



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE, UN RUOLO CARDINE NELL'EMERGENZA  
SANITARIA: ANALISI DEL BISOGNO NELLA  
PROGETTAZIONE DI UN INTERVENTO EDUCATIVO TRA  
GIOVANI IN ETA' ADOLESCENZIALE.**

Relatore:  
**Dott. Daniele Messi**

Tesi di Laurea di:  
**Michele Fraticelli**

Correlatore:  
**Prof.ssa Erica Adrario**

A.A. 2019/2020

## INDICE

Introduzione.....	3
Arresto cardiaco: epidemiologia ed importanza del soccorso .....	6
Comunicazione e relazione nell'intervento di educazione sanitaria. ....	11
Ruoli e competenze della professione infermieristica. ....	15
Obiettivo .....	19
Materiali e metodi.....	20
• Disegno di ricerca.....	20
• Popolazione .....	20
• Campione e campionamento .....	20
• Setting.....	20
• Strumenti .....	21
• Periodo di analisi .....	22
• Considerazioni etiche .....	22
Risultati.....	24
Caratteristiche del campione .....	24
Focus group: setting, e tipologia di interventi .....	26
Focus group: analisi dei contenuti .....	29
Simulazione dimostrativa di Arresto cardio circolatorio.....	32
Discussione.....	34
Conclusioni.....	39
Bibliografia.....	41
Allegati .....	44



## **ABSTRACT**

**INTRODUZIONE:** Lo studio effettuato prende origine dalla necessità di analizzare la percezione degli adolescenti riguardo nozioni di primo soccorso, sistema di emergenza territoriale e le figure professionali istituzionalmente coinvolte; l'intento è quello di individuare le macro-aree che necessitano di bisogni educativi sulla quali progettare ed attuare interventi formativi specifici.

**METODI:** Lo studio è stato condotto sulla base di un campione target individuato tramite un campionamento di convenienza fornitoci sulla base di una selezione naturale scaturitasi durante l'evento HO A CUORE IL VOLONTARIATO -diario di un'emergenza" organizzata dall'Associazione Nazionale dei Carabinieri sezione di Montefano; i dati di ricerca sono stati raccolti tramite una stratificazione iniziale e un focus group, successivamente rielaborati tramite software Excel.

**RISULTATI:** I risultati ottenuti dal pre-test iniziale somministrato con l'ausilio di Google Moduli, ci hanno permesso di raccogliere dati socio-demografici utili per un imprinting iniziale del campione "target" di riferimento.

A seguire è stato condotto un focus group, grazie al quale è stato possibile analizzare le percezioni delle aree indagate in merito alle risposte date,

successivamente analizzare col fine di progettare un intervento formativo; tutti i dati ricavati sono stati rielaborati tramite il programma Excel<sup>®</sup> di Microsoft.

**CONCLUSIONI:** L'indagine condotta mediante il focus group si è rivelata efficace, ha permesso di individuare un'area funzionale riguardante le nozioni di rianimazione cardiopolmonare ed un'altra non funzionale relativa a ruoli e competenze della professione infermieristica. Per ogni area sono stati individuati dei bisogni formativi e sulla base di ciò sono stati attuati interventi formativi con lo scopo di rafforzare le conoscenze preesistenti o colmare le lacune riscontrate. Un limite del lavoro, è stata la mancanza di somministrazione di un post-test di qualità, in grado di analizzare l'aspetto qualitativo dell'intervento.

## **INTRODUZIONE**

Nel 1946 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva il concetto di salute come lo stato di completo benessere fisico, psichico, sociale e non semplice assenza di malattia.

La salute è considerata un vero e proprio diritto e, come tale, si pone alla base dei diritti fondamentali di ogni essere vivente.

A sostegno di tale principio, la risoluzione di Vilnius del 2009 ne evidenzia sia la forma che il concetto stesso, individuando la scuola come il luogo più adatto per attività di promozione e educazione alla salute. Infatti, in essa, si afferma che una scuola che promuove ed educa alla salute, è una scuola che mette in atto un piano educativo strutturato e sistematico a favore della salute, del benessere e dello sviluppo del capitale sociale di tutti gli alunni e del personale docente e non docente.

Le scuole di oggi giorno rappresentano una comunità d'appartenenza, veri e propri contesti sociali all'interno dei quali si è in grado di prevenire le disuguaglianze nell'ambito della salute, mettendo tutti sullo stesso livello, ricevendo lo stesso grado di prevenzione, promozione e educazione alla salute.

Nessuno ne può rimanere escluso.

D'altro canto le scuole non sono l'unica fonte di divulgazione di prevenzione e promozione alla salute.

Basti pensare agli oratori e ai centri di aggregazione, luoghi adibiti al ritrovo di una comunità prettamente giovanile, all'interno dei quali è possibile organizzare eventi di prevenzione finalizzati ad una educazione sanitaria, che abbia lo scopo di far percepire ai nostri ragazzi nozioni che riguardano la prevenzione tra cui includere anche una formazione al primo soccorso.

A dimostrazione di quanto detto, nel 2015 l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) ha approvato Kids Save Lives (KSL), un programma annuale di due ore di formazione sulla RCP dall'età di 12 anni in tutte le scuole del mondo, in congiunta con European Resuscitation Council (ERC), European Patient Safety Foundation (EPSF), International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) e la World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA).

Di pari passo, in Italia entrava in vigore la Legge del 13 luglio 2015 n°107, "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti", approvata dalla Camera dei Deputati e dal Senato con il provvedimento del 16/07/2015.

La legge prevede l'integrazione tra docenti scolastici e Servizio Sanitario Nazionale, mirata a fornire una preparazione sulle manovre salvavita avvalendosi dell'aiuto del personale infermieristico del 118, al fine di educare gli studenti alle manovre del Primo Soccorso secondo le modalità didattiche più opportune.

L'Italia rientra in tal modo insieme al Belgio, Danimarca, Francia e Portogallo, tra i primi cinque paesi mondiali adottanti per legislatura il BLS nelle scuole a partire da bambini di 10-12 anni; dunque, nelle scuole di molti paesi Europei l'insegnamento delle nozioni di primo soccorso è diventato una disciplina scolastica.

Già in precedenza uno studio condotto da Jones et al. (2007), dimostrò come i bambini di età superiore ai 10 anni, eseguono correttamente le compressioni toraciche esterne in termini di frequenza di compressione (90-110/min.), di profondità con un range di (38-51 mm) e di posizione corretta delle mani per l'80-100% delle compressioni.

