



UNIVERSA
UNIVERSIS
PATAVINA
LIBERTAS

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI

*“Noia, benessere psicologico e uso dei social media in adolescenti Italiani in tempo di
Pandemia da COVID-19”*

Responsabile scientifico: Dr.ssa Marina Miscioscia
marina.miscioscia@unipd.it; tel.049.827.65.48

Gentilissime e Gentilissimi,

stiamo conducendo uno studio dal titolo *“Noia, benessere psicologico e uso dei social media in adolescenti Italiani in tempo di Pandemia da COVID-19”*.

La nostra indagine ha come obiettivo quello di valutare il vissuto di noia ne* adolescenti, il loro stato psicologico, percezione delle relazioni familiari e uso dei social network durante questo particolare momento di emergenza sanitaria, a seguito delle misure messe in atto per il contenimento del contagio da COVID-19.

Questa ricerca potrà aiutarci a comprendere meglio cosa pensano e provano adolescenti che vivono questo periodo in cui molte delle loro routine sono state drasticamente modificate.

A chi viene proposto questo studio?

Lo studio viene proposto a tutt* ragazz* di età compresa tra 13 e 19 anni.

Cosa succederebbe se su* figli* partecipasse a questo studio.

Dopo essere stat* adeguatamente informat* e previa firma del Consenso Informato da parte dei genitor* o tutor* legale, verrà inviato al genitore un link al quale potrete far completare a vostri* figli* alcuni questionari. Laddove la scuola ne preveda la possibilità, i questionari potranno essere completati in classe alla presenza di un* ricercator* coinvolt* nello studio.

Nello specifico il format online è diviso in 4 parti principali:

1. Informazioni di carattere sociodemografico come età, genere ecc.: 10 items Es. “Quanti anni hai?, In che regione vivi?”

2. Informazioni rispetto alle abitudini generali: 10 items Es. “Di solito a che ora ti svegli?”, “Quante ore dormi in media a notte?”

3. Stato psicologico, benessere (presenza di sintomi di ansia, depressione, stress e regolazione emotiva) e relazioni (106 items). Es: “Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare lo stato di calma”, “Non riesco proprio a provare delle emozioni positive”; “Nella mia famiglia parliamo tra di noi delle cose che riteniamo importanti”, “Parlare dei miei problemi con i miei amici mi fa vergognare o sentire ridicolo”.

4. Livello di noia e social network: 32 items Es. “Il tempo sta passando più lentamente del solito”, “Mi distraigo facilmente”; “Hai sentito il bisogno di usare sempre di più i social media?”, “Hai usato i social media per dimenticare i tuoi problemi personali?”

Cosa succederebbe se decidesse di non far partecipare su* figli* a questo studio?

Sono informat* che mi* figli* e io abbiamo il diritto di non partecipare o di interrompere la partecipazione allo studio in qualsiasi momento, senza dover fornire alcuna motivazione o spiegazione al ricercatore, senza alcuna penalizzazione.

Quali sono i possibili rischi e disagi dello studio?

Non sono previsti rischi di alcun genere.

Quali sono i possibili benefici derivanti dallo studio?

Il presente studio permette uno sguardo sul benessere generale de* ragazz* tra gli 13 e 19 anni, come le vostre figlie ed i vostri figli stanno vivendo questo delicato momento, in termini delle emozioni sperimentate, dello stress percepito o delle risorse che mettono in campo per gestire questo momento delicato.

ALTRE INFORMAZIONI IMPORTANTI

Quali sono i suoi diritti?

Lei avrà in ogni momento il diritto di ritirare la Sua autorizzazione e di interrompere la Sua partecipazione e quella di su* figli* alla ricerca.

A meno che non sia richiesto da Autorità regolatorie o dalla normativa vigente con lo scopo di verificare le informazioni ottenute dallo studio, solo l* sperimentator* incaricati potranno avere accesso ai dati raccolti che riportino alla Sua identità.

Cosa deve fare per partecipare?

Le verrà anche richiesto di datare e firmare il Consenso in forma breve di seguito riportato, che garantisce che Lei abbia letto e recepito tutte le informazioni che Le sono state fornite, che ha compreso gli scopi della ricerca, i relativi rischi, i benefici futuri che potranno derivarne e che, infine, ha dato liberamente il suo consenso alla partecipazione.

Copia del consenso firmato (firmato da entrambi i genitori o di tutor* legali) dovrà essere inviata a marina.miscioscia@unipd.it.

L'originale del Consenso Informato Scritto da Lei firmato rimarrà archiviato presso il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione.

Chi potrà utilizzare i dati della ricerca?

I risultati e le altre informazioni che deriveranno da questa ricerca potranno essere presentati a comunità scientifiche nazionali e internazionali. In ogni caso, i dati presentati saranno anonimi e aggregati. La Sua identità e quella di sua figlia o di suo figlio quale partecipante allo studio non sarà mai rivelata in alcuna relazione o pubblicazione riguardante questa ricerca.

