

# Informazioni per il Soggetto in merito alla partecipazione alla ricerca in campo medico

Studio **RECOVERY** (versione UE)

Titolo completo: Randomised Evaluation of Covid-19 Therapy / Valutazione randomizzata della terapia COVID-19 (Nota: nell'UE lo studio sta studiando cause di polmonite diverse da COVID-19, ma a livello mondiale viene utilizzato questo titolo generale)

## Introduzione

Gentile Signore/Signora,

vorremmo chiederle di partecipare a uno studio in campo medico. La partecipazione è su base volontaria. Lei è stato contattato perché è in cura in ospedale per una polmonite causata da influenza o da un altro agente patogeno. Nell'ambito di questo studio stiamo testando diversi possibili trattamenti per la polmonite per capire se qualcuno di essi è in grado di contribuire alla guarigione dei pazienti.

Nel presente foglio informativo troverà informazioni sullo studio, sulle sue implicazioni e sui suoi vantaggi e svantaggi. Prima di decidere di partecipare, le sarà concesso tutto il tempo necessario per leggere queste informazioni. Siamo a disposizione per rispondere alle sue domande.

## Faccia le Sue domande

Potrà prendere la sua decisione in base alle informazioni contenute nel presente foglio informativo. Le suggeriamo inoltre di fare quanto segue:

- Rivolgere le sue domande al ricercatore che le ha fornito il presente foglio informativo.
- Parlare di questo studio con il suo partner, i suoi familiari o amici.
- Leggere le informazioni generali su:
  - <https://www.recoverytrial.net>
  - <https://www.aifa.gov.it/en/web/guest/ricerca-e-sperimentazione-clinica>

## 1. Informazioni generali

Il presente studio è stato realizzato dalla University of Oxford, nel Regno Unito. Di seguito, con il termine "sponsor", indicheremo sempre la University of Oxford.

Lo studio è condotto da ricercatori, che possono essere medici o personale infermieristico di ricerca, in diversi ospedali di vari Paesi europei. Lo studio è finanziato da enti di beneficenza e dal governo del Regno Unito (i dettagli sono disponibili sul sito [www.recoverytrial.net](http://www.recoverytrial.net)). Lo studio è in corso dal 2020 e finora vi hanno partecipato quasi 50.000 pazienti. Si prevede che protrarrà per ancora diversi anni e coinvolgerà molte altre migliaia di pazienti. Questo studio

è stato approvato dal Comitato di revisione etica medica Comitato Etico Territoriale Lazio Area 3.

## 2. Qual è il background dello studio?

I medici curanti hanno riscontrato la presenza di una polmonite.

La polmonite influenzale è causata dal virus dell'influenza. Altri tipi di polmonite che richiedono il ricovero ospedaliero sono generalmente causati da batteri presenti nella gola (comunemente denominata "polmonite contratta in comunità").

La maggior parte dei pazienti che contraggono queste infezioni guariscono senza bisogno del ricovero ospedaliero. La maggior parte dei pazienti ricoverati in ospedale guarisce, ma alcuni potrebbero aver bisogno di ossigeno o ventilazione meccanica. Tuttavia, una piccola percentuale non mostra segni di miglioramento. È per questo motivo che sono necessarie ulteriori ricerche per migliorare il trattamento dell'influenza e della polmonite contratta in comunità.

## 3. Qual è lo scopo dello studio?

Il presente studio prevede la sperimentazione di diversi possibili trattamenti e, sebbene tutti si dimostrino promettenti, non è noto se uno di questi trattamenti possa contribuire alla guarigione dei pazienti.

I trattamenti in fase di sperimentazione sono differenziati a seconda che si tratti di pazienti con polmonite da influenza o di pazienti con polmonite contratta in comunità e causata da altri agenti patogeni:

Per i pazienti con **polmonite da influenza**, sono in fase di sperimentazione i seguenti trattamenti:

- 1) *Oseltamivir* ("Tamiflu"), un farmaco antivirale che sopprime il virus dell'influenza ed è utilizzato da molti anni nei pazienti affetti da influenza. Sebbene sia dimostrato che riduce la durata dei sintomi nei pazienti se somministrato subito dopo l'insorgenza di un'influenza lieve, non è chiaro se apporti benefici ai pazienti ricoverati in ospedale con un'influenza più grave.
- 2) *Dexamethasone*, un tipo di steroide che riduce lo stato infiammatorio. È stato riscontrato che contribuisce alla guarigione dei pazienti affetti da COVID-19 riducendo lo stato infiammatorio nei polmoni, tuttavia non è noto se sia utile nei pazienti con influenza.

