

	Amministrazione destinataria Comune di Biassono Ufficio destinatario Ufficio di Piano	
---	--	--

Scheda di invio al servizio Equipe Territoriale Integrata Minori (ETIM)

Il segnalante			
<i>(operatore di riferimento)</i>			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

<input type="checkbox"/> eventuale altro operatore di riferimento			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

SEGNALA

la seguente situazione

Numero dei minori del nucleo segnalati

minore											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita				Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	

contesto di vita	
<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro <i>(specificare)</i>
percorso scolastico	

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
<input type="radio"/>	sospette
<input type="radio"/>	accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
<input type="radio"/>	droghe
<input type="radio"/>	alcool

 minore (numero di selezioni pari al numero di minori)

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

contesto di vita

<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro (specificare)

percorso scolastico

--

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
<input type="radio"/>	sospette
<input type="radio"/>	accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
<input type="radio"/>	droghe
<input type="radio"/>	alcool

 minore (numero di selezioni pari al numero di minori)

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

contesto di vita

<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro (specificare)

percorso scolastico

--

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
<input type="radio"/>	sospette
<input type="radio"/>	accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
<input type="radio"/>	droghe
<input type="radio"/>	alcool

 minore (numero di selezioni pari al numero di minori)

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

contesto di vita

<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro (specificare)

percorso scolastico

--

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
	<input type="radio"/> sospette
	<input type="radio"/> accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
	<input type="radio"/> droghe
	<input type="radio"/> alcool

 minore (numero di selezioni pari al numero di minori)

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

contesto di vita

<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro (specificare)

percorso scolastico

--

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
<input type="radio"/>	sospette
<input type="radio"/>	accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
<input type="radio"/>	droghe
<input type="radio"/>	alcool

 minore (numero di selezioni pari al numero di minori)

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

contesto di vita

<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro (specificare)

percorso scolastico

--

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
<input type="radio"/>	sospette
<input type="radio"/>	accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
<input type="radio"/>	droghe
<input type="radio"/>	alcool

 minore (numero di selezioni pari al numero di minori)

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	

contesto di vita

<input type="radio"/>	famiglia di origine
<input type="radio"/>	famiglia affidataria
<input type="radio"/>	comunità
<input type="radio"/>	altro (specificare)

percorso scolastico

--

sviluppo e condizioni di salute

<input type="checkbox"/>	già in carico presso servizi specialistici
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi alla nascita
	Specificare
<input type="checkbox"/>	malattia fisica
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disabilità certificata
	Specificare
<input type="checkbox"/>	disturbi legati all'alimentazione
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di abbandono o rifiuto
	Specificare
<input type="checkbox"/>	trascuratezza
	Specificare
<input type="checkbox"/>	esperienze di violenza/maltrattamento/abuso
	<input type="radio"/> sospette
	<input type="radio"/> accertate
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
	<input type="radio"/> droghe
	<input type="radio"/> alcool

presa in carico della situazione familiare

mese/anno di presa in carico del nucleo

Presenza dell'autorità giudiziaria

- nessun procedimento presso l'autorità giudiziaria
- tribunale ordinario
- tribunale per i minorenni

Tipo di provvedimento*(solo in caso di presenza dell'autorità giudiziaria)*

- prescrizione con richiesta approfondimenti

Specificare

- decreto

Specificare

rischio segnalato

- genitori e/o familiari con sospetto di patologia psichiatrica
- genitori e/o familiari con sospetta problematica di dipendenza
- alcool
- sostanze
- gioco

<input type="checkbox"/>	genitori e/o familiari segnalati per disturbi comportamentali
<input type="checkbox"/>	della condotta
<input type="checkbox"/>	del controllo degli impulsi
<input type="checkbox"/>	dell'adattamento
<input type="checkbox"/>	antisociali
<input type="checkbox"/>	dello spettro depressivo: disturbi dell'umore
<input type="checkbox"/>	dello spettro ansioso: ansia sociale, fobia sociale disturbi attacchi di panico
<input type="checkbox"/>	difficoltà cognitive
<input type="checkbox"/>	genitori e/o familiari con comportamenti di trascuratezza, maltrattamenti, abbandono nei confronti dei minori
<input type="checkbox"/>	materiale
<input type="checkbox"/>	morale
<input type="checkbox"/>	minori segnalati per disturbi comportamentali, relazionali, dell'umore
<input type="checkbox"/>	minori segnalati per anomalie di sviluppo cognitivo, psichico e motorio
<input type="checkbox"/>	minore con sospetto di patologie psichiatriche e neurologiche
<input type="checkbox"/>	minori vittime di abuso e/o maltrattamento fisico e psicologico o altri situazioni traumatiche
<input type="checkbox"/>	minori esposti a situazioni di violenza intrafamiliare

motivo della segnalazione E.T.I.M. - (consulenza finalizzata all'elaborazione di un progetto multidisciplinare specifico)

