

Indagine campionaria: bambini e adolescenti fuori dalla famiglia di origine

**Scheda INDIVIDUALE DEI SOGGETTI