



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in Infermieristica

**Educazione al primo soccorso
nella scuola primaria: uno studio
qualitativo per la progettazione
didattica**

**Relatore:
Dott. Daniele Messi**

**Tesi di Laurea di:
Ilaria Shahaj**

**Correlatore:
Prof.ssa Erica Adrario**

A.A. 2020/2021

INDICE

Introduzione	1
• Background.....	11
Obiettivo	12
Materiali e metodi.....	13
• Disegno di ricerca	13
• Popolazione.....	13
• Campione e campionamento.....	13
• Setting	14
• Metodologia di ricerca e variabili.....	14
• Strumenti.....	15
• Metodi di analisi dati	15
• Periodo di analisi	15
• Autorizzazione aziendale e gestione dei dati.....	15
Risultati.....	16
• Fase 1: Focus Group	16
• Fase 2: Osservazione diretta	18
Discussione	20
Conclusioni	27
Progettazione didattica.....	28
• Analisi della situazione e del bisogno formativo.....	28
• Definizione degli obiettivi educativi.....	28
• Pianificazione della valutazione	29
• Pianificazione dell'evento per le insegnanti e i genitori.....	30

• Pianificazione dell'evento educativo rivolto ai bambini	31
Bibliografia e Sitografia.....	32
Allegati.....	34

ABSTRACT

Introduzione: L'arresto cardiaco è la terza causa di morte in Europa, nonostante il progresso dei trattamenti e della prevenzione. Secondo dati statistici raccolti dall'Italian Resuscitation Council, in Europa 400.000 persone sono colpite da arresto cardiaco in un anno, di cui 60.000 solo in Italia. Solo nel 15% dei casi la RCP viene iniziata da qualcuno dei presenti e il 70% degli arresti avviene in presenza di qualcuno che potrebbe iniziare la rianimazione cardiopolmonare. La sopravvivenza in caso di arresto con ritmo defibrillabile diminuisce significativamente con ogni minuto di ritardo nella defibrillazione. Essa, se eseguita entro 3-5 minuti dal collasso può produrre un tasso di sopravvivenza che raggiunge il 50-70%, ma nonostante questi numeri, l'uso dei defibrillatori rimane basso in Europa. Promuovere la cultura del Primo Soccorso a partire dalla scuola primaria, può portare a un incremento di vite salvate in caso di arresto cardiaco.

Obiettivo: progettare un programma formativo di primo soccorso rivolto ai bambini della scuola primaria.

Materiali e metodi: è stato condotto un focus group con le insegnanti della scuola primaria e secondaria di primo grado; successiva osservazione diretta nella pratica di insegnamento con possibilità di intervento.

Risultati: i messaggi trasferiti, durante il focus group, attraverso l'analisi della comunicazione non verbale ha permesso di registrare elevato coinvolgimento e apertura nella comunicazione. La presentazione del progetto formativo ha suscitato interesse e volontà di approfondimento da parte dei bambini.

Conclusioni: la formazione rivolta ai bambini necessita di ulteriori miglioramenti per poter, in futuro, ottenere risultati soddisfacenti; compito di istruire i bambini dovrebbe essere degli esperti dell'emergenza affiancati dalle insegnanti della scuola primaria.

Parole chiave: primo soccorso, BLS, scuola primaria, focus group.

INTRODUZIONE

L'arresto cardiaco è la terza causa di morte in Europa, nonostante il progresso dei trattamenti e della prevenzione. Secondo dati statistici raccolti dall'Italian Resuscitation Council, in Europa 400.000 persone sono colpite da arresto cardiaco in un anno, di cui 60.000 solo in Italia. Solo nel 15% dei casi la RCP viene iniziata da qualcuno dei presenti e il 70% degli arresti avviene in presenza di qualcuno che potrebbe iniziare la rianimazione cardiopolmonare. La sopravvivenza in caso di arresto con ritmo defibrillabile diminuisce significativamente con ogni minuto di ritardo nella defibrillazione. Essa, se eseguita entro 3-5 minuti dal collasso può produrre un tasso di sopravvivenza che raggiunge il 50-70%, ma nonostante questi numeri, l'uso dei defibrillatori rimane basso in Europa. Per BLS si intende l'insieme delle seguenti manovre: il riconoscimento della condizione di arresto cardiaco (AC), l'attivazione dei sistemi di soccorso, il mantenimento della pervietà delle vie aeree e il supporto del respiro e del circolo senza l'uso di strumenti diversi dai soli presidi di protezione personale (Linee guida IRC e ERC 2021). L'arresto cardiaco è la cessazione dell'attività cardiaca meccanica con conseguente assenza di circolazione del flusso sanguigno. Quando cessa la circolazione sanguigna, viene improvvisamente a mancare l'ossigeno al cervello e si ha in pochi secondi la perdita di coscienza. Dopo 4 minuti iniziano i danni cerebrali, dopo 10 minuti le lesioni diventano irreversibili (morte cerebrale). Le cause di un arresto cardiaco possono essere primarie (dovute da patologie/malformazioni cardiache) o secondarie (in seguito ad arresto respiratorio ed anossia, trauma). La sopravvivenza all'arresto cardiaco dipende, dunque, da una serie di interventi vitali. Se l'applicazione di una di queste azioni è trascurata o ritardata, le possibilità di sopravvivenza si riducono drasticamente. La Catena della Sopravvivenza (Figura 1) dell'AHA descrive tali sequenze di azioni tra loro strettamente collegate come gli anelli di una catena che sintetizzano i passaggi fondamentali per soccorrere una persona in arresto cardiocircolatorio.



Figura 1 Catena della Sopravvivenza per l'adulto Fonte: American Heart Association 2020

Lo scopo è quello di mantenere e ripristinare il normale flusso circolatorio e l'ossigenazione degli organi nobili come cuore e cervello, che altrimenti subirebbero danni irreversibili. La Catena della Sopravvivenza si basa su quattro principi fondamentali:

1) Riconoscimento precoce e chiamata d'aiuto

Importanza del riconoscimento del paziente a rischio di arresto cardiaco, e della richiesta d'aiuto, nella speranza di prevenire l'arresto cardiaco. La maggior parte dei pazienti presenta segni di deterioramento fisiologico nelle ore precedenti all'arresto cardiaco o ha sintomi premonitori per un tempo significativo prima dell'arresto cardiaco. Pertanto, un dolore al torace dovrebbe essere riconosciuto come sintomo di un'ischemia del miocardio. Riconoscere l'origine cardiaca di un dolore toracico e chiamare i servizi d'emergenza (118/112) prima che la vittima collassi, permette al servizio di emergenza territoriale di arrivare al più presto, possibilmente prima che si presenti l'arresto cardiaco, migliorando la possibilità di sopravvivenza. Il riconoscimento precoce è vitale per permettere una rapida attivazione del servizio di emergenza territoriale e l'immediato inizio della RCP da parte degli astanti (F. Semeraro, et al., 2021).

2) RCP precoce

È importante iniziare tempestivamente le manovre di rianimazione cardiopolmonare per "guadagnare tempo". La RCP immediata può raddoppiare o triplicare la sopravvivenza

da arresto cardiaco. Le manovre di RCP di base (compressioni toraciche esterne + ventilazioni di soccorso) non sono in grado, da sole, di far ripartire un cuore che si è fermato, ma, se correttamente applicate, consentono una maggior efficacia degli interventi successivi. Inoltre, quando chi chiama la Centrale Operativa non è addestrato alla RCP, l'operatore di centrale deve fornire istruzioni utili a effettuare una RCP con le sole compressioni toraciche mentre attende l'arrivo del soccorso medico avanzato.

3) Defibrillazione precoce

La RCP associata alla defibrillazione entro i primi 3-5 minuti dall'arresto cardiaco può far aumentare la sopravvivenza al 49-75% circa, mentre ogni minuto di ritardo della defibrillazione riduce la probabilità di sopravvivenza di circa il 10-12%.

4) Trattamento post rianimatorio per il ripristino della qualità di vita

Supporto delle funzioni vitali con la gestione delle vie aeree, il trattamento farmacologico e la correzione delle cause dell'arresto cardiaco.

La Catena della Sopravvivenza così come attualmente configurata si concentra sugli interventi specifici anziché sulla potenziale efficacia di ciascun anello. Per una migliore sopravvivenza si raccomanda di dare la priorità al riconoscimento dell'arresto cardiaco e alla RCP precoce, e mettere in secondo piano le cure post rianimatorie.

Il BLS-D consiste nella sequenza delle seguenti azioni:

Valutare che l'ambiente sia sicuro per sé stessi, la vittima e gli altri presenti. Valutare lo stato di coscienza della vittima scuotendola dal bacino e chiedere ad alta voce "Come ti senti?". Se la vittima non risponde, metterla in posizione supina, allineare il corpo e scoprire il torace. Aprire le vie aeree mettendo una mano sulla fronte e la punta delle dita dell'altra mano sotto il mento, estendere indietro la testa gentilmente e sollevare in alto il mento. Attivare MO.TO.RE, osservare quindi la vittima per non più di 10 secondi e valutare il Movimento, la Tosse e il Respiro. Se la vittima respira a stento, oppure fa respiri sporadici, molto lenti o rumorosi, non sta respirando normalmente. Se la respirazione è assente o è anormale, chiedere a qualcuno dei presenti di chiamare i servizi di emergenza (112 o 118) senza allontanarsi dalla vittima, se ciò non è possibile allontanarsi dalla vittima il tempo necessario per chiamare i soccorsi. Chiedere a chi è presente di cercare e portare un DAE, se si è da soli non allontanarsi dalla vittima ma iniziare la RCP. Inginocchiarsi al lato della vittima, mettere il calcagno di una mano al centro del torace della vittima (questo punto corrisponde alla metà inferiore dello

sterno), sovrapporre l'altra mano sulla prima incrociando le dita, mantenere le braccia tese, posizionarsi verticalmente sopra il torace della vittima (Figura 2) e comprimere abbassando lo sterno di almeno 5 cm (ma non più di 6cm). Dopo ogni compressione, lasciare che il torace ritorni alla posizione di partenza ma senza perdere contatto tra le mani e lo sterno della vittima. Ripetere le compressioni ad una frequenza di 100-120 al minuto.

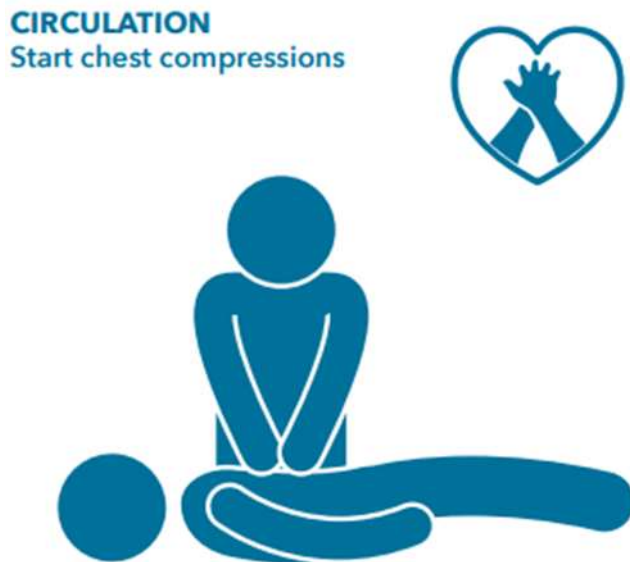


Figura 2 Compressioni toraciche Fonte: Linea Guida 2021 European Resuscitation Council.

