

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano

CONSENSO INFORMATO ALLA RICERCA CON MINORI

I GIOVANI E LO SMARTPHONE

FOGLIO INFORMATIVO PER LA PARTECIPAZIONE DI MINORI

Gentili genitori,

vorremmo proporvi di coinvolgere Vostro/a figlio/a in una ricerca. È Vostro diritto essere informato circa lo scopo, le caratteristiche e le modalità di svolgimento dello studio affinché possiate decidere in modo consapevole e libero se acconsentire o meno alla partecipazione di Vostro/a figlio/a. Vi invitiamo a leggere attentamente quanto riportato di seguito, i ricercatori coinvolti in questo progetto sono a Sua disposizione per rispondere alle Vostre domande.

(Responsabile dello studio)

Prof.ssa Cristina Zogmaister

cristina.zogmaister@unimib.it

(Ricercatori)

Laureanda Rigamonti Greta

g.rigamonti12@campus.unimib.it

Qual è lo scopo di questo studio?

Lo scopo generale della ricerca è studiare l'utilizzo degli smartphone da parte degli adolescenti e indagare come esso sia legato a una serie di variabili psicologiche, come l'autoefficacia percepita e l'intenzione di diminuire l'utilizzo degli smartphone. La ricerca non ha né lo scopo di rilevare il livello intellettuale né quello di verificare la bravura di Vostro/a figlio/a.

Come si svolgerà lo studio?

Lo studio prevede la compilazione di un questionario completamente anonimo. La compilazione avverrà tra novembre e dicembre 2018 nell'ambiente scolastico di Vostro/a figlio/a e richiederà circa quindici minuti.

Per quale ragione proponiamo la partecipazione di Vostro figlio/a allo Studio?

Lo studio ha l'obiettivo di indagare l'utilizzo degli smartphone da parte dei preadolescenti, dunque è necessario che i partecipanti siano dei ragazzi e delle ragazze.

E' obbligatorio partecipare allo studio?

La partecipazione è libera. Inoltre, se in un qualsiasi momento Voi o Vostra/o figlia/o dovete cambiare idea siete liberi di ritirare il consenso alla partecipazione senza dover fornire alcuna spiegazione.

Quali sono i passaggi necessari per la partecipazione allo studio di Vostra/o figlia/o?

La partecipazione allo studio avviene previa dettagliata informazione a Voi e a Vostra/o figlia/o sulle caratteristiche, sui rischi e benefici dello stesso. Al termine della fase informativa potrete acconsentire alla partecipazione allo studio di Vostro figlio/a firmando il modulo di consenso informato. È importante che anche Vostra/o figlia/o siano d'accordo a partecipare. Solo dopo che avrete espresso per iscritto il consenso, Vostra/o figlia/o potrà attivamente partecipare allo studio. Anche a Vostro/a figlio/a verrà chiesto di firmare un documento di Assenso Informato dedicato.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Piazza dell’Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano

Cosa succederà nel caso acconsentiste alla partecipazione di Vostra/o figlia/o allo studio? Cosa Le/Gli verrà chiesto di fare?

Vostro/a figlio/a avrà il compito di compilare un questionario, completamente anonimo, in cui risponderà a domande sulle sue abitudini, opinioni e atteggiamenti relativi all’uso dello smartphone (per esempio quanto tempo viene dedicato agli smartphone durante una giornata).

Quali sono i possibili rischi ed i disagi dello studio?

Non vi sono rischi noti.

Quali sono i possibili benefici derivanti dallo studio?

La ricerca ci permetterà di capire meglio il modo in cui le nuove generazioni si rapportano con il cellulare. Lo studio potrebbe inoltre comportare benefici diretti per il partecipante, poiché nel rispondere alle domande l’adolescente potrebbe essere indotto a riflettere sulla quantità e sulle modalità di utilizzo dello smartphone, acquisendo in questo modo maggiore consapevolezza sull’uso di questo strumento.