Un ulteriore studio condotto da Hill et al. (2008), dimostrò invece come bambini di età compresa tra i 10 e 11 anni, sono in grado di effettuare una RCP efficace dopo solo 2 mesi di formazione; dimostrando che è quindi effettivamente possibile affidare anche ai più giovani la gestione delle manovre essenziali per salvare la vita in caso di arresto cardio circolatorio. Un programma formativo alla rianimazione cardiopolmonare opportunamente inserito in un percorso educativo ben progettato, dovrebbe permettere al partecipante di raggiungere obiettivi educativi specifici che si legano ai principi cardini del primo soccorso.



## **Arresto cardiaco: epidemiologia ed importanza del soccorso**

L'arresto cardiaco extraospedaliero, di natura cardiaca e non, è la terza causa di morte nelle nazioni industrializzate e colpisce circa 700.000 persone l'anno (Taniguchi et al., 2012).

L'insorgenza è spesso improvvisa, senza segni clinici o sintomi premonitori; in alcuni casi invece il paziente può avvertire dolore toracico, palpitazioni, vertigini, dispnea. Quella dell'arresto cardiaco è una condizione di morte clinica reversibile che, se non adeguatamente trattata, è destinata ad evolvere in morte biologica irreversibile a causa della ipo-ossigenazione cerebrale e sistemica. Cervello e cuore sono infatti gli organi “nobili”, più sensibili alla mancanza di ossigeno, per cui è necessario intervenire nei primi 10 minuti, per evitare il decesso e/o danni ipossici cerebrali che altererebbero gravemente la qualità di vita futura; ogni minuto perso equivale ad una riduzione della sopravvivenza del 7-10% (Weisfeldt et al., 2010).

Nel nostro Paese circa ogni 10 minuti una persona muore per morte cardiaca improvvisa, evento drammatico che in molti casi si può prevenire, ma che si può e si deve anche combattere, impedendo che esso si protragga così a lungo da causare la morte del cervello, e quindi dell'individuo. Una sopravvivenza senza danni neurologici post-anossici è auspicabile se si attiva tempestivamente una sequenza d'interventi critici cui partecipano coordinandosi, cittadini,

operatori sanitari e specialisti dell'emergenza, a formare la cosiddetta "Catena della sopravvivenza" (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**). Il primo anello è quello che vede come protagonista il comune cittadino testimone occasionale dell'evento, responsabile dell'individuazione precoce dei segni premonitori dell'arresto e dell'allarme immediato con chiamata alla Centrale Operativa 118, di estrema importanza per favorire l'accesso precoce della vittima alle cure. Se il soggetto non risponde e non respira normalmente l'astante deve sospettare l'arresto cardiaco e al fine di garantire il mantenimento della perfusione coronarica e cerebrale durante il tempo necessario all'arrivo dei soccorsi è fondamentale il sostegno di base delle funzioni vitali attraverso il Basic Life Support (BLS) che prevede la rianimazione cardiopolmonare (RCP) immediata con compressioni toraciche e ventilazioni. Questo può essere assicurato da qualsiasi persona senza l'ausilio di particolari presidi. Poiché nella maggioranza dei casi l'arresto è provocato da fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare, che sono aritmie correggibili con defibrillatore, il terzo anello della catena prevede la defibrillazione precoce che, attraverso l'erogazione di una scarica elettrica che attraversa il cuore, ripristina un ritmo spontaneo e organizzato cui segue la contrazione meccanica; il cuore riparte. Sopravvivenza e outcome neurologico dopo arresto cardiaco sono influenzati non solo da qualità e tempismo di BLS e defibrillazione, ma anche dal trattamento avanzato post-rianimatorio, che è il quarto anello, ultimo ma non

per importanza, che comprende tutti quei provvedimenti messi in atto dal personale del soccorso organizzato dotato di specifiche competenze e attrezzature per ripristinare e mantenere le funzioni vitali.

Figura 1. Catena della Sopravvivenza per l'adulto

Fonte: Linee Guida 2015 European Resuscitation Council.



Poiché la maggior parte dei casi di arresto cardio-circolatorio (ACC) avviene in contesti non ospedalieri, come luoghi di lavoro, domestici e ricreativi, nei quali non vi è pronta disponibilità di personale sanitario adeguatamente addestrato ma i primi testimoni sono gli astanti, è evidente l'importanza di un tempestivo intervento da parte dei cosiddetti "soccorritori laici", del riconoscimento precoce dell'arresto e l'allarme immediato al servizio d'emergenza, all'applicazione delle manovre salvavita e di rianimazione cardiopolmonare, per aumentare le probabilità di mantenere integro il cervello

della vittima fino all'arrivo del soccorso avanzato. Infatti bisogna considerare anche che i tempi di risposta dei servizi di emergenza sanitaria possono essere di diversi minuti, a seconda che ci si trovi in ambito urbano o extraurbano; se i testimoni occasionali di un arresto cardiaco iniziano la rianimazione cardiopolmonare prima dell'arrivo dell'ambulanza le possibilità di sopravvivenza della vittima aumentano di 2-4 volte rispetto ai casi in cui la RCP non viene iniziata.

Tuttavia, in Europa la RCP viene iniziata dai testimoni dell'arresto cardiaco soltanto nel 15% dei casi poiché la popolazione non conosce queste tecniche né alcun tipo di approccio per effettuare un Primo Soccorso (Prof. Bernd Böttiger, ex presidente dell'European Resuscitation Council).

Appare un problema prioritario, dunque, diffondere in maniera capillare la cultura del Primo Soccorso per far sì che qualsiasi persona, pur non operante in un contesto ospedaliero ma semplicemente in qualità di cittadino, possa intervenire per salvare una vita.

La diffusione e l'utilizzo di mezzi di comunicazione e di geolocalizzazione, come ad esempio il telefono cellulare, hanno senz'altro cambiato le caratteristiche della gestione del sistema sanitario in fatto di primo soccorso, riducendo drasticamente i tempi di attesa e migliorando la qualità d'intervento. Grazie alla tecnologia l'Infermiere della Centrale Operativa 118 ha maggiori possibilità nel fornire istruzioni all'astante inesperto guidandolo ad esempio

nell'esecuzione della RCP nei casi di arresto cardiaco anche con le sole compressioni toraciche, in attesa del soccorso avanzato.

Un RCP guidata dalla centrale telefonica, riduce il tempo che trascorre dal collasso all'inizio della prima RCP ma soprattutto ne migliora la prognosi delle vittime di arresto cardiaco extra-ospedaliero in tutte le tipologie di pazienti (Italian Resuscitation Council, 2019, chap. 1).

La fase della chiamata di soccorso rappresenta, come descritto in precedenza, il primo anello della catena della sopravvivenza, in essa il cittadino assume un ruolo cardine in termini di innesco della catena del soccorso, vi sono situazioni nelle quali pochi minuti fanno la differenza e pertanto più è precoce la richiesta di soccorso al 118 più ridotto sarà il periodo di tempo che trascorre prima dell'arrivo dei sanitari.