Appena arriva, accendere il DAE e applicare le sue piastre sul torace nudo della vittima come raffigurato sulle piastre stesse. Se si fosse in due a soccorrere la vittima, uno dei due dovrebbe continuare le compressioni mentre l'altro accende il DAE e attacca le piastre sul torace. Seguire le istruzioni vocali e visive fornite dal DAE, se consiglia lo shock assicurarsi che nessuno stia toccando la vittima, premere il pulsante di shock quando il DAE lo chiede, riprendere immediatamente le compressioni e continuare a seguire le istruzioni del DAE. Non interrompere la rianimazione finché:

- Un operatore sanitario non dice di fermarsi oppure
- La vittima dà dei chiari segni di risveglio, si muove, apre gli occhi e riprende a respirare normalmente oppure
- Si è esausti

Se, invece, si è sicuri che la vittima stia respirando normalmente ma non risponde, metterla in posizione laterale di sicurezza, essere comunque pronto a riprendere immediatamente la RCP se la vittima non risponde e smette di respirare normalmente.

Problemi cardiovascolari sono più frequenti negli adulti, nei bambini, invece, il rischio maggiore è quello di incorrere in emergenze respiratorie in cui l'arresto cardiaco è successivo all'arresto respiratorio.

Secondo la Società Italiana dei Sistemi 118, ogni settimana una persona muore per soffocamento a causa di un boccone che va di traverso e ostruisce le vie aeree. Simili anche le stime del Ministero della Salute, che ha stilato delle specifiche Linee di indirizzo per la prevenzione del soffocamento da cibo: negli ultimi 10 anni il trend di incidenti è stato stabile, mantenendosi vicino alle mille ospedalizzazioni all'anno. Includendo anche i "quasi-eventi" e gli episodi di minore gravità (ovvero i casi risolti direttamente in famiglia, senza ricorso ai sanitari), si ritiene però che l'incidenza reale del problema sia superiore di quasi 80 volte rispetto al dato dei ricoveri, raggiungendo quindi gli 80mila episodi all'anno, solo in Italia. Un ultimo riferimento statistico, molto duro: in Italia, l'Istat riscontra che il 27% delle morti accidentali nei bambini da 0 a 4 anni avviene per soffocamento causato da inalazione di cibo o di corpi estranei, circa 50 sono i decessi totali causati da soffocamento e, più in generale, in Europa ogni anno muoiono 500 bambini per effetti di queste situazioni. I più colpiti dal fenomeno sono i bambini di età inferiore ai tre anni, ma strozzarsi con del cibo può succedere anche a persone adulte e ad anziani. E non c'è solo il problema del cibo, perché anche l'inalazione di corpi estranei può essere fatale e rientra nei casi di incidenti domestici, prima causa di morte dei bambini nei Paesi sviluppati secondo le statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il progetto Susy Safe (Surveillance System on Foreign Body Injuries in Children, un registro di controllo per le lesioni causate da ingestione, aspirazione, inalazione o inserimento di corpi estranei) segnala che il 77% degli incidenti riscontrati in Europa è causato da alimenti, mentre il restante 23% da oggetti di tipo non alimentare (come parti di giochi in plastica e metallo, cancelleria, monete). L'ostruzione delle vie aeree può essere parziale o completa:

- **PARZIALE:** la tosse è efficace, quindi la persona è potenzialmente in grado di espellere il corpo estraneo autonomamente. Un trattamento aggressivo, in questi casi, come le percussioni sulla schiena, possono essere causa di complicanze potenzialmente gravi e peggiorare l'ostruzione delle vie aeree. Tutte le vittime con ostruzione parziale delle vie aeree dovrebbero rimanere sotto continua osservazione fino a quando non

migliorano, in quanto un'ostruzione completa può verificarsi anche in un momento successivo.

- **COMPLETA:** la tosse è inefficace, la persona non parla, tenta di tossire senza emettere suoni, fa cenni col capo e si porta le mani al collo come segno universale di soffocamento, diventa cianotico e presenta un rapido deterioramento dello stato di coscienza.

Se la vittima mostra segni di ostruzione parziale delle vie aeree, va incoraggiata a tossire in modo continuo senza fare altro. Nel caso in cui il materiale solido presente nelle vie aeree è ben visibile e affiorante nel cavo orale, è possibile rimuoverlo manualmente con la tecnica delle dita a spazzola ("finger sweep"), al contrario, se non è visibile, la manovra va assolutamente evitata perché potrebbe peggiorare la situazione spingendo il corpo estraneo più in profondità nelle vie aeree, provocando lesioni alla vittima o al soccorritore durante la manovra. Se la vittima mostra segni di ostruzione completa delle vie aeree ed è cosciente, bisogna intervenire tempestivamente praticando le manovre di disostruzione delle vie aeree, differenti in base all'età della vittima:

- **LATTANTE (< 1 anno):** imprimere 5 vigorosi colpi interscapolari tenendo il neonato in posizione prona sull'avambraccio, appoggiato sulla coscia, mantenendo la testa in leggera estensione e più in basso rispetto al tronco per favorire l'espulsione del corpo estraneo, se non si è ancora ottenuta la disostruzione portare il lattante in posizione supina con il capo declive e procedere con 5 compressioni toraciche simili a quelle del massaggio cardiaco esterno, ma più vigorose e meno ravvicinate. Alternare le due manovre fino alla risoluzione dell'ostruzione.

- **ADULTO/BAMBINO (> 1 anno):** la modalità di esecuzione dei colpi interscapolari è analoga a quella descritta per il lattante, ad eccezione della posizione, in quanto il soccorritore si posiziona alle spalle della vittima reclinandola in avanti. Dopo aver effettuato i 5 colpi interscapolari e il corpo estraneo non è stato ancora espulso, si procede con 5 compressioni addominali sottodiaframmatiche dal basso verso l'alto e verso l'interno (manovra di Heimlich). Alternare le due manovre fino alla risoluzione dell'ostruzione.

Se la vittima diventa incosciente, il soccorritore deve posizionarlo supino su una superficie rigida e piana. È fondamentale allertare precocemente il soccorso avanzato o

chiedere ad un altro soccorritore di occuparsi della chiamata di emergenza, procedere poi con il BLS:

A- Aprire le vie aeree e verificare eventuale presenza del corpo estraneo

B- Somministrare 5 ventilazioni di soccorso: controllare l'efficacia di ciascuna ventilazione, se durante la ventilazione il torace non si espande riposizionare il capo prima di ogni tentativo successivo. Se dopo 5 tentativi di ventilazione non c'è risposta procedere comunque con le compressioni toraciche senza ulteriore valutazione del circolo

C- Compressioni toraciche con rapporto compressioni:ventilazioni 15:2 (lattante/bambino) o 30:2 (adulto) per circa 1 minuto prima di allertare il soccorso avanzato, se questo non è già stato fatto in precedenza da qualcun altro; continuare RCP fino all'arrivo del soccorso avanzato.

In Italia, con la legge della Buona Scuola (art.1 comma 10 della legge n.107 del 2015), è iniziato il percorso formativo sperimentale "Primo soccorso a scuola" che ha come protagonisti le scuole di 13 province italiane. L'obiettivo è quello di "insegnare a riconoscere le situazioni di pericolo e le circostanze che richiedono l'intervento di un adulto o dell'ambulanza". A questo, con la legge n.116 del 4 agosto 2021, si sono aggiunte le tecniche di rianimazione cardiopolmonare, l'utilizzo del DAE e la disostruzione delle vie aeree. Ad oggi è ancora tutto sperimentale, ma sappiamo che formare i giovani significa renderli consapevoli che possono fare la differenza. L'Italia ha l'opportunità di entrare a far parte di quei pochi Paesi europei che offrono l'insegnamento delle tecniche di primo soccorso nelle scuole. Infatti, l'insegnamento di quest'ultime è obbligatorio, al momento, solo in Danimarca, Estonia, Francia e Norvegia, in altri Paesi l'obbligo di acquisire tali competenze è posto a carico di chi deve conseguire la patente di guida e in altri Paesi ancora, tra cui il Regno Unito, l'Irlanda e la Spagna, tale insegnamento è facoltativo.

Le nuove linee guida ERC per la Rianimazione Cardiopolmonare 2021-2025, ribadiscono come "la RCP iniziata dagli astanti rimane uno degli interventi chiave per migliorare la sopravvivenza dopo un arresto cardiaco extraospedaliero, potendo triplicare la sopravvivenza con esiti neurologici favorevoli". Dunque, è importante aumentare la consapevolezza su RCP e defibrillazione formando più cittadini possibili; ciò è possibile mettendo in atto diverse strategie. L'ERC consiglia di utilizzare la

tecnologia per coinvolgere la comunità, ad esempio allertando i soccorsi tramite app, insegnare a tutti i bambini delle scuole ad eseguire le RCP secondo lo schema “CONTROLLA, CHIAMA E COMPRIMI”, incoraggiando poi i bambini ad insegnare ai loro genitori e parenti come eseguire la RCP e fornire istruzioni telefoniche per la RCP in caso di persone che non rispondono e non respirano o respirano in modo anormale, collaborando con il personale della centrale operativa 118/112 per monitorare e migliorare continuamente la RCP guidata al telefono. Fondamentale è divulgare queste informazioni per poter aumentare il tasso di sopravvivenza in seguito ad un arresto cardiaco. Lo scopo del mio lavoro è quello di promuovere le conoscenze delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare negli istituti scolastici delle piccole realtà, dove spesso la lontananza degli ospedali o addirittura il ritardo dei soccorsi dovuti a disagi della strada, causano la morte di molte persone.

Uno studio realizzato dalla collaborazione tra la University of Pennsylvania, la University of California di Santa Barbara e la Johns Hopkins University ha dimostrato come i bambini apprendono più in fretta degli adulti (Mattar M. G., et al., 2016). A livello mondiale i corsi di formazione riguardanti il BLS non sono accessibili ai bambini in età scolare, in quanto non ritenuti adatti ad un contesto d'emergenza come l'arresto cardiaco. Articoli e studi sperimentali, invece, hanno dimostrato che tramite tecniche di apprendimento mediate da giochi di ruolo, console e modalità virtuali interattive è possibile coinvolgere i minori e spiegare loro quale sia il comportamento migliore da attuare in casi di emergenza (Berthelot S. et al., 2013). Inoltre, uno studio condotto in Croazia (Petrić J. et al., 2011) dimostra che la diffusione del BLS nelle scuole primarie può aumentare la fiducia in se stessi. Tramite questionari presentati ai bambini (tra i 7 e gli 8 anni) e ai loro genitori è stato verificato l'interesse dei bambini nell'apprendere le manovre BLS e la disponibilità dei genitori nel permettere loro di frequentare il corso. I risultati di questo studio, dunque, dimostrano come i bambini siano propensi ad imparare le tecniche di Primo Soccorso. L'insegnamento deve essere adattato all'età dello studente a cui è rivolto; infatti, se i bambini fino all'età di 10 anni non riescono fisicamente ad effettuare le compressioni toraciche, sappiamo invece che bambini di età compresa tra i 10 e 12 anni raggiungono gli standard per una corretta sequenza delle manovre RCP e per un'adeguata ventilazione polmonare (Berthelot S. et al., 2013).

