funzionalità cardiopolmonare e l'ecocardiografia. Dovrà/dovrete portare con lei/voi la scatola del farmaco con tutti blister, anche se vuoti, perché dovranno essere contate le eventuali compresse rimaste. E' importante che informi/informiate il personale medico di eventuali smarrimenti o dimenticanze riguardanti l'assunzione del farmaco.

**- Decidere se partecipare o meno è una nostra/mia libera scelta?**

Potete/Potrà liberamente scegliere se autorizzare o meno la partecipazione alla sperimentazione. Anche dopo aver accettato, potrete/potrà cambiare idea in qualsiasi momento.

**- Se decidiamo/decido di non dare il consenso alla partecipazione di mio/nostro figlio/a/il minore alla sperimentazione quali scelte abbiamo/ho?**

Nel caso in cui decida/decidiate di non consentire a suo/vostro figlio/a/il minore di aderire alla sperimentazione, suo/vostro figlio/a/il minore potrà comunque essere seguito/a dal centro clinico che lo/a ha in cura e verrà trattato/a utilizzando le migliori metodologie terapeutiche approvate (non sperimentali) per la sua malattia. Inoltre, potrà partecipare ad un'altra sperimentazione eventualmente in corso.



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganelli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

**- - Cosa accade se decidiamo/decido di autorizzare la partecipazione alla sperimentazione?**

Se decide/decidete di autorizzare la partecipazione alla sperimentazione, suo/vostro figlio/a/il minore verrà trattato con il farmaco sperimentale o il placebo per un massimo di 12 settimane. Una volta completato il trattamento, verrà trattato con il farmaco, anche se in precedenza ha ricevuto il placebo, per altre 12 settimane. L'intera durata della sua partecipazione può arrivare fino a 7 mesi.

Prima di prendere parte alla sperimentazione, il medico ha chiesto di eseguire alcuni esami e ha verificato che suo/vostro figlio/a/il minore abbia le caratteristiche richieste per prendervi parte. Nel corso della sperimentazione l'unica procedura invasiva prevista è il prelievo di sangue per le analisi descritte di seguito.

L'intero programma delle visite e degli esami previsti nel corso della sperimentazione è riportato nelle sezioni "Descrizione dello studio" e "Quali esami, test e procedure sono previste nella sperimentazione?"

**- Quali sono i rischi e benefici se decidiamo/decido di autorizzare la partecipazione alla sperimentazione?**

Dalla partecipazione a questa sperimentazione possono derivare sia rischi che benefici. È importante valutarli con attenzione prima di prendere una decisione.

**Benefici attesi**

Partecipando a questo studio avrà/avrete la possibilità di far ricevere a suo/vostro figlio/a/il minore un trattamento sperimentale innovativo per la sua malattia, in quanto potrebbe correggere i deficit biologici che portano alle complicazioni neurologiche e cardiache. Dalla sua partecipazione si potranno ottenere informazioni importanti sull'efficacia del DMF nell'ataxia di Friedreich. Tali informazioni permetteranno di accrescere le conoscenze scientifiche in modo che in futuro suo/vostro figlio/a/il minore ed altre persone in simili condizioni possano avere maggiori risorse terapeutiche.

**Rischi potenziali**

Vogliamo essere sicuri che Lei/voi comprenda/comprendiate da subito quali sono alcuni possibili rischi: informazioni aggiuntive possono essere trovate nella



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Feroni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

sezione successiva "A quali rischi posso andare incontro se partecipo a questa sperimentazione"?

Come per tutti i farmaci c'è la possibilità che anche quello usato in questo studio manifesti effetti collaterali. Di seguito viene indicato il profilo di sicurezza del DMF nei pazienti nei quali è stato finora somministrato.