L'esatta comunicazione del "WHERE" come luogo di chiamata, del "WHY" motivo della chiamata e di "WHO" chi e quante persone sono coinvolte, ne rappresenta i contenuti principali che permettono poi un'adeguata gestione da parte del professionista sanitario.

Questi concetti, importanti e di rilievo, se trasmessi a giovani in età adolescenziale necessitano di essere trattati con la giusta importanza ma al tempo stesso con il giusto imprinting comunicativo per far sì che vengano recepiti così da essere in grado di suscitare interesse e curiosità intellettuale per

raggiungere gli obiettivi educativi di adeguati interventi di educazione sanitaria.

### **Comunicazione e relazione nell'intervento di educazione sanitaria.**

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), come diceva Smith nel 1979. Per quanto riguarda il contenuto dell'educazione sanitaria, dice Seppilli, essa non si prefigge di insegnare a diagnosticare o addirittura curare le malattie; può insegnare il modo di evitare molte di esse o comunque di diminuirne la gravità

e può insegnare a riconoscerne l'esistenza e la pericolosità, indicando a chi ci si debba rivolgere, al momento opportuno, per evitare il peggio. Essa va, infatti, distinta dall'educazione terapeutica, la quale è invece rivolta alle persone a rischio o già malate, in genere affette da patologie croniche, allo scopo di "aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento e a farsi carico del proprio stato di salute" (WHO working group, 1998), come avviene ad esempio nel follow up infermieristico post-intervento chirurgico. Si tratta, dunque, di un intervento partecipativo, basato sulla relazione e sulla comunicazione, che presuppone uno scambio, al contrario dell'informazione sanitaria, che si configura come sterile trasmissione unidirezionale di dati riguardanti la salute dal docente al discente.

Hagquist e Starrin nel 1997 (come citato in Piper, 2009), hanno analizzato lo sviluppo nel tempo della strategia educativa da modelli tradizionali basati sul trasferimento di conoscenze e centrati su problemi di salute e comportamenti a rischio a modelli educativi sempre più complessi, caratterizzati da metodologie di insegnamento diversificate.

Da un insegnamento tradizionale caratterizzato da una strategia dall'alto verso il basso (top down), in cui lo studente è recettore delle informazioni siamo passati a modelli educativi moderni caratterizzati da una strategia dal basso verso l'alto (bottom up) nei quali gli studenti sono partecipanti attivi e il lavoro

è centrato sui fattori che influenzano il comportamento più che sui comportamenti di salute stessi (Beatini, 2005).

Riprendendo i concetti precedentemente espressi da Seppilli, Guilbert (2002) definisce la cosiddetta “Spirale educativa” (Figura 1) 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. 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.



Figura 1. Spirale educativa secondo Guilbert (2002) Fonte: elaborazione propria



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 (Acocella, 2015), per rilevare le loro esperienze ed opinioni in maniera scevra da influenze create da un membro esterno.

## **Ruoli e competenze della professione infermieristica.**

Che l'assistenza infermieristica sia di natura educativa, oltre che preventiva, tecnica e riabilitativa, è un concetto sancito dai “pilastri” di questa professione; il Codice Deontologico ed il Profilo Professionale lo enunciano a più riprese ed in maniera molto chiara.

Al primo comma dell'art.1 della **Legge 251/2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica”** si legge testualmente: “gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale *attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva*, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”.

Dopo dieci anni dall'ultima revisione del (2009), il Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, si rinnova con leggi, regolamenti, situazioni che si sono succedute negli anni e, soprattutto, nuove responsabilità nel passaggio da Collegi a Ordini, ora enti sussidiari dello Stato con la modifica di ruoli, responsabilità e capacità di intervento.

All'interno del nuovo Codice Deontologico dell'infermiere (2019), approvato dal Consiglio Nazionale FNOPI, troviamo per iscritto i principi, i valori

professionali e le responsabilità assistenziali dell'infermiere, sanciti nei seguenti articoli:

**Art. 2**

*L'infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività; le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.*

**Art. 7**

*L'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale, nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.*

**Art. 8,**

*L'infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.*

**Art. 10**

*L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.*

D'altro canto il Profilo professionale dell'infermiere D.M. 14 settembre 1994 n. 739, lo identifico, per la prima volta, come professionista sanitario e non più

ausiliario, individuandone il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica nell'**Art. 1 Comma 2**: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria."

Considerata la responsabilità dell'Infermiere nella progettazione e attuazione di interventi educativi rivolti alla comunità in ottica di prevenzione e promozione della salute e dell'importanza di coinvolgere giovani in età adolescenziale come destinatari importanti nella costruzione di una cultura duratura ed efficiente, mediante un'analisi qualitativa si ritiene fondamentale indagare in merito alle conoscenze e alle percezioni che hanno giovani in età adolescenziale in merito alle delicate tematiche di primo soccorso.



## **OBIETTIVO**

Analizzare le conoscenze di soggetti in età adolescenziale in merito a nozioni di primo soccorso, al sistema di gestione dell'emergenza territoriale e sulla funzione delle figure professionali ad esso collegate al fine di individuare bisogni educativi specifici come base di progettazione di un intervento educativo da attuarsi nella comunità.

## **MATERIALI E METODI**

- **Disegno di ricerca**

Per l'indagine scientifica si è utilizzato uno studio di base sperimentale con un disegno di approccio qualitativo di tipo fenomenologico.

- **Popolazione**

All'evento "HO A CUORE IL VOLONTARIATO – diario di un'emergenza", hanno partecipato ragazzi con un'età compresa tra i 14 e i 15 anni, residenti nella zona di Montefano e provenienti dalle diverse scuole secondarie di secondo grado del territorio maceratese.

- **Campione e campionamento**

Il campione target è composto da 10 ragazzi con un'età media pari a 14.8, è stato individuato tramite un campionamento di convenienza presentatoci dall'evento stesso. Grazie alla tipologia di campione, è stato possibile entrare in maniera indiretta all'interno di varie scuole del territorio maceratese, per analizzarvi le percezioni e considerazioni che i ragazzi hanno in merito alle nozioni di primo soccorso.

- **Setting**

Il lavoro svolto è stato realizzato con un setting formativo predisposto in maniera tale da ricreare un ambiente dinamico che si potesse adattare alle varie

esigenze del momento. Si pone particolare attenzione all'ambiente circostante, in grado di garantire un'ottima illuminazione, clima, acustica, disposizione dei banchi e strumentario didattico.

