



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena  
Policlinico

Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia  
Struttura Complessa di Oncologia

## **FOGLIO INFORMATIVO E MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER LA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO**

*Modello di cura, sicurezza ed esiti della chemioterapia adiuvante nei pazienti  
anziani con carcinoma del colon resecato nella pratica clinica:  
THE ELDERLY CC PROJECT*

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

[Indicare il nome della U.O. del centro locale]

### **Sperimentatore principale:**

Dott. [Indicare il nome del PI del centro locale]

### **Comitato etico:**

Area Vasta Emilia Nord

*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.*



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena  
Policlinico

Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia  
Struttura Complessa di Oncologia

## **PREMESSA**

*Gentile Signore/a,*

*Le proponiamo di partecipare allo studio clinico, che di seguito Le illustriamo, promosso dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena.*

*È Suo diritto essere informata/o circa lo scopo e le caratteristiche dello studio affinché Lei possa decidere in modo consapevole e libero se partecipare.*

*Questo documento ha l'obiettivo di informarla sulla natura della sperimentazione, sul fine che essa si propone, su ciò che comporterà per Lei la partecipazione, compresi i suoi diritti e responsabilità.*

*La invitiamo a leggere attentamente quanto riportato di seguito. I ricercatori coinvolti in questo progetto sono a disposizione per rispondere alle sue domande. Nessuna domanda che Le viene in mente è banale: non abbia timore di farla!*

*Oltre che con noi può discutere la proposta contenuta in questo documento con il suo medico di famiglia, i suoi familiari e altre persone di sua fiducia. Si prenda tutto il tempo necessario per decidere. Può portare a casa una copia non firmata di questo documento per pensarci o per discuterne con altri prima di prendere una decisione.*

*Se decide di non partecipare alla sperimentazione riceverà comunque la migliore assistenza possibile per i pazienti con la sua condizione/malattia.*

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

*Una volta che avrà letto questo modulo, avrà ricevuto risposta alle eventuali domande e avrà eventualmente deciso di partecipare alla sperimentazione, Le sarà chiesto di firmare un modulo di consenso, di cui riceverà una copia cartacea.*

Dott. [Indicare il nome del PI del centro locale]



### ***Per quale ragione mi si chiede di partecipare a questa sperimentazione?***

Le si chiede di partecipare a questa sperimentazione in quanto in passato le è stato diagnosticato un carcinoma del colon resecato in stadio II ad alto rischio o III. In questo contesto, le attuali linee guida raccomandano il trattamento chemioterapico adiuvante. Tuttavia, tale raccomandazione nei pazienti anziani è basata su prove scarse in quanto i pazienti di età superiore ai 70 anni sono sottorappresentati o esclusi negli studi clinici che stabiliscono la pratica standard di cura. Ciò spiegherebbe in parte perché nella pratica clinica i pazienti anziani ricevono chemioterapia adiuvante in misura minore e con regimi di trattamento meno intensivi rispetto ai pazienti giovani.

Da alcune analisi retrospettive sono emersi minori benefici e tassi di tossicità più elevati nei pazienti anziani sottoposti a chemioterapia post-chirurgica. Al contrario, altri studi sostengono che la chemioterapia adiuvante in pazienti anziani ben selezionati abbia un profilo di tossicità ed efficacia sovrapponibile a quello dei pazienti giovani. Pertanto, la gestione post-chirurgica del carcinoma del colon resecato in stadio II ad alto rischio o III nei pazienti di età superiore ai 70 anni rimane controversa e un argomento di dibattito nella pratica clinica attuale. Il nostro studio nel mondo reale mira ad aumentare le prove disponibili su questo argomento.

### ***Quali sono gli obiettivi della sperimentazione?***

In base a quanto descritto nella sezione precedente, lo studio che le proponiamo ha come obiettivo primario quello di descrivere gli esiti del trattamento chemioterapico adiuvante nei pazienti anziani con carcinoma del colon resecato in stadio II ad alto rischio e III, rispetto alla popolazione giovane.

### ***Decidere se partecipare o meno è una mia libera scelta?***

Può liberamente scegliere se partecipare o meno alla sperimentazione.

### ***Cosa accadrà se decido di non partecipare?***

Se decidesse di non partecipare allo studio non ci sarà alcuna conseguenza sulla qualità della terapia o dell'assistenza che riceverà.

### ***Cosa comporta la partecipazione alla sperimentazione?***

Lo studio al quale le chiediamo di partecipare ha carattere osservazionale, cioè non comporta ulteriori indagini strumentali o di laboratorio, rispetto a quelle eseguite nella pratica clinica. Con la firma del consenso informato autorizzerà il Medico Responsabile e i Suoi Delegati ad accedere alla Sua cartella clinica per raccogliere informazioni relative alla sua patologia, a eventuale presenza di altri casi di tumore nei Suoi familiari e a fattori clinici, biologici e prognostici del tumore che Le è stato diagnosticato, oltre a informazioni sulle terapie effettuate.

### ***Quali benefici potrò ottenere?***

La partecipazione a questa indagine osservazionale non comporta benefici diretti alla Sua persona. Partecipando a questo Studio Lei contribuirà comunque a migliorare le nostre conoscenze in merito alla patologia che le è stata diagnosticata.

### ***Quali sono i rischi?***

Non ci sono rischi specifici associati alla partecipazione a questo Studio. Non è previsto l'uso di nessun farmaco sperimentale. Sarà comunque informato tempestivamente qualora divengano disponibili informazioni che possano influenzare la Sua volontà di continuare la partecipazione.