Per i pazienti con polmonite contratta in comunità, è in fase di sperimentazione un solo trattamento:

- 1) *Dexamethasone*, un tipo di steroide che riduce lo stato infiammatorio. È stato riscontrato che contribuisce alla guarigione dei pazienti affetti da COVID-19 riducendo lo stato infiammatorio nei polmoni, tuttavia non è noto se sia utile nei pazienti con polmonite contratta in comunità e causata da altri agenti patogeni.

#### 4. Cosa succede durante lo studio?

##### *Quanto dura lo studio?*

Se decide di partecipare, potrà ( o non potrà) essere sottoposto alla somministrazione dei farmaci oggetto dello studio per un massimo di 10 giorni. In caso contrario, il trattamento sarà identico a quello riservato ai pazienti che non partecipano allo studio, ad eccezione di telefonate a distanza di un mese e sei mesi per verificare il vostro stato di salute.

##### *Fase 1: è idoneo alla partecipazione?*

- Per poter partecipare è necessario avere almeno 18 anni
- Il medico deve aver formulato una diagnosi di polmonite sulla base dei sintomi e degli esami eseguiti in ospedale.
- Se ha l'influenza, questa deve essere confermata da un tampone (non esiste un test con tampone per confermare la polmonite contratta in comunità).
- Se il suo medico curante ritiene che uno qualsiasi dei trattamenti non sia adatto a lei, o che non debba assolutamente esserle somministrato, non potrà partecipare a quella parte dello studio.

Se ha l'influenza può essere idoneo alla somministrazione di uno solo o di entrambi i trattamenti di cui sopra. Se è affetto di polmonite contratta in comunità, potrà esserle somministrato un solo trattamento. Il suo medico curante o il ricercatore le spiegheranno quali sono i trattamenti adatti a lei e disponibili presso la struttura ospedaliera presso la quale verrà preso in carico.

##### *Fase 2: il trattamento*

Per ciascun trattamento ritenuto idoneo, il computer assegnerà il paziente in modo casuale, come se lanciasse una moneta, a essere sottoposto al trattamento oggetto dello studio in aggiunta all'assistenza standard presso la struttura ospedaliera (gruppo di trattamento), oppure a ricevere solo l'assistenza standard senza il trattamento oggetto dello studio (gruppo di confronto). Né lei né i medici curanti possono determinare l'assegnazione. Ciascun trattamento oggetto dello studio viene assegnato separatamente, quindi un soggetto idoneo a essere sottoposto alla somministrazione di entrambi i trattamenti antinfluenzali potrebbe essere assegnato ad entrambi i trattamenti, ad uno solo o a nessuno dei due. Le verrà comunicato quale o quali trattamenti oggetto dello studio le verranno somministrati.

I trattamenti vengono somministrati come segue:

- **Oseltamivir**: due volte al giorno per 5 giorni, somministrato per via orale (può essere somministrato tramite un tubicino nel naso se ha difficoltà a deglutire e viene somministrato per 10 giorni in caso di sistema immunitario indebolito).
- **Desametasone**: una volta al giorno per 10 giorni, somministrato per via orale o per via endovenosa (interrotto alla dimissione qualora ciò avvenga prima della fine del ciclo). In caso di gravidanza o allattamento verrà somministrato uno steroide alternativo:

prednisolone una volta al giorno, somministrato per via orale, o idrocortisone due volte al giorno, somministrato per via endovenosa.

### *Fase 3: studio e misurazioni*

Non sono necessarie visite o misurazioni aggiuntive durante la degenza ospedaliera o dopo la dimissione dall'ospedale. Le informazioni necessarie per lo studio saranno raccolte nell'ambito del trattamento giornaliero e saranno ricavate direttamente dalla cartella clinica.

Suomedico di medicina generale sarà informato di eventuali questioni rilevanti per la sua partecipazione allo studio.

### *Fase 4: visita di controllo*

Le informazioni sul suo stato di salute saranno raccolte dalla sua cartella clinica al momento della dimissione. L'équipe dello studio potrebbe contattare telefonicamente lei o un suo familiare per un aggiornamento sul suo stato di salute a distanza di un mese dall'inizio dello studio (le comunicheranno l'eventuale intenzione di farlo).

