



Informativa sul trattamento dei dati personali per il Questionario sulle abitudini di fumo

(Art. 13 Regolamento UE n.679/2016)

Gentile Utente,
la U.O. Pneumologia 1 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (d'ora innanzi denominata "Aoup") promuove la partecipazione ad un'indagine volta a conoscere le abitudini di fumo dei pazienti, con lo scopo di proporre, a solo coloro che ne sono interessati ed abbiano prestato il loro consenso, l'adesione ad un percorso volto ad interrompere la dipendenza dal fumo.

La sua partecipazione a questa indagine è volontaria.

Vogliamo precisarle che in caso di rifiuto alla compilazione del questionario non ci saranno conseguenze e le saranno assicurate tutte le prestazioni sanitarie presenti e future.

Il personale della Struttura le consegnerà un Questionario sulle abitudini di fumo e lei sarà assolutamente libera/o di rispondere o meno alle domande.

Nel caso in cui intendesse intraprendere un percorso volto ad interrompere la dipendenza dal fumo, potrà compilare la sezione che trova in calce al presente documento e rilasciare il suo nome, cognome e numero di telefono, affinché il personale sanitario Incaricato della Struttura la contatti, per via telefonica, per chiedere la Sua disponibilità a recarsi presso il Centro Antifumo, dove personale specializzato le proporrà un percorso per aiutarla a smettere di fumare.

Qualunque informazione che, con la compilazione del questionario, ci fornirà sarà considerata assolutamente confidenziale. Ai dati avrà accesso esclusivamente il personale sanitario incaricato del trattamento e le informazioni che la riguardano (ovvero età, sesso, sue abitudini di fumo) verranno utilizzate in forma rigorosamente anonima ed aggregata per effettuare delle statistiche e pertanto sarà assolutamente impossibile risalire all'identità dei singoli interessati che hanno accettato di compilare il questionario e di, eventualmente, aderire al percorso.

Le informazioni raccolte con la compilazione del Questionario verranno conservate per il tempo strettamente necessario ad effettuare le statistiche ed immediatamente dopo verranno eliminate, salvo che Lei non abbia accettato di aderire al percorso antifumo.

Vogliamo precisarle che sarà assolutamente libero/a sia di accettare ad intraprendere il percorso che le verrà proposto per smettere di fumare, che di interrompere in qualunque momento la sua partecipazione al percorso.

Ogni operazione di trattamento dei dati che la riguardano sarà improntata ai principi di correttezza, liceità e trasparenza in conformità alla normativa vigente; e verrà effettuata, unicamente ad opera del personale Incaricato della Struttura, con modalità sia cartacee che informatizzate.

Il Trattamento di Comunicazione dei Dati potrà avvenire solo per disposizione normativa ovvero per lo svolgimento di attività a tutela dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana.

I Dati Personali non saranno diffusi.

Non è previsto trasferimento di dati personali in Paesi Terzi (extra UE) e in UE.

Soggetti o categorie di soggetti coinvolti ed autorizzati al trattamento

■ **il Titolare del trattamento dei dati personali** è l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana, nella persona fisica del proprio legale rappresentante, il Direttore Generale.

■ **Il Delegato del trattamento** è il Direttore della U.O. Pneumologia 1, il quale ha provveduto a nominare il personale della Struttura **Incaricato** al trattamento.

Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti

L'utente potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti di sotto riportati, ai sensi degli artt. da 12 a 23 del Regolamento UE n.679/2016, al Direttore Generale della Aoup per il tramite del Responsabile della Protezione dei Dati o presso l'U.O. Relazioni con il Pubblico Azienda Ospedaliera Pisana - Via Roma,67 - 56126 - email urp@ao-pisa.toscana.it pec-aoupisana@legalmail.it

L'interessato ha diritto di:

1) ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano ed in tal caso di ottenere **l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:**

a) delle finalità del trattamento;

- b) le categorie dei dati in questione;
 - c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
 - d) quando è possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo.
- 2) chiedere al titolare del trattamento **la rettifica e la cancellazione dei dati personali**.
- 3) chiedere al titolare del trattamento **la limitazione del trattamento** dei dati personali che lo riguardano **o di opporsi al loro trattamento**.
- 4) **revocare il consenso** prestato al trattamento dei propri dati personali
- 5) **proporre reclamo all'Autorità Garante** per la Protezione dei Dati Personali, Piazza di Monte Citorio n.121, 00186 Roma