L'educazione sanitaria è stata definita da Seppilli nel 1960 come un "intervento sociale volto a modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento degli individui nei confronti dei problemi di salute; in quanto tale, essa presuppone la conoscenza del patrimonio culturale del gruppo e la focalizzazione dei suoi interessi soggettivi, e richiede la rimozione delle resistenze opposte dal gruppo all'intervento" (Seppilli, 2014). È un processo che coinvolge i soggetti sani che mira a far percepire agli individui in quanto membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, come i progressi della salute derivino anche dalla loro responsabilità individuale, con la finalità quindi di responsabilizzare nelle scelte che hanno effetti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività. L'educazione alla salute si realizza influenzando positivamente le conoscenze, gli atteggiamenti ed i comportamenti del singolo, della comunità e dei detentori del potere (De Santis & Franza, 2004).

Seppilli distingue due forme di educazione sanitaria: l'educazione diretta, in genere rivolta agli adulti, ai gruppi che non hanno bisogno di mediazione, che possono ricevere il nostro linguaggio e comprenderlo senza bisogno di "traduzione", e l'educazione indiretta, che è quella più adatta ad esempio ai bambini, in particolare delle scuole elementari, i quali hanno bisogno che a parlargli sia il loro maestro, con il suo linguaggio, il quale deve essere dunque stato preparato dall'educatore sanitario per svolgere questa missione (Seppilli, 2014).

L'impostazione di un progetto educativo prevede le seguenti fasi:

- Fase CONOSCITIVA: analisi della realtà, identificazione destinatari e loro caratteristiche (risorse) quindi individuazione delle priorità e dei bisogni
- Fase di PROGRAMMAZIONE: definizione degli obiettivi e del progetto educativo
- Fase OPERATIVA: attuazione dell'intervento
- Fase VALUTATIVA: valutazione dei risultati raggiunti e dell'intero processo.

Riprendendo i concetti precedentemente espressi da Seppilli, Guilbert nel 2002 (Guilbert, 2002) definisce la cosiddetta 'spirale educativa' (Fig. 3) come approccio metodologico per un intervento di educazione alla salute: essa rappresenta un processo che permette all'individuo la modifica o il rafforzamento del comportamento grazie ad un percorso di apprendimento.



Figura 3 Spirale educativa secondo Guilbert (2002) Fonte: elaborazione propria

Punto di partenza di ogni progetto di educazione sanitaria è l'identificazione dei bisogni educativi tramite studio della letteratura a disposizione e indagini sul territorio: in base ad essi vengono formulati un obiettivo generale (finalità complessiva dell'azione educativa) e uno specifico (performance osservabile e misurabile); quest'ultimo può essere di tipo cognitivo, manuale o relazionale, a seconda che l'educatore ponga come scopo ultimo per i soggetti l'acquisizione di una determinata conoscenza, abilità pratica o di relazione. Prefissate le finalità del piano educativo, viene quindi ideato in concreto l'intervento selezionando i metodi più idonei per raggiungerli (colloqui individuali se si vuole far prendere coscienza della propria salute, lavori di gruppo, mass-media, mostre e campagne pubblicitarie per far aumentare la consapevolezza del proprio stato e dare informazioni, o ancora terapia individuale e di gruppo, gruppi di auto-aiuto per cambiare atteggiamenti e comportamenti). Dopo la fase attuativa vera e propria vengono infine valutati i risultati ottenuti ed il processo in toto.

Uno strumento valido per analizzare le reali necessità educative percepite nel contesto che si intende esplorare consiste nella tecnica del focus group, che "si avvale dell'interazione di gruppo come principale risorsa cognitiva" (Colombo, 1997) in cui il moderatore lancia il tema che vuole esaminare e, senza intervenire, attende che la risposta sia generata dalla discussione collettiva, quindi dall'interazione e dalle

dinamiche che si instaurano tra i partecipanti per rilevare le loro esperienze ed opinioni in maniera scevra da influenze create da un membro esterno.

- **BACKGROUND**

L'università Politecnica delle Marche e l'Istituto Comprensivo "Luca Della Robbia di Appignano e Montefano e gli enti locali di Appignano e Montefano nel rispetto dei ruoli e delle proprie competenze, dei principi e delle scelte di autonomia scolastica in tema di Piano triennale dell'offerta formativa, attraverso un accordo quadro si impegnano a promuovere e sviluppare iniziative di collaborazione al fine di realizzare attività volte alla diffusione della cultura della sicurezza, prevenzione e pronto intervento.

Le Parti intendono realizzare iniziative didattiche e formative attraverso il coinvolgimento diretto dell'istituzione scolastica interessata.

L'Istituto Comprensivo "Luca Della Robbia" può avvalersi delle competenze e delle professionalità che l'UNIVPM mette a disposizione per la realizzazione di un percorso di promozione dell'educazione alla cittadinanza attiva e alla solidarietà intesa nei termini del rispetto delle norme di sicurezza e pronto soccorso.

La progettazione delle attività dovrà comunque prevedere che a realizzare il programma educativo finale sui bambini tramite il metodo più adeguato individuato saranno le insegnanti, affiancate dagli stessi istruttori che avranno curato la loro formazione e quella dei genitori (Messi, 2019).

Nel periodo 2020-2022 è iniziato un processo di formazione di insegnanti individuate dall'Istituto Comprensivo alle materie di primo soccorso al fine di realizzazione delle attività didattiche in materia previste dalla normativa vigente. La formazione è stata curata da Infermiere esperto in Emergenza Urgenza con comprovata esperienza nel campo della formazione professionale in materia di Emergenza Urgenza e comprovata esperienza nell'educazione al primo soccorso nell'ambito dei progetti già realizzati nella Provincia di Macerata per effetto della legge n.107 del 2015.

L'istituto ha previsto per il periodo Marzo – Aprile 2022 l'inserimento di lezioni rivolte ad alunni della scuola primaria condotte dalle insegnanti formate nel periodo suddetto.

Al fine di raggiungere gli obiettivi dell'accordo quadro si ritiene necessario acquisire dati finalizzati al perfezionamento della progettazione didattica.

OBIETTIVO

Studi scientifici hanno dimostrato che introdurre il primo soccorso a scuola è possibile. Infatti, le iniziative formative di primo soccorso possono concorrere alla formazione di quelle competenze trasversali che mirano allo sviluppo armonico ed integrale della persona per formare un individuo che sviluppi un'identità sensibile ed aperta, in grado di fare scelte autonome, cosciente delle regole del vivere e convivere. L'obiettivo, dunque, è quello di progettare un programma formativo di primo soccorso rivolto ai bambini della scuola primaria con particolare riferimento alle metodologie didattiche da individuare nella fase di pianificazione del piano didattico attraverso l'analisi delle pratiche educative adottate da insegnanti della scuola primaria e secondaria delle varie discipline affini alla materia del primo soccorso.

MATERIALI E METODI

La ricerca si articola in due fasi che vengono di seguito descritte

- DISEGNO DI RICERCA

Fase 1: È stata condotta un'indagine qualitativa effettuata attraverso un focus group.

Fase 2: Osservazione diretta nella pratica d'insegnamento

Fase 3: Perfezionamento della progettazione didattica per attuazione anno scolastico 2022/2023

- POPOLAZIONE

Fase 1: Sono state arruolate insegnanti di scuola primaria e secondaria di primo grado dell'Istituto Comprensivo Della Robbia di Appignano e Montefano

Fase 2: Lezione in classe 4° scuola primaria plesso di Montefano

- CAMPIONE E CAMPIONAMENTO

Fase 1: È stato effettuato un campionamento intenzionale al fine di individuare insegnanti, tra le varie sedi, costantemente impegnate con bambini di diverse età e facenti parte di un gruppo di lavoro dedicato alla formazione al primo soccorso. È stato incluso nell'indagine l'infermiere che ha curato il processo di formazione delle insegnanti. La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria.

Fase 2: Individuazione di fattibilità da parte di docenti responsabili del progetto in funzione del calendario delle lezioni programmate in Marzo 2022 e accettazione da parte delle insegnanti interessate.

- **SETTING**

Fase 1: Istituto Comprensivo Della Robbia di Appignano e Montefano

Per lo svolgimento del focus è stata scelta una stanza compatibile per struttura e disposizione degli arredi con la natura e il metodo dell'indagine.

Fase 2: Classe 4° scuola primaria plesso di Montefano

- **METODOLOGIA DI RICERCA E VARIABILI**

Fase 1: Il focus group è stato condotto in orario concordato preventivamente con il Dirigente al fine di non interferire con le attività didattiche e realizzato da un conduttore e da un osservatore. Il conduttore ha guidato la discussione facendo riferimento ad una traccia semi-strutturata di quesiti elaborata sulla base dell'analisi delle recenti evidenze scientifiche prese in analisi (Allegato 1). L'osservatore disponeva di griglie per l'osservazione del linguaggio non verbale e verbale dei partecipanti (Allegato 2 e Allegato 3). È stata proposta l'audioregistrazione dell'intervista alla quale gli stessi hanno acconsentito.

Nel Focus group sono stati presi in considerazione le seguenti domande stimolo:

- Da professioniste dell'educazione, a quale età pensate sia più giusto iniziare a parlare di emergenza e primo soccorso?
- Insegnare a saper intervenire concretamente in situazioni d'emergenza può essere d'aiuto all'accrescimento dell'autostima?
- I bambini quanto e come conoscono il corpo umano?

Potrebbe essere utile/nocivo pensare a una simulazione di una chiamata con un livello di fedeltà abbastanza vicino alla realtà?

È possibile insegnare ad effettuare il massaggio cardiaco? C'è il rischio che lo provino tra di loro?

Ci sono stati reclami da parte dei genitori per questo tipo di insegnamento?

Fase 2: Osservazione diretta

- STRUMENTI

Fase 1: Traccia semi-strutturata di quesiti elaborata sulla base dell'analisi delle recenti evidenze scientifiche prese in analisi (Allegato 1). L'osservatore disponeva di griglie per l'osservazione del linguaggio non verbale e verbale dei partecipanti (Allegato 2 e Allegato 3). È stata proposta l'audioregistrazione dell'intervista alla quale gli stessi hanno acconsentito.

Fase 2: Osservazione interattiva con possibilità d'intervento.

- METODI DI ANALISI DATI

Fase 1: Il focus group è stato audio registrato e successivamente è stato trascritto per effettuare l'analisi del contenuto.

Fase 2: Trascrizione di appunti liberi a cura del ricercatore.