A distanza di 6 mesi, verrà effettuato una visita di controllo telefonica per un ulteriore aggiornamento sullo stato di salute (se opportuno per voi e per l'équipe dello studio, questa visita può essere effettuata anche di persona).

### *Qual è la differenza con le cure standard?*

Oltre a essere sottoposto (o meno) a uno o più trattamenti oggetto dello studio, riceverà la stessa terapia standard e gli stessi farmaci che avrebbe ricevuto se non avesse partecipato allo studio. L'Oseltamivir e gli steroidi sono utilizzati da alcuni medici per il trattamento dell'influenza e della polmonite contratta in comunità, tuttavia il medico curante non è del tutto convinto che possiate trarne beneficio.

## **5. Che accordi facciamo con Lei?**

Desideriamo che lo studio si svolga in modo ottimale. Per questo motivo desideriamo stipulare con lei i seguenti accordi:

- Lei si impegna ad assumere il trattamento oggetto dello studio nel modo in cui le è stato spiegato dal ricercatore.
- Dovrà contattare il ricercatore nelle seguenti situazioni:
  - Desiderate iniziare ad assumere altri farmaci durante il trattamento oggetto dello studio, compresi rimedi omeopatici, rimedi naturali, vitamine o medicinali da banco.
  - Non desidera più partecipare allo studio.
  - Variazione delle informazioni di contatto.

### *Donne in gravidanza e in allattamento*

Anche le donne in gravidanza o in allattamento possono partecipare a questo studio. In questo caso, il trattamento oggetto dello studio a base di desametasone sarà sostituito con

un'alternativa adatta all'uso in gravidanza, come descritto nel paragrafo 4. L'Oseltamivir, il prednisolone e l'idrocortisone si usano da molti anni nelle donne in gravidanza e in allattamento.

## **6. Quali effetti collaterali, effetti avversi o disagi potrebbe riscontrare?**

Tutti i farmaci possono avere effetti collaterali che possono variare da lievi a gravi, ed è improbabile che si verifichi una reazione grave a qualsiasi trattamento oggetto dello studio. Per maggiori informazioni, la preghiamo di rivolgersi al medico presente presso la struttura ospedaliera che è a conoscenza di quale trattamento oggetto dello studio le è stato somministrato e degli eventuali effetti collaterali. Se il medico lo ritiene necessario, il farmaco verrà interrotto o modificato.

Di seguito sono elencati gli effetti collaterali più comuni:

- L'Oseltamivir può causare cefalea e nausea e in rare occasioni anche reazioni allergiche.
- Gli steroidi, come il desametasone (anche prednisolone e idrocortisone), sono ampiamente utilizzati da decenni, ma possono avere i seguenti effetti collaterali: ritenzione di liquidi, disturbi dell'umore, appetito anomalo, glicemi alta, nausea, disturbi del sonno, aumento del rischio di infezioni, ulcerazione ed emorragia gastrica, e ipersensibilità.

## **7. Quali sono i pro e i contro se partecipi allo studio?**

La partecipazione allo studio presenta i seguenti vantaggi e svantaggi. La preghiamo di riflettere attentamente ed eventualmente confrontarsi con altre persone.

### *Vantaggi:*

Qualora venga sottoposto a uno o più trattamenti oggetto dello studio, questo potrebbe favorire la guarigione, sebbene ciò non sia certo. Tuttavia, partecipando allo studio contribuirà a far sì che i ricercatori acquisiscano maggiori informazioni sul trattamento della polmonite, il che potrebbe essere di aiuto per i futuri pazienti a livello mondiale.

### *Svantaggi:*

Come descritto in precedenza, potrebbe subire gli effetti collaterali del trattamento oggetto dello studio. La partecipazione alla telefonate di controllo dello studio comporterà un dispendio di tempo (si prevede un tempo inferiore a 15 minuti per ciascuna).

### *Se non si desidera partecipare allo studio*

Spetta a lei decidere se desidera partecipare o meno allo studio. Se non desidera partecipare, verrà sottoposto al trattamento standard per la polmonite. Se decide di non partecipare non dovrà firmare nulla e non dovrà giustificare in alcun modo la sua decisione. L'assistenza a cui sarà sottoposto non ne risentirà in alcun modo.

## 8. Quando finisce lo studio?

Il ricercatore le comunicherà eventuali nuove informazioni importanti sullo studio. Il ricercatore le chiederà quindi se desidera continuare a partecipare allo studio.