La responsabile dello studio in oggetto è la Dott.ssa Marina Miscioscia, Ricercatrice Interdipartimentale e Psicologa Psicoterapeuta, che rimarrà l'unico proprietario di tutti i dati raccolti e delle eventuali scoperte che ne deriveranno.

Questo studio non è finanziato da alcuna organizzazione con interessi commerciali e Lei non ne trarrà alcun beneficio economico.

A chi chiedere informazioni?

Lei può trattenere la parte informativa di questo documento. Se desidera ulteriori informazioni sullo studio in oggetto può contattare la responsabile scientifica del progetto:

Dott.ssa Marina Miscioscia, marina.miscioscia@unipd.it 0498276548

Manifestazione scritta del consenso informato

I/le sottoscritti/e _____,
presa in considerazione l'opinione favorevole di nostr* figli*, dichiariamo di accettare che nostr* figli* _____
partecipi allo studio “*Noia, benessere psicologico e uso dei social media in adolescenti Italiani in tempo di Pandemia da COVID-19*”, studio descritto nel documento sottoposto alla nostra attenzione e spiegato adeguatamente.

Inseriamo qui di seguito l'indirizzo mail dove desideriamo ricevere il link dei questionari che mi* figli* compilerà: _____

Laddove la scuola ne preveda la possibilità, i questionari potranno essere completati in classe alla presenza di un ricercatore o ricercatrice.

In questo caso Autorizzo Non autorizzo

Di essere informati che i ragazz* che non parteciperanno alla sperimentazione saranno coinvolt* in altre attività che saranno concordate con l'insegnante così da evitare la perdita delle lezioni.

Il nostro consenso è espressione di una libera decisione, non influenzata da promesse di benefici economici o di altra natura, né di obblighi nei confronti dei ricercatori responsabili dello studio.

Ci è stata data l'opportunità di leggere le informazioni contenute nella parte informativa del documento, le abbiamo ben comprese e sono state date risposte soddisfacenti alle domande circa gli scopi e le metodiche usate nella ricerca.

Inoltre dichiariamo:

1. Di essere a conoscenza che lo studio è in linea con le vigenti leggi D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati e di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati dalle vigenti leggi (D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016). La responsabile della ricerca si impegna ad adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente in termini di raccolta, trattamento e conservazione di dati sensibili.
2. Di sapere di poter ritirare la partecipazione del* propri* figli* dal presente studio in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, senza alcuna penalizzazione e ottenendo il non utilizzo dei Suoi dati. Qualora il/la genitrice o il genitore non fosse presente in sede di raccolta dati,

potrà delegare altre figure (es., tutor, insegnanti, ricercatori, ecc.) ad interrompere la ricerca qualora queste lo ritenessero opportuno.

3. Siamo a conoscenza che la nostra partecipazione e quella di nostr* figli* non prevedono una restituzione individuale e clinica dei risultati; eventualmente, se richiedi, posso essere forniti i dati grezzi raccolti congiuntamente ai relativi dati normativi di riferimento, se disponibili. Poiché il presente studio non ha finalità cliniche, siamo stati informati che dovremo rivolgerci ad una/o specialista per l'eventuale interpretazione dei dati.
4. Esprimo inoltre il consenso ai sensi del D.L.196 e successive modifiche, in materia di dati personali, affinché i dati relativi alla ricerca vengano raccolti ed archiviati dalla responsabile della ricerca, senza che sia possibile in nessun modo risalire da essi alla mia identità da parte di persone estranee allo studio in oggetto.
5. Di essere a conoscenza che i dati saranno raccolti in forma confidenziale (nome/codice).
6. Di essere a conoscenza che i dati del* propri* figli* saranno utilizzati esclusivamente per scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza.
5. Di sapere che le persone che afferiscono all'ente in cui verrà effettuata la raccolta dati (ad es., insegnanti, educatori) della Scuola _____ non avranno accesso ai dati della ricerca e/o ai dati sensibili del/la partecipante.
7. Di sapere che la protezione dei dati di su* figli* è designata con Decreto del Direttore Generale 4451 del 19 dicembre 2017, in cui è stato nominato un Responsabile della Protezione dati, privacy@unipd.it.

Mi è stata consegnata copia del presente documento (documento informativo e consenso informato firmato e datato).

Si dà atto che il/la minore ha partecipato attivamente nelle proprie possibilità al colloquio informativo.

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL/DEI GENITORE/I o TUTORE/TUTRICE LEGALE: _____

FIRMA DEL/DEI GENITORE/I o TUTORE/ TUTRICE LEGALE e DATA: _____

DICHIARAZIONE DELLO SPERIMENTATORE

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni e dettagliate spiegazioni circa la natura e la finalità, le procedure e la durata dello studio. Ho fornito al genitore il foglio informativo e copia datata e firmata del modulo di consenso informato

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO:

FIRMA DELLO/A SPERIMENTATORE/TRICE: _____ DATA: _____