- PERIODO DI ANALISI

Marzo 2022

- AUTORIZZAZIONE AZIENDALE E GESTIONE DEI DATI

Facendo riferimento alle finalità e agli accordi tra UNIVPM e Istituto della Robbia, prima di procedere con l'indagine, sulla base delle norme nello stesso indicato, è stata richiesta la autorizzazione al Dirigente Scolastico che ha provveduto all'arruolamento del campione.

Fase 1: Tutti coloro che hanno accettato di partecipare hanno sottoscritto il consenso informato (Allegato 4) previa illustrazione della natura e delle finalità dello studio nonché sulle modalità di trattamento dei dati in conformità alla normativa vigente in Italia (Allegato 5). È stato garantito l'anonimato.

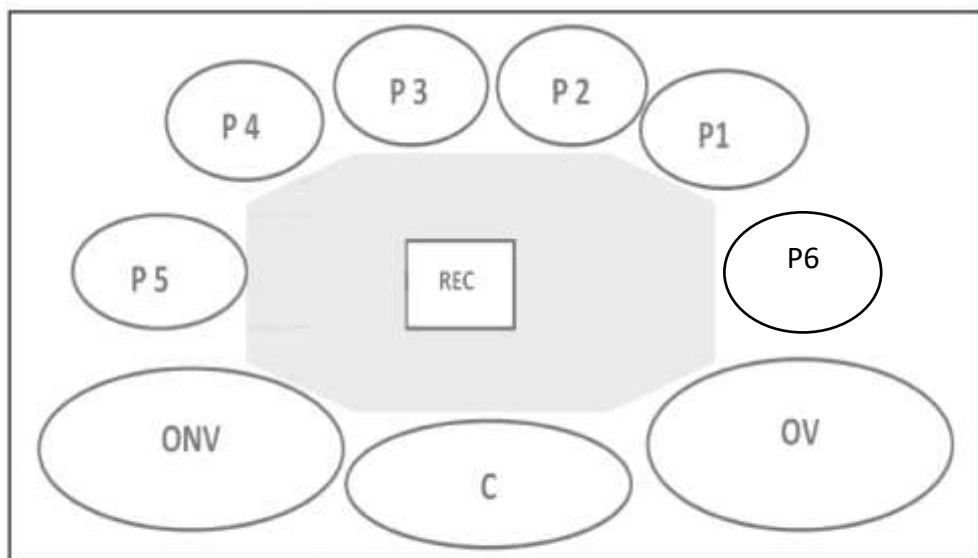
Fase 2: È stata effettuata comunicazione formale da parte del Relatore alla scuola che ha successivamente e formalmente autorizzato alla partecipazione del ricercatore anche nel rispetto della normativa COVID (Allegato 7).

RISULTATI

- FASE 1: FOCUS GROUP

Il focus group è stato svolto il 4 marzo 2022 presso la sede di Via Carducci 4, Appignano (MC) dell'Istituto Comprensivo "Luca Delle Robbia" ed ha avuto una durata complessiva di 1 ora. Sulla base della metodologia di campionamento hanno volontariamente partecipato all'indagine due docenti della Scuola Secondaria di Primo Grado e tre docenti della Scuola Primaria.

Il setting è mostrato in Figura 4.



P=partecipante, C=conduttore, ONV=osservatore del non verbale,
OV=osservatore del verbale, REC=registratore audio.

Figura 4 disposizione dei partecipanti e setting per il focus group

Il numero e la qualità delle interazioni verbali, il clima d'aula durante tutte le fasi del Focus Group ha mostrato un elevato grado di entusiasmo e considerazione del tema. I messaggi trasferiti attraverso l'analisi della comunicazione non verbale ha permesso di registrare elevato coinvolgimento e apertura nella comunicazione.

Età indicata per poter iniziare a parlare di emergenza e primo soccorso

Dalla discussione collettiva nata nel focus group è emerso che a livello di attenzione sia meglio iniziare a introdurre l'argomento "Primo soccorso" ai bambini dai 5 anni d'età, in quanto al di sotto di quest'età essi non riuscirebbero a comprendere determinati argomenti e sarebbe difficile cogliere la loro attenzione in quanto il rischio di distrazioni è elevato. A livello educativo, è importante conoscere l'educazione impartita dai genitori, come il bambino è abituato a gestire i piccoli traumi. Spesso, infatti, la paura dei genitori del dolore porta il bambino a gestire situazioni di emergenza con ansia e paura. Conoscere le procedure adatte alle diverse situazioni, invece, li preserva da quello che è il panico e affrontano la cosa in maniera meno traumatica. Fondamentale, dunque, è l'introduzione di questo argomento per poter "correggere" quello che di sbagliato viene dalla famiglia. Unanime è il pensiero secondo cui il programma formativo deve essere calibrato secondo le diverse fasce d'età.

Accrescimento dell'autostima

Sapere di far parte di qualcosa considerato importante per la società permette loro di crescere. Acquistano sicurezza sapendo di poter essere d'aiuto, di poter contribuire in qualche modo nel mondo adulto.

Livello di conoscenza del corpo umano

Secondo il programma scolastico, il corpo umano viene insegnato all'ultimo anno della scuola primaria. Può essere introdotto anche ai più piccoli utilizzando un linguaggio semplice e con l'ausilio di immagini, video e giochi interattivi.

Principi del primo soccorso

Insegnare a riconoscere una scena di pericolo è stato confermato come attuabile, in quanto incide positivamente sull'autostima, lo stesso vale per le altre fasi del primo soccorso. Alla richiesta della possibilità di effettuare una simulazione di una chiamata, con un livello di fedeltà abbastanza vicino alla realtà, per poter testare l'interazione con la centrale, c'è stata una risposta negativa unanime. La domanda ha generato una perplessità generale, in quanto si rischia di toccare la sfera affettiva. La simulazione è stata considerata inopportuna per i bambini al di sotto dei 9 anni. Il bambino deve

sapere che è un gioco, bisogna evitare di utilizzare come esempio i familiari. Il livello del “fare finta” deve essere esplicito e non deve coinvolgere le emozioni. Deve essere più evidente la parte ludica.

Compressioni toraciche esterne

La curiosità e l’interesse verso la tecnica del massaggio cardiaco è presente anche nei bambini di 5/6 anni. Anche in questo caso la simulazione non è stata accettata, in quanto opinione unanime è stata quella di lasciare l’esperienza del massaggio cardiaco come fase conclusiva, quindi introdotta all’ultimo anno della scuola secondaria di primo grado. A livello conoscitivo, invece, può essere introdotto a ogni fascia d’età a partire dalla scuola primaria, inserendo anche una dimostrazione da parte di esperti come preparazione per il futuro. Il rischio che i bambini possano provare a fare il massaggio cardiaco tra di loro è nullo, in quanto sono in grado di comprendere la serietà dell’argomento.

Consapevolezza e collaborazione dei genitori

Da parte dei genitori non ci sono state lamentele, anzi apprezzano il fatto che i loro figli vengono inclusi in un progetto importante come questo.

- **FASE 2: OSSERVAZIONE DIRETTA**

È stato possibile partecipare ad una lezione presentata ai bambini della quarta elementare della scuola “Luca Della Robbia” a Montefano (MC), il giorno 24 marzo 2022. La lezione è durata circa 1 ora e 30 minuti e gli argomenti presentati sono stati:

- L’ossigeno
- Corpo umano
- La Catena della Sopravvivenza

Dopo una breve introduzione sull’argomento Primo Soccorso, si è iniziato a parlare dell’Ossigeno e la sua importanza per l’essere umano. La spiegazione è stata accompagnata da diverse slide strutturate in maniera tale da permettere ai bambini di interagire e comprendere il discorso.

Tramite filastrocche è stato possibile insegnare il percorso dell'Ossigeno e molto in generale è stato presentato il corpo umano, focalizzandosi principalmente sui polmoni, cuore e cervello.

In seguito, la maestra ha introdotto la Catena della Sopravvivenza, argomento che ha suscitato un certo interesse. I bambini, infatti, hanno dimostrato di avere delle conoscenze basilari su massaggio cardiaco e defibrillatore, sapendo localizzare quest'ultimo nella scuola e in città. Tuttavia, le slide prevedevano una spiegazione generica della Catena della Sopravvivenza, spiegando dunque solo l'ordine di azione senza andare nel dettaglio di ogni fase. L'attenzione si è focalizzata sulla chiamata d'emergenza e quando è necessario farla. Sono stati proposti degli esercizi online finali svolti tutti insieme e un pixel art (Allegato 6) che raffigurava il numero d'emergenza "118". Durante la lezione i bambini hanno dimostrato di essere interessati all'argomento, partecipando in maniera attiva alla lezione con domande ed esempi di esperienze vissute. Non è prevista una rivalutazione nel tempo, in quanto l'argomento non verrà ripreso fino all'anno successivo.

DISCUSSIONE

Età indicata per poter iniziare a parlare di emergenza e primo soccorso

Dal focus group è emerso come tutte le insegnanti siano favorevoli ad introdurre l'argomento "Primo soccorso" a partire dalla scuola primaria, purché il programma formativo sia adattato ad ogni fascia d'età. I bambini sono curiosi per natura, hanno bisogno di fiducia, perché amano sperimentare e provare a fare le cose in prima persona. Importante, dunque, è condurre precocemente i bambini all'indipendenza mostrando loro strategie per risolvere i problemi. Per questo motivo, la World Health Organization (WHO), nel 2015, ha approvato la dichiarazione "Kids Save Lives", con la quale si raccomanda l'inserimento, nei programmi di tutte le scuole del mondo, di due ore all'anno di formazione sulla rianimazione cardiopolmonare. Iniziare in giovane età significa far sì che la rianimazione cardiopolmonare possa diventare come un gioco, così come avviene con la bicicletta: superati i primi istanti di timore, andare in bicicletta diventa semplice e piacevole. La maggior parte delle persone impara ad andare in bicicletta durante l'infanzia e anche se crescendo molti smettono di pedalare, quando la rispolverano dal garage, come d'incanto riprendono a guidarla, con la stessa facilità e sicurezza di sempre. Questo avviene perché ciò che impariamo da bambini viene riattivato ogni volta che ce n'è bisogno: i bambini, prendendo parte ai corsi BLS-D, potrebbero non dimenticare mai come si salva una vita. I bambini formati dovrebbero essere sollecitati ad insegnare ad altri quanto appreso. Quella dell'educazione tra pari è una metodologia didattica che si basa su un processo di trasmissione di conoscenze ed esperienze tra i membri di un gruppo di pari e questo sarebbe prezioso poiché l'insegnamento reciproco consente agli studenti di accrescere e perfezionare le proprie conoscenze, i metodi di studio e la capacità di problem solving. Tutto questo non solo andrebbe a beneficio delle potenziali vittime di arresto cardiaco, ma aumenterebbe l'educazione alla salute dei cittadini, trasmessa fin dalla minore età. Bandura (1986) sottolinea che il bambino impara prevalentemente guardando gli altri. Fornire, dunque, un modello da imitare, potrebbe indurre in lui il riprodursi dei comportamenti che ha visto e, inoltre, ricevere un feedback positivo gli permetterebbe di mantenere stabile il comportamento appreso. Puntare sui giovani e sulla possibilità di fornire modelli

positivi potrebbe essere così la chiave per promuovere sempre di più la diffusione delle competenze legate alla rianimazione cardiopolmonare a tal riguardo è importante sottolineare come in passato i teorici dell'apprendimento sociale definirono la socializzazione come il processo attraverso il quale il bambino impara a comportarsi come un membro ideale della società di appartenenza ovvero come un soggetto sensibile, attento e rispettoso di se stesso e degli altri. L'opportunità di partecipare ad un corso BLS-D permette a chiunque di avere maggiore consapevolezza sul dovere di essere sempre pronto ad intervenire. Se ogni adulto prendesse parte a questi corsi, diventerebbe un modello positivo e alimenterebbe la formazione dei membri più giovani della società. I ragazzi non solo diventerebbero co-protagonisti di un servizio utile alla salute collettiva, ma un esempio per i propri coetanei. Ogni cittadino, dal più anziano al più giovane, a prescindere dal proprio titolo, avrà in carico la salute collettiva.

