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

"Valutazione del rischio e gestione dei comportamenti aggressivi all'interno di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura"

Codice Protocollo come indicato dal promotore: AGGR-SPDC

Titolari del trattamento e relative finalità

Il Centro di sperimentazione e il Promotore AUSL di Modena, 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), tratterà i Suoi dati personali, in particolare quelli sulla salute e, soltanto nella misura in cui sono indispensabili in relazione all'obiettivo dello studio, altri dati relativi alla Sua origine, alla Sua condizione socio-familiare e lavorativa e al grado di istruzione, esclusivamente in funzione della realizzazione dello studio.

Lo studio ha come obiettivo quello di descrivere le caratteristiche sociodemografiche e cliniche preesistenti dei pazienti ricoverati nel periodo di studio; descrivere le modalità di prevenzione e di gestione degli agiti aggressivi adottate nel reparto di SPDC nel periodo di studio; valutare il rischio di aggressività nei pazienti ricoverati attraverso il punteggio della scala Brøset, analizzandone l'associazione con le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei pazienti; valutare l'incidenza degli episodi di etero-aggressività verificatisi nel periodo di studio e descrivere le modalità di gestione e le misure di sicurezza adottate in relazione agli eventi osservati.

A tal fine i dati indicati saranno raccolti dal Centro di sperimentazione e trasmessi al Promotore, il Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena.

Il trattamento dei dati personali suddetti è indispensabile allo svolgimento dello studio: il rifiuto di conferirli non Le consentirà di parteciparvi.

Natura dei dati

I suoi dati personali 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 la seguirà nello studio la identificherà, quindi, con un codice e i dati che la riguardano, raccolti nel corso dello studio, ad eccezione del suo nominativo, saranno trasmessi al Promotore, registrati, elaborati e conservati unitamente a tale codice, e ai suoi dati personali come sopra specificati. Soltanto il Medico e i soggetti autorizzati potranno collegare questo codice al suo nominativo.

Ospedale Civile di Baggiovara
AUSL di Modena
Modena
Dipartimento di Salute Mentale e
Dipendenze Patologiche–
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
Via Giardini, 1355, 41126 Baggiovara MO
Tel. 059-3962261 Fax 059-3963732

Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 – 41126
T. +39.059.435111 – F. +39.059.3963774
www.ausl.mo.it
Partita IVA 022418503

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 sua partecipazione 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 la riguardano, contenuti anche nella sua documentazione clinica originale, con modalità tali da garantire la riservatezza della sua identità.

Esercizio dei diritti

Potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e sezioni 3 e 4 del Regolamento UE 2016/679 (es. accedere ai Suoi dati personali, integrarli, aggiornarli, rettificarli, ecc.) rivolgendosi direttamente al centro di sperimentazione, nella persona delegata al trattamento dei dati: Dott.ssa Rosaria Di Lorenzo (r.dilorenzo@ausl.mo.it , tel. 0593962261).

Le ricordiamo che, nel caso in cui ravvisi una violazione dei Suoi diritti 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 suoi dati 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 13 mesi.

I documenti essenziali relativi allo studio saranno conservati presso il Promotore per 7 anni dopo il completamento della sperimentazione e dopodiché verranno distrutti.

Potrà contattare il Data Protection Officer del Promotore al seguente indirizzo e-mail: dpo@ausl.mo.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 la riguardano 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.

Consenso

Sottoscrivendo tale modulo

☐ acconsento

Versione n. 1 del 29.01.2026

☐ non acconsento
al trattamento dei miei dati personali per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato/a (in stampatello) _____

Firma dell'interessato/a _____

Data _____

Ove applicabile

Io sottoscritto/a _____ confermo che il Medico ha spiegato completamente la Nota Informativa al trattamento dei dati personali al/la paziente sopra indicato che ne ha compreso il contenuto e testimonio che, nella piena capacità di intendere e volere, _____ ha
☐ acconsentito
☐ non acconsentito
verbalmente al trattamento dei propri dati personali per le finalità descritte nel presente documento.

Nome e Cognome del/la testimone imparziale_____
Data_____
Firma del/la testimone imparziale_____

Ospedale Civile di Baggiovara
AUSL di Modena
Modena
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche–
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
Via Giardini, 1355, 41126 Baggiovara MO
Tel. 059-3962261 Fax 059-3963732

Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 – 41126
T. +39.059.435111 – F. +39.059.3963774
www.ausl.mo.it
Partita IVA 022418503