Inoltre, è stata attuata una disposizione con discenti a mezza luna ed istruttore al centro, posti sullo stesso piano comunicativo per ricreare un'interazione tale da garantire che il contenuto presentato arrivi in forma chiara e logica e ad un livello di approfondimento comprensibile, garantendo la distanza minima di sicurezza e le norme igieniche previste dal protocollo anti-covid19.

Il materiale utilizzato per la dimostrazione pratica comprende DPI, gel antisettico per mani, manichino BLS Resusci Anne® torso realistico completo per esercitazioni all'addestramento alla RCP e dispositivi vari per la rianimazione cardiopolmonare resi disponibile grazie alla partecipazione di un'Ambulanza BLS di tipo A definita di "soccorso" per la dotazione di specifiche attrezzature di assistenza per il trasporto di infermi o infortunati, appartenente all'Associazione Nazionale Pubblica Assistenza (ANPAS) Croce Verde Valdaso con sede ad Altidona in Via Toscanini n°8.

- **Strumenti**

Ai fini dell'indagine scientifica, è stato utilizzato un focus group come metodo di raccolta dati principale, preceduto da un pre-test con lo scopo di fornirci dati socio-demografici del campione target di riferimento, somministrato tramite l'ausilio di Google Moduli.



- **Periodo di analisi**

La ricerca è stata condotta durante l'evento "HO A CUORE IL VOLONTARIATO -diario di un'emergenza" organizzata dall'Associazione Nazionale dei Carabinieri presso il moderno anfiteatro situato nel parco Veragra di Montefano (MC) l'1/08/2020; la durata dell'evento è stata di 4 ore, durante la quale sono stati raccolti dati successivamente rielaborati e analizzati.

- **Considerazioni etiche**

Vista l'età dei ragazzini inferiore ai 18 anni, vi hanno preso parte previa firma del documento relativo al trattamento della privacy covid-19 e liberatoria-REGOLAMENTO UE 2016/679 c.d. GDPR (vedere allegati 1 e 2) da parte dei genitori; documentazione che è stata fornita e sottoscritta dall'Associazione Nazionale Carabinieri di Montefano (ANCM).



## **RISULTATI**

La ricerca è stata condotta in occasione dell'evento "HO A CUORE IL VOLONTARIATO -diario di un emergenza" organizzata dall'Associazione Nazionale dei Carabinieri presso il moderno anfiteatro situato nel parco Veragra di Montefano (MC) l'1/08/2020.

Il focus group si è svolto regolarmente come da programma nell'ora e nel luogo prestabilito e nel pieno rispetto delle normative vigenti al momento, in merito alle esigenze di distanziamento in quanto effettuato durante pandemia.

Termina questa fase iniziale, ha preso il via una breve introduzione da parte del personale dell'Associazione Nazionale dei Carabinieri riguardo le ragioni che hanno portato alla pianificazione e creazione dell'evento, seguita dalla presentazione dei formatori e del materiale didattico presente con l'intento di catturare fin da subito l'attenzione dei ragazzi.

### **Caratteristiche del campione**

Hanno effettivamente partecipato all'indagine 10 ragazzi con un'età compresa tra i 14 e i 15 anni con età media di 14.8 anni, arruolati su base volontaria con i criteri d'inclusione sopra descritti. Tutti i partecipanti sono regolarmente iscritti a scuole secondarie di secondo grado del territorio maceratese.

Il Campione di età media di 14.8 anni con una distribuzione per genere, frequenza scolastica ed esperienziale nel campo sanitario e formativo sanitario di cui in tabella 1.

VARIABILI	n.	%
<b>Genere</b>		
Femminile	3	30
Maschile	7	70
<b>Scuola e classe di appartenenza</b>		
1° Liceo Linguistico	1	10
2° Liceo Linguistico	2	20
2° ITIS	5	50
2° Liceo delle Scienze Umane	1	10
2° Liceo delle Scienze Applicate	1	10
<b>Esperienza nel campo sanitario e formativo sanitario</b>		
Ha avuto un'esperienza personale in ambito extra-intra ospedaliero	7	70
Ha partecipato ad un corso di primo soccorso a scuola?	10	100

Tabella 1 Caratteristiche socio – demografiche del campione

Tutti i partecipanti hanno firmato regolarmente come previsto il documento relativo al trattamento della privacy autocertificazione Covid-19 e liberatoria – REGOLAMENTO UE 2016/679 c.d. GDPR. (allegati 1 e 2) da parte dei genitori; La registrazione dei partecipanti è stata curata direttamente dal Presidente dell'Associazione Nazionale Carabinieri sezione di Montefano.

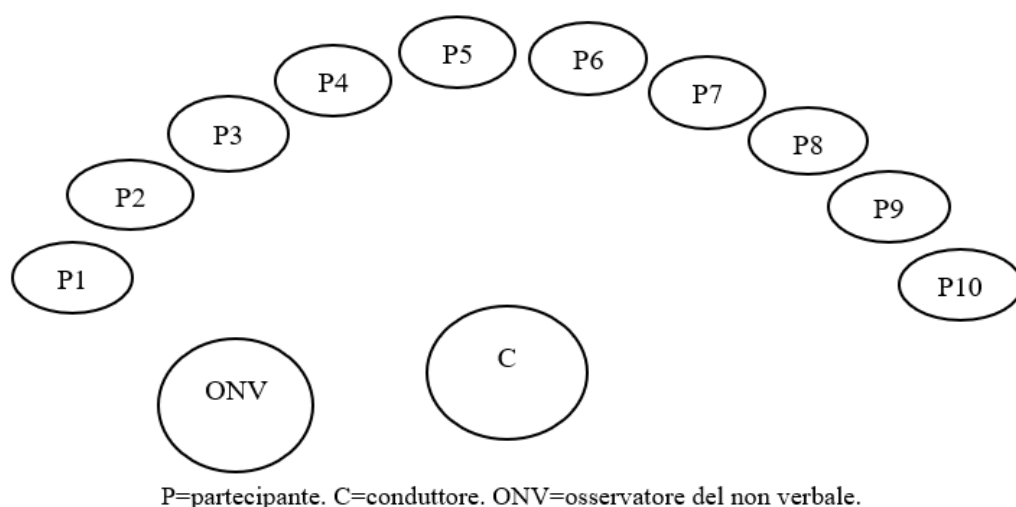
## Focus group: setting, e tipologia di interventi

Il focus group è stato gestito con 2 ricercatori di cui uno ha avuto il ruolo di conduttore e il secondo di osservatore. Il conduttore ha mantenuto costantemente la relazione con i partecipanti mentre l'osservatore appuntava dati emersi dalla comunicazione di tipo verbale e non verbale.

È stata individuata l'area verde dell'anfiteatro come una zona ombreggiata e arieggiata con garanzia di un microclima adeguato, visto il clima torrido della giornata, riducendo al minimo il principale fattore di disattenzione.