La sua partecipazione allo studio si interromperà nei seguenti casi:

- Se completa la visita di controllo a distanza di 6 mesi (telefonata o visita in presenza).
- Se desidera interrompere la partecipazione. È possibile interrompere la partecipazione in qualsiasi momento. Basterà comunicarlo direttamente al ricercatore. Non sarà necessario fornire alcuna spiegazione sul motivo dell'interruzione. In seguito verrà sottoposto al trattamento standard previsto per la patologia di cui è affetto. Il ricercatore la inviterà comunque a una visita di controllo. L'équipe dello studio le chiederà se desidera:
  - a) interrompere il trattamento oggetto dello studio ma consentire all'équipe dello studio di continuare il follow-up,
  - b) interrompere il trattamento oggetto dello studio e interrompere tutti i contatti con l'équipe dello studio, ma consentire a quest'ultima di continuare ad accedere alla sua cartella clinica per il follow-up; oppure
  - c) ritirarsi completamente dallo studio, compreso l'accesso alle cartelle cliniche.
- Il ricercatore ritiene che sia meglio che ti fermi interrompa il trattamento.
- Una delle seguenti autorità decide che lo studio debba essere interrotto:
  - La University of Oxford,
  - il governo, oppure
  - il Comitato di revisione etica medica che valuta lo studio

### *Cosa succede se Lei smette di partecipare allo studio?*

I ricercatori utilizzeranno i dati raccolti fino al momento in cui deciderà di interrompere la sua partecipazione allo studio. Qualora interrompa la sua partecipazione, i ricercatori non raccoglieranno nuove informazioni.

## 9. Cosa succede una volta terminato lo studio?

### *Riceverà i risultati dello studio?*

Non è ancora noto per quanto tempo continuerà lo studio. Al termine dello studio, i risultati saranno pubblicati su riviste mediche e saranno disponibili all'indirizzo [www.recoverytrial.net/news](http://www.recoverytrial.net/news). L'analisi dei risultati della ricerca richiede molto tempo e potrebbero essere necessari anche alcuni anni prima che i risultati siano disponibili. È possibile iscriversi per ricevere aggiornamenti via e-mail all'indirizzo [www.recoverytrial.net](http://www.recoverytrial.net).

## 10. Cosa facciamo con i Suoi dati?

Qualora lei partecipi allo studio, acconsente anche alla raccolta, all'utilizzo e alla conservazione dei suoi dati.

### *Quali dati archiviamo?*

Raccogliamo e conserviamo informazioni su di lei, come la sua età e il suo sesso, la sua patologia, il suo ricovero presso la struttura ospedaliera e i relativi esami e risultati, nonché la sua anamnesi clinica. I vostri dati saranno pseudonimizzati e saranno conservati in un database online.

### *Perché raccogliamo, usiamo e archiviamo i Suoi dati?*

Raccogliamo, utilizziamo e conserviamo i suoi dati per rispondere alle domande del presente studio. I suoi dati saranno utilizzati dallo sponsor e da chiunque colabori con lo sponsor nell'analisi dei risultati dello studio.

### *Protezione della privacy*

Per proteggere la sua privacy, attribuiamo un codice ai suoi dati (chiamati dati pseudonimizzati). Il codice è riportato solo sui dati e non sul Suoi nome. I dati possono essere ricondotti a lei solo grazie al codice chiave. Il codice chiave è conservato in un luogo sicuro presso la struttura ospedaliera. I dati inviati allo sponsor dello studio e ad eventuali altre parti coinvolte contengono solo il codice, ma non il suo nome o altre informazioni con cui può essere identificato. Anche nei report e nelle pubblicazioni sullo studio, nessuno sarà in grado di riconoscere la vostra identità.

### *Chi può vedere i Suoi dati?*

Solo determinati soggetti sono autorizzati a visualizzare il suo nome e altre informazioni personali senza codice. Si tratta di dati raccolti specificamente per il presente studio, ma anche di dati provenienti dalla sua cartella clinica. Si tratta di soggetti che hanno il compito di verificare che lo studio sia condotto in modo corretto e affidabile dai ricercatori. I seguenti soggetti possono accedere ai suoi dati:

- Membri del comitato che vigila sulla sicurezza dello studio.
- Un controllore o ispettore che viene assunto o che collabora con lo sponsor.
- Autorità di vigilanza a livello nazionale e internazionale.

