



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche sanitarie

REGIONE CALABRIA

Distretto Sanitario Jonio Nord

Direttore Dott. Giovanni Battista Genova

Prot. 0120595/3
del 08/10/2019

Spett.le Circolo Didattico
GUIDI
VIA ALDO MORO
csic8aa00a@pec.istruzione.it

Oggetto: Avvio Screening sui Paramorfismi e Dismorfismi negli alunni delle Scuole
Elementari – A.S. 2019/2020

Si informa che il Servizio di Riabilitazione e Fisioterapia, operante presso questo Distretto Sanitario, intende avviare, anche per l'anno scolastico in corso, lo **Screening Diagnostico sui Paramorfismi e Dismorfismi negli alunni delle Scuole Elementari, Classi IV.**

A tale scopo, al fine di addivenire ad una ipotesi organizzativa che garantisca la piena riuscita dell'iniziativa, **si invita codesto Istituto Comprensivo a voler trasmettere a questo Ufficio - a mezzo FAX o EMAIL:**

- **Numero degli alunni delle classi IV, distinto per Plesso e Classe Frequentata**
- **Nominativo e recapito telefonico di un referente di codesto istituto per gli opportuni accordi organizzativi**

Si allega alla presente il modello di autorizzazione da far sottoscrivere ai genitori degli alunni interessati.

Certi di una vostra costruttiva collaborazione, si coglie occasione per inviare cordiali saluti.



Dott. Vito Saccone

Contatti:

email: vito.saccone@aspcs.gov.it

Tel. 0983.517528 / 0983.885145 / 335.5709280 - Fax. 0983.1980185



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche sanitarie

REGIONE CALABRIA

SCREENING DISMORFISMI E PARAMORFISMI - SCUOLE ELEMENTARI DISTRETTO SANITARIO JONIO NORD

L'età evolutiva è caratterizzata da un continuo sviluppo corporeo, sia dal punto di vista osseo che della mobilità articolare. Talvolta l'accrescimento di queste parti costringe il corpo ad assumere posizioni scorrette con possibili esiti di alterazioni strutturali e funzionali a carico dello scheletro. Secondo le indicazioni del Ministero della Salute, nel periodo che va dal primo ciclo della scuola elementare al terzo anno della scuola media, più del 50% dei bambini risultano portatori di PARAMORFISMI che interessano soprattutto il piedi ed il ginocchio, con esiti di ALTERAZIONI FUNZIONALI principalmente SCOLIOSI e/o altri disturbi a carico della colonna vertebrale. Qualora vi sia una predisposizione latente, l'età scolare è il momento in cui essi si manifestano. È dunque importante rilevare la presenza di tali alterazioni fin dai primi anni di scuola al fine di intervenire al più presto con una mirata azione correttiva da attuare sia in ambito scolastico che presso i servizi specialistici preposti.

Per quanto sopra, il Distretto Sanitario Jonio Nord, attraverso le proprie Strutture Territoriali, ha avviato uno Screening Diagnostico sui disturbi descritti, indirizzato alla popolazione scolastica delle scuole Elementari.

Le visite verranno effettuate presso il Servizio Distrettuale di Fisioterapia e Riabilitazione (sito in Corigliano, in via Stevenson - Tel. 0983.885145), il cui Responsabile, Medico Fisiatra, effettuerà i controlli coadiuvato dallo staff di tecnici ed infermieri della struttura. Il trasporto presso la Sede Sanitaria avverrà tramite il Servizio Scuolabus Comunale. Gli alunni saranno accompagnati dai docenti di classe. Il calendario delle visite verrà concordato con la Scuola in ragione del sistema organizzativo in atto.

Per quanto sopra si chiede di compilare la parte sottostante del presente documento quale autorizzazione della famiglia all'effettuazione della visita da parte dell'alunno.

Il sottoscritto _____ genitore/tutore dell'alunno
_____ Frequentante la classe _____ Scuola
Elementare Plesso di: _____.

AUTORIZZA affinché il proprio figlio venga sottoposto a visita fisiatrica presso il Servizio di Riabilitazione e Fisioterapia – ASP Cosenza – Distretto Sanitario Jonio Nord.

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi dell'art. 33 - Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, autorizza il trattamento minimo dei dati personali che verranno utilizzati al solo espletamento dell'attività suesposta.

Data _____

Firma _____