Individuata l'area, sono state disposte quattro panche ben distanti l'una dall'altra, con una conformazione tale da rendere visibile a tutti sia il materiale esposto al centro che noi formatori, inoltre, ad ogni ragazzo sono stati forniti dall'associazione i DPI del caso con gel sanificante e fatti disporre sulle panche rispettando la distanza minima di sicurezza.

Figura 2. Setting del Focus group



L'intervista ha avuto una durata complessiva di 45 minuti con una distribuzione per ogni fase descritta in Figura 3.

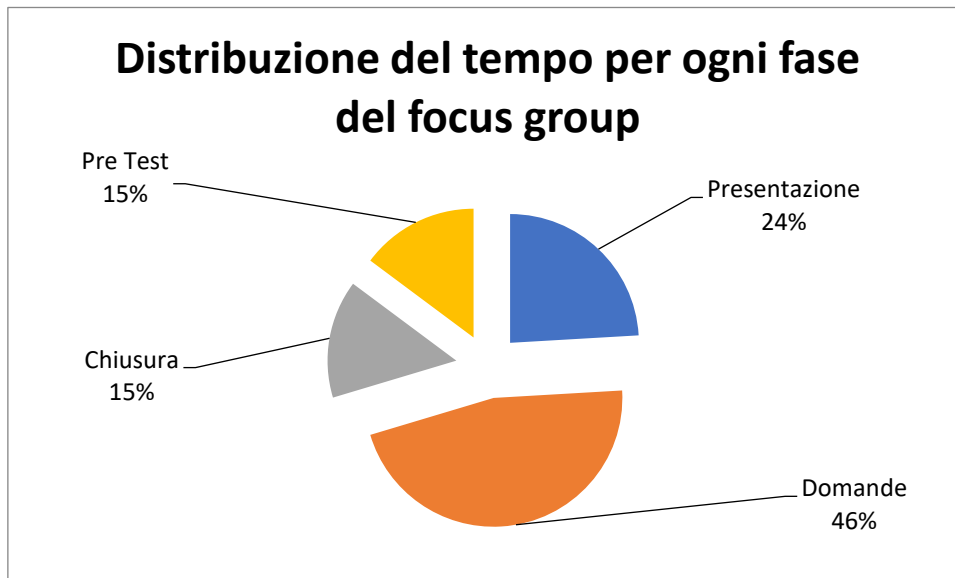


Figura 3. Distribuzione in media del tempo impiegato per ogni fase del focus group

Per tutta la durata del focus group è stato utilizzato un linguaggio comprensibile a soggetti in età adolescenziale con adeguati richiami a conoscenze scientifiche di base sicuramente adeguate alla fascia d'età del campione. È stato molte volte richiamata l'attenzione a fatti concreti che sono stati raccontati dai partecipanti su stimolo del conduttore.

Durante le interviste le domande che erano state preparate, in base all'evoluzione della conversazione ed alla disponibilità degli intervistati hanno subito degli adattamenti o aggiunte (Tab. 2).

Domanda	Prevista	Modificata
1. Dato che avete già partecipato a corsi di primo soccorso, cosa vi hanno fatto fare?	Sì	No
2. Secondo voi perché è stata associata la canzone al massaggio.	Sì	Sì
2.1 Il fatto che non respiri e che il cuore non batte, cosa succede al nostro organismo?	No	/
2.2 Secondo voi, in questo caso, quali sono le manovre da attuare.	No	/
2.3 Che cos'è il defibrillatore?	No	/
3. Il termine corpo estraneo a cosa vi fa pensare?	Sì	Sì
3.1. In che età è più probabile che si verifichi un'ostruzione?	No	/
4. Secondo voi, chi si trova accanto ad una persona colta da malore e l sola a gestire l'emergenza?	Sì	Sì
5. Secondo voi chi è l'infermiere e cosa fa?	Sì	Sì
5.1 Assistere cosa vuol dire?	No	/
6. Come si diventa infermiere?	Sì	Sì
7. E il medico chi è?	Sì	Sì
8. Secondo voi tra medico e infermiere chi dà il farmaco?	Sì	Sì
9. Perché i sanitari si devono occupare di educazione sanitaria?	Sì	Sì

Tabella 2. Elenco delle domande effettivamente formulate dal conduttore

## Focus group: analisi dei contenuti

L'analisi dei contenuti dei focus group ha permesso di individuare due aree tematiche principali e all'interno delle stesse altre sottocategorie come descritto in (tab. 3).

Area tematica principale	Categorie per ogni area tematica
Area funzionale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Massaggio cardiaco</li><li>• Defibrillazione</li><li>• Disostruzione delle vie aeree</li></ul>
Area non funzionale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formazione dei professionisti sanitari</li><li>• Ruolo dell'Infermiere nel sistema salute</li><li>• Ruolo del medico nel sistema salute</li></ul>

Tabella 3. Aree tematiche principali individuate e relative sottocategorie

### Area funzionale

Dalla percezione dei partecipanti coinvolti nell'indagine, emerge una buona conoscenza di base degli argomenti legati al primo soccorso con particolare riferimento alla tematica della rianimazione cardiopolmonare. I giovani intervistati riferiscono di aver affrontato le tematiche principalmente con corsi di tipo teorico con esperienza in simulazione solo riconducibile all'esecuzione delle compressioni toraciche esterne (Tab. 4).

	Effettuato in simulazione	Affrontato in teoria in occasione di un corso di sensibilizzazione
Massaggio cardiaco	Si	Si
Defibrillazione	No	Si
Disostruzione delle vie aeree	No	Si

Tabella 4. Espressione delle conoscenze specifiche di ogni partecipante per sottocategoria dell'area funzionale



Dalla natura delle risposte si individua una particolare attenzione ai dettagli che evidenzia una sostanziale efficacia dei metodi didattici che sono stati utilizzati nelle pregresse esperienze formative dei partecipanti così come descritto in (tab. 5).

INTERVENTO DEL CONDUTTORE	RISPOSTA DEL PARTECIPANTE
1. Dato che avete già partecipato a corsi di primo soccorso, cosa vi hanno fatto fare?	il massaggio cardiaco.
2. Secondo voi perché è stata associata la canzone al massaggio.	Per scandire la giusta frequenza da rispettare nell'esecuzione del massaggio cardiaco.
2.1 Il fatto che non respiri e che il cuore non batte, cosa succede al nostro organismo?	Il nostro cervello non è più alimentato/ossigenato e le cellule vanno incontro ad un danno.
2.2 Secondo voi, in questo caso, quali sono le manovre da attuare.	Massaggio cardiaco, respirazione e defibrillatore
2.3 Che cos'è il defibrillatore?	È una macchina che viene utilizzata quando una persona non respira, per far ripartire il cuore.
3. Il termine corpo estraneo a cosa vi fa pensare?	Bastoncino. Tappo. Un qualcosa che può provocare un soffocamento
3.1. In che età è più probabile che si verifichi un'ostruzione?	Ad un anno di età. Nei bambini.
4. Secondo voi, chi si trova accanto ad una persona colta da malore e l sola a gestire l'emergenza?	No, anche i passanti. Chiamo il 118 perché rispondono persone che forse mi possono aiutare.

