

CONSENSO INFORMATO ALLA RICERCA CON MINORI

Titolo dello studio: Ansia e stress si “curano” nei musei: uno studio con adolescenti

FOGLIO INFORMATIVO PER LA PARTECIPAZIONE DI MINORI

Gentili genitori,

vorremmo proporvi di coinvolgere Vostra/o figlia/a in una ricerca. È Vostro diritto essere informati 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 Vostra/o figlia/o. Vi invitiamo a leggere attentamente quanto riportato di seguito, i ricercatori coinvolti in questo progetto sono a Vostra disposizione per rispondere alle Vostre domande

(Responsabile dello studio)

Elena Nava

339 6535343

Qual è lo scopo di questo studio?

Lo scopo generale del presente studio è quello di indagare l'effetto di alcune tecniche ed esperienze di tipo artistico, cognitivo, e meditativo, tipicamente destinate alla riduzione dello stress e alla promozione del benessere, in contesto museale.

Come si svolgerà lo studio?

Lo studio sarà condotto in aperto. Questo significa che sia Voi sia Vostro figlio/a, che il ricercatore siete a conoscenza della procedura sperimentale e del gruppo di appartenenza. Lo studio si svolgerà in tre fasi distinte: nella prima e nella terza fase verrà proposta la compilazione di alcuni questionari volti all'indagine della personalità e livelli di stress di vostro figlio/a. La seconda fase, invece, prevedrà un'esperienza interattiva, di circa 60 minuti.

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

La partecipazione a questo studio rappresenta un'opportunità per contribuire attivamente alla ricerca scientifica in un ambito di particolare interesse (lo studio della mente umana e la promozione del benessere), ma anche di sviluppare nuove conoscenze e competenze. In particolare, grazie alla partecipazione alle varie esperienze interattive, è possibile esperire direttamente le potenzialità del contesto museale e approfondire la conoscenza dei processi cognitivi coinvolti. La partecipazione contribuirà a rendere più efficace, in termini di future applicazioni pratiche, la conoscenza scientifica relativamente alla promozione del benessere in ambito museale. Inoltre, si tratta di uno studio pionieristico rispetto allo sviluppo di training innovativi nel campo dei processi negoziali.

È obbligatorio partecipare allo studio?

La partecipazione è completamente libera. Inoltre, se in un qualsiasi momento, Voi e/o Vostra/o figlia/o dovete cambiare idea, siete liberi di ritirare il consenso alla partecipazione farlo 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 proposto. Se Vostra/o figlia/o è maggiore di 12 anni, è previsto un documento di Assenso Informato dedicato.

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

La procedura sperimentale/il progetto di ricerca prevede tre fasi:

- 1) in una prima fase vi verrà chiesto di compilare dei questionari per indagare caratteristiche di personalità, nonché un'autovalutazione dei livelli di stress;
 - 2) la seconda fase prevede la partecipazione a un'esperienza interattiva all'interno di una delle sale del Museo, per la durata di 60 minuti;
 - 3) la terza e ultima fase consiste in un nuovo assesment come in fase (1).
- La durata complessiva dello studio sarà di circa due ore.

Quali sono i possibili rischi ed i disagi dello studio?

Non vi sono rischi noti in merito alla partecipazione ad attività di tipo artistico/cognitivo/meditativo. Per quanto riguarda la fase 2 e l'applicazione di BCI, esso consiste in una tecnica totalmente non invasiva che permette di registrare l'attività cerebrale in modo completamente non invasivo.

La invitiamo, comunque, a segnalare in qualsiasi momento eventuali sensazioni spiacevoli, stanchezza o confusione allo sperimentatore. Se in qualsiasi momento il Ragazzo/a o il genitore volesse interrompere lo studio, basterà comunicarlo allo sperimentatore.

Quali sono i possibili benefici derivanti dallo studio?

Le attività interattive proposte saranno orientate alla promozione del benessere e alla riduzione dello stress e permetteranno ai partecipanti di sperimentarsi in attività di apprendimento nuove, grazie a un'equipe multidisciplinare dedicata, allenando anche alcune competenze di tipo artistico e cognitivo.

Cosa accadrà se nel corso dello studio emergessero informazioni che riguardano la salute di Vostra/o figlia/o?

Qualora emergessero dallo studio informazioni potenzialmente utili per la salute di Vostra/o figlia/o (i.e. risultati compatibili con una difficoltà in un ambito psicologico o di apprendimento), potrete esprimere la scelta di essere informati o meno, nella sezione "Espressione di consenso informato".

Come viene garantita la riservatezza delle informazioni?

Lo sperimentatore chiederà a Vostro figlio/a di fornire alcuni dati personali, quali il genere, l'età, le sue abitudini relativamente al contesto museale, alcune caratteristiche di personalità e un'autovalutazione dello stress.

Queste informazioni, così come i dati che emergeranno nel corso della ricerca, sono importanti per il corretto svolgimento dello studio. La riservatezza di tutte le informazioni sarà garantita pseudonimizzando i dati: il materiale raccolto sarà reso non ricollegabile all'identità del partecipante allo studio utilizzando semplicemente un numero. Tale materiale sarà analizzato e trattato a scopo di ricerca scientifica solo da parte del personale incaricato all'esecuzione dello Studio.

Il trattamento dei dati non contempla un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.

I dati sensibili verranno trattati secondo le normative vigenti e nel rispetto della privacy e custoditi dal ricercatore presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca.

Come saranno usati i dati personali di Vostra/o figlia/o?

I dati raccolti saranno utilizzati in forma anonima ed aggregata, in modo da non poter risalire ai dati dei singoli individui, per lavori di tesi e/o di pubblicazioni scientifiche, in accordo a quanto è stabilito nella



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

"Autorizzazione al trattamento dei dati personali per scopi scientifici", che firmerete separatamente, se deciderete di acconsentire alla partecipazione di Vostro figlio/figlia allo Studio. Pertanto, i nomi dei minori che hanno preso parte alla ricerca non verranno mai utilizzati, né verranno fornite informazioni che potrebbero consentirne l'identificazione.

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

Elena Nava

FIRMA INFORMATIVA DEI GENITORI

Dichiariamo 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 DEL GENITORE

Data

FIRMA DEL GENITORE

Data

ESPRESSIONE DI CONSENSO INFORMATO

Sigla Partecipante

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/oin qualità di genitore/tutore legale
(Genitore/ tutore J)

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	Alla partecipazione di Mia/o figlia/o allo studio
<input type="checkbox"/>	VOGLIO	<input type="checkbox"/>	NON VOGLIO	Essere informata/o su eventuali risultati utili alla salute di mia/o figlia/o derivanti dallo studio stesso (se applicabile). Nel caso desideri essere informata, indicare un contatto telefonico:

LUOGO DATA

FIRMA DEL GENITORE

LUOGO DATA

FIRMA DEL RICERCATORE

Io sottoscritta/oin qualità di genitore/tutore legale
(Genitore/tutore K)

<input type="checkbox"/>	ACCONSENTO	<input type="checkbox"/>	NON ACCONSENTO	A partecipare allo studio
<input type="checkbox"/>	VOGLIO	<input type="checkbox"/>	NON VOGLIO	Essere informata/o su eventuali risultati utili alla salute di Mia/o figlia/o derivanti dallo studio stesso (se applicabile). Nel caso desideri essere informata, indicare un contatto telefonico:

LUOGO DATA

FIRMA DEL GENITORE

LUOGO DATA

FIRMA DEL RICERCATORE

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.