**Effetti indesiderati**

Il DMF è un farmaco usato per il trattamento della psoriasi. Il profilo di sicurezza del DMF è ben noto e gli eventi avversi di particolare interesse emersi sono: leucocitopenia e linfopenia, vampate di calore, disturbi gastrointestinali, danno epatico, neoplasie maligne, danno renale e proteinuria, infezioni gravi e opportunistiche. L'incidenza riportata di leucocitopenia è del 13,3% e la linfopenia è del 10,0%, con pochissimi pazienti (<1%) che hanno manifestato una linfopenia grave (<0,5/l) che ha portato all'interruzione del trattamento. Il rossore ha un'incidenza fino al 20,8% dei pazienti ed è più frequente durante le prime settimane di trattamento e tende a risolversi durante la somministrazione a lungo termine di DMF. Sono stati segnalati disturbi gastrointestinali nel 62,7% dei pazienti trattati con DMF. Di solito si risolvono dopo i primi mesi di trattamento. La percentuale di pazienti con aumento degli enzimi epatici è del 7,5% e tutti sono generalmente di intensità lieve/moderata. Non ci sono prove che il trattamento a lungo termine con DMF sia associato ad un aumentato rischio di neoplasie. La percentuale di pazienti che riportano danno renale/proteinuria è bassa (<3%). Molti di questi casi di tossicità renale si sono verificati con dosi di esteri dell'acido fumarico molto superiori alla dose raccomandata per la DMF nella psoriasi/sclerosi multipla. In tutti questi casi, la funzionalità renale è tornata alla normalità dopo l'interruzione del trattamento. Il numero di infezioni durante il trattamento con DMF è stato molto basso (<5%). Tutte le infezioni si sono risolte entro la fine degli studi o durante il periodo di follow-up di 2 mesi. Non è stata trovata alcuna relazione tra leucopenia/linfopenia e infezioni.

**- Il consenso è definitivo? Posso/Possiamo decidere di ritirare mio/nostro figlio/a/il minore dalla sperimentazione clinica (uscita volontaria)?**

Potrà/Potrete decidere di ritirare suo/vostro figlio/a/il minore dalla sperimentazione in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo, senza dover motivare la vostra decisione. Se decideste/decidesse di non farlo partecipare più, fatelo/lo faccia sapere al più presto possibile ad uno dei medici sperimentatori: è importante infatti sospendere il trattamento in modo sicuro.



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

Il medico potrebbe valutare opportuna una visita/esame di controllo finale. Il medico vi/la terrà al corrente di eventuali cambiamenti nella sperimentazione che possano influenzare la vostra/sua volontà di continuare ad autorizzare la partecipazione.

Nel caso di ritiro del consenso, nessuna altra procedura di studio verrà eseguita, incluso il prelievo di campioni biologici, e quelli raccolti verranno distrutti.

**- Vi sono ragioni per le quali la sperimentazione potrebbe essere interrotta non per nostra/mia volontà (conclusione anticipata)?**

Sì, Il medico sperimentatore potrà decidere di interrompere la partecipazione di suo/vostro figlio/a/del minore alla sperimentazione se:

- Le sue condizioni di salute si dovessero modificare e partecipare alla sperimentazione risultasse potenzialmente dannoso
- Si rendessero disponibili nuove informazioni e la sperimentazione non fosse più nel suo migliore interesse
- Suo/vostro figlio/a/il minore non seguisse le regole concordate per la partecipazione alla sperimentazione
- Per le pazienti femmine: la minore iniziasse una gravidanza durante la sperimentazione
- La sperimentazione venisse interrotta dalle autorità competenti o dal promotore.
- Nel caso di interruzione anticipata dello studio, verrà comunque sottoposto a una visita finale (EOS= End Of Study),

**C. SEZIONE INFORMATIVA. APPROFONDIMENTI ULTERIORI**

**1. Quale è lo scopo della sperimentazione?**

Le/Vi stata proposta la partecipazione di suo/vostro figlio/a/del minore a questa ricerca perché è affetto/a da L'Atassia di Friedreich (FRDA), una malattia ereditaria caratterizzata da progressiva disabilità neurologica e cardiopatia. Pur essendo una malattia rara (prevalenza 0,002%), è la più frequente forma di atassia. Sebbene siano stati condotti diversi studi su pazienti con FRDA, non è disponibile un trattamento efficace e la pratica clinica consiste nel prevenire lo sviluppo della cardiomiopatia e nella gestione sintomatica della malattia.



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

Sulla base alcuni dati preliminari, lo scopo del nostro studio è indagare il ruolo del Dimetil Fumarato (DMF) in FRDA e dimostrare se il DMF è in grado di correggere i deficit biologici di FRDA.

Il Dimetil fumarato è correntemente utilizzato per il trattamento della psoriasi, in questo studio verrà utilizzata una formulazione in compresse da 120 mg da assumere per via orale e verranno arruolati 40 pazienti.

**2. Quali sono i gruppi di pazienti a confronto? Quale è l'intervento in sperimentazione?**

Per dimostrare l'efficacia del DMF, è necessario confrontarlo con un placebo, che è un trattamento fittizio, ha l'aspetto del farmaco ma non contiene principi attivi. Pertanto, i pazienti che parteciperanno allo studio, e quindi anche suo/vostro figlio/a/il minore, verranno quindi randomizzati, ossia suddivisi in gruppi in maniera random per essere poi confrontati. I gruppi sono selezionati da un programma che non raccoglie informazioni personali o individuali.

