

FABBISOGNI FORMATIVI DEGLI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1 |  |

OPERATORI / ATLETI NELLE SOCIETA’

SPORTIVE



**PRESENTAZIONE**

Per poter attuare interventi formativi mirati ogni progettazione deve partire da una accertata conoscenza del fenomeno da analizzare a livello territoriale.

Lo scopo di questa indagine è quello di offrire uno strumento di conoscenza sui fabbisogni formativi degli operatori operanti all’interno di una società sportiva e degli atleti ad essa iscritti. Considerata la complessità e la delicatezza delle problematiche connesse all’eventuale necessità di assistenza sanitaria prestata da operatori “laici” (non sanitari), in tenore di urgenza e in ambiti legati all’attività sportiva, è importante creare corsi teorico-pratici in grado di incontrare l’esigenza formativa in tale ambito.

Considerato il potere aggregativo e socializzante di una società sportiva, la stessa può essere considerata come un buon indicatore anche per le tematiche più disparate in ambito sanitario, non necessariamente legate alle situazioni di emergenza, ma che comunque destano interesse nella popolazione di un ampio territorio (corretti stili di vita, dipendenze patologiche, doping, ecc.).

Per la rilevazione dei bisogni formativi specifici e di quelli informativi, più generali in ambito sanitario, l’Ospedale di Sassuolo e FIPAV hanno predisposto un questionario (vedi allegato), da somministrare agli operatori e agli atleti afferenti alle diverse società sportive interessate al progetto.

I risultati ottenuti dall’analisi dei questionari permetteranno di “fotografare” le reali esigenze formative, al fine di programmare e realizzare interventi formativi e di aggiornamento mirati ai bisogni rilevati.

*Le chiediamo di cercare di rispondere a tutte le domande del questionario, ricorrendo alla valutazione “non so” il meno possibile.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2 |  |

*Grazie.*

*QUESTIONARIO:*

**FABBISOGNI FORMATIVI DEGLI OPERATORI/ATLETI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 3 |  |

**NELLE SOCIETA’ SPORTIVE**

(allegato)

NOME DELLA SOC.SPORTIVA:

INDIRIZZO DELLA STRUTTURA

NOME SQUADRA, GRUPPO SPORTIVO

Il Suo anno di nascita

Sesso M F

**Titolo di studio:**

* Licenza media inferiore
* Qualifica professionale
* Diploma
* Laurea

**Disciplina sportiva:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 4 |  |

**Attività da Lei svolta:**

* Allenatore
* Atleta
* Accompagnatore
* Fisioterapista
* Dirigente

**Impegno settimanale in ore:**

* allenamenti: h
* partite: h

1. Quanto ritiene rilevante partecipare a corsi di formazione/aggiornamento nell’ambito della sua attività?:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 per nulla | 2 poco |  | 3 abbastanza | 4 discretamente | 5 molto |

1. Per la tipologia della Sua attività in quale delle seguenti aree tematiche ritiene necessario un apporto formativo?:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 Primo soccorso |  | 2 Traumatologia (fratture, lussazioni, ecc.) |  | 3 BLS (massaggio cardiaco e respirazione bocca/ bocca) |  | 4 Manovre di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo in età pediatrica |  | 5 Informazione sanitaria generale (corretti stili di vita, tossicodipendenze, doping,ecc.) |

1. Volendo intraprendere un percorso formativo, quale è il fattore determinante per la sua scelta?:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 costo dell’intervento formativo | 2 professionalità dei docenti |  | 3 metodologia didattica adottata (teorica, teorica/ pratica) | 4 vicinanza della struttura erogatrice (sede dei corsi) | 5 tempi richiesti per la partecipazione |

**4.** Lei conosce le manovre di rianimazione cardio-polmonari di base (BLS) da effettuarsi in caso di arresto cardiaco improvviso?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 5 |  |

SI NO

**5.**Il recente decreto “Balduzzi” ha introdotto l’obbligatorietà della disponibilità di un defibrillatore per ogni società sportiva, considerando che l’impiego ditale strumento è previsto durante le manovre di rianimazione cardio-polmonare di base (BLS), Lei è in possesso di una abilitazione a tali manovre e all’utilizzo del defibrillatore (certificazione BLSD)?:

SI NO

1. Considerando che durante l’esecuzione di una rianimazione cardio-polmonare di base (BLS), è auspicabile l’impegno di due soccorritori. A suo parere, quanti operatori nel gruppo sportivo a cui appartiene (squadra, gruppo dilettanti/amatori, professionisti), nella Sua società sportiva, dovrebbero conseguire l’abilitazione alle manovre di rianimazione cardio-polmonari di base e impiego del defibrillatore, in modo da garantire la presenza costante di un operatore in possesso dell’abilitazione necessaria durante le attività sportive (allenamenti/partite)?:

N° Non so

1. Considerando che le manovre rianimatorie di base in caso di arresto cardiaco, in età pediatrica (fino a 14 anni), presentano delle peculiarità rispetto a quelle dell’adulto e che per l’insegnamento ditali manovre è previsto un corso specifico (PBLSD), tenendo conto dell’età degli atleti del Suo gruppo sportivo (squadra, dilettanti/amatori, professionisti) nella Sua società, ritiene necessario questo tipo di corso? :

SI NO

1. Per gli stessi criteri citati alla domanda n° 6, nel gruppo sportivo a cui appartiene (squadra, gruppo dilettanti/amatori, professionisti) nella Sua società sportiva, quanti operatori abilitati alle manovre rianimatorie pediatriche ritiene indispensabili? (indicare anche un numero approssimativo):

N° Non so

1. Per gli stessi criteri citati alla domanda n° 6 quanti appartenenti al Suo gruppo sportivo (squadra, gruppo dilettanti/amatori, professionisti) ritiene che debbano essere formati al corretto trattamento di una urgenza medica **senza imminente pericolo di vita** (Primo Soccorso)? (indicare anche un numero approssimativo):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 6 |  |

N° Non so

1. Per gli stessi criteri citati alla domanda n° 6 e considerando che l’ostruzione accidentale delle vie aeree in età pediatrica (fino a 14 anni), rappresenta la principale causa di arresto cardiaco nel bambino, quanti appartenenti al Suo gruppo sportivo (squadra, gruppo dilettanti/amatori, professionisti) ritiene che debbano essere formati all’esecuzione delle manovre di disostruzione? (indicare anche un numero approssimativo):

N° Non so

1. Per gli stessi criteri citati alla domanda n° 6 quanti appartenenti al Suo gruppo sportivo (squadra, gruppo dilettanti/amatori, professionisti) ritiene che debbano essere formati al corretto trattamento di un evento traumatico (frattura, lussazione, ecc.) ? (indicare anche un numero indicativo):

N° Non so

1. Con frequenza ritiene si debbano ripetere i corsi proposti (BLS, Primo Soccorso, disostruzione vie aeree in età pediatrica, ecc.)?:

* ogni 6 mesi
* ogni 12mesi
* ogni 18mesi
* è sufficiente un solo e unico corso

1. E’ interessato a una tipologia di corso non presente tra quelle citate (Primo Soccorso, Traumatologia, BLS, distruzione delle vie aeree in età pediatrica) che conosce, ha frequentato in passato, o di cui ha sentito parlare?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 7 |  |

SI, quale?

NO

1. Ritiene necessari interventi per approfondire il tema dello sport e disabilità? SI NO
2. E’ interessato ad ottenere informazioni su corretti stili di vita? Se si indichi quali (non indicare più di tre argomenti):

* Alimentazione • Sostanze stupefacenti (effetti,  
  diffusione e pericolosità)
* Alimentazione e sport
* Dipendenze (tabacco, alcolismo,
* Peso corporeo (individuazione del gioco, altre)

peso ottimale)

•

* Sostanze dopanti

16.In riferimento alla Sua attività in ambito sportivo, ritiene utile disporre di una struttura sanitaria di riferimento, dove poter effettuare visite sportive, esami del sangue, elettrocardiogramma, visite specialistiche, ecc.?:

SI NO

Suggerimenti:

*L’ Ospedale di Sassuolo e la Federazione Italiana Pallavolo (FIPAV), la ringraziano della Sua preziosa collaborazione e per aver risposto al questionario.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8 |  |

*Grazie.*