Accrescimento dell'autostima

Sapere che possono fare la differenza permette ai bambini di sentirsi più sicuri delle loro azioni non solo in caso di emergenza, ma anche nel quotidiano. Avere una sana stima di sé, infatti, è utile per far fronte in modo costruttivo alle sfide della vita. Secondo Bracken (1993) l'autostima è il frutto di continue interazioni dell'individuo con l'ambiente. Per accrescere l'autostima nei bambini è necessario che l'ambiente si adoperi affinché valutazioni, percezioni e stimoli siano positivi e producano sentimenti di sicurezza e di efficacia personale. L'autostima ci serve in qualsiasi ambito noi ci muoviamo. Coloro che hanno fiducia nelle proprie capacità e nel proprio valore sviluppano un atteggiamento positivo. "Posso farcela" è una convinzione che li mette in grado di affrontare i problemi che incontrano sul loro cammino, in particolare nelle situazioni di emergenza.

Livello di conoscenza del corpo umano

Introducendo il corpo umano solo l'ultimo anno della scuola primaria, è chiaro come i più piccoli abbiano conoscenze minime, quasi nulle. Utilizzando, però, giochi interattivi e lavori manuali, come la costruzione di modellini, è possibile insegnare anche a loro. Come già detto in precedenza, il bambino è curioso per natura, pone ogni giorno domande su cosa lo circonda e sul proprio corpo, come ad esempio "Quante ossa

abbiamo?, qual è il muscolo più forte?, etc". Inoltre, il primo oggetto che il bambino percepisce è il proprio corpo, fondamentale, quindi, è un'educazione corporea che permette di far raggiungere una buona strutturazione dello schema corporeo al bambino, di fargli prendere coscienza dell'esistenza e delle posizioni delle varie parti del corpo, di portarlo a rendersi conto di esistere, di essere una persona, di saper controllare o utilizzare il proprio corpo. Si inizia al primo anno con le basi del corpo umano, si arricchisce poi il programma di particolari e di spiegazioni anno dopo anno, permettendo così di presentare l'intero corpo umano ed evitare la comunicazione di informazioni mnemoniche senza dare una visione unitaria del corpo umano.

Principi del primo soccorso

Le insegnanti, con pensiero unanime, hanno confermato la possibilità di insegnare le fasi del primo soccorso ai bambini. La conoscenza di queste fasi, infatti, permette di formare un individuo consapevole, il "cittadino del futuro". Alla teoria non è, però, prevista una successiva pratica, in quanto ritenuto non opportuno per i bambini della scuola primaria. Studiosi, invece, affermano come la pratica e l'esperienza siano essenziali per la comprensione. Secondo Dewey (1938), infatti, l'esperienza è il banco di prova di ogni teoria pedagogica e, allo stesso tempo, è ciò che permette di educare ogni uomo alla responsabilità, alla partecipazione, alla soluzione di "problemi di tutti" in una società fondata sull'integrazione e non sull'esclusione. L'"esperienza" teorizzata da Dewey vuole far sì che il bambino costruisca il suo sapere attivamente, toccando con mano ciò che impara, in modo da lasciare indietro ciò che ha conosciuto teoricamente per tenersi stretto ciò che ha processato concretamente. Questa esperienza, che si caratterizza anche come esperienza "sociale", deve fondarsi su tre fondamentali punti:

1. Continuità: ai bambini deve essere infatti assicurata costantemente la possibilità di fare esperienza del mondo. Attraverso gli insegnamenti concreti, i piccoli creano delle abitudini e dei comportamenti continui che gli permettono di volta in volta di interagire con il mondo. Se l'esperienza viene interrotta, allora fallisce l'intento educativo, in quanto si rischia di rimanere bloccati solo sugli insegnamenti precedenti, che invece devono risultare come una concatenazione continua e costante.
2. Crescita: l'esperienza ha uno scopo, che è appunto il progresso. Quando l'esperienza crea un blocco, allora non ha senso. Gli insegnamenti devono essere sempre

propedeutici a nuove esperienze, quindi è bene stare attenti a non creare comportamenti statici e inibitori che ostacolano nuove esperienze.

3. L'interazione, che può essere intesa tra passato, presente e futuro e tra individuo e ambiente, è un concetto che permette all'educazione di non negare il passato, perché esso può essere compreso solo con il presente per poter garantire un futuro migliore; mentre la relazione tra individuo e ambiente permette il raggiungimento della padronanza del proprio corpo

Essendo il bambino in costante interazione con l'ambiente che lo circonda, quest'ultimo deve essere integrato nel processo educativo, il quale a sua volta si basa sulle esperienze di vita quotidiana. Ciò che i piccoli imparano sulla loro pelle, quindi, può venire reso più prettamente scolastico, in maniera organizzata. Dunque è fondamentale affiancare la pratica alla teoria, tenendo sempre conto della fascia d'età dei bambini.

Compressioni toraciche esterne

La conoscenza del massaggio cardiaco, prevista negli obiettivi ministeriali (Tab. 1), è importante nella formazione al primo soccorso, in quanto il bambino può insegnare la tecnica ai genitori, permettendo così la divulgazione al di fuori della scuola. Anche in questo caso la pratica è fondamentale per l'apprendimento. Studi dimostrano (Banfai B. et al., 2017) che con la giusta formazione e il continuo allenamento anche i bambini più piccoli riescono a praticare il massaggio cardiaco. È necessario, però, dedicare del tempo alla formazione, seguire diversi step per poter raggiungere il massimo risultato.

Obiettivi formativi per la scuola primaria

Conoscenza del corpo umano

Conosce le nozioni elementari di anatomia e fisiologia

Principi generali del soccorso

Riconosce la "Catena della Sopravvivenza" per richiedere aiuto ad un adulto in caso di situazione d'emergenza.

Conosce i numeri d'emergenza e i simboli dei servizi d'emergenza.

Valuta la sicurezza della scena e agisce in sicurezza.

Le fasi del primo soccorso

Sa valutare lo stato di coscienza e del respiro ed è capace di allertare correttamente il 118/112.

Conosce la posizione laterale di sicurezza nel paziente incosciente che respira.

Massaggio cardiaco

Conosce le tecniche per effettuare il massaggio cardiaco al soggetto adulto e al bambino

Disostruzione delle vie aeree

Riconosce l'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo potenzialmente pericolosa per la vita e conosce i principi di primo soccorso in caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo

Trauma: ustioni

Conosce la definizione di ustione, la classificazione, le conseguenze e i principi generali di Primo Soccorso

Tabella 1 Obiettivi ministeriali previsti dalle linee d'indirizzo Fonte: Elaborazione propria di sintesi degli Obiettivi formativi ministeriali

Partecipando alla lezione presentata è emerso come i bambini siano molto propensi a imparare le tecniche di Primo Soccorso. Gli è stato chiesto, infatti, se avessero avuto voglia e piacere di provare su manichini tecniche come il massaggio cardiaco e la risposta positiva ha confermato la necessità di introdurre la pratica anche nella Scuola Primaria. Presentando l'argomento tramite video e giochi di ruolo è possibile raggiungere un livello adeguato di formazione e rendere i bambini consapevoli della realtà che li circonda senza "rubare" l'infanzia, contribuendo a farli crescere progressivamente. Sono state progettate delle app per favorire questo tipo di formazione, un esempio è quella presentata dall'IRC "Un pic-nic mozzafiato" (Fig. 5), una fiaba multimediale scaricabile gratuitamente su tablet e smartphone per apprendere cosa si dovrebbe fare in caso di arresto cardiaco e di ostruzione delle vie aeree.



Figura 5 Grafica di Un pic-nic mozzafiato Fonte: Italian Resuscitation Council

La fiaba è dedicata ai ragazzi tra 6-10 anni ed è disponibile gratuitamente online, su piattaforma iOS e Android su Tablet e cellulari per renderla fruibile al più alto numero di persone in Italia e in Europa ed è disponibile sia in lingua italiana che inglese. Inoltre, è stata distribuita gratuitamente in versione cartacea grazie al contributo per la campagna Viva! di IRC Edizioni srl in 20.000 copie disponibili per la distribuzione dal 16 Ottobre 2015. Nell'app è possibile implementare una sessione dedicata al gioco interattivo, nel quale i bambini potranno imparare, ma soprattutto memorizzare attraverso il gioco, le manovre salvavita sull'arresto cardiaco e sulla distruzione vie aeree. Oltre ai giochi multimediali è possibile introdurre l'argomento tramite modellini costruiti dai bambini stessi. Essendo una lezione particolare, particolare deve essere anche la presentazione del programma. Il bambino viene sempre "protetto" da ciò che è la realtà che lo circonda, ma introdurla con giochi simbolici può portare beneficio alla formazione sociale. Infatti, attraverso il gioco simbolico il bambino dimostra di avere una capacità di pensiero nuova che gli consente di vedere oltre le cose, sviluppando la fantasia e l'immaginazione. Questo è possibile grazie alla capacità rappresentativa del pensiero, che gli permette di creare nella sua mente cose, persone e situazioni, indipendentemente dalla loro reale presenza, creando associazioni mentali e di somiglianze che gli permettono di far diventare un oggetto qualcosa di diverso. Dal momento in cui il bambino arriva alla scuola materna, il gioco simbolico prima individuale diventa "fare finta" insieme ad altri, rendendo più complicato lo scenario. I bambini infatti devono creare tra loro un'intesa, accomunare i propri desideri, le proprie intenzioni e trovare un accordo sui significati da attribuire al gioco per poter condividere una "realtà immaginaria". Il gioco simbolico non prevede che i bambini seguano un copione, ma sono proprio loro stessi ad improvvisare le loro azioni, partendo da idee non sempre definite. Questo tipo di gioco, chiamato gioco socio-drammatico, prevede la messa in scena di situazioni, con ruoli precisi dei partecipanti e una storia da raccontare (ad esempio "facciamo finta che io sono la maestra e tu l'alunno"). Può succedere che il bambino metta in scena episodi e contesti del proprio vissuto, momenti che ha bisogno di rivivere, nel mondo protetto della finzione, per trovare un nuovo significato alle proprie esperienze, per sperimentare diversi punti di vista, per "esorcizzare" le proprie paure e tanto altro. Oppure la creatività permette di superare i propri limiti, di immaginarsi diversi, di proiettarsi nel futuro o nel mondo dei

grandi, di esprimersi liberamente mettendo in scena emozioni forti senza la paura di essere giudicati. La peculiarità del giocare a far finta è l'esercizio della propria immaginazione e creatività, oltre che lo sviluppo di autoconsapevolezza, riconoscimento delle proprie emozioni di quelle degli altri. Il bambino può esplorare mondi sconosciuti, esercitando abilità cognitive e relazionali, e sviluppando le prime forme di pensiero astratto, arricchendo anche il proprio lessico. "Sfruttare" questa capacità dei bambini per introdurre loro argomenti come il Primo Soccorso può essere uno dei metodi migliori per formarli senza il rischio di avere ripercussioni sulla sfera affettiva. Con il gioco simbolico è possibile continuare a proteggerlo dalla realtà e allo stesso tempo prepararlo ad essa. Certo è che il programma formativo non può essere presentato in sole due ore, ma è necessario che sia suddiviso in più giorni, permettendo ai bambini di fare proprio ciò che viene insegnato. È, dunque, essenziale una rivalutazione continua che aiuta i docenti ad analizzare se il percorso scelto stia avendo un riscontro positivo o meno, e aiuta i bambini ad interiorizzare meglio l'argomento.