La probabilità di ricevere uno dei due trattamenti è la stessa né Voi/ Lei né il Suo Medico saprete se suo/vostro figlio/a/il minore sta ricevendo farmaco attivo o placebo, quindi i due gruppi saranno composti da 20 pazienti ognuno.

La prima fase di studio, denominata nel protocollo "core phase", durerà 12 settimane, durante la prima settimana di trattamento suo/vostro figlio/a/il minore assumerà 1 compressa due volte al giorno, per le successive 11 settimane due compresse due volte al giorno.

La seconda fase di studio, denominata nel protocollo "extension phase" durerà altre 12 settimane, e in questa fase tutti i pazienti, anche chi ha assunto placebo nella prima fase, riceveranno il farmaco attivo.

Per poter partecipare a questo studio, ci sono alcuni criteri da rispettare, oltre ad essere affetti a Atassia di Friedreich:

Avere più di 12 anni e pesare più di 30 kg, non assumere alcuni integratori vitaminici o alcuni farmaci che vi verranno illustrati dallo sperimentatore principale, non avere altre patologie gravi, come ad esempio malattie cardiache o renali, HIV, tumori, o altro che verrà valutato dallo sperimentatore, non abusare di alcol o droghe. Le donne in età fertile devono avere un test di gravidanza negativo e accettare di effettuare contraccezione durante lo studio.





**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**  
**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
**CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
**AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
**CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**Schema dello studio**

Fase	Fase "Core"						Fase "Extension"				
Visita	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Visita Finale
<b>Attività e valutazioni</b>											
	Screening	Basale	Settimana 1 -	Settimana 4	Settimana 8	Settimana 12	Settimana 13	Settimana 16	Settimana 20	Settimana 24	Fine studio
Consenso informato	X										
Criteri inclusione ed	X	X									
Demografia	X										
Diagnosi	X										
Storia medica presente e	X										
Randomizzazione		X									
Esame fisico e segni vitali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Terapie concomitanti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ECG	X					X				X	X
Visita Neurologica	X	X				X				X	X
SARA	X	X				X				X	X
m-FARS	X	X				X				X	X
PATA rate Test		X				X				X	X
9HPT		X				X				X	X
CPET		X				X				X	X
ECOCG		X				X				X	X
EQ-5D		X				X				X	X
ADL/IADL		X				X				X	X
Somministrazione e contabilità del farmaco		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Eventi avversi		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Esami biochimici	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Esami ematologici	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Esami delle urine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Campione di sangue per proteine/RNA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Test di gravidanza	X			X	X	X		X	X	X	X



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**3 Quali esami, test e procedure sono previste se autorizzo/autorizziamo la partecipazione alla sperimentazione?**

Dopo la visita di screening, dovrà/dovrete venire con suo/vostro figlio/a/il minore per un totale 10 volte nell'arco delle 24 settimane di studio, come descritto nella sezione "Descrizione dello studio" e nel relativo schema, e le visite non dureranno più di una giornata. Se deciderà di autorizzare la sperimentazione, Le verrà fornito un calendario delle visite con gli esami da fare, i quali saranno prenotati direttamente dal centro.

Le valutazioni che suo/vostro figlio/a/il minore effettuerà durante questa visite comprenderanno:

- una visita generale (con misurazione della pressione arteriosa e della frequenza dei battiti del cuore, etc.) e la registrazione dei farmaci che sta assumendo e di eventuali patologie concomitanti
- prelievi di sangue;
- raccolta delle urine;
- questionari sulla qualità della vita, soltanto alla visita delle 12 e delle 24 settimane;
- esame neurologico, soltanto alla visita delle 12 e delle 24 settimane

Alle visite dovrà/dovrete riportare tutte le confezioni di farmaco utilizzato, anche se vuote o parzialmente usate, e prendere quelle nuove per il periodo successivo.

Tutte le visite, le valutazioni e le analisi sui campioni biologici raccolti o prelevati verranno condotte presso la struttura presso la quale si svolge la sperimentazione.

**4 A quali rischi può andare incontro mio/nostro/a figlio/a/il minore se autorizziamo/autorizzo la partecipazione alla sperimentazione?**

Nella sezione "Rischi potenziali", sono descritti i possibili effetti collaterali del farmaco in studio. Inoltre tenga/tenete anche conto dei seguenti:

- Mancanza di efficacia del trattamento sperimentale. anche se riteniamo che il nuovo trattamento possa agire sulla sua malattia meglio di quelli già disponibili, non possiamo escludere che in lei risulti inefficace
- Non sono disponibili studi adeguati e ben controllati in donne in gravidanza. Di conseguenza: l'uso di DMF non è raccomandato in donne in gravidanza o in allattamento.