Tali soggetti sono tenuti a mantenere riservati i suoi dati. La preghiamo di concedere l'autorizzazione all'accesso per tali soggetti.

### *Per quanto tempo teniamo archiviati i Suoi dati?*

Suoi dati saranno conservati presso la struttura ospedaliera per 25 anni. Questi dati potrebbero contenere informazioni identificabili. I dati saranno conservati presso lo sponsor in forma pseudonimizzati per 25 anni.

### *Conserveremo i suoi dati al di fuori dell'Unione europea*

I suoi dati in forma pseudonimizzati verranno conservati su computer nel Regno Unito. L'UE ritiene che le leggi sulla protezione dei dati del Regno Unito siano equivalenti a quelle dell'UE e garantiscano un'adeguata protezione dei dati personali.

*Possiamo utilizzare i vostri dati per altre ricerche?* I dati raccolti possono essere utili anche per altre ricerche scientifiche nel campo della polmonite. I suoi dati in forma pseudonimizzati potrebbero essere condivisi a tempo indeterminato con altri gruppi di ricerca che conducono ricerche simili o con i produttori dei trattamenti testati nell'ambito dello studio RECOVERY, comprese società commerciali e ricercatori al di fuori dell'UE e del Regno Unito. Nel modulo di consenso, lei indica se è d'accordo o meno. Non date il consenso? Può comunque partecipare a questo studio. Riceverà le stesse cure indipendentemente dalla sua scelta.

*Può revocare il consenso all'utilizzo dei Suoi dati?*

Potrà revocare il consenso all'utilizzo dei suoi dati in qualsiasi momento, senza alcuna conseguenza sui servizi, trattamenti e terapie che riceverà da noi in futuro. La preghiamo di comunicare al ricercatore se decide di procedere in tal senso. Questo vale sia per l'uso dei dati raccolti nell'ambito del presente studio, sia per l'uso di tali dati in altre ricerche in campo medico.

*Ulteriori informazioni sulla privacy?*

- Desidera saperne di più sui suoi diritti relativi al trattamento dei dati personali? Visiti [www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/2003167](http://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/2003167)
- Ha domande sui suoi diritti? O desidera presentare un reclamo in merito al trattamento dei suoi dati personali? La invitiamo a contattare il responsabile del trattamento dei suoi dati personali. Per i dettagli di contatto, si veda l'Appendice A.
- Poiché lo sponsor ha sede al di fuori dell'UE, Ecruid è stata incaricata di agire come suo rappresentante. Per i dettagli di contatto, si veda l'Appendice A.
- Se desidera presentare un reclamo in merito al trattamento dei suoi dati personali, la preghiamo di rivolgersi prima all'équipe dello studio. È possibile anche contattare il responsabile della protezione dei dati della struttura ospedaliera. Per i dettagli di contatto, si veda l'Appendice A.

*Dove può trovare maggiori informazioni sullo studio?*

È possibile trovare ulteriori informazioni sullo studio sui seguenti siti web [www.recoverytrial.net](http://www.recoverytrial.net) e [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov) (riferimento NCT04381936). Quando saranno disponibili i risultati dello studio produrrà, questi saranno pubblicati sul sito.

### **11. Riceverà un compenso per partecipare allo studio?**

I farmaci oggetto dello studio sono gratuiti. La partecipazione allo studio non prevede alcun compenso.

### **12. Le fanno una polizza assicurativa per la durata dello studio?**

Verrà stipulata un'assicurazione per tutti i partecipanti allo studio. Tale assicurazione coprirà gli eventuali danni derivanti dallo studio, ma non per tutti i danni. Per maggiori informazioni sui danni e le eventuali eccezioni, si veda l'Appendice B.

### **13. Informeremo il Suo medico di medicina generale**



Il ricercatore invierà al vostro medico di medicina generale una lettera o un'e-mail per informarlo della vostra partecipazione allo studio. Ciò è necessario per la sua sicurezza.

#### **14. Ha domande?**

È possibile porre domande sullo studio all'équipe di ricerca.

Desidera presentare un reclamo? La preghiamo di rivolgersi al ricercatore o al suo medico curante. Se preferisce non farlo, si rivolga alla Ufficio relazioni con il pubblico della struttura ospedaliera. L'Appendice A contiene tutte le informazioni di contatto.

