



## **Cari Genitori avete mai sentito parlare di SCOLIOSI?**

Per scoliosi s'intende una deformazione tridimensionale (cioè in tutti e tre i piani dello spazio) della colonna vertebrale.

La scoliosi più diffusa (più dell'80% dei casi) è quella "**idiopatica evolutiva**", cioè quella di cui non si conoscono le cause e che sembra essere determinata da un insieme molto variabile di fattori, tra cui quelli di tipo genetico (al momento maggiormente studiati).

Questa patologia della colonna vertebrale, si manifesta quindi, prevalentemente in età evolutiva in concomitanza allo sviluppo rapido dell'individuo e raramente presenta sintomi, soprattutto nelle sue fasi iniziali. L'incidenza della patologia è del 2- 3% sull'intera popolazione scolastica che frequenta le classi dalla quarta elementare alla prima superiore.

Una diagnosi precoce in questa fascia d'età permette di mettere in atto percorsi riabilitativi che portano al recupero totale o parziale della patologia.

Il compito di noi operatori, in questo caso, consiste nell'individuare i giovani potenzialmente a rischio attraverso un'adeguata osservazione posturale.

L'osservazione non prevede esami invasivi, o dolorosi, né l'impiego di farmaci. Qualora il risultato dell'osservazione posturale complessiva facesse emergere il sospetto di eventuali rischi, sarete contattati per avere chiarimenti su quanto riscontrato.

Certo che l'iniziativa incontrerà il Vostro interesse, porgo cordiali saluti.

**Dott./ssa** \_\_\_\_\_

**Qualifica** \_\_\_\_\_

*Operatore abilitato all'osservazione posturale e certificato dall'Accademia Studio e Cura della Scoliosi*



**SCHEDA ALUNNO**

*(da fare compilare alla famiglia)*

ISTITUTO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

SPORT \_\_\_\_\_ PATOLOGIE \_\_\_\_\_

TRAUMI/INTERVENTI CHIRURGICI \_\_\_\_\_

FARMACI \_\_\_\_\_

PARTO: NATURALE  CESAREO  PREMATURO

MENARCA: SI  NO

SVILUPPO MOTORIO: NATURALE  PATOLOGICO

FAMILIARITA' SCOLIOSI: SI  NO

DOLORI ALLA SCHIENA: SI  NO

*(se si)* DA QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_ CON CHE FREQUENZA \_\_\_\_\_

VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE SI  NO

DIAGNOSI DI SCOLIOSI SI  NO

*(se si)* TRATTAMENTO: CONSERVATIVO  CHIRURGICO

BUSTO/ CORSETTO  ATTIVITA' MOTORIA ADATTATA  ALTRO

IN CORSO  A TERMINE



Liberatoria - Progetto "**Scoliosi: Osservare per Prevenire**"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di genitore del minore \_\_\_\_\_

Istituto scolastico \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

## **AUTORIZZA**

***Lo svolgimento di una osservazione posturale gratuita (non invasiva) volta all'individuazione di potenziali rischi di SCOLIOSI IDIOPATICA EVOLUTIVA.***

I dati raccolti sono trattati esclusivamente per finalità educative e statistiche interne al progetto, nel rispetto del Reg.UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003.

Nessun dato sensibile verrà diffuso o comunicato a terzi.

Gli interessati possono esercitare i diritti di accesso, rettifica o cancellazione, rivolgendosi alla scuola o all'ente promotore.

Data

Firma



*Accademia della Scoliosi*