**5 È utile/necessario informare il mio/nostro medico/pediatra di famiglia?**



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

Se decide di autorizzare la partecipazione alla sperimentazione è importante informare il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta. A tal fine, Le/Vi daremo una lettera che potrà consegnargli, nella quale sono spiegate le procedure della sperimentazione.

**6 Quale sarà l'impegno di mio/ nostro/a figlio/a/il minore e quali le responsabilità se decidiamo/decido di autorizzare la sua partecipazione?**

- Osservare scrupolosamente le indicazioni e le richieste da parte del personale sanitario che segue la sperimentazione e garantire la presenza agli appuntamenti.
- Informare il medico che segue la sperimentazione:
  - o di tutti i farmaci che sta assumendo inclusi farmaci della medicina non convenzionale,
  - o di qualsiasi effetto collaterale che insorga nel corso della sperimentazione,
  - o di qualsiasi visita o ricovero ospedaliero in strutture diverse dal centro sperimentatore,
  - o della partecipazione attuale o pregressa ad altre sperimentazioni cliniche.
- Le donne in gravidanza o che hanno intenzione di rimanere gravide o che debbano allattare non possono partecipare a questa ricerca. Sua/Vostra figlia/la minore dovrà effettuare il test di gravidanza sul sangue alla visita di Screening e alla visita Week 12. Sua/Vostra figlia/la minore può essere arruolata nella ricerca se non può avere bambini, oppure può avere figli ma sta assumendo da almeno un mese la pillola anticoncezionale o un metodo attivo scientificamente accettato per il controllo delle nascite, e continuerà ad assumere questo tipo di contracccezione durante l'intera sperimentazione e per almeno un mese dopo la fine della stessa. Nel corso della ricerca, Lei/voi dovrà/dovrete chiamare tempestivamente il medico se pensa che Sua/Vostra figlia/la minore sia in gravidanza o se ha commesso errori nell'utilizzare il metodo anticoncezionale. Se Sua/Vostra figlia/la minore fosse in gravidanza contatti immediatamente il Medico dello Studio. Sua/Vostra figlia/la minore dovrà interrompere immediatamente la sperimentazione.

Per la sua sicurezza Le chiediamo di leggere attentamente le istruzioni sopra descritte. La pillola contraccettiva e gli altri metodi di controllo delle nascite scientificamente accettati non forniscono una protezione assoluta: alcune donne sono rimaste gravide anche con l'uso regolare di questi tipi di metodi.



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

- informare il medico tempestivamente se Sua/Vostra figlia/la minore pensa ad una gravidanza durante la sperimentazione oppure entro un mese dopo l'ultima dose del farmaco sperimentale

Deve essere chiaro che qualunque risultato o campione (es. sangue o urine) raccolto durante questa ricerca potrà essere utilizzato per la ricerca e lo sviluppo del farmaco in studio. Non Le/Vi verrà riconosciuta la proprietà o gli eventuali benefici finanziari che possano derivare da questa ricerca o da prodotti commercializzati in futuro. Firmando questo modulo non verranno meno i diritti legali di persona partecipante ad una ricerca clinica. La Sua/vostra firma conferma semplicemente che è d'accordo a autorizzare questa ricerca clinica.

**8 Dovremo/Dovrò affrontare costi per la partecipazione alla sperimentazione? Saremo/Sarò rimborsati/o di eventuali spese? Mio/Nostro figlio/a/il minore riceverà un compenso?**

Non sono previsti costi a vostro/suo carico derivanti dalla partecipazione alla sperimentazione di suo/vostro figlio/a/del minore in quanto questi sono integralmente coperti dallo Sponsor.

Non sono altresì previsti compensi economici per la partecipazione alla sperimentazione.

**9. Cosa succede se mio/nostro figlio/a/il minore subisce un danno come conseguenza della partecipazione alla sperimentazione?**

La partecipazione ad una sperimentazione clinica può comportare inconvenienti e rischi non determinabili a priori. Per questo motivo la sperimentazione clinica prevede una copertura assicurativa a tutela della partecipazione di suo/vostro figlio/a/del minore.

In osservanza alle leggi vigenti, è disposta un'assicurazione a copertura di eventuali danni subiti a causa della partecipazione alla sperimentazione, per l'intero periodo della stessa, a copertura della responsabilità civile dello sperimentatore e del promotore, stipulata con HDI, numero di polizza.....