Tabella 5

## Area non funzionale

L'analisi del contenuto ha permesso di individuare una differenza sostanziale tra la percezione in merito al percorso formativo dell'infermiere rispetto a quello del medico. Infatti la maggior parte dei pareri ha mostrato una scarsa consapevolezza in merito al percorso universitario dell'infermiere che invece viene da tutti riconosciuto per il medico.

In particolare per l'infermiere i pareri spontanei dei partecipanti individuano principalmente una formazione di tipo regionale che porta al conseguimento di un diploma professionale.

Emerge inoltre una visione dell'infermiere come figura sanitaria subordinata al medico anche se nella esplicitazione vengono usate parole che richiamano la collaborazione tra professionisti identificando una divisione di ruoli inerente a competenze specifiche di ogni figura professionale (tab. 6).

INTERVENTO DEL CONDUTTORE	RISPOSTA DEL PARTECIPANTE
5. Secondo voi chi è l'infermiere e cosa fa?	Assiste il dottore lo aiuta. Collabora con il medico. Sta sotto al medico in termini di gerarchia.
5.1 Assistere cosa vuol dire?	Prestare soccorso. Controllare le cure. Stare con il malto.
6. Come si diventa infermiere?	Fa dei corsi e poi studia ciò di cui ha bisogno in base i casi
7. E il medico chi è?	È colui che visita i pazienti e fa diagnosi.
8. Secondo voi tra medico e infermiere chi dà il farmaco?	Il medico prescrive e l'infermiere lo somministra.

Tabella 6. Momenti della conversazione che evidenziano la percezione rispetto alla formazione e ruolo delle figure professionali sanitarie

## **Simulazione dimostrativa di Arresto cardio circolatorio**

E' stato possibile avere a disposizione tutto il materiale per la dimostrazione pratica comprende DPI, manichino BLS Resusci Anne® torso realistico completo per esercitazioni all'addestramento alla RCP e dispositivi vari per la rianimazione cardiopolmonare resi disponibile grazie alla partecipazione di un Ambulanza BLS di tipo A definita di "soccorso" per la dotazione di specifiche attrezzature di assistenza per il trasporto di infermi o infortunati, appartenente all'Associazione Nazionale Pubblica Assistenza (ANPAS) Croce Verde Valdaso con sede ad Altidona in Via Toscanini n°8 effettivamente presente.

Al termine del focus group e sulla base dei risultati dell'area funzionale al fine di rendere concreti i messaggi che erano emersi dalla conversazione è stata effettuata una simulazione di un intervento di soccorso su paziente in ACC della durata di 10 minuti preceduta da un briefing e seguita da un debriefing. Tutti partecipanti hanno avuto esclusivamente il ruolo di osservatori ed hanno mantenuto per tutta la durata della simulazione elevata attenzione e curiosità dimostrata dalle numerose domande che sono state gestite dai ricercatori. La curiosità dimostrata ha portato ad una durata complessiva dell'incontro di 4 ore complessive.



## **DISCUSSIONE**

Per via di un clima teso e attonito, è stata data priorità alla conquista dell'attenzione e alla ricerca di un contatto diretto finalizzato a trasmettere un senso di sicurezza nei partecipanti.

L'attuazione di un disegno quantitativo con la somministrazione di un pre-test diretto come metodo di raccolta dati principale, avrebbe creato ulteriore distacco e inciso in modo negativo ai fini dell'indagine; qui nasce l'intuizione di effettuare un focus group in maniera indiretta all'interno della discussione iniziale. Con l'attuazione di questo metodo, è stato consentito analizzare macro-aree raccogliendo percezioni su di esse, dando così una vigorosa sterzata al progetto iniziale e approdando all'interno di un disegno qualitativo rivelatosi più idoneo ai fini della ricerca.

La tenuta "d'aula" in termini di resa dell'evento, è stata fondamentale data la presenza di soggetti giovani, per questo, come accennato in precedenza, è stato optato per una disposizione frontale, interattiva e dinamica qualora lo richiedesse.

Il focus group è stato condotto sulla base di una traccia principale da rispettare, e nel susseguirsi, alcune domande prendevano spunto dalla risposta data nella precedente; un effetto a cascata dal quale ha portato al rilevamento di una serie di percezioni poi successivamente analizzate.

L'analisi dei dati, è stata basata sugli appunti presi e rielaborati al momento e messi per iscritto con penna su carta, per la mancanza di strumenti idonei ad una registrazione di tracce audio e video, causa di un budget estremamente ridotto.

Dal focus group, è stato potuto constatare come i ragazzi presentino delle macro-aree con una discreta conoscenza base delle tematiche indagate ed altre meno.

Alla luce di quanto è emerso, si denotano bisogni formativi che necessitano di una stesura di un intervento formativo specifico finalizzato ad apportarvi una maggiore formazione sul primo soccorso e non solo.

Sono state evidenziate due aree principali: una **funzionale (punti di forza)** e l'altra **non funzionale (punti di debolezza)**, entrambe con le relative sottocategorie.

Nell'area "funzionante" relativa alle nozioni di rianimazione cardiopolmonare e disostruzione, i ragazzi hanno dimostrato una buona conoscenza, sulla base di ciò è stato deciso di effettuare una strategia d'intervento formativo finalizzato ad una maggiore concretizzazione dei concetti teorico-pratici, tramite una dimostrazione pratica su manichino Resusci Anne®, secondo le manovre rianimatorie delle linee guida European Resuscitation Council (ERC) 2015; nel totale utilizzo dei DPI.

La buona conoscenza base delle tematiche relative alla rianimazione cardiopolmonare e disostruzione, ad oggi è stata resa possibile anche grazie alla

partecipazione di eventi formativi del calibro di Kids Save Lives (KLS), messo in campo nel 2015 dall'European Resuscitation Council (ERC) in congiunta con European Patient Safety Foundation (EPSF), International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) e la World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA), basati sulla formazione di manovre rianimatorie nelle scuole di tutto il mondo già dall'età di 12 anni.