Si indicano di seguito le modalità per ogni contatto con il:

Titolare del Trattamento, il Direttore Generale, Via Roma,67 – 56126 Pisa, email: pec-aoupisana@legalmail.it

Responsabile della Protezione dei Dati via Roma, 67 56126 – Pisa tel 050995879
pec-aoupisana@legalmail.it email: responsabileprotezionedati@ao-pisa.toscana.it

U.O. Relazioni con il Pubblico Via Roma, 67 – 56126 email urp@ao-pisa.toscana.it pec-aoupisana@legalmail.it

Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo (“Centro Antifumo”), U.O. Pneumologia 1 universitaria, Edificio 10, box informazioni, percorso “4 verde”, piano terra, tel. 050 996467

Il Titolare del Trattamento

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AD ESSERE CONTATTATO
TELEFONICAMENTE PER INTRAPRENDERE IL PERCORSO VOLTO AD INTERROMPERE LA
DIPENDENZA DAL FUMO**

Io sottoscritto/a signor/a _____

Vista la specifica informativa sopra riportata

Acconsento **NON Acconsento**

al trattamento dei miei dati personali dai soggetti individuati nell'Informativa stessa, per la finalità e secondo le modalità illustrate, e pertanto rilascio il mio numero di telefono per essere contattato telefonicamente.

N.di telefono _____

Luogo e Data _____

Firma _____



Questionario sulle abitudini di fumo



Quando avrà completato il questionario, La preghiamo di consegnarlo al sanitario dal quale l'ha ricevuto. Grazie

1 Data di compilazione: UU-UU-UUUU

2 Maschio Femmina

3 Età: UU anni compiuti

4 A quale intervento chirurgico deve sottoporsi? _____

5 Ha mai fumato regolarmente? (cioè, almeno 1 sigaretta o 1 sigaro o 1 presa di tabacco per pipa al giorno per almeno 1 anno?)

- | | |
|--|---|
| No, non ho mai fumato <input type="radio"/> | Si, fumo tutt'ora sigarette <input type="radio"/> |
| Si, ma ho smesso più di 6 mesi fa <input type="radio"/> | Si, fumo tutt'ora il sigaro <input type="radio"/> |
| Si, ma ho smesso negli ultimi 6 mesi <input type="radio"/> | Si, fumo tutt'ora la pipa <input type="radio"/> |

▶▶ Se non ha mai fumato, per Lei il questionario termina qui ❄

6 A quale età ha iniziato a fumare? UU anni

7 Nel corso degli anni in cui ha fumato, quante sigarette ha fumato in media al giorno? UU sigarette

8 Quando ha fumato l'ultima volta? UU-UU-UUUU (scriva una data, anche se è approssimativa)

▶▶ Se non ha fumato negli ultimi 6 mesi, per Lei il questionario termina qui ❄

9 Quanto tempo dopo essersi svegliato fuma la prima sigaretta?

Entro 5 minuti (3) 6-30 minuti (2) 31-60 minuti (1) Dopo 60 minuti (0)

10 Quante sigarette fuma al giorno? UU sigarette al giorno [10 o meno (0); 11-20 (1); 21-30 (2); 31 o più (3)]

11 Fuma abitualmente la pipa? Si, tutti i giorni Si, ma non tutti i giorni Mai

12 Fuma abitualmente il sigaro? Si, tutti i giorni Si, ma non tutti i giorni Mai

13 Negli ultimi 12 mesi, quante volte si è impegnato/a seriamente a smettere di fumare?
UU volte oppure Mai

14 Sta pensando seriamente di smettere di fumare?

- | | |
|--|---|
| Si, entro i prossimi 7 giorni <input type="radio"/> | No, non sto pensando di smettere ma solo di ridurre <input type="radio"/> |
| Si, entro i prossimi 30 giorni <input type="radio"/> | No, non sto pensando né di smettere né di ridurre <input type="radio"/> |
| Si, entro i prossimi 6 mesi <input type="radio"/> | Non so <input type="radio"/> |

15 È interessato/a a iniziare un programma per smettere di fumare con l'aiuto del Centro antifumo di questo ospedale? Si No