#### **15. Come si fa a dare il consenso allo studio?**

Per prima cosa, la preghiamo di riflettere attentamente se partecipare o meno al presente studio. Successivamente, comunichi al ricercatore se ha compreso le informazioni e se intende partecipare o meno allo studio. Se desidera partecipare, la preghiamo di compilare il modulo di consenso che trova allegato al presente foglio informativo. Sia lei che il ricercatore riceverete una versione firmata del modulo di consenso.

Se non è in grado di fornire il consenso autonomamente, verrà contattato il suo rappresentante legale per fornire il consenso per suo conto. Ciò avverrà solo se il medico curante non è a conoscenza di alcuna obiezione precedentemente espressa da parte vostra in merito alla partecipazione allo studio. In Italia, i rappresentanti legalmente autorizzati nominati dal tribunale possono agire come rappresentanti legali.

Se il consenso è stato fornito per suo conto, sarà contattato per ottenere il consenso informato sullo studio e sui suoi diritti una volta riacquistata la capacità di intendere e di volere.

La ringraziamo per l'attenzione.

#### **16. Appendici alla presente informativa**

- A. Dettagli di contatto
- B. Informazioni sull'assicurazione
- C. Panoramica dello studio
- D. Modulo di consenso del partecipante
- E. Modulo di consenso del rappresentante legalmente autorizzato
- F. Modulo per il consenso al trattamento dei dati

**Appendice A: dettagli di contatto per [nome del centro partecipante]**

Centro partecipante	Ricercatore principale: Medico dello studio (se applicabile): Infermiere dello studio (se applicabile):	[nome, dettagli di contatto e accessibilità] [nome, dettagli di contatto e accessibilità] [nome, dettagli di contatto e accessibilità]
	Responsabile o autorità per la protezione dei dati personali	[servizio con dettagli di contatto e accessibilità a livello locale/nazionale]
	Reclami:	[servizio o soggetto con dettagli di contatto e accessibilità]
Rappresentante dello sponsor: Ecraid (European Clinical Research Alliance for Infectious Diseases)	Dettagli di contatto:	Archimedeslaan 6 3584 BA Utrecht, Paesi Bassi +31 (0) 6 31 11 88 61 recovery@ecraid.eu
Sponsor: University of Oxford	Dettagli di contatto:  Responsabile della protezione dei dati personali	RECOVERY Central Coordinating Office, Richard Doll Building, Old Road Campus, Roosevelt Drive, Oxford, OX3 7LF, Regno Unito +44 (0)800 138 5451 data.protection@admin.ox.ac.uk

## Appendice B: informazioni sull'assicurazione

La University of Oxford ha stipulato un'assicurazione per tutti i partecipanti allo studio. L'assicurazione coprirà i potenziali danni eventualmente subiti come conseguenza diretta della partecipazione allo studio, purché si siano manifestati non oltre 24 mesi dal termine della sperimentazione. La copertura riguarda i danni che si possono subire durante lo studio. È necessario segnalare eventuali danni alla compagnia assicuratrice nell'arco di 3 anni dalla conclusione dello studio.

Ha subito danni a seguito dello studio? **La preghiamo di segnarli al rappresentante per i reclami come indicato di seguito.**

La compagnia assicuratrice dello studio è:

Nome compagnia assicuratrice: Lloyds Insurance Company S.A

Indirizzo: Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio

Numero di telefono: +32 (0) 2 227 39 39

E-mail: LloydsEurope.Info@Lloyds.com

Numero polizza: SYB23071362B

Il responsabile dei reclami dello studio è:

Nome: Gary Priest, Responsabile rischi e assicurazione

Indirizzo: Research Services, Research Governance, Ethics and Assurance Team, University of Oxford, Boundary Brook House, Headington, Oxford, OX3 7GB

E-mail: gary.priest@admin.ox.ac.uk

Numero di telefono: 01865 689882

L'assicurazione copre un massimo di € **€1,500,000** a persona e **€10,000,000** per l'intero studio.

La preghiamo di tenere presente che l'assicurazione non copre i seguenti danni:

- Danni dovuti a un rischio oggetto di informazione nel presente documento. Ciò non si applica se il rischio si rivela maggiore di quanto si ritenesse in precedenza. Oppure se il rischio era molto improbabile.
- Danni alla salute che si sarebbero verificati anche se non avesse partecipato allo studio.
- Danni che si verificano perché non ha seguito le indicazioni o le istruzioni o non le ha seguite correttamente.
- Danni causati da un metodo di trattamento preesistente. Oppure attraverso la ricerca su un metodo di trattamento preesistente.

