



## ISTITUTO COMPRENSIVO “Luigi Pirandello”

Viale della Resistenza n. 51 - 97013 COMISO (RG) - Tel.: 0932 961245

C.F.: 91021070882 - C.M.: RGIC83600B - Codice Univoco Ufficio: UF4PDV

e-mail: [rgic83600b@istruzione.it](mailto:rgic83600b@istruzione.it) pec: [rgic83600b@pec.istruzione.it](mailto:rgic83600b@pec.istruzione.it) sito web: [www.scuolapirandellocomiso.edu.it](http://www.scuolapirandellocomiso.edu.it)



Circolare n. 197

ISTITUTO COMPRENSIVO - "LUIGI PIRANDELLO"-COMISO  
Prot. 0002478 del 18/03/2024  
I-1 (Uscita)

Comiso, 18 Marzo 2023

Alle famiglie degli alunni  
delle **classi seconde Scuola Secondaria**  
di I grado

Ai docenti  
p.c.  
DSGA e Personale ATA

### Oggetto: **Progetto di screening per le patologie posturali della colonna – Partecipazione alunni classi seconde scuola Secondaria di I grado**

Si informano le SS.LL. che la nostra istituzione scolastica è stata individuata ai fini della realizzazione dell’iniziativa “Screening per le patologie posturali della colonna”, con indicazione specifica delle classi seconde della scuola Secondaria “Luigi Pirandello”.

Si tratta di un’iniziativa promossa dal Rotary Club di Comiso con il patrocinio dell’ASL di Ragusa, con lo scopo di realizzare attività utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e della salute dei nostri ragazzi.

In particolare, lo screening ha lo scopo di verificare in età adolescenziale lo stato della colonna e della postura prevenendo le eventuali deformità alla colonna.

Si tratta di un sistema di sorveglianza su alcuni rischi posturali dei giovani in età scolare che offre la possibilità di seguire nel tempo i cambiamenti della scuola, necessari a fare della stessa l’ambiente ideale per migliorare il benessere dei ragazzi.

La modalità con cui verrà realizzata l’indagine è la seguente:

- raccolta di informazioni sulle abitudini, sull’attività fisica e sulla sedentarietà degli alunni;
- registrazione delle misure antropometriche (peso e statura) degli alunni, effettuata dagli operatori della ASL con strumenti propri, in un’area della scuola adeguata;
- consegna di strumenti di comunicazione, per la classe e per la scuola, che potranno essere utilizzati con gli alunni per approfondire le tematiche di un sano stile di vita, al fine di promuovere un maggior benessere dei ragazzi, sia nel contesto scolastico che familiare.

In particolare, la visita verrà effettuata, a titolo gratuito, dal Dott. Vincenzo Giulio Bombace socio del club, medico, specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, Posturologo, dirigente medico della UOC Medicina Riabilitativa Comiso-Vittoria, diretta dalla Dr.ssa Sara Lanza.

Le misurazioni antropometriche dei ragazzi (peso e altezza) e la raccolta delle informazioni saranno effettuate **solo agli alunni i cui genitori avranno firmato il consenso alla partecipazione e al trattamento dei dati.**



# ISTITUTO COMPRENSIVO "Luigi Pirandello"

Viale della Resistenza n. 51 - 97013 COMISO (RG) - Tel.: 0932 961245

C.F.: 91021070882 - C.M.: RGIC83600B - Codice Univoco Ufficio: UF4PDV

e-mail: [rgic83600b@istruzione.it](mailto:rgic83600b@istruzione.it) pec: [rgic83600b@pec.istruzione.it](mailto:rgic83600b@pec.istruzione.it) sito web: [www.scuolapirandellocomiso.edu.it](http://www.scuolapirandellocomiso.edu.it)



Il medico, nei casi di alterazione dei parametri rilevati, certificherà l'eventuale necessità di una visita fisiatrica che verrà prescritta dal pediatra di base e/o dal medico di medicina generale per eventuali approfondimenti e/o accertamenti.

Tutti i dati saranno raccolti mantenendo la riservatezza e l'anonimato, nel rispetto della normativa vigente in tema di Privacy - Regolamento Generale di Protezione dei Dati Personali (RGPD) UE 2016/679 e Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196.

Ringraziando per la collaborazione porgo i più cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Francesca Lauria

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi del D. Lgs. 39/93 - art. 3 - c. 2



VI PREGO DI RICONSEGNARE ALL'INSEGNANTE COORDINATORE DI CLASSE QUESTO FOGLIO COMPILATO ESPRIMENDO IL CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE DI VOSTRO FIGLIO ALL'INIZIATIVA.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ dell'alunno  
\_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_,

- accetto  
 non accetto

che mio/a figlio /a \_\_\_\_\_ partecipi allo screening posturale.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_