CONCLUSIONI

L'insegnamento del Basic Life Support (BLS) a partire dall'età di 5-6 anni può contribuire alla diminuzione dei decessi per arresto cardiaco. Viste le oggettive limitazioni operative nella popolazione dei bambini in età della scuola primaria, la tematica del soccorso sarà non tanto finalizzata all'acquisizione di specifiche competenze pratiche quanto utilizzata per incrementare la cultura della sicurezza, favorire la consapevolezza del pericolo da parte dei bambini e in maniera trasversale per sensibilizzare all'aiuto reciproco iniziando a diffondere uno spirito di collaborazione. Tramite l'utilizzo di modalità interattive, giochi e linguaggi commisurati in base all'età, si garantisce la trasmissione delle conoscenze BLS. Per erogare una formazione adeguata è necessario che le insegnanti siano precedentemente formate ed affiancate durante il corso da esperti. Presentare un argomento di questo tipo in una Scuola Primaria è fondamentale, in quanto ci permette di formare l'adulto del domani cosciente ed in grado di affrontare i problemi che gli si presenteranno. Lo studio effettuato in questo elaborato è solo l'inizio di un lungo percorso, in quanto sarà essenziale migliorare il programma formativo aggiungendo una formazione ai docenti e ai genitori dei bambini. Principale è il ruolo degli esperti nel seguire tutto il processo di formazione, ci deve essere dunque collaborazione con le insegnanti e partecipazione attiva da parte dei genitori. Solo così è possibile diffondere la cultura del Primo Soccorso nella comunità.

L'infermiere afferente al dipartimento di Emergenza si configura in quest'ottica come uno dei soggetti ideali per l'erogazione dell'azione formativa, cogliendo inoltre l'occasione di affinare le competenze relazionali ed educative già previste nel suo profilo.

Ulteriori studi condotti in materia potrebbero in futuro indagare la percezione degli infermieri coinvolti negli interventi educativi e l'opinione degli insegnanti e dei genitori dei bambini circa l'adeguatezza della figura infermieristica come erogatrice della formazione.

PROGETTAZIONE DIDATTICA

- ANALISI DELLA SITUAZIONE E DEL BISOGNO FORMATIVO

A partire dai dati acquisiti attraverso le fasi 1 e 2 si evidenzia la necessità di articolare l'intervento educativo in 3 step:

- ✓ Potenziamento intervento formativo rivolto agli INSEGNANTI
- ✓ intervento educativo rivolto ai BAMBINI
- ✓ intervento formativo rivolto ai GENITORI

Le insegnanti mostrano una buona predisposizione verso la progettazione congiunta mettendo a piena disposizione la propria professionalità. Dichiarano però la necessità di acquisire le adeguate competenze tecniche in merito al primo soccorso e alla rianimazione cardiopolmonare.

Non è stata fatta una valutazione del bisogno formativo nei genitori e tutto viene basato sulla dichiarazione del personale scolastico. Viene evidenziato il bisogno educativo riguardo alle problematiche connesse alla rianimazione cardiopolmonare e disostruzione delle vie aeree.

- DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI

Formazione alle insegnanti

Retraining nell'acquisizione delle conoscenze e abilità riguardo alle manovre di primo soccorso da compiersi in caso di ustione, ferite, altri traumi minori, arresto cardiaco e ostruzione delle vie aeree in età pediatrica e adulta.

Formazione ai genitori

Comprendere le finalità del progetto educativo.

Acquisire le conoscenze e le abilità riguardo alle manovre di primo soccorso da compiersi in caso di ustione, ferite, altri traumi minori, arresto cardiaco e ostruzione delle vie aeree in età pediatrica e adulta.

- PIANIFICAZIONE DELLA VALUTAZIONE

Valutazione delle insegnanti e dei genitori

Il pre-test e il post-test andranno ad indagare sulle conoscenze riguardo alle manovre di primo soccorso da compiersi in caso di ustione, traumi degli arti, arresto cardiaco e ostruzione delle vie aeree in età pediatrica e adulta.

Valutazione dei bambini

La valutazione sarà elaborata insieme alle insegnanti successivamente alla fase formativa che le stesse dovranno affrontare.

Valutazione degli istruttori e del programma formativo

La valutazione degli *istruttori* da parte delle insegnanti e dei genitori sarà effettuata attraverso una scala Likert con punteggio da 1 a 5 sui seguenti item:

1. Padronanza dei contenuti
2. Chiarezza espositiva
3. Efficacia del metodo didattico utilizzato
4. Capacità di stimolare interesse e curiosità
5. Capacità di relazione e comunicazione
6. Capacità di stimolare una partecipazione attiva dei discenti
7. Percezione sulla predisposizione verso l'eventuale interazione con i bambini scuola primaria

La valutazione del *programma formativo* da parte delle insegnanti e dei genitori sarà effettuata attraverso una scala Likert con punteggio da 1 a 5 sui seguenti item:

1. Corrispondenza con le aspettative iniziali
2. Livello di raggiungimento degli obiettivi
3. Livello di miglioramento delle competenze
4. Coerenza con il proprio ruolo professionale
5. Clima d'aula
6. Durata complessiva
7. Efficacia dei metodi e delle tecniche utilizzate

8. Aspetti organizzativi

- **PIANIFICAZIONE DELL'EVENTO PER LE INSEGNANTI E I GENITORI**

Contenuti, metodologie didattiche e tempi

I contenuti dell'attività formativa inseriti su un programma di quattro ore sono stati elaborati sulla base degli obiettivi educativi e sono stati associati a varie metodologie didattiche così come riassunto in Tabella 6.

Tabella 2. Contenuti, metodologie didattiche associate e tempi relativi. Fonte: Messi, 2019

CONTENUTI	METODOLOGIA DIDATTICA E TEMPO (IN MINUTI) DESTINATO
tecniche di primo soccorso in caso di ustione, ferite e altri traumi minori.	Lezione frontale 30'
RCP e manovre di disostruzione delle vie aeree	Lezione frontale, dimostrazione pratica addestramento pratico 3 ore e 30minuti

Le dimostrazioni pratiche e le esercitazioni pratiche avverranno con ausilio di manichini con simulazioni a bassa fedeltà.

Setting

Tutte le attività formative avverranno presso i plessi scolastici dell'Istituto comprensivo "Luca della Robbia"

Destinatari

Gruppo insegnanti coinvolte nella formazione al Primo soccorso

Stesso ordine di priorità verrà osservato per i genitori. L'arruolamento delle insegnanti e dei genitori sarà curato dalla Dirigente scolastica.

Docenti formazione rivolta ad insegnanti e genitori

Sono stati individuati 3 docenti di cui 1 Medico Anestesista Rianimatore ricercatore dell'UnivPM, un Infermiere di area critica docente a contratto del corso di Laurea in Infermieristica e studenti del corso di Laurea in Infermieristica e Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia

- PIANIFICAZIONE DELL'EVENTO EDUCATIVO RIVOLTO AI BAMBINI

La riprogettazione dell'intervento educativo rimane ferma all'elaborazione dei temi principali da affrontare in base a quanto emerso da questa ricerca e dai programmi delle linee d'indirizzo ministeriali. Successivamente alla formazione delle insegnanti questa sarà poi discussa insieme al personale dell'istituto scolastico.

Attuazione dei programmi

Il processo formativo ed educativo è stato programmato per il secondo quadrimestre dell'anno scolastico 2022/2023

Il retraining delle insegnanti è propedeutico a quella dei genitori che a sua volta sarà preparatoria per l'intervento educativo rivolto ai bambini.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Banfai, B., Pek, E., Pandur, A., Csonka, H., & Betlehem, J. (2017). 'The year of first aid': effectiveness of a 3-day first aid programme for 7-14-year-old primary school children. *Emergency medicine journal : EMJ*, 34(8), 526–532. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-206284>
- Berthelot, S., Plourde, M., Bertrand, I., Bourassa, A., Couture, M. M., Berger-Pelletier, É., St-Onge, M., Leroux, R., Le Sage, N., & Camden, S. (2013). Push hard, push fast: quasi-experimental study on the capacity of elementary schoolchildren to perform cardiopulmonary resuscitation. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 21, 41. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-41>
- Bollig, G., Wahl, H. A., & Svendsen, M. V. (2009). Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures. *Resuscitation*, 80(6), 689–692. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.03.012>
- Bollig, G., Myklebust, A. G., & Østringen, K. (2011). Effects of first aid training in the kindergarten--a pilot study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 19, 13. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-13>
- Borgund, A. K., & Babic, A. (2019). Developing a Gamified First Aid Training Application for Children. *Studies in health technology and informatics*, 262, 126–129. <https://doi.org/10.3233/SHTI190033>
- Calicchia, S., Cangiano, G., Capanna, S., De Rosa, M., & Papaleo, B. (2016). Teaching Life-Saving Manoeuvres in Primary School. *BioMed research international*, 2016, 2647235. <https://doi.org/10.1155/2016/2647235>
- Campbell S. (2012). Supporting mandatory first aid training in primary schools. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 27(6), 35–39. <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.6.35.c9351>
- Colombo, M. (1997). Il gruppo come strumento di ricerca sociale: dalla comunità al focus group. *Studi di sociologia*, 205-218.
- De Santis L, Franza T.(2004). *Progetto educazione sanitaria e promozione della salute*, in *Infermiere Oggi* aprile-giugno 2004;2:14-7
- He, Z., Wynn, P., & Kendrick, D. (2014). Non-resuscitative first-aid training for children and laypeople: a systematic review. *Emergency medicine journal : EMJ*, 31(9), 763–768. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2013-202389>
- Lockey, A. S., & Georgiou, M. (2013). Children can save lives. *Resuscitation*, 84(4), 399–400. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.01.011>

Medicherla, C. B., & Lewis, A. (2022). The critically ill brain after cardiac arrest. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1507(1), 12–22. <https://doi.org/10.1111/nyas.14423>

Mattar M. G., Betzel R. F., Bassett D. S. (2016). The flexible brain. *Brain*, Volume 139, Issue 8, Pages 2110-2112, <https://doi.org/10.1093/brain/aww151>

Messi D. (2019, October 11–12). *Educazione al primo soccorso e alla rianimazione cardiopolmonare in età infantile: una progettazione d'intervento educativo come contributo all'empowerment della comunità* [Poster session]. Congresso Nazionale IRC, Verona, Italia.

