

## **NOTA INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO DEL PARTECIPANTE**

### **PROTOCOLLO BASE**

**Titolo dello studio:** “L’infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza e puerperio: studio dell’*Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)*”

**Responsabile dello studio:** Dott.ssa Serena Donati

MEDICO DELLO STUDIO: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA SANITARIA: \_\_\_\_\_

N. TEL: \_\_\_\_\_

PROPONENTE DELLO STUDIO: Istituto Superiore di Sanità

TITOLO DEL PROTOCOLLO: “L’infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza e puerperio: studio dell’*Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)*”

DATA DEL PROTOCOLLO: 23 marzo 2020

#### **1. PARAGRAFO DI INVITO**

Desideriamo invitarLa a partecipare a uno studio di ricerca nazionale promosso dall’Istituto Superiore di Sanità. Prima di decidere se intende o meno prendervi parte, è importante che Lei comprenda il significato della ricerca e cosa comporterà la partecipazione. Si prenda il tempo necessario per leggere le seguenti informazioni e ci ponga tutte le domande che desidera.

#### **2. QUAL È LA FINALITÀ DELLO STUDIO?**

Scopo del presente studio osservazionale è la raccolta di dati e d’informazioni cliniche e di laboratorio sull’infezione da SARS-CoV-2 nelle donne in gravidanza e in puerperio. Lo studio vuole stabilire la frequenza dell’infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza e in puerperio e il suo impatto sulla gestione clinica della gravidanza, del parto e dell’allattamento.

#### **3. PERCHÉ SONO STATO SCELTA?**

Lei è stata invitata a partecipare in quanto è in gravidanza o in puerperio e vi è il sospetto o la conferma di una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2. Se il tampone dovesse risultare negativo la sua partecipazione allo studio terminerà.

#### **4. SONO OBBLIGATA A PARTECIPARE?**

No. Solo Lei può decidere se desidera o meno partecipare. Se deciderà di farlo, Le sarà consegnata la presente nota informativa da conservare e Le sarà chiesto di firmare un consenso informato sullo studio e sul trattamento dei dati personali. Se deciderà di partecipare, sarà comunque libera di ritirarsi in qualsiasi momento, senza alcun bisogno di fornire spiegazioni. La decisione di ritirarsi (revocando il suo consenso) in qualsiasi momento, oppure la decisione di non partecipare, non pregiudicherà in alcun modo la qualità delle cure che Lei riceverà in questo ospedale.

#### **5. COSA DOVRÒ FARE IN CASO DI MIA PARTECIPAZIONE?**

Le chiederemo di leggere le informazioni contenute in questa nota informativa e di conservarla. I dati della Sua cartella clinica, che saranno utilizzati e analizzati nell'ambito dello studio, sono quelli che vengono raccolti nella pratica clinica abituale.

Tutti i dati raccolti saranno comparati e analizzati solo dal personale dello studio e specificatamente autorizzato.

Il Suo nome e quello di Suo/a figlio/a non saranno comunicati e/o divulgati esternamente all'Istituto Superiore della Sanità e saranno trattati e conservati adottando tutte le misure di sicurezza adeguate

I risultati della ricerca saranno divulgati in forma anonima e aggregata dall'Istituto Superiore di Sanità, in qualità di Titolare del presente studio prospettico e osservazionale. Riferimento essenziale nel trattamento dei dati personali saranno in ogni caso il Regolamento UE 2016/679 ed il Codice Privacy (novellato dal D.Lgs. 101/2018).

#### **6. QUANTO DURERÀ LO STUDIO?**

Lo studio durerà complessivamente 12 mesi. La raccolta dei suoi dati e di quelli di suo/a figlio/a cesserà al momento della vostra dimissione dall'ospedale.

#### **7. QUALI SONO I POSSIBILI SVANTAGGI E RISCHI DERIVANTI DALLA PARTECIPAZIONE?**

Non vi sono svantaggi né rischi derivanti specificamente dalla partecipazione al presente studio. Tutte le procedure, compresi i prelievi ematici e i tamponi, sono parte della pratica clinica abituale in pazienti con infezioni in gravidanza.

## **8. QUALI SONO I POSSIBILI VANTAGGI DERIVANTI DALLA PARTECIPAZIONE?**

Non è certo che vi possano essere dei vantaggi clinici diretti ed immediati derivanti dalla Sua partecipazione allo studio, tuttavia speriamo che, grazie all'accesso ai Suoi dati, sia possibile favorire una migliore comprensione dell'infezione e quindi migliorare la gestione clinica futura di casi analoghi al Suo.