## Appendice C: Panoramica dello studio

Fasi dello studio	Punto di riferimento temporale	Procedure adottate nell'ambito dello studio
<b>Idoneità e randomizzazione</b>	Giorno 0	Verifica dell'idoneità: Verifica dell'anamnesi clinica Verifica dello stato di salute Se applicabile, test di gravidanza
	Giorno 0	Randomizzazione: Decisione su quali e quanti trattamenti somministrare
<b>Trattamento</b>	Giorno 1-10	Inizio del/i trattamento/i oggetto dello studio, dose e numero di giorni a seconda del trattamento specifico.  Trattamenti possibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oseltamivir due volte al giorno per 5 giorni consecutivi (o 10 giorni in caso di sistema immunitario indebolito)</li> <li>- Desametasone una volta al giorno per 10 giorni consecutivi o fino alla dimissione (a seconda di quale evento si verifica per primo). In caso di gravidanza o allattamento, il desametasone sarà sostituito dal prednisolone una volta al giorno per via orale o dall'idrocortisone due volte al giorno per via endovenosa.</li> </ul>
<b>Visita di controllo</b>	Giorno 28	Aggiornamento dello stato vitale e dello stato di salute, ottenuto tramite cartella clinica o, se necessario, contattando telefonicamente il paziente o un suo familiare
	6 mesi	Aggiornamento sullo stato di salute, ottenuto tramite una telefonata al paziente o a un suo familiare

### Appendice D: Modulo di consenso informato – Partecipante

Appartenente allo  
Studio RECOVERY-UE

- Ho letto il foglio informativo. Ho avuto la possibilità di porre domande. Ho ricevuto risposte soddisfacenti alle mie domande. Ho avuto tempo a sufficienza per decidere se partecipare o meno allo studio.
- Sono consapevole che la partecipazione è su base volontaria. Sono inoltre consapevole che posso decidere in qualsiasi momento di non partecipare allo studio. Oppure di interrompere la mia partecipazione allo studio. E non dovrò fornire alcuna giustificazione a tale decisione.
- Autorizzo il ricercatore a informare il mio medico di medicina generale della mia partecipazione al presente studio.
- Acconsento alla raccolta e all'utilizzo dei miei dati. I ricercatori utilizzeranno i miei dati esclusivamente per rispondere alle domande poste dal presente studio.
- Sono consapevole che alcuni soggetti saranno in grado di visualizzare tutti i miei dati al fine di valutare il lavoro svolto dal presente studio. Tali soggetti sono menzionati nel presente foglio informativo. Autorizzo tali soggetti a visualizzare i miei dati ai fini della revisione dello studio.
- Sono a conoscenza del fatto che i miei dati in forma pseudonimizzati potrebbero essere inviati anche in Paesi al di fuori all'Unione europea, dove non si applicano le norme sulla privacy dell'Unione europea. Sono a conoscenza che è previsto un livello analogo di protezione della privacy.
- Può barrare la casella sì o no nella tabella sottostante?

Acconsento alla conservazione a tempo indeterminato dei miei dati personali (pseudonimizzati) per l'utilizzo in future ricerche nel campo delle malattie infettive. Sì  No

- Desidero partecipare al presente studio

...../...../.....  
 Nome del partecipante STAMPATELLO                      Firma                      Data di oggi

-----

Dichiaro di aver fornito al partecipante tutte le informazioni in merito al presente studio.

Se durante lo studio dovessero emergere informazioni che potrebbero influire sul consenso del partecipante, lo informerò tempestivamente.

...../...../.....

Nome della persona IN STAMPATELLO                      Firma                      Data di oggi  
che concede il consenso

-----

**Se il partecipante non è in grado di leggere il testo e/o firmare da solo ma ha la capacità di fornire il consenso**

Ho assistito alla lettura accurata del modulo di consenso da parte del potenziale partecipante, che avuto la possibilità di porre qualsiasi domanda e ottenere risposte soddisfacenti

.  
Confermo che ha espresso liberamente il suo consenso.

