

Proc. AA.GG. N° MINORE ETÀ SESSO: F M

In caso di più minori interessati o proposta di inserimento unitamente alla madre, specificare:

Circoscrizione di Residenza EX ART. 403 C.C. Precedenti esperienze in struttura:

NOME STRUTTURA ATTUALE o PROPOSTA

NOME REFERENTE S.S. U.O.

DATA ASSEGNAZIONE RECAPITI TEL/FAX

E-MAIL

 Preliminare verifica dell'impossibilità del progetto di affidoMOTIVAZIONI
dell'inserimento
in struttura:

Abuso sessuale	<input type="checkbox"/>	Separazione conflittuale	<input type="checkbox"/>
Violenza fisica	<input type="checkbox"/>	Grave inadeguatezza genitoriale	<input type="checkbox"/>
Maltrattamento	<input type="checkbox"/>	Minore straniero non accompagnato	<input type="checkbox"/>
Grave incuria	<input type="checkbox"/>	*Altro ...	<input type="checkbox"/>
Presenza di gravi patologie	<input type="checkbox"/>	*Altro ...	<input type="checkbox"/>

Eventuali
problematiche
specifiche:

Comportamentali	<input type="checkbox"/>	Sanitarie	<input type="checkbox"/>
Scolastiche	<input type="checkbox"/>	*Altro	<input type="checkbox"/>

SERVIZI COINVOLTI:

NOME OPERATORE	SERVIZIO	RECAPITI

PERIODO DI PERMANENZA PREVISTO:6 MESI 18 MESI
12 MESI 24 MESI La famiglia conosce
le motivazioni
dell'inserimento La famiglia condivide
le motivazioni
dell'inserimento Il minore conosce
le motivazioni
dell'inserimento Il minore condivide
le motivazioni
dell'inserimento

PROPOSTA DI AGENDA INCONTRI:	Data primo incontro tra gli operatori ____/____/____	Data incontro in struttura operatori e famiglia ____/____/____	Data inserimento in Comunità ____/____/____
------------------------------------	--	--	---

FIRMA REFERENTE/I:

DATA COMPILAZIONE ____/____/____

**FATTORI DI RISCHIO E/O ELEMENTI DI PREGIUDIZIO**

all. A

Abuso di sostanze	<input type="checkbox"/>	Famiglia monoparentale	<input type="checkbox"/>
Accettazione della pornografia infantile	<input type="checkbox"/>	Giovane età dei genitori	<input type="checkbox"/>
Accettazione della violenza come pratica educativa	<input type="checkbox"/>	Impulsività	<input type="checkbox"/>
Ansia da separazione	<input type="checkbox"/>	Malattie croniche gravi in assenza di sostegno familiare esteso	<input type="checkbox"/>
Atteggiamenti e pratiche educativi autoritari o eccessivamente lassisti	<input type="checkbox"/>	Povertà cronica	<input type="checkbox"/>
Carenza di relazioni	<input type="checkbox"/>	Psicopatologia dei genitori	<input type="checkbox"/>
Comunicazione verbale e non verbale debole/fredda/rigida	<input type="checkbox"/>	Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino	<input type="checkbox"/>
Condotte antisociali e/o delinquenza	<input type="checkbox"/>	Scarsa tolleranza alle frustrazioni	<input type="checkbox"/>
Conflitti/violenza all'interno della coppia	<input type="checkbox"/>	Sindrome da risarcimento	<input type="checkbox"/>
Debole o assente capacità di assunzione di responsabilità	<input type="checkbox"/>	*Altro...	<input type="checkbox"/>
Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche	<input type="checkbox"/>		
Esperienze di rifiuto, di violenza o abuso	<input type="checkbox"/>		

FATTORI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI**FATTORI DI PROTEZIONE FAMILIARI**

Autonomia personale	<input type="checkbox"/>	Affetto e fiducia	<input type="checkbox"/>
Buon livello di autostima	<input type="checkbox"/>	Aspettative adeguate all'età del bambino, alle sue caratteristiche e ai suoi desideri	<input type="checkbox"/>
Capacità di affrontare i problemi in modo attivo	<input type="checkbox"/>	Capacità di chiedere e cercare aiuto	<input type="checkbox"/>
Capacità di assunzione di responsabilità	<input type="checkbox"/>	Capacità di evoluzione della famiglia e aspettative positive dei genitori sul futuro proprio e dei figli	<input type="checkbox"/>
Capacità empatiche	<input type="checkbox"/>	Capacità di gestire i conflitti	<input type="checkbox"/>
Desiderio di migliorarsi	<input type="checkbox"/>	Capacità normativa adeguata all'età e alle caratteristiche del bambino espressa attraverso regole chiare e comprensibili	<input type="checkbox"/>
Relazione attuale soddisfacente con almeno un componente della famiglia di origine	<input type="checkbox"/>	Clima familiare caldo, momenti di interazione familiare positivi	<input type="checkbox"/>
Rielaborazione del rifiuto o della violenza subita nell'infanzia	<input type="checkbox"/>	Rete di supporto parentale o amicale	<input type="checkbox"/>
Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi	<input type="checkbox"/>	Riconoscimento dei problemi e dei bisogni dei figli	<input type="checkbox"/>
Temperamento facile (bambini)	<input type="checkbox"/>	Stabilità emotiva dei genitori	<input type="checkbox"/>
*Altro...	<input type="checkbox"/>	*Altro...	<input type="checkbox"/>

*Altro... = specificare

Fonte: Di Blasio, 2005



DA COMPILARE E RESTITUIRE A CURA DELLA STRUTTURA CONTATTATA
(via fax o via posta elettronica)

all. A

RICHIESTA DEL ____/____/_____
proveniente da Comune di Palermo, Settore Servizi Socio-Assistenziali, U.O. _____

La struttura è disponibile all'inserimento: **SI** **NO**

Se NO, indicare brevemente le motivazioni:

.....
.....
.....
.....
.....

Data ____/____/_____

FIRMA RESPONSABILE E/O RAPPRESENTANTE LEGALE _____

**La presente dichiarazione di disponibilità non costituisce atto d'impegno da parte della
Pubblica Amministrazione.**