Nell'area "non funzionante" è emersa una differenza sostanziale tra la percezione in merito al percorso formativo dell'infermiere rispetto a quello del medico, inoltre tra i pareri emersi, si è percepito come i discenti abbiano una costruzione mentale della figura infermieristica solo ed esclusivamente subordinata a quella del medico. Da ciò ne scaturisce la necessità di un bisogno formativo sulla conoscenza base dei ruoli e competenze della figura professionale infermieristica.

Con il trascorrere del tempo e alle numerose battaglie vinte negli anni, l'infermiere si è distacco dalla figura di ausiliario e ha acquistato un proprio valore anche grazie al D.M. 739/94 sopra citato, che riconosce l'infermiere come una figura pensante dotato di una scienza e di una coscienza, un operatore sanitario in tutto e per tutto con un titolo di diploma universitario abilitante, che gli conferisce la massima responsabilità e autogestione nell'assistenza generale infermieristica.

Sulla base di questi imprescindibili concetti, occorre effettuare un intervento formativo mirato a ricreare una concezione di figura professionale sanitaria tale, non più come ausiliario della professione medica, bensì come un operatore sanitario riconosciuto per le sue molteplici capacità comunicative/relazionali e di assistenza.

Inoltre, è necessario che l'infermiere diventi sempre più parte integrante del sistema scolastico sia come fonte di divulgazione delle manovre salvavita sia come insegnante di una giusta comunicazione e to care del prossimo.

Il D.M. 739/94, cita testualmente l'infermiere come figura idonea alla formazione di altro personale, egli deve rappresentare la voce narrante all'interno delle aule, di quell'educazione sanitaria definita in passato da Seppilli 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).

Per favorire la continua interazione con i ragazzi, l'incontro è stato svolto a più voci, grazie alla partecipazione di un milite volontario dell'Associazione Croce Verde Valdaso che ha contribuito nella spiegazione dei mezzi di soccorso e fatto visionare a gruppi di due l'Ambulanza dell'Associazione presente



anch'essa all'evento, tant'è che i ragazzi sono rimasti entusiasti ponendo ulteriori domande relative alle attrezzature di bordo.

Le perplessità espresse in fase preparatoria sul possibile rischio di “caduta del livello di attenzione” dei ragazzi, in realtà sono state di gran lunga superate grazie anche alla metodologia bottom up utilizzata, descritta da (Beatini, 2005), nel realizzare l'intervento formativo nell'area funzionale.

Infine, i limiti del progetto derivano dal fatto che non vi è stata poi la possibilità di effettuare un post-test qualitativo, con l'intento di valutare la qualità di dell'intervento formativo ed il feedback scaturitosi da esso.

## CONCLUSIONI

La tutela alla salute è un bene collettivo, la cui salvaguardia deve essere trasmessa ad ogni componente della comunità; nessuno escluso.

A dimostrazione di quanto sopra citato nella definizione dell'OMS, il bambino rappresenta una componente fondamentale della società, in quanto è, e rappresenterà in futuro, i miglioramenti che potrebbe apportare in termini di benessere in ogni contesto sociale.

Il momento “educativo” dell'infermieristica, anche se ancora troppo spesso misconosciuta, è parte integrante dell'azione assistenziale di ogni singolo infermiere. Si agisce sul letto del malato, in un ambulatorio, in corsia o in un centro di salute, contesti nel quale si documenta ancora troppo poco ma impegna quotidianamente gli infermieri. Il momento educativo è invece chiaramente evidente nella funzione di docente/formatore che l'infermiere assume nel condurre un corso di primo soccorso sia in contesti scolastici e non.

Un insegnamento più diffuso del BLS può diventare garanzia di un avvenire migliore e contribuire alla diminuzione dei decessi per arresto cardiaco; di fatti la diffusione mondiale delle tecniche rianimatorie secondo linee guida ERC e l'entrata in vigore nel nostro paese dalla legge del 13 luglio 2015 n°107, hanno reso ad oggi maggiormente possibile il realizzarsi di tale prospettiva.

I risultati di questo studio hanno dimostrato come i ragazzini di età compresa tra i 14 e i 15 anni presentino già una buona conoscenza base delle nozioni di rianimazione cardiopolmonare e disostruzione, per questo in via del tutto sperimentale, si potrebbero ipotizzare, ad oggi, di attuare interventi formativi più avanzati finalizzati all'utilizzo di una defibrillazione precoce anche in età adolescenziale contribuendo così al raggiungimento di un abbassamento dell'incidenza delle MCI.

Possibili futuri sviluppi di ricerca potrebbero essere studi analizzanti l'effettiva capacità degli adolescenti nell'utilizzo della defibrillazione precoce, andando ad evidenziarne l'effettiva efficacia, complicanze, risultati e opinioni dei bambini in merito.

## BIBLIOGRAFIA

Acocella, I. (2015). Il focus group: teoria e tecnica. Metodologia delle scienze umane, sezione di metodologia dell'associazione italiana di sociologia – diretta da A. Marradi. Milano: Franco Angeli.

Beatini, P. (2005). Educazione sanitaria, promozione della salute nella scuola, scuola promotrice di salute: Linee di un'evoluzione storica e metodologica. *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 284-7.

Colombo, M. (1997). Il gruppo come strumento di ricerca sociale: dalla comunità al focus group. *Studi di sociologia*, XXXV, 2, aprile-giugno, 205-18.

De Santis L., & Franza, T. (2004). Progetto educazione sanitaria e promozione della salute in Infermiere. *Infermiere oggi*, aprile-giugno, 2, 14-7.

European Resuscitation Council (2018). KIDS SAVE LIVES implementation in Europe: A survey through the ERC Research NET. Disponibile in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.08.014>.

European Resuscitation Council (2015). GUIDELINES FOR RESUSCITATION: Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation* 95, 81-99. Disponibile in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (2015). Legge n° 107-13 luglio 2015 art.1. Disponibile in: <http://miur.gov.it/>

Guilbert, J.-J. (2002). Guida pedagogica per il personale sanitario. Edizioni Dal Sud.

Hill k., Mohan C., Stevenson M., McCluskey D. (2008). “Objective assessment of cardiopulmonary resuscitation skills of 10–11-year-old schoolchildren using two different external chest compression to ventilation ratios”. *Resuscitation*. Published: October 27, 2008. Disponibile in:

DOI:<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2008.08.00>

Italian Resuscitation Council (IRC) (2019). *Manuale del soccorritore*. Bologna: IRC Edizioni s.r.l.

Jones I, Whitfield R, Colquhoun M, Chamberlain D, Vetter N, Newcombe R., (2007). “At what age can schoolchildren provide effective chest compressions? An observational study from the Heart-start UK Schools Training Programme”. Pubblicato il 07/06/2007. Disponibili in:

BMJ. ;334:1201. doi: 10.1136/bmj.39167.459028.DE.

Piper, S. (2009). *Health promotion for nurses: theory and practice*. London and New York: Routledge.

