

ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA PRIMO GRADO
 Via Italia - Tel. 096881006 Fax 0968818921 - E-mail: czic813004@istruzione.it - Sito web: www.icserrastretta.it
 Codice Meccanografico :CZIC813004 - CODICE FISCALE: 82006460792
88040 SERRASTRETTA (CZ)

Circ. n. 84

Serrastretta, 09.03.2021

- Ai genitori degli alunni
 di Scuola Primaria e Secondaria di I Grado
 IC Serrastretta

Oggetto: Modulo di acquisizione del consenso/diniego – partecipazione sondaggio ASP Catanzaro

Gentili famiglie,

facendo seguito alla richiesta ricevuta dall'ASP di Catanzaro e in allegato, la nostra Istituzione Scolastica necessita di consenso per partecipazione a sondaggio telefonico, curato dalla stessa azienda sanitaria; tale sondaggio ha il chiaro scopo di analizzare dati e operare al fine di individuare, negli alunni di Scuola Primaria e Secondaria di I Grado dell'area di Catanzaro, eventuali problematiche legate all'OSAS- *Sindrome delle apnee ostruttive del sonno*. Come ben definito nella richiesta in allegato, tale patologia può determinare una serie di conseguenze in età pediatrica, adolescenziale e adulta. Il sondaggio permetterà anche, qualora se ne verifichi la necessità e in casi specifici, di accedere ad una serie di visite a titolo gratuito.

La scuola, per poter fornire il numero di telefono delle famiglie, necessita di modulo di consenso o diniego. A tal fine è necessario sottoscrivere il modello allegato, indicando i dati richiesti.

Modulo (da compilare in ogni sua parte)

I sottoscritti:

nome e cognome (madre/tutrice legale) _____ nata
 a _____ il ___/___/___/

nome e cognome (padre/tutore legale) _____ nata
 a _____ il ___/___/___/

in qualità di genitore/tutore legale dell'anno/a _____, frequentante la
 classe _____ sez. ___ del Plesso (Primaria; Secondaria I Grado) _____ di

DICHIARA/DICHIARANO:

- di aver ricevuto in data ___/___/___/ la nota informativa specifica del Dirigente Medico della
 Unità Operativa – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitaria- ASP Catanzaro.

DANNO IL

consenso diniego

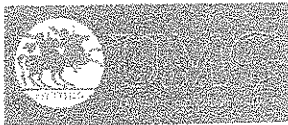
alla scuola, affinché possa fornire il recapito telefonico all'ASP richiedente. Gli stessi genitori indicano il numero telefonico da contattare.

Cell. _____ Rete Fissa _____ Altro _____

(Cognome e Nome in stampatello)	Grado parentela	(Firma leggibile)

Luogo _____

Data ___/___/___



Gentile genitore

L'OSAS, "Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno" è attualmente il principale tra i disturbi respiratori nel sonno in età pediatrica ed è caratterizzata da ripetuti episodi di cessazione completa (apnea) o parziale (ipopnea) del flusso d'aria, attraverso le vie aeree superiori, durante il sonno.

La patologia si presenta con difficoltà respiratoria, respirazione orale obbligata, difficoltà ad addormentarsi, riscontro di posizioni atipiche durante il sonno, "russamento" particolarmente rumoroso per la maggior parte della notte e ripetuti micro risvegli.

L'OSAS rimane, ad oggi, una condizione sotto diagnosticata, pur interessando interamente l'età pediatrica dal neonato all'adolescente; pertanto, al fine di identificare i bambini affetti da questa patologia che compromette lo stato di ossigenazione e può portare conseguenze quali problemi comportamentali, deficit di crescita staturale, aumentato rischio di otiti e di patologie cardiovascolari

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Dott.ssa Rosa Anfosso

L'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio Catanzaro

Dott.ssa Stefania Zampogna

L'Università Magna Graecia di Catanzaro

Dott. Sergio Paduano

hanno promosso lo screening

"INTERCETTAZIONE DELLA PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO PER OSAS IN ETÀ PEDIATRICA TRAMITE PQS (PEDIATRIC SLEEP QUESTIONNAIRE)" quale importante mezzo di identificazione della patologia e di prevenzione delle possibili conseguenze.

Il programma consiste nella somministrazione, per via telefonica, di un questionario, accreditato scientificamente, da parte di un operatore (Dr.ssa Rosa Anfosso Resp.le del Servizio, Dr. Antonio Sacco Dirigente Medico, Sig.ra Valentina Critelli Infermiera pediatrica, Sig.ra Lorena Iozzo Infermiera pediatrica) ai genitori che aderiranno al programma.

Seguirà l'analisi dei questionari da parte di tecnici esperti.

I genitori degli alunni con un punteggio dubbio o positivo (da 8 a 10) all'analisi dei dati, saranno ricontattati dai succitati specialisti per ricevere delucidazioni sugli ulteriori approfondimenti da effettuare e saranno convocati presso il reparto di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, dove riceveranno una visita pediatrica, una visita otorinolaringoiatrica ed una visita odontoiatrica. In caso di problemi di obesità sarà effettuata anche una visita endocrinologica. Tutte le visite saranno a titolo assolutamente gratuito.

Alla luce di quanto esposto, qualora la S.V. volesse partecipare allo studio dovrà dare il consenso alla scuola, affinché possa fornirci il Suo numero di telefono

Sarà nostra premura contattarla per somministrarLe il questionario che consta di poche e brevi domande.

La ringraziamo per la cortese collaborazione

Prof. Sergio Paduano

Associato di Ortognatodonzia Università Magna Graecia di Catanzaro

Dr.ssa Rosa Anfosso

Responsabile Servizio Promozione della Salute, ASP Catanzaro

Dr.ssa Stefania Zampogna

Dirigente Pediatra AOPC