La copertura assicurativa è valida e operante per danni provocati da fatti verificatisi durante il periodo di validità del presente contratto, purché tali danni si siano manifestati non oltre 120 mesi dal termine della sperimentazione, e per essi sia stata presentata richiesta di risarcimento non oltre 120 mesi dal termine della sperimentazione stessa. Per "dal termine della sperimentazione" si intende quanto stabilito dal D.M. 14.07.09 agli Art. 1



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

e 2. La copertura opera esclusivamente in relazione ai danni nei termini stabiliti dalla D. Lgs. 211/2003, dal D.M. 02.08.2005, dalla Direttiva 2007/47/CE, e successivi Decreti di attuazione. La copertura assicurativa prevede un massimale di € 1.000.000,00 ed una franchigia di € 2.600,00. La franchigia assicurativa non sarà pagata dal paziente.

La copertura assicurativa non opera per:

- I danni che non siano in relazione causale, nei termini stabiliti dalle leggi e dai decreti applicabili, con la sperimentazione assicurata
- I reclami dovuti al fatto che il prodotto in sperimentazione non realizzi gli scopi curativi previsti
- Le donne in stato di gravidanza e/o per malformazioni genetiche del feto, qualora non vengano rispettate le misure preventive specificate al paragrafo "Informazioni specifiche per le donne"
- I reclami dovuti ad immunodeficienza acquisita da HIV o da errata e/o mancante diagnosi di tale sindrome

È opportuno precisare che, secondo il DM del 14 luglio 2009, la polizza assicurativa non copre il valore eccedente il massimale ed è operante esclusivamente per i danni la cui richiesta di risarcimento sia stata presentata non oltre il periodo previsto in polizza. Tale limitazione non inficia comunque il suo diritto ad ottenere il risarcimento da parte del responsabile dell'eventuale danno.

**10. Come verranno trattati e chi avrà accesso ai dati sanitari di mio/nostro/mio figlio/a/del minore, inclusi i dati identificativi, nel corso della sperimentazione?**

I dati, in particolare quelli personali e quelli sulla salute e soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo della sperimentazione e ai fini di farmacovigilanza, verranno trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679, noto come GDPR (General Data Protection Regulation) e del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101. In termini pratici, i documenti relativi al partecipante saranno custoditi in luogo sicuro e non riporteranno il suo nome in chiaro, noto solo ai ricercatori, ma un codice identificativo.

Con la sottoscrizione del presente modulo di consenso informato, Lei/Voi consente/consentite espressamente anche l'accesso diretto, da parte degli addetti al monitoraggio, degli addetti alla verifica, del Comitato Etico e delle sue attività regolatorie, alla documentazione medica originale,





**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

compresa la cartella clinica, per la verifica delle procedure dello studio clinico e/o dei dati, senza violare la riservatezza, e ciò nella misura permessa dalla legge e delle regolamentazioni applicabili. L'accesso diretto alla documentazione medica potrà essere effettuato, in conformità con le leggi e le regolamentazioni applicabili, solo da parte dello sperimentatore principale e da persone preventivamente designate dallo stesso che lo coadiuvano nella sua attività, ed eventualmente da un rappresentante del Comitato Etico o dalle autorità nazionali o internazionali che potrebbero controllare i documenti della ricerca in accordo con le regolamentazioni nazionali ed internazionali.

I dati, resi anonimi, potranno essere oggetto di controllo da parte di enti regolatori e utilizzati per pubblicazioni scientifiche (riviste, convegni), ma l'identità di suo/vostro figlio/a/del minore non sarà resa nota in nessun caso. Suo/vostrofiglio/a/il minore non sarà identificabile in nessuna delle pubblicazioni eventualmente presentate sui risultati della ricerca

I dati clinici raccolti ai fini della sperimentazione, così come i risultati degli esami effettuati, saranno conservati per i tempi previsti dalle normative e successivamente distrutti. Non verranno distrutti solo nel caso in cui a) non sia più possibile ricondurli all'identità di vostro/suo figlio/a/del minore, perché anonimizzati nel corso della sperimentazione stessa; b) in presenza di uno specifico consenso informato.

Qualora i dati personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, saranno adottate tutte le garanzie previste dall'articolo 46 del GDPR 679/2016 relative al trasferimento.

Con apposito e separato documento le/vi sarà, comunque, resa idonea informativa relativa al trattamento, alla comunicazione ed alla tutela dei dati personali contenuti nella citata documentazione e pertinenti allo studio, e le/vi sarà richiesto di prestare il suo espresso consenso, in conformità alla normativa vigente.