Seppilli, A. (2014). Sistema salute: La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, 58(3), 272-87.

Taniguchi, D., Baernstein, A., & Nichol, G. (2012). Cardiac arrest: a public health perspective. *Emerg Med Clin North Am*, 30, 1–12.

Weisfeldt, ML., Sitlani, CM., Ornato, JP., et al., (2010). Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol*, 55, 1713–20.

World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. (1998). Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers on therapeutic patient education in the field of chronic diseases. Report of a WHO working group, 5.

## **SITI WEB CONSULTATI**

European Resuscitation Council (ERC), [www.erc.edu](http://www.erc.edu), consultato il 15/9/20.

Italian Resuscitation Council (IRC), [www.ircouncil.it](http://www.ircouncil.it), consultato il 15/9/20.

ERC Guidelines 2015, [www.cprguidelines.eu](http://www.cprguidelines.eu), consultato il 17/9/20.

European Resuscitation Council, resuscitation, [www.resuscitationjournal.com](http://www.resuscitationjournal.com), consultato il 17/9/20.

Ministero dell’Istruzione Università e della Ricerca (MIUR), [www.miur.gov.it](http://www.miur.gov.it), consultato il 17/9/20.



# ALLEGATI

## **Informativa trattamento privacy COVID-19 e liberatoria - REGOLAMENTO UE 2016/679 c.d. GDPR**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, in qualità di genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, autorizza il proprio figlio minore a partecipare all'iniziativa organizzata dall'Associazione \_\_\_\_\_ per il giorno \_\_\_\_\_. A tal fine dichiara (per sé e per il minore) sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente, quanto segue:

- 1) Di non essere stato affetto da COVID-19 o di non essere stato sottoposto a periodo di quarantena obbligatoria di almeno 14 gg;
- 2) Di non essere affetto attualmente da patologia febbrile con temperatura superiore a 37,5° C;
- 3) Di non accusare al momento tosse insistente, difficoltà respiratoria, raffreddore, mal di gola, cefalea, forte astenia (stanchezza), diminuzione o perdita di olfatto/gusto, diarrea;
- 4) Di non aver avuto contatti stretti con persona affetta da COVID-19 nelle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi;
- 5) Di non aver avuto contatti stretti con una persona affetta da COVID-19 negli ultimi 14 giorni.

Viene informato che l'Ass.ne Naz.Carabinieri sez Montefano, Titolare del trattamento dei dati, con la presente informativa fornisce di seguito le informazioni sulle finalità e le modalità di utilizzo dei dati personali dei soggetti, visitatori e dipendenti, che durante l'emergenza COVID-19 accedono ai locali e agli spazi pubblici comuni in conformità a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679/GDPR e dalle disposizioni del D. Lgs. 196/2003. **Il Titolare del trattamento è l'Ass.ne Naz.Carabinieri sez Montefano con sede a Montefano (MC), Via/Piazza via Roma N° 27 tel 3474869003, emailmontefano@sezioni-anc.it,**

I dati personali saranno trattati esclusivamente per garantire la sicurezza in condizioni di emergenza, per finalità connesse alla salute a beneficio delle persone e dell'intera società, per finalità di prevenzione, contrasto e contenimento della diffusione del contagio da COVID-19, in esecuzione del protocollo di sicurezza anticontagio adottato ai sensi dell'art. 1, n.7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020 e D.L. 9 marzo 2020 n. 14 e s.m.i., e comunque per sole finalità di legge e saranno conservati presso la sede dell'Associazione per 14 giorni. I dati personali non saranno oggetto di diffusione, ma di eventuale comunicazione ai servizi competenti in ragione delle specifiche previsioni normative (DPCM del 26/04/2020). In ogni momento gli interessati possono esercitare il diritto di richiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti ai sensi e nei limiti degli artt. 15 e 16 del Regolamento. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge, in particolare agli artt. 18 e 21 del Regolamento, può richiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati e può esercitare il diritto di opposizione al trattamento. Ricorrendone i presupposti, gli interessati hanno altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ovvero all'autorità di controllo dello Stato membro UE

Allegato 1

in cui risiede abitualmente, lavora ovvero del luogo ove si è verificata la presunta violazione, secondo le procedure previste ai sensi dell'art. 77 del Regolamento.

Il sottoscritto quindi autorizza ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa di cui sopra e comunque secondo le disposizioni di legge.

Il sottoscritto solleva l'Associazione e il suo responsabile in loco da qualsiasi responsabilità, diretta e indiretta, per eventuali danni materiali e non materiali, furti e/o danneggiamenti di qualsiasi oggetto personale e/o spese (incluse spese legali), che dovessero derivargli a seguito della partecipazione alle attività dell'Associazione, anche in conseguenza del proprio o altrui comportamento. Esonera altresì l'Associazione da ogni responsabilità civile e penale, anche oggettiva, in conseguenza di infortuni cagionati a sé o a terzi e a malori verificatisi durante l'attività suddetta.

Il sottoscritto autorizza, altresì, espressamente l'Associazione affinché il minore di cui sopra partecipi e venga ritratto, in foto e/o video, durante lo svolgimento della manifestazione e/o delle attività organizzate da questa Associazione dando il pieno consenso alla possibile diffusione delle stesse sul sito web dell'Associazione, pagina facebook, quotidiani (anche on line), reti TV nazionali e locali. Sollevano i responsabili dell'evento da ogni responsabilità inerente un uso scorretto dei dati personali forniti e delle foto da parte di terzi.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di aver attentamente esaminato tutte le clausole contenute nel presente modulo e di approvarne specificamente tutti i punti elencati.

Montefano, li 28 luglio 2020

Il titolare del trattamento

L'interessato

**Allegato 2**



## **Ringraziamenti**

Desidero ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione di tale elaborato e che sono stati presenti durante il mio percorso universitario.

Vorrei dire grazie al mio relatore, Messi Daniele, ed il mio correlatore, Adrario Erica, per la disponibilità avuta fin dall'inizio, per i loro preziosi consigli e per avermi fornito tutti gli strumenti di cui avevo bisogno per intraprendere la strada giusta e portare a termine la mia tesi.

Infine, ringrazio la mia famiglia per avermi sostenuto moralmente durante l'intero percorso universitario, la mia Big Family di amici d'infanzia per avermi sempre sostenuto e per ultimi ma non meno importanti, i miei compagni di avventura in particolar modo Eleonora Badiali, Latini Giacomo, Panfoli Luca e Licciardello Dario.

“L'uomo è artefice della propria esistenza, creatore di sé stesso, libero e professionale...”

Un immenso grazie a tutti!

Michele Fraticelli

Fermo, 26 novembre 2020.