### ***Il consenso è definitivo? Posso decidere di ritirarmi dalla sperimentazione clinica?***

Lei ha facoltà di interrompere la sua partecipazione allo studio in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza sulla qualità della terapia o dell'assistenza che riceverà.

### ***Quali sono i costi?***

Non sono previsti costi a suo carico derivanti dalla partecipazione alla sperimentazione in quanto questi sono integralmente coperti dal centro di sperimentazione. Non sono altresì previsti compensi economici per la partecipazione alla sperimentazione.

### ***Copertura Assicurativa***

Trattandosi di uno studio osservazionale che non comporta procedure aggiuntive rispetto a quelle eseguite per normale pratica clinica, non è prevista una copertura assicurativa.

### ***I miei dati resteranno anonimi?***

Tutte le informazioni connesse alla Sua partecipazione al presente Studio saranno trattate in modo strettamente riservato in conformità alle norme di Buona Pratica Clinica, nonché a quelle relative alla protezione e al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, c.d. GDPR, e della normativa italiana attualmente in vigore in materia di Privacy.

I dati personali saranno associati a un codice, dal quale sarà impossibile risalire alla sua identità: solo il medico sperimentatore potrà collegare il codice al Suo nominativo.

Il medico sperimentatore che La seguirà nello Studio, gli incaricati addetti al monitoraggio dello studio e le Autorità Regolatorie potranno avere accesso ai Suoi dati personali, nel rispetto e con le limitazioni previste dal Regolamento Europeo n. 679/2016, dal D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018, e dalle Linee Guida del Garante per la protezione dei dati personali (delibera n. 52 del 24/07/2008 e successive modifiche e integrazioni). Il personale addetto allo Studio è comunque obbligato a mantenere, in ogni caso, la riservatezza di tali informazioni.

Le chiediamo di fare riferimento alla Nota Informativa al trattamento dei dati personali, che Le verrà consegnata insieme al presente Foglio Informativo, per prendere piena visione dei Suoi diritti in materia.

### ***Come verranno utilizzati i risultati dell'indagine?***

Tutti i suoi dati saranno raccolti dal medico sperimentatore e nessuno, ad eccezione dei soggetti autorizzati, potrà risalire alla Sua identità. I risultati di questo Studio potrebbero essere divulgati e/o pubblicati su una rivista scientifica. La Sua identità non sarà comunque mai resa nota.

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, potrete chiedere al medico sperimentatore di comunicarvi i risultati generali della sperimentazione.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena  
Policlinico

Dipartimento ad Attività Integrata di Oncologia ed Ematologia  
Struttura Complessa di Oncologia

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

Il protocollo della sperimentazione che Le è stato proposto è stato esaminato ed approvato dal Comitato Etico 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 vostro benessere siano stati protetti.

***Chi posso contattare per ulteriori informazioni?***

Per eventuali domande o se desidera ulteriori informazioni, non esiti a rivolgersi al medico sperimentatore responsabile dello studio Dr. [Indicare il nome del PI del centro locale] e/o al medico che le ha proposto la partecipazione a questo studio osservazionale.

**Dr.** \_\_\_\_\_

**Tel.:** \_\_\_\_\_

**Email.:** \_\_\_\_\_

Le ricordiamo che, al termine dello studio, potrà chiedere al medico sperimentatore di prendere visione dei risultati dell'indagine effettuata grazie al Suo contributo.

Questo studio e la relativa documentazione sono stati approvati dal C.E. Area Vasta Emilia Nord.



## Modulo di Consenso

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto dal dottor \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione allo studio in oggetto, secondo quanto riportato nella scheda informativa qui allegata, copia della quale mi è stata consegnata in data \_\_\_\_\_

### A seguito di quanto appreso, dichiaro:

- Di essere stato/a informato/a sugli scopi, le procedure, la durata di questo studio, sui possibili vantaggi ed inconvenienti e accetto di partecipare a questo studio promosso dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena
- Che mi è stato fornito un riassunto delle informazioni relative alle caratteristiche dello studio, di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Di essere al corrente che sono libero/a di rifiutarmi di partecipare allo studio e che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento della durata dello studio.
- Che la mia adesione allo studio è completamente volontaria
- Di essere stato/a informato/a ed acconsento a che i miei dati vengano messi a disposizione non solo dei responsabili dello studio e dei loro delegati, ma anche delle Autorità Sanitarie nazionali ed internazionali, del Comitato Etico, qualora venissero richiesti; e sono stato/a altresì informato/a che i miei dati potranno essere oggetto di comunicazione a congressi scientifici nazionali ed internazionali o di pubblicazione per motivi scientifici su riviste mediche nazionali ed internazionali, ma che in ogni caso la mia identità sarà protetta da riservatezza (i dati cioè saranno utilizzati sempre in forma ANONIMA e AGGREGATA).
- Sono stato/a inoltre informato/a del mio diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico Area Vasta Emilia Nord
- Che mi è stata data una copia di questo consenso da trattenere

Sottoscrivendo tale modulo

acconsento  non acconsento

a partecipare al su indicato studio. Inoltre,

acconsento  non acconsento

ad informare il mio MMG della mia partecipazione al su indicato studio.



Nome e Cognome del Paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Medico che ha informato il paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Ove applicabile

Io, sottoscritto, \_\_\_\_\_ confermo che il Medico ha spiegato completamente il Foglio Informativo al paziente sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, \_\_\_\_\_

ha acconsentito  non ha acconsentito

verbalmente a partecipare al su indicato studio.

Nome e Cognome del testimone imparziale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del testimone imparziale** \_\_\_\_\_