**11. Come verranno trattati e chi avrà accesso ai campioni biologici di mio/nostro figlio/a/il minore prelevati ai fini della sperimentazione?**

Così come per i dati sanitari, anche i campioni biologici, pseudonimizzati (tecnica che consente di modificare e mascherare i dati personali e sensibili di una persona fisica, al fine di non renderli direttamente e facilmente attribuibili allo stesso), saranno prelevati e utilizzati ai fini della sperimentazione.



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

Una volta terminata la sperimentazione, i campioni verranno distrutti.

**12. Come potrò/potremo avere accesso ai risultati della sperimentazione?**

Una volta conclusa la sperimentazione e raccolti tutti i dati da esso risultanti, essi saranno analizzati per trarne le conclusioni. Gli sperimentatori e il promotore si impegnano a renderli disponibili alla comunità scientifica.

La norma prevede la possibilità di accesso dei partecipanti ai risultati della sperimentazione. Pertanto, potrà/potrete chiedere al medico sperimentatore di comunicarvi i risultati generali della sperimentazione

**13. La sperimentazione è stata approvata dal Comitato Etico?**

Il protocollo della sperimentazione che Le/vi è stato proposto è stato esaminato ed approvato dal Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord. Il Comitato Etico ha tra le altre cose verificato la conformità della sperimentazione alle Norme di Buona Pratica Clinica ed ai principi etici espressi nelle Dichiarazione di Helsinki e che la sicurezza, i diritti e il benessere di vostro/suo figlio/a/del minore siano stati protetti.

**14. A chi posso fare riferimento per ottenere maggiori informazioni sulla sperimentazione clinica alla quale mio/nostro figlio/a/il minore è invitato a partecipare?**

Dr. Francesco Saccà Tel.3470734774

**15. Nel caso decidessimo/decidessi di autorizzare l'adesione alla sperimentazione, chi potremo/potrò contattare in caso di necessità?** Per ogni dubbio e evento non programmabile o non programmato nel corso della sperimentazione (dubbi relativi al trattamento in corso, effetti collaterali, decisione di abbandonare la sperimentazione, etc.), potrà contattare:

Dr. Francesco Saccà Tel.3470734774

Qualora riteneste opportuno segnalare eventi o fatti relativi alla sperimentazione cui ha aderito suo/vostro figlio/a/il minore a soggetti non direttamente coinvolti nella sperimentazione stessa potrà/potrete fare riferimento al Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord che ha approvato la sperimentazione, alla Direzione Sanitaria del Centro di sperimentazione (UOS



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganelli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

Centro Sclerosi Multipla, AOU "Federico II", Via Pansini, 5, 80131 Napoli) all' autorità competente (AIFA).

**16. Cosa succede se, durante il corso della sperimentazione, nostro figlio/a/il minore dovesse passare alla maggiore età?**

Nel caso suo/ vostro/a/a figlio/a/il minore diventasse maggiorenne nel corso della sperimentazione, diverrebbe legalmente autonomo per le sue scelte. Di conseguenza gli/le verrà sottoposto un nuovo consenso informato.

**Allegati**

- Polizza assicurativa
- Modulo per il consenso al trattamento dei dati personali

**Documenti aggiuntivi:**

- Lettera per il medico/pediatra di libera scelta



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**  
**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUROLIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganelli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
**CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
**AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
**CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**SEZIONE ESPRESSIONE DEL CONSENSO PER IL/I GENITORE/I O TUTORE LEGALE  
DEL MINORE**

(Note: 1 copia per il partecipante, 1 copia per il/la responsabile della sperimentazione)

**Nome e cognome del minore** \_\_\_\_\_

**luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Titolo della sperimentazione:** Studio in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo per testare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di Dimetilfumarato nell'atassia di Friedreich (DMF-FA-201).

**Codice Protocollo, versione e data:** DMF-FA-201, Versione 3.0 del 17 aprile 2023

**Promotore della sperimentazione:** Dipartimento Di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli

**Ente finanziatore:** AIFA

**Sperimentatore Principale:**

Dr. Francesco Saccà

Dipartimento Di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche  
Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (CF \_\_\_\_\_)

nata \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

**in qualità di**

- ☐ Madre del minore citato in epigrafe  
☐ Esercente la responsabilità genitoriale del minore citato in epigrafe  
☐ Tutore legale/curatore del minore citato in epigrafe