Altre informazioni importanti

Vi informiamo che lo studio verrà condotto nel rispetto dei principi etici stabiliti nella "Dichiarazione di Helsinki" e nella "Convenzione sui diritti dell’uomo e la biomedicina" (Convenzione di Oviedo). Vi informiamo anche che questo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca.

L’originale del consenso informato espresso per iscritto, da Voi firmato, verrà conservato dal Responsabile del presente studio, mentre Voi in qualità di genitori avete diritto a riceverne una copia. Durante lo studio, potrete contattare il ricercatore e/o il responsabile dello studio per qualsiasi informazione.

Vi ringraziamo per la Vostra disponibilità ed aiuto

DICHIARAZIONE DELLO SPERIMENTATORE

Dichiaro di aver fornito al genitore della/del partecipante informazioni complete e spiegazioni dettagliate circa la natura, le finalità, le procedure e la durata di questo studio di ricerca.

Dichiaro inoltre di aver fornito al genitore della/del partecipante il foglio informativo.

FIRMA DEL RICERCATORE

Data

FIRMA INFORMATIVA DEI GENITORI

Dichiaro di aver ricevuto informazioni che ci hanno permesso di comprendere il progetto di ricerca, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da Noi richiesti. Confermiamo che ci è stata consegnata copia del presente documento informativo.

FIRMA GENITORE / TUTORE

Data

FIRMA GENITORE / TUTORE

Data



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano

Note:

- Nel caso uno dei genitori sia impossibilitato a firmare, il genitore presente, sottoscrivendo il presente documento, si assumerà la responsabilità di informare adeguatamente l'altro.
- Nel caso vi sia un unico genitore o tutore legale, sarà sufficiente un'unica firma.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano

ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO

Nome e Cognome del minore partecipante allo studio

.....

Noi sottoscritti

- Nome: _____ Cognome: _____

- Nome: _____ Cognome: _____

in quanto genitori/tutori del suddetto partecipante,

- Dichiariamo di aver ricevuto spiegazioni esaurienti in merito alla richiesta di partecipazione di nostra/o figlia/o allo studio sperimentale in oggetto e sufficienti informazioni riguardo ai rischi e ai benefici implicati nello studio, secondo quanto riportato nel foglio informativo in allegato.
- Dichiariamo di aver potuto discutere tali spiegazioni, di aver potuto porre tutte le domande che abbiamo ritenuto necessarie e di aver ricevuto in merito risposte soddisfacenti.
- Siamo stati inoltre informati del diritto di poter ritirare il consenso per la partecipazione di Nostra/o figlia/o dalla sperimentazione in qualsiasi momento e del nostro diritto ad avere libero accesso alla documentazione relativa alla sperimentazione ed alla valutazione espressa dal Comitato Etico.

Pertanto, alla luce delle informazioni che ci sono state fornite (selezionare l'opzione prescelta):

- Io sottoscritta/o in qualità di genitore/tutore legale
(Genitore/ tutore J)

DEL ACCONSENTO DEL NON ACCONSENTO Alla partecipazione di Mia/o figlia/o allo studio.

LUOGO DATA

FIRMA DEL GENITORE

LUOGO DATA

FIRMA DEL RICERCATORE

- Io sottoscritta/o in qualità di genitore/tutore legale
(Genitore/tutore K)

DEL ACCONSENTO DEL NON ACCONSENTO Alla partecipazione di Mia/o figlia/o allo studio.

LUOGO DATA

FIRMA DEL GENITORE

LUOGO DATA

FIRMA DEL RICERCATORE



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 - 20126 Milano

Note:

- Nel caso uno dei genitori sia impossibilitato a firmare, il genitore presente, sottoscrivendo il presente documento, si assumerà la responsabilità di informare adeguatamente l'altro.
- Nel caso vi sia un unico genitore o tutore legale, sarà sufficiente un'unica firma.