## **9. LA MIA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO SARÀ MANTENUTA RISERVATA?**

Nel corso del presente studio, il Suo medico registrerà i suoi dati sanitari e le informazioni solo se indispensabili per l'obiettivo dello studio.

Il consenso al trattamento dei Suoi dati clinici è indispensabile allo svolgimento dello studio.

Per maggiori informazioni riguardanti la riservatezza dei dati, può consultare l'[Allegato 1a](#) e l'[Allegato 1b](#) fornito assieme a questa nota informativa.

## **10. CHE NE SARÀ DEI RISULTATI DELLO STUDIO DI RICERCA?**

I risultati dello studio saranno divulgati in forma anonima per rendere disponibili nuove conoscenze alla comunità scientifica e ai cittadini; per comunità scientifica si intende anche quella mondiale e gli studi internazionali, infatti, i dati di cui alla Sua cartella clinica e la cartella medesima in copia, resi tutti assolutamente anonimi (oscurando i suoi dati anagrafici, i dati anagrafici dei sanitari e il presidio ospedaliero in cui è stata in ricovero), potranno essere comunicati all'Istituto Superiore della Sanità affinché quest'ultimo Istituto possa contribuire agli studi multinazionali e mondiali predisposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'International Network of Obstetric Survey System per la lotta alle malattie infettive e in particolare per la prevenzione e cura dell'infezione da coronavirus in gravidanza.

## **11. CHI HA CONTROLLATO LO STUDIO?**

Il presente studio è stato controllato e approvato dal Comitato etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

## **12. CONTATTI PER ULTERIORI INFORMAZIONI**

In caso di ulteriori domande riguardanti lo studio, si prega di rivolgersi al responsabile dello studio.

Il responsabile dello studio è: Dott.ssa Serena Donati 06-49904318 [serena.donati@iss.it](mailto:serena.donati@iss.it)

**La ringraziamo per avere letto la nota informativa**

## ALLEGATO 1a

### **INFORMAZIONI E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

#### **TITOLARI DEL TRATTAMENTO DEI DATI E FINALITÀ**

L'Istituto Superiore di Sanità che ha promosso e coordina lo studio, per gli ambiti di propria competenza, tratterà i dati relativi al Suo stato di salute (Dati personali) soltanto nella misura in cui siano indispensabili in relazione alle finalità dello studio e per scopi di ricerca epidemiologica. A questo scopo, i Dati personali sopra indicati saranno raccolti dai Centri partecipanti allo studio - fra i quali è compreso l'ospedale nel quale Lei si trova ora ricoverata - e inviati all'Istituto Superiore di Sanità.

Il Suo consenso al trattamento dei Suoi Dati personali è indispensabile allo svolgimento dello studio. Nel caso di comunicazione dei dati relativi anche a Suo figlio/a sarà necessario acquisire anche il consenso del padre. Lei potrà revocare in ogni momento il Suo consenso alla partecipazione allo studio senza dover dare spiegazioni e senza compromettere l'assistenza medica futura. Tuttavia, si rappresenta che la sua revoca, per sé o per suo figlio/a, non pregiudica la liceità del trattamento dei dati raccolti sulla base del consenso precedentemente prestato ma avrà come effetto la cessazione del trattamento futuro.

#### **NATURA DEI DATI**

I Dati personali che La riguardano, saranno memorizzati, elaborati e conservati assieme ad un codice univoco e separati da quelli strettamente anagrafici, attraverso una procedura che si chiama pseudo-anonimizzazione.

#### **MODALITÀ' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

I Dati personali saranno elaborati sia elettronicamente, sia manualmente; i risultati saranno comunicati all'I.S.S. secondo quanto stabilito nello Studio in questione e potranno essere divulgati solo in formato anonimo, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici.