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE**  
**RETE TEMPO DIPENDENTE:**  
**STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ**  
**AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganelli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
**CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
**AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
**CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (CF \_\_\_\_\_)

nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

**in qualità di**

- ☐ Padre del minore citato in epigrafe
- ☐ Esercente la responsabilità genitoriale del minore citato in epigrafe
- ☐ Tutore legale/curatore del minore citato in epigrafe

**DICHIARO/DICHIARIAMO**

☐ di aver ricevuto dal Dottor \_\_\_\_\_  
esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca in  
oggetto, secondo quanto riportato nella sezione informativa, facente parte di  
questo consenso, della quale mi è stata consegnata una copia in data  
\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (indicare data e ora della consegna);

☐ che ci/mi sono stati chiaramente spiegati ed abbiamo/ho compreso la  
natura, le finalità, le procedure, i benefici attesi, i rischi e gli inconvenienti  
possibili e le modalità di trattamento alternativo rispetto alla sperimentazione  
clinica proposta;

☐ di aver avuto l'opportunità di porre qualsivoglia domanda allo  
sperimentatore dello studio e di aver avuto risposte soddisfacenti;

☐ di aver avuto il tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute

☐ di avere avuto il tempo sufficiente per discuterne con terzi;

☐ di essere stato/a/i informato/a/i che il protocollo della sperimentazione e  
tutti i moduli utilizzati hanno avuto il parere favorevole del Comitato Etico  
competente;

☐ di essere consapevole/i che la ricerca potrà essere interrotta in ogni  
momento, per decisione del responsabile della ricerca;





**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE**  
**RETE TEMPO DIPENDENTE:**  
**STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ**  
**AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganeli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

☐ di essere stato/a/i informato/a/i che sarò/verremo messo/a/i al corrente di qualsiasi nuovo dato che possa compromettere la sicurezza della ricerca e che, per ogni problema o per ulteriori domande, potrò/potremo rivolgermi ai medici presso il quali è in cura mio/nostro figlio/a/il minore;

☐ che per la migliore tutela della salute di mio/nostro figlio/a/del minore sono/siamo consapevole dell'importanza (e della mia/nostra responsabilità) di informare il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della sperimentazione alla quale accetto/accettiamo di far partecipare nostro figlio/a/il minore. Sono/Siamo consapevole dell'importanza di fornire tutte le informazioni (farmaci, effetti collaterali, ecc.) che riguardano mio/nostro figlio/a/il minore allo sperimentatore;

☐ di essere stato/a/i informato/a/i che i risultati dello saranno resi noti alla comunità scientifica, tutelando l'identità di mio/nostro figlio/a/il minore secondo la normativa vigente sulla privacy;

☐ di essere consapevole/i che qualsiasi scelta espressa in questo modulo di consenso potrà essere revocata in qualsiasi momento e senza alcuna giustificazione;

☐ di aver ricevuto una copia del presente modulo di consenso.

**DICHIARO/DICHIARIAMO pertanto di**

☐ volere ☐ NON volere

che mio/nostro figlio/a/il minore partecipi alla sperimentazione

☐ accettare ☐ NON accettare

il ricorso a farmaci anticoncezionali da parte di mia/nostra figlia/della minore

\_\_\_\_\_  
nome e cognome della madre

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Ora

\_\_\_\_\_  
Firma



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE**  
**RETE TEMPO DIPENDENTE:**  
**STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ**  
**AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganelli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

\_\_\_\_\_  
nome e cognome del padre

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Ora

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
nome e cognome del Tutore legale/curatore

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Ora

\_\_\_\_\_  
Firma

Sottoscrivendo questo modulo acconsento/acconsentiamo al trattamento dei dati personali di mio/nostro figlio/a/il minore per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

\_\_\_\_\_  
nome e cognome della madre



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE**  
**RETE TEMPO DIPENDENTE:**  
**STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ**  
**AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganelli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

\_\_\_\_\_  
Data Ora Firma

\_\_\_\_\_  
nome e cognome del padre

\_\_\_\_\_  
Data Ora Firma

\_\_\_\_\_  
nome e cognome del Tutore legale/curatore

\_\_\_\_\_  
Data Ora Firma

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO**

\_\_\_\_\_  
(Nome del paziente, luogo e data di nascita)

**Titolo della sperimentazione:** Studio in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo per testare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità di Dimetilfumarato nell'atassia di Friedreich (DMF-FA-201).