Specificare	
<input type="checkbox"/>	valutazione diagnostica e clinica madre
<input type="checkbox"/>	valutazione diagnostica e clinica padre
<input type="checkbox"/>	valutazione diagnostica e clinica altro adulto di riferimento
<input type="checkbox"/>	valutazione diagnostica e clinica del minore
<input type="checkbox"/>	delle anomalie di sviluppo cognitivo, psichico e motorio del minore
<input type="checkbox"/>	dei comportamenti reattivi all'interno della valutazione familiare globale e personale dei genitori
<input type="checkbox"/>	valutazione delle competenze genitoriali madre
<input type="checkbox"/>	valutazione delle competenze genitoriali padre
<input type="checkbox"/>	valutazione delle competenze genitoriali di altro adulto di riferimento
<input type="checkbox"/>	osservazione e valutazione della relazione genitore/i – minore/i – familiare

servizi o operatori che hanno rilevato il problema

<input type="checkbox"/>	servizi sociali comunali
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	pediatra
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	medico di base
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	UONPIA
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	centro psicosociale
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	NOA
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	SERD
	Dalla data

<input type="checkbox"/>	consultorio familiare
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	scuola
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)
servizi o operatori attualmente coinvolti	
<input type="checkbox"/>	servizi sociali comunali
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	pediatra
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	medico di base
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	UONPIA
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	centro psicosociale
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	NOA
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	SERD
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	consultorio familiare
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	scuola
	Dalla data
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

composizione del nucleo familiare

<input type="checkbox"/> padre											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Convivente con il minore											
<input type="radio"/> sì											
<input type="radio"/> no											

Stato di provenienza	
In regola con i documenti di soggiorno	
<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no
Già in carico presso servizi specialistici	
<input type="radio"/>	sì
	Specificare
<input type="radio"/>	no
Occupazione	

<input type="checkbox"/> madre											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Convivente con il minore											
<input type="radio"/>	sì										
<input type="radio"/>	no										
Stato di provenienza											
In regola con i documenti di soggiorno											
<input type="radio"/>	sì										
<input type="radio"/>	no										
Già in carico presso servizi specialistici											
<input type="radio"/>	sì										
	Specificare										
<input type="radio"/>	no										
Occupazione											

stato civile della coppia genitoriale	
<input type="checkbox"/>	coniugati
<input type="checkbox"/>	separati
<input type="checkbox"/>	divorziati
<input type="checkbox"/>	conviventi
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

Relazione della coppia genitoriale	
<input type="radio"/>	positiva
<input type="radio"/>	sufficientemente adeguata
<input type="radio"/>	conflittuale violenza domestica
	Descrizione

Situazione familiare

condizioni di vita	
<input type="checkbox"/>	giovane età
<input type="checkbox"/>	basso livello di istruzione
<input type="checkbox"/>	occupazione stabile
<input type="checkbox"/>	disoccupazione
<input type="checkbox"/>	problemi economici/incapacità di gestione
<input type="checkbox"/>	problemi abitativi
<input type="checkbox"/>	problemi giudiziari
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)
Rete di supporto parentale (nonni, zii, ...)	
<input type="radio"/>	presente e affidabile
<input type="radio"/>	presente ma conflittuale
<input type="radio"/>	assente per lontananza
<input type="radio"/>	assente per interruzione dei contatti
<input type="radio"/>	altro (specificare)
Rete di supporto sociale (amici, vicini, volontari)	
<input type="radio"/>	presente e affidabile
<input type="radio"/>	presente ma non affidabile
<input type="radio"/>	assente
<input type="radio"/>	altro (specificare)
Altre informazioni di rilievo	
<input type="checkbox"/>	presenza di malattia cronica
<input type="checkbox"/>	condizione di disabilità fisica
<input type="checkbox"/>	deficit intellettivo (QI inferiore alla norma)
<input type="checkbox"/>	presenza di patologia psichiatrica
<input type="checkbox"/>	uso di sostanze
<input type="checkbox"/>	dipendenza da gioco
<input type="checkbox"/>	esperienze di rifiuto, violenza o abuso subiti nell'infanzia
Descrizione	

Relazione minore/i-genitori (modalità di rapporto con il o i minori)	
<input type="radio"/>	incontri liberi
<input type="radio"/>	incontri regolamentati dalla presenza di altri due operatori
<input type="radio"/>	incontri sospesi
Storia dei comportamenti inadeguati nei confronti del minore	
<input type="radio"/>	è presente una storia pregressa di comportamenti inadeguati
<input type="radio"/>	sono presenti solo episodi recenti di comportamenti inadeguati
<input type="radio"/>	si hanno solo sospetti di comportamenti inadeguati
<input type="radio"/>	non sono disponibili sufficienti informazioni
Percezione delle proprie responsabilità sul problema rilevato	
<input type="radio"/>	le responsabilità della condotta inadeguata sono negate o nascoste attivamente
<input type="radio"/>	il comportamento è legittimato da giustificazioni apparentemente razionali e particolari teorie educative
<input type="radio"/>	le responsabilità della condotta inadeguata sono riconosciute
<input type="radio"/>	i comportamenti sembrano episodici e non riconducibili ad una condotta inadeguata
<input type="radio"/>	non sono disponibili sufficienti informazioni

la presa in carico avverrà a seguito di presentazione concordato con gli operatori del servizio

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	relazione psicosociale elaborata
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del decreto rilasciato dal tribunale
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Biassono		
Luogo	Data	Il dichiarante