

**Informativa e manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13
[14] del Reg. (UE) 2016/679 c.d. GDPR
Versione n. 1 del 13/12/2024**

Migrazione e urgenze psichiatriche: uno studio di coorte naturalistico

Titolari del trattamento e relative finalità

L'Azienda U.S.L. – IRCCS di Reggio Emilia, con sede legale in Via Amendola n. 2, 42124 Reggio Emilia, e l'Azienda U.S.L. di Bologna, con sede legale in Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna, che ha proposto lo studio che Le è stato descritto, ciascuno per gli ambiti di propria competenza e in accordo alle responsabilità previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018), tratteranno i dati personali del/della Suo/a Tutelato/a, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, altri dati relativi alla sua storia migratoria, caratteristiche del percorso di cura, decorso clinico e trattamento farmacologico ricevuto durante il ricovero, esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

Lo studio ha come obiettivo quello di valutare le variabili sociodemografiche pre/post migratorie e le caratteristiche della storia migratoria dei pazienti migranti di prima e di seconda generazione e nativi ricoverati e afferenti nel presso i SPDC coinvolti nello studio.

Lo studio si propone inoltre di indagare il percorso di cura, il decorso clinico e il trattamento farmacologico durante i ricoveri, per individuare le possibili caratteristiche della storia migratoria predittive della presentazione psicopatologica e degli esiti clinici e sociali. Le caratteristiche sociodemografiche e cliniche saranno confrontate con quelle dei pazienti nativi ricoverati nel periodo di studio presso suddetti SPDC, al fine di individuare quali tra queste caratteristiche siano quelle più specificamente correlate alla storia migratoria.

I dati personali relativi al/alla Suo/a tutelato/a che verranno raccolti per le finalità su descritte verranno trattati sulla base del Suo espresso consenso, che costituisce, quindi, la base giuridica per il trattamento.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e trasmessi al Promotore.

Il trattamento dei dati personali suddetti è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non consentirà al/alla Suo/a tutelato/a di parteciparvi.

Natura dei dati

I dati personali del/della Suo/a tutelato/a saranno sottoposti a pseudonimizzazione: il trattamento dei dati personali avverrà in modo tale che i dati personali non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive. Queste informazioni aggiuntive saranno conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti a una persona fisica identificata o identificabile. Il medico che seguirà il/la Suo/a tutelato/a nello studio lo/la identificherà, quindi, con un codice e i dati che lo/la riguardano, raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del

Versione 1 del 10.12.2024

1

nominativo, saranno trasmessi al Promotore, registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, e ai dati personali come sopra specificati. Soltanto il medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al nominativo del/della Suo/a tutelato/a.

Modalità del trattamento

I dati, trattati mediante strumenti anche elettronici o automatizzati, saranno diffusi solo in forma rigorosamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici. La partecipazione del/della Suo/a tutelato/a allo studio implica che, in conformità alla normativa sulle sperimentazioni, il personale del Promotore, il Comitato etico e le autorità sanitarie italiane e straniere potranno conoscere i dati che lo/la riguardano, contenuti anche nella relativa documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza dell'identità del/della Suo/a tutelato/a.

Esercizio dei diritti

Potrà esercitare i diritti di cui all'art.15 e Sezioni 3 e 4 del Regolamento EU 2016/679 (es. accedere ai dati personali del/della Suo/a tutelato/a, integrarli, aggiornarli, rettificarli, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati, prof.ssa Silvia Ferrari (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, silvia.ferrari@unimore.it).

Le ricordiamo che, nel caso in cui ravvisi una violazione dei diritti del/della Suo/a tutelato/a in materia di protezione dei dati personali, potrà presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali (protocollo@pec.gpdp.it) e che i dati del/della Suo/a tutelato/a verranno conservati esclusivamente per il tempo necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati raccolti e trattati.

La durata dello studio è stimata in mesi 12.

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore e i Centri partecipanti per cinque anni dopo il completamento della sperimentazione.

Potrà contattare il Data Protection Officer per l'A.U.S.L. di Reggio Emilia al seguente indirizzo email: dpo@ausl.re.it.

Potrà contattare il Data Protection Officer per il Promotore al seguente indirizzo email: dpo@aosp.bo.it

Lei ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

In caso di revoca del consenso su cui si basa il trattamento conformemente all'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), o all'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), Lei ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che riguardano il/la Suo/a tutelato/a senza ingiustificato ritardo e il Titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali, fatta salva l'esistenza di un obbligo legale che imponga di non procedere alla cancellazione.

Versione 1 del 10.12.2024

2

Consenso

Sottoscrivendo tale modulo acconsento ☐ non acconsento ☐ al trattamento dei dati personali relativi al/alla mio/a tutelato/a per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome del Paziente _____

Nome e Cognome del Rappresentante Legale/Amministratore di Sostegno

Data _____

Firma del Rappresentante Legale/Amministratore di Sostegno _____