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE  
RETE TEMPO DIPENDENTE:  
STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ  
AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

**CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE**  
*Prof. M. Santangelo*

**CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE**  
*Prof. L. Califano*

**CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA**  
*Prof. F. D'Andrea*

**DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEURORIABILITATIVO**  
*Prof. E. Salvatore*

**NEUROCHIRURGIA**  
*Prof. P. Cappabianca*

**NEUROLOGIA**  
*Prof. F. Manganeli*

**OFTALMOLOGIA**  
*Prof. C. Costagliola*

**ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA**  
*Prof. M. Mariconda*

**OTORINOLARINGOIATRIA**

**PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA**  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.  
CENTRO PER L'EPILESSIA**  
*Prof. L. Bilo*

**SCLEROSI MULTIPLA**  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.  
AUDIOLOGIA**  
*Prof. A. Fetoni*

**MEDICINA ORALE**  
*Prof. M. Mignogna*

**ODONTOIATRIA**  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA**  
*Prof. L. Ramaglia*

**Codice Protocollo, versione e data:** DMF-FA-201, Versione 3.0 del 17 aprile 2023

**Promotore della sperimentazione:** Dipartimento Di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli

**Ente finanziatore:** AIFA

**Sperimentatore Principale:**

Dr. Francesco Saccà

Dipartimento Di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche  
Università Federico II, Via Pansini, 580131 Napoli

Io sottoscritto/a Prof./Dr. ....

Nome

Cognome

nella mia qualità di

- ☐ Sperimentatore principale  
☐ Delegato dello Sperimentatore principale

**DICHIARO**

che il padre e la madre/il tutore legale ha/hanno acconsentito spontaneamente  
alla partecipazione del minore alla sperimentazione

.

Dichiaro inoltre di:

- ☐ aver fornito esaurienti spiegazioni in merito alle finalità della  
sperimentazione, alle procedure, ai possibili rischi e benefici e alle sue  
possibili alternative;  
☐ aver verificato che i genitori/tutore legale abbiano sufficientemente  
compreso le informazioni fornitegli  
☐ aver lasciato ai genitori/tutore legale il tempo necessario e la possibilità  
di fare domande in merito alla sperimentazione



**DIPARTIMENTO AD ATTIVITÀ INTEGRATE**  
**RETE TEMPO DIPENDENTE:**  
**STROKE, URGENZE CHIRURGICHE E TRAUMA**  
*Direttore: Prof. LUIGI CALIFANO*

**AREA DIPARTIMENTALE DELLE SPECIALITÀ**  
**AMBULATORIALI E DI RICOVERO TESTA-COLLO**  
*Direttore: Prof. SANDRO RENGO*

**RETE TEMPO DIPENDENTE**

**U.O.C.**

CHIRURGIA GENERALE AD  
INDIRIZZO  
EMERGENZIALE  
*Prof. M. Santangelo*

CHIRURGIA MAXILLO  
FACCIALE  
*Prof. L. Califano*

CHIRURGIA PLASTICA E  
RICOSTRUTTIVA  
*Prof. F. D'Andrea*

DISTURBI COGNITIVI AD  
INDIRIZZO  
NEUORABIILITATIVO  
*Prof. E. Salvatore*

NEUROCHIRURGIA  
*Prof. P. Cappabianca*

NEUROLOGIA  
*Prof. F. Manganelli*

OFTALMOLOGIA  
*Prof. C. Costagliola*

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA  
*Prof. M. Mariconda*

OTORINOLARINGOIATRIA

PSICHIATRIA E  
PSICOLOGIA  
*Prof. A. De Bartolomeis*

**U.O.S.D.**  
CENTRO PER L'EPILESSIA  
*Prof. L. Bilo*

SCLEROSI MULTIPLA  
*Prof. V. Brescia Morra*

**SPECIALITÀ TESTA COLLO**

**U.O.C.**  
AUDIOLOGIA  
*Prof. A. Fetoni*

MEDICINA ORALE  
*Prof. M. Mignogna*

ODONTOIATRIA  
*Prof. S. Rengo*

**U.O.S.D.**  
CHIRURGIA ORALE  
IMPLANTOLOGIA E  
PARADONTOLOGIA  
*Prof. L. Ramaglia*

- ☐ di aver illustrato chiaramente la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento dalla sperimentazione o di modificare le scelte fatte
- ☐ non aver esercitato alcuna coercizione od influenza indebita nella richiesta del presente consenso
- ☐ avere fornito ai genitori/tutore legale informazioni su come i risultati della sperimentazione gli/le saranno resi noti
- ☐ avere fornito ai genitori/tutore legale i numeri di contatto telefonici di emergenza

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Ora

\_\_\_\_\_  
Firma

Il presente modulo è parte integrante e deve essere conservato insieme  
al modulo informativo per il consenso informato