#### **ESERCIZIO DEI SUOI DIRITTI**

Potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR e del Codice sulla protezione dei dati personali (novellato dal D.Lgv. 101/2018) (es. accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità, opposizione e reclamo all'Autorità Garante) rivolgendosi direttamente:

- Al Titolare del trattamento, Istituto Superiore della Sanità contattabile ai seguenti recapiti: tel: 06 49902693 e-mail: Presidenza@iss.it
- Al Responsabile Protezione Dati dell'Istituto Superiore della Sanità, contattabile ai seguenti recapiti: tel: 49905428 e-mail:carlo.villanacci@iss.it
  - Potrà chiedere ulteriori informazioni sullo Studio al responsabile dello studio presso l'Istituto Superiore di Sanità: Dott.ssa Serena Donati 06-49904318 [serena.donati@iss.it](mailto:serena.donati@iss.it)

Potrà interrompere in ogni momento, e senza fornire alcuna giustificazione, la Sua partecipazione allo studio: in tal caso, non saranno raccolti ulteriori dati che La riguardano, ferma restando l'utilizzazione di quelli già raccolti in costanza di consenso allo scopo di non alterare e/o danneggiare i futuri risultati della ricerca.

Firmando il presente modulo, ho compreso che autorizzo:

1. Il trattamento dei miei Dati personali e/o di mio figlio/a
2. La comunicazione dei dati personali all'Istituto Superiore di Sanità.

Data \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATA (*in proprio e per se stessa*):

\_\_\_\_\_ (in stampatello) \_\_\_\_\_ (firma)

**CONSENSO ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI DEL NASCITURO DA PARTE DEL PADRE E DELLA MADRE NELLA LORO QUALITA' DI ESERCENTI LA RESPONSABILITA'**

**GENITORIALE:**

PADRE (n.q.)

MADRE (n.q.)

Nome e cognome (in stampatello)

Nome e cognome (in stampatello)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MODULO DI CONSENSO**

**Titolo dello studio:** “L’infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza: studio dell’Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)”

**Responsabile dello studio:** Dott.ssa Serena Donati

- a. Ha avuto a disposizione tempo sufficiente per poter leggere attentamente e comprendere ed eventualmente farsi spiegare quanto contenuto nella Scheda Informativa?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- b. Ha ricevuto dal Dott. .... che opera presso l’U.O. di Ostetricia e Ginecologia esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione allo studio in oggetto, secondo quanto riportato nella Scheda Informativa qui allegata?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- c. Ha potuto porre tutte le domande che ha ritenuto necessarie?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- d. Ha ricevuto risposte soddisfacenti?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- e. Ha chiesto il parere del suo medico o altra persona di fiducia in merito al contenuto dello studio?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- f. Se non lo ha richiesto è perché non lo ha ritenuto necessario?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- g. E’ stato informato del suo diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza compromettere l’assistenza medica futura?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- h. E’ consapevole di poter richiedere sempre informazioni sull’andamento dello studio per quanto la riguarda?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- i. Le è stato dato il nominativo del Dott.....come suo medico referente per qualsiasi ulteriore chiarimento o informazione relativa allo studio?  
SI |\_\_| NO |\_\_|

- j. Autorizza i responsabili ed autorizzati dello studio e ricevere mediante comunicazione i suoi dati che comunque verranno trattati nel corso dello studio in forma pseudo-anonima attraverso un codice univoco?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- k. Autorizza i responsabili dello studio e le altre autorità competenti ad accedere ai dati relativi alla sua partecipazione, che verranno comunque trattati come strettamente confidenziali?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- l. Le è stata rilasciata copia della Scheda Informativa e del Consenso Informato per suo riferimento?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- m. Ha avuto tempo e modi idonei per prendere una decisione consapevole?  
SI |\_\_| NO |\_\_|
- n. Accetta liberamente di partecipare alla sperimentazione, avendo compreso il significato della richiesta e i rischi ed i benefici che essa implica?  
SI |\_\_| NO |\_\_|

### **CONSENSO**

Sottoscrivendo tale modulo acconsento al trattamento dei miei dati personali e al loro trasferimento al di fuori dell'Unione europea, per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello)

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome del medico che ottiene il consenso (in stampatello)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico che ha informato il paziente \_\_\_\_\_

**CONSENSO del padre e della madre**

Sottoscrivendo tale modulo acconsentiamo al trattamento dei dati personali di nostro figlio/a e alla loro comunicazione all'Istituto Superiore di Sanità, in qualità di titolare dello studio, per gli scopi della ricerca nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitaci con il presente documento e comunque sempre nel rispetto della normativa in ambito privacy.

**CONSENSO ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI DEL NASCITURO DA PARTE DEL PADRE E DELLA MADRE NELLA LORO QUALITA' DI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE:**

PADRE (n.q.)

(nome e cognome in stampatello)

---

(firma)

---

MADRE (n.q.)

(nome e cognome in stampatello)

---

(firma)

---