Porzer, M., Mrazkova, E., Homza, M., & Janout, V. (2017). Out-of-hospital cardiac arrest. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 161(4), 348–353. <https://doi.org/10.5507/bp.2017.054>

Reveruzzi, B., Buckley, L., & Sheehan, M. (2020). First aid training in secondary schools: A comparative study and implementation considerations. *Journal of safety research*, 75, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2020.07.002>

Semeraro, F., Greif, R., Böttiger, B. W., Burkart, R., Cimpoesu, D., Georgiou, M., Yeung, J., Lippert, F., S Lockey, A., Olasveengen, T. M., Ristagno, G., Schlieber, J., Schnaubelt, S., Scapigliati, A., & G Monsieurs, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Systems saving lives. *Resuscitation*, 161, 80–97. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.008>


Seppilli A. (2014). *Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*. Perugia. Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute editore 2014; 58(3):272-87

Tse, E., & Alexiou, G. (2021). First Aid Training to School Students: Should Younger Children Be Trained?. *Indian pediatrics*, 58(11), 1099–1100.

T.M. Olasveengen et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support, *Resuscitation* (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>

ALLEGATI

Allegato 1. Griglia conduttore



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Attività Formativa Professionalizzante Integrata
Anno di Insegnamento

Primo soccorso a stadi: insegnare manovre salvataggio a partire dalle scuole primarie.

GRIGLIA CONDUTTORE POCUS GROUP
VERBAIO 05/10/2022 ISTITUTO COMPRENSIVO "Luca della Botola"
Via Carlucci di Appignano (MC)

Progetto di Laurea in Infermeristica di
Irene DeStefano

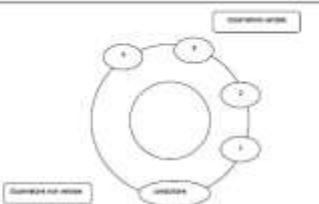
Anno accademico:
2020-2021

Focus Group INSEGNANTI

GRIGLIA CONDUTTORE

Obiettivo
Lavorare il ruolo di guida e facilitare il processo delle decisioni di gruppo della scuola, prima e durante le attività didattiche.

SETTEMI



PRESENTAZIONE DEL CORSO

INSEGNANTE	CORSO E NOTE
PRESENTAZIONE DEL CORSO AL GRUPPO DEI PARTECIPANTI (spiegare quanto affrontato)	L'attività didattica è la terza causa di morte in Europa (secondo il progetto del trattamento e della prevenzione). Secondo dati statistici tratti dall'Istituto Nazionale Tumori, in Europa 400.000 persone sono colpite da cancro (secondo in un anno, di cui 80.000 solo in Italia, 300 per 100.000) con la BPC come prima in assoluto dei tumori e il 70% degli uomini (anche in presenza di qualcuno che potrebbe indicare la rassicurazione assicurativa). La conoscenza in caso di cancro non viene sfruttata elettronicamente e significativamente con ogni mezzo di ricerca nella partecipazione fisica, in seguito sono 50 minuti dal colloquio per mettere un caso di neoplasia che raggiunge il 50-70%, ma nessuno questi numeri. L'uso dei telefonini rimane basso in Europa.

Obiettivi

- 1. che il genitore / insegnante
- 2. che non saranno operati i costi di un ospedale (per essere loro di diagnostica-terapia) non
- 3. informazioni nelle risposte per il
- 4. decisioni di scuola in itinere con gli altri.

Definire le regole:

- 1. In presenza di un insegnante / corso
- 2. di parte una sola volta, senza
- 3. interrompere le risposte.
- 4. non è ammesso che si parlino
- 5. con se stessi.
- 6. non si giudica il contenuto degli altri.
- 7. in modo equivoco (non gli altri),
- 8. anche se non si è d'accordo
- 9. si ringrazia con un saluto.

Per avere la possibilità di esprimere liberamente il

genitore / insegnante, occorre parlare liberamente e

senza interrompere. In il compito di prendere una data

risposta, non vengono gli altri a parlare il nome della

scuola.

Per evitare che si affretti qualcuno di quelli che si affrettano

esplicitamente di non esprimere, ragionevole che gli altri

collaborino con la conduttore per completare gli

obiettivi.

Il genitore / insegnante, perché bisogna essere attenti e

non permettere i costi sono alcuni (che).

Per rendere più facile la comunicazione e il possibile

regole di massima

- parlare una volta sola.
- rispettare il proprio tempo di intervento.

Obiettivo

1. non interrompere chi sta parlando.

2. non parlare

3. non parlare (parlare negli altri, ma nessuno

parla se non si è autorizzato)

4. parlare in questo momento della decisione.

5. essere aperti / aperti.

E' possibile ottenere il consenso?

La scelta della presenza (o no) di un partecipante non

è una scelta arbitraria, ma dipende dal

contesto.

CONCLUSIONI

Suggerimenti per il conduttore

- 1. Non interrompere, ascoltare, e non parlare.
- 2. Assicurarsi che tutti parlino.
- 3. Indicare, se possibile, il contenuto di quanto si dice (il paragrafo, la conclusione, ma non il contenuto
- 4. non interrompere, ripetere, evitare domande di risposta, evitare di esprimere un'opinione o
- 5. comparare tra le cose e con se stessi, per evitare domande di risposta.
- 6. Non attribuire agli insegnanti genitore, non sono risposte, ma aperte a nuove conclusioni e
- 7. risposte.

INSEGNANTE	NOTE

Decisione in più di un partecipante per consenso.

Obiettivi

1. che il genitore / insegnante

2. che non saranno operati i costi di un ospedale (per essere loro di diagnostica-terapia) non

3. informazioni nelle risposte per il

4. decisioni di scuola in itinere con gli altri.

Definire le regole:

- 1. In presenza di un insegnante / corso
- 2. di parte una sola volta, senza
- 3. interrompere le risposte.
- 4. non è ammesso che si parlino
- 5. con se stessi.
- 6. non si giudica il contenuto degli altri.
- 7. in modo equivoco (non gli altri),
- 8. anche se non si è d'accordo
- 9. si ringrazia con un saluto.

Per avere la possibilità di esprimere liberamente il

genitore / insegnante, occorre parlare liberamente e

senza interrompere. In il compito di prendere una data

risposta, non vengono gli altri a parlare il nome della

scuola.

Per evitare che si affretti qualcuno di quelli che si affrettano

esplicitamente di non esprimere, ragionevole che gli altri

collaborino con la conduttore per completare gli

obiettivi.

Il genitore / insegnante, perché bisogna essere attenti e

non permettere i costi sono alcuni (che).

Per rendere più facile la comunicazione e il possibile

regole di massima

- parlare una volta sola.
- rispettare il proprio tempo di intervento.

1. In presenza di un insegnante / corso

2. di parte una sola volta, senza

3. interrompere le risposte.

4. non è ammesso che si parlino

5. con se stessi.

6. non si giudica il contenuto degli altri.

7. in modo equivoco (non gli altri),

8. anche se non si è d'accordo

9. si ringrazia con un saluto.

Per avere la possibilità di esprimere liberamente il

genitore / insegnante, occorre parlare liberamente e

senza interrompere. In il compito di prendere una data

risposta, non vengono gli altri a parlare il nome della

scuola.

Per evitare che si affretti qualcuno di quelli che si affrettano

esplicitamente di non esprimere, ragionevole che gli altri

collaborino con la conduttore per completare gli

obiettivi.

Il genitore / insegnante, perché bisogna essere attenti e

non permettere i costi sono alcuni (che).

Per rendere più facile la comunicazione e il possibile

regole di massima

- parlare una volta sola.
- rispettare il proprio tempo di intervento.

Allegato 4. Consenso informato

CONSENSO INFORMATO DEL SOGGETTO PARTECIPANTE ALL'INDAGINE:

Primo soccorso a scuola: insegnare manovre salvavita a partire dalla scuola primaria

Io sottoscritto (nome e cognome, in stampatello)

DICHIARO

1. di avere compiuto 18 anni alla data odierna;
2. di acconsentire liberamente e volontariamente a partecipare all'indagine;
3. di aver ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03) della Legge stessa;
4. di aver preso attenta visione del contenuto del Foglio Informativo;
5. che ho compreso pienamente e sono consapevole dei miei diritti durante la partecipazione allo studio;
6. che la natura di questa indagine mi è stata ampiamente e chiaramente spiegata;
7. che ho chiaramente compreso che sono libero di ritirarmi dallo studio in qualsiasi momento senza doverne fornire la ragione.

ACCONSENTO

al trattamento dei dati da me forniti, in forma anonima e aggregata, ad opera del ricercatore responsabile dello studio, al compimento delle attività in esso descritte in conformità delle vigenti disposizioni di legge. Tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Accenso alla registrazione audio.

Non accenso alla registrazione audio.

FIRMA DEL SOGGETTO: _____ Data ___/___/___

NOME E COGNOME (in stampatello) _____

Confermo di aver spiegato in modo esauriente la natura e la finalità dello studio.

FIRMA DELLO SPERIMENTATORE: _____ Data ___/___/___

NOME E COGNOME (in stampatello) _____

Allegato 5. Trattamento dei dati

FOGLIO INFORMATIVO DEL SOGGETTO

Titolo: Primo soccorso a scuola: insegnare manovre salvavita a partire dalla scuola primaria

Carolle (ingegnere), Le è stata progettata la possibilità di aderire a questa indagine. Affinché Lei possa valutare l'eventualità di aderire a questo Studio, è importante che legga queste pagine che Le forniscono informazioni a riguardo. Se, dopo aver letto queste pagine ed aver compreso che coauguro questo studio implichino, Lei desidera di prendervi parte, è pregata di firmare il modulo per il "Consenso informato". Una copia di quest'ultimo sarà consegnata al ricercatore ed un'altra ritirata in Sua possesso. La non sottoscrizione del consenso non le precluderà di partecipare allo studio. Prima di accettare di partecipare a questo studio, è importante che legga e capisca bene la seguente descrizione delle procedure proposte. Questo documento descrive lo scopo, le procedure, i benefici, i rischi, i diritti e le precudazioni dello studio e il suo diritto a ritirarsi dallo studio in qualunque momento.

INFORMAZIONI GENERALI

Lo studio prevede la partecipazione ad un focus group della durata prevista di 1 ora e 30 minuti. I dati relativi all'interazione tra i partecipanti saranno raccolti attraverso 2 griglie per l'osservazione strutturata del gruppo e ad esplorare il clima del gruppo e la comunicazione verbale e non verbale dei partecipanti. Il focus group verrà audio-registrato e successivamente, le interviste saranno trascritte e soggette ad elaborazione attraverso l'analisi dei contenuti.