...../...../.....  
Nome del testimone IN STAMPATELLO                      Firma                      Data di oggi

...../...../.....  
Nome della persona IN STAMPATELLO                      Firma                      Data di oggi  
che concede il consenso

*Il soggetto dello studio riceverà un foglio informativo completo, insieme a una copia firmata del consenso informato.*

## **Appendice E: Modulo di consenso informato – Rappresentante legalmente autorizzato**

Appartenente a

*RECOVERY – Valutazione randomizzata della terapia COVID-19*

Mi è stato chiesto di dare il consenso alla partecipazione della seguente persona al presente studio in campo medico:

Nome del soggetto: .....

- Ho letto il foglio informativo per i soggetti/rappresentanti. Ho avuto la possibilità di porre domande. Ho ricevuto risposte soddisfacenti alle mie domande. Ho avuto tempo a sufficienza per decidere se desidero che questa persona partecipi allo studio.
- Sono a conoscenza che la partecipazione è su base volontaria. Sono anche consapevole di poter decidere in qualsiasi momento che questa persona non partecipi più al presente studio. E non dovrò fornire alcuna giustificazione a tale decisione.
- Acconsento a informare il medico di medicina generale della partecipazione della persona al presente studio.
- Acconsento alla raccolta e all'utilizzo dei dati della persona per rispondere alle domande poste dal presente studio.
- Sono consapevole che alcuni soggetti saranno in grado di visualizzare tutti i dati di questa persona al fine di valutare il lavoro svolto dal presente studio. Tali soggetti sono menzionati nel presente foglio informativo. AAutorizzo tali soggetti a visualizzare i miei dati ai fini della revisione dello studio.
- Sono a conoscenza che i dati in forma pseudonimizzati di questa persona potrebbero essere inviati anche in Paesi al di fuori dell'Unione europea dove non si applicano le stesse norme sulla privacy dell'Unione europea. Sono a conoscenza che è previsto un livello analogo di protezione della privacy.
- Può barrare la casella sì o no nella tabella sottostante?

Acconsento alla conservazione a tempo indeterminato dei dati personali di questa persona (pseudonimizzati) per l'utilizzo in future ricerche nel campo delle malattie infettive.

Sì  No

- Acconsento alla partecipazione di questa persona allo studio.

Nome del rappresentante legale IN STAMPATELLO:

.....

Relazione con il soggetto dello studio: .....

Firma: .....

Data: \_\_/\_\_/\_\_

-----

Dichiaro di aver dato alla(e) persona(e) sopra citata(e) tutte le informazioni sul suddetto studio.

Se durante lo studio dovessero emergere informazioni che potrebbero influire sul consenso del rappresentante, lo informerò tempestivamente.

...../...../.....  
Nome della persona IN STAMPATELLO      Firma      Data di oggi:  
che concede il consenso

-----

-----

\* Eliminare ciò che non è applicabile.

*Il rappresentante riceverà un foglio informativo completo, insieme a una copia firmata del consenso informato.*



## Appendice F: MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali, inclusi dati relativi alla salute, che precede e in particolare di essere stato informato in merito a:

- l'identità del Titolare del trattamento dei dati,
- le modalità con le quali il trattamento avviene,
- la natura dei dati e le finalità del trattamento,
- i propri diritti, incluso il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

E acconsente

- Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 6 paragrafo 1 lettera a) e ai sensi dell'Articolo 9 paragrafo 2 lettera a) del Regolamento Europeo 2016/679 al trattamento dei dati personali e dei dati relativi alla salute secondo le modalità e nei limiti di cui alla presente Informativa.

(Data) \_\_\_\_\_ (Firma Del Soggetto Interessato) \_\_\_\_\_

Firma Leggibile del medico che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

el caso in cui il paziente o il rappresentante legale/parente/medico non coinvolto nella sperimentazione non possa leggere e/o sottoscrivere il Modulo di Consenso per il Trattamento dei Dati:

### DICHIARAZIONE DEL TESTIMONE IMPARZIALE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (Nome e Cognome del Testimone) testimonio che il/la Dottor/essa \_\_\_\_\_ ha spiegato con chiarezza al Signor/a \_\_\_\_\_ la identità del titolare del trattamento, le modalità e le finalità del trattamento, la tipologia dei dati trattati e i diritti del soggetto interessato conformemente a quanto previsto nella Informativa ex articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679, e che lo stesso, avendo avuto la possibilità di fare tutte le domande che ha ritenuto necessarie, ha accettato liberamente di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati.

(Data) \_\_\_\_\_ (Firma Del Testimone) \_\_\_\_\_