

**Le informazioni sullo studio sono fondamentali per svolgere la ricerca in modo conforme alle esigenze giuridiche e scientifiche. L'elaborazione di queste informazioni è un compito che richiede accuratezza e serietà e va pertanto affidato a una persona esperta. Le informazioni devono essere riscritte per ogni progetto, in funzione delle esigenze specifiche del caso.**

## **Informativa sulla:**

**riutilizzazione in forma non codificata di dati sanitari personali (non genetici) a scopo di ricerca (art. 31 ORUm)**

Gentile Signora, / Egregio Signore,

- **Chi siamo:**

Siamo (collaboratori della clinica, dell'istituto... /)

- **Perché ci rivolgiamo a Lei:**

Ci rivolgiamo a Lei per chiederle di sostenere la ricerca in campo medico.

Nell'ambito del trattamento medico che sta seguendo, vengono raccolti dati sul Suo stato di salute (p. es. pressione arteriosa, esami del sangue, radiografie, questionari ecc.).

Questi dati possono rivelarsi molto utili ai fini della ricerca. La preghiamo quindi gentilmente di autorizzare il Suo medico a trasmetterci questi dati per scopi di ricerca.

- **Diritti dei donatori**

La cessione, a scopo di riutilizzazione nel campo della ricerca, di dati personali è facoltativa: nessuno può, in qualsivoglia forma, costringerla o cercare di persuaderla. Lei non è tenuto/a a spiegare perché non ne autorizza il riutilizzo.

La decisione di autorizzare la riutilizzazione dei dati personali può essere da Lei revocata in qualsiasi momento, senza dover fornire spiegazioni.

Tutti i risultati ottenuti nell'ambito del progetto di ricerca, riguardanti Lei e il Suo stato di salute, Le saranno comunicati nel limite del possibile \*. Se preferisce non essere informato/a sugli esiti del progetto, può decidere di non riceverne comunicazione o, in alternativa, chiedere che i risultati siano trasmessi a una persona da Lei designata.

La preghiamo quindi gentilmente di rispondere alle domande seguenti:

- Desidera essere informato/a sui risultati del progetto?
- Preferisce non saperne nulla?
- Desidera che i risultati siano inviati a una persona di Sua fiducia (p.es. familiari, medico di famiglia)?

\* Alcuni risultati non hanno nessuna rilevanza per il singolo paziente o non forniscono nessun dato conclusivo sulla salute o sul trattamento: in tal caso non potremo dargliene comunicazione.

- **Confidenzialità**

I Suoi dati saranno trattati con la massima riservatezza e saranno utilizzati esclusivamente da persone che collaborano al progetto e che ne hanno necessariamente bisogno ai fini della ricerca. In particolare ... (specificare le misure concrete, il luogo di conservazione, le disposizioni che ne regolano l'utilizzo ecc.).

- **Trasmissione dei dati a terzi**

Se ne è fatta specifica richiesta a scopi di ricerca, i Suoi dati potranno essere trasmessi a terzi in forma codificata o non codificata.

**Dichiarazione di consenso****per la riutilizzazione in forma non codificata di dati sanitari personali non genetici a scopo di ricerca (art. 31 ORUm)**

Cognome e nome del/della paziente o della persona interessata:

Data di nascita:

---

Autorizzo la riutilizzazione, in forma non codificata e per scopi di ricerca, dei miei dati sanitari personali non genetici ottenuti nell'ambito di un trattamento medico o in altro modo.

Confermo:

- di aver ricevuto l'informativa relativa alla dichiarazione di consenso;
- di essere stato/a informato/a che il consenso è facoltativo;
- di essere a conoscenza del fatto che posso revocare il mio consenso in qualsiasi momento, senza dover fornire spiegazioni;
- di essere informato/a sulle misure di protezione dei dati personali;
- di aver preso atto che i dati personali possono essere ceduti a terzi per scopi di ricerca.

Luogo, data e firma giuridicamente valida del/della paziente o della persona interessata o del/della rappresentante autorizzato/a.

Luogo, data e firma giuridicamente valida del/della dichiarante.