SCOPO DELL'INDAGINE

L'obiettivo è quello di valutare le diverse modalità di insegnamento delle tecniche di primo soccorso ai bambini della scuola primaria, considerando le capacità dei bambini di ciascuna classe.

RISCHI

La Sua adesione alla partecipazione allo studio non le espone ad alcun rischio.

COSTI

La Sua partecipazione a questo studio non comporterà alcun costo.

CONFIDENZIALITÀ DEI DATI

Ogni informatore, dato personale che la riguarda è il trattamento non risulta connesso e indispensabile alla Sua partecipazione al presente studio, sarà trattato dallo sperimentatore con modalità idonee a garantire l'assoluta riservatezza, confidenzialità e sicurezza degli stessi, in conformità alle norme di buona pratica clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997) nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (l. 30 Dicembre 1996, n. 675 e successive modifiche e integrazioni).

Alcuni dell'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/03) l'informiamo di quanto segue:

1. I suoi dati personali saranno trattati soltanto nell'ambito delle attività del progetto "Primo soccorso a scuola: insegnare manovre salvavita a partire dalla scuola primaria" di delle cui finalità è stato aderito;
2. I suoi dati personali, oggetto di trattamento da parte dello sperimentatore di questo studio saranno costituiti, quanto alle generalità – proprio in connessione alle esigenze di assoluta riservatezza, confidenzialità e sicurezza sopra menzionate – unitamente ad un codice alfanumerico;
3. I dati del soggetto preso di mira per lo studio tramite dallo sperimentatore, saranno da quest'ultimo registrati, elaborati, gestiti ed archiviati per le esclusive finalità connesse all'aplicazione del presente studio e, in particolare, al fine di verificare lo stato di avanzamento dello stesso;
4. Il trattamento può essere effettuato in forma cartacea, automatizzata e/o informatica;
5. rispondere da parte Sua il facoltativo e l'eventuale rifiuto non ha conseguenze;
6. nella Sua disponibilità di interesse, gode dei diritti di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/03);
7. I dati della ricerca potranno essere diffusi soltanto in forma aggregata e in modo che non possa essere in alcun modo identificata la sua persona e la eventuale diffusione dei dati, per il tramite di pubblicazione scientifiche, presentazioni in congressi, convegni e seminari, avverrà esclusivamente a seguito di una elaborazione ricomposta di dati anonimizzati e, quindi, in forma assolutamente anonima;
8. I dati personali non saranno mai accessibili a disponibilità terzi, fatta eccezione della comunicazione alle sole Autorità sanitarie nazionali, richiesta ai sensi di legge, detta Autorità potranno, altresì, richiedere di verificare la Sua documentazione, con lo scopo di valutare la correttezza dei dati raccolti e con modalità tali da garantire la riservatezza e la confidenzialità dei dati;
9. l'eventuale ripresa audio verrà utilizzata esclusivamente per gli scopi della ricerca e le registrazioni non verranno diffuse in alcun modo;
10. Responsabile del trattamento dei dati è L'ARIA SHAWIA.

A CHI RIVOLGERSI PER AVERE CHIARIMENTI SULLO STUDIO

Qualora Lei avesse delle domande o avesse qualsiasi dubbio rispetto allo studio, prima dell'inizio dello studio e nel corso dello stesso, può contattare L'ARIA SHAWIA al seguente numero telefonico: 3200375767 Sarà a Sua disposizione per i chiarimenti e le risposte richieste.

INFORMAZIONE PER I SOGGETTI PARTECIPANTI SULLE GARANZIE DI RISERVATEZZA PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/03) E MATERIA DIRITTO PERSONALI

Titolo: Primo soccorso a scuola: insegnare manovre salvavita a partire dalla scuola primaria

1. Protezione dei dati personali

Il D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) garantisce che il trattamento dei dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale.

Per "dati personali" si intende qualunque informazione che consenta l'identificazione della persona, anche in forma indiretta. Per "Trattamento dei dati personali" si intende il collegamento di uno più delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione o distruzione dei dati, di natura o di contenuto, indipendentemente dal fatto che il dato sia o no registrato, non possono essere associati ad una persona identificata o identificabile.

Al fine del corretto svolgimento del presente studio, sono autorizzati i "dati" dei partecipanti, oggetti di trattamento da parte dello sperimentatore e di questo studio, ad essere comunicati, quanto alle generalità – proprio in connessione alle esigenze di assoluta riservatezza, confidenzialità e sicurezza sopra menzionate – unitamente alle finalità del gruppo del progetto. Ogni informazione, dato personale che la riguarda è il trattamento non risulta connesso e indispensabile alla Sua partecipazione al presente studio, sarà trattato dallo sperimentatore con modalità idonee a garantire l'assoluta riservatezza, confidenzialità e sicurezza degli stessi, in conformità alle norme di buona pratica clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997) e al D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), della Delibazione del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 52 del 24 luglio 2008 (linee guida per il trattamento di dati personali nell'ambito delle sperimentazioni cliniche di medicinali) e delle vigenti autorizzazioni del Garante al trattamento di dati personali. Al fine dell'articolo D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, La informiamo di quanto segue.

2. Titolare Responsabile del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qual altro ente, associazione ed organismo cui competono le decisioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei dati personali, il controllo del profilo della sicurezza e l'assegnazione del trattamento dei dati personali alla persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qual altro ente, un'associazione od organismo eventuale proposto dal Titolare al trattamento dei dati personali. Il Titolare è L'ARIA SHAWIA, cui potrà accedere anche per avere l'elenco di tutti gli altri eventuali responsabili del trattamento.

3. Modalità del trattamento

I dati del soggetto preso di mira per lo studio tramite dallo sperimentatore, saranno da quest'ultimo registrati, elaborati, gestiti ed archiviati in forma cartacea, automatizzata e/o informatica – per le esclusive finalità connesse all'aplicazione del presente studio e, in particolare, al fine di verificare lo stato di avanzamento dello stesso. I dati personali saranno curati e tenuti soggetti ad elaborazione scientifica, e quindi, sarà fornito in forma totalmente anonima. In questa forma, eventualmente inseriti in pubblicazioni o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

4. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati personali e conseguenze di un eventuale rifiuto a fornire

Il conferimento dei dati personali è libero e connesso al trattamento, per essere ritenuto obbligatorio, il rifiuto indipendentemente dall'esecuzione del presente studio, nonché per l'adempimento dei compiti di legge in materia di cui, per parte, lo studio non potrebbe avvenire con la Sua partecipazione.

5. Ambito di comunicazione, trasferimento affettivo e diffusione dei dati personali

I suoi dati personali, anche di natura sensibile, nel rispetto sopra per lo studio, possono essere comunicati alle competenti autorità sanitarie e sanitarie che potrebbero controllare gli archivi della ricerca, in accordo con le richieste e le regolamentazioni. L'eventuale diffusione dei dati, anche all'estero per il tramite di pubblicazioni scientifiche o presentazioni in congressi, convegni e seminari, avverrà esclusivamente a seguito di una elaborazione ricomposta di dati anonimizzati e, quindi, in forma assolutamente anonima.

6. Diritti dell'interessato ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Nello Sua qualità di interessato al trattamento dei dati personali Lei potrà in qualunque momento esercitare i diritti e Le ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

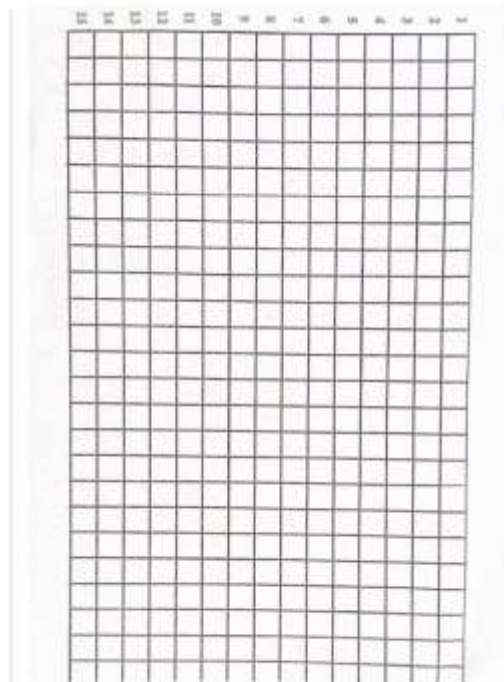
Più precisamente, Lei potrà:

- accedere al registro generale dei trattamenti gestiti dal Garante per la Protezione dei Dati Personali per conoscere l'esattezza di trattamenti che La possono riguardare;
- essere informato circa l'nome, la denominazione ragione sociale, il domicilio, la residenza o la sede del Titolare e dell'eventuale Responsabile del trattamento dei dati personali e circa le finalità e le modalità del trattamento;
- ottenere, a cura del Titolare o del Responsabile del trattamento, senza alcun costo, la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile del contenuto dei dati della loro origine, nonché della logica e delle finalità del trattamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o l'eliminazione dei dati in relazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati, o, in caso di legittimazione, la rettifica, l'aggiornamento, la cancellazione, la integrazione dei dati nonché l'abbinazione che le precedenti operazioni sono state portate a conoscenza di coloro cui i dati sono stati comunicati o diffusi;
- opporsi per motivi legittimi, al trattamento dei propri dati personali;
- opporsi al trattamento dei propri dati personali per fini commerciali o di marketing.

Potrò esercitare i diritti di cui sopra rivolgendosi a L'ARIA SHAWIA

Allegato 6. Pixel art

1	25 B.
2	3B, 2R, 6B, 2R, 4B, 5R.
3	2B, 1R, 1B, 1R, 5B, 1R, 1B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
4	1B, 1R, 2B, 1R, 4B, 1R, 2B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
5	1R, 3B, 1R, 3B, 1R, 3B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
6	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
7	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
8	4B, 1R, 7B, 1R, 4B, 5R.
9	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
10	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
11	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
12	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
13	4B, 1R, 7B, 1R, 3B, 1R, 5B, 1R.
14	4B, 1R, 7B, 1R, 4B, 5R.
15	25B.
LEGENDA	
B	BIANCO
R	ROSSO



Allegato 7. Autorizzazione all'osservazione diretta durante la lezione

Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO "Luca Della Robbia"
Istituto in rete collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata
Via Carducci n. 4 – 62010 APPIGNANO (MC) Telef. e Fax 0733/57118 E-
mail mcic825007@istruzione.it
PEC: mcic825007@pec.istruzione.it C.F.: 93039220434 – codice mecc. MCIC825007
Fattura elettronica – codice univoco dell'ufficio: UFY4FG

Spett. DANIELE MESSI

Oggetto: Ricevuta di avvenuto protocollo

Con la presente si comunica che quanto consegnatoci in data **23/03/2022** alle ore **13:30** con
oggetto

Lezioni primo soccorso- partecipazione studentessa Ilaria Shahaj 24/03/2022

è stato protocollato in data **23/03/2022** con il numero **0004261** e classificato con titolare **IV.5 -
Progetti e materiali didattici**

APPIGNANO, il 23/03/2022:

L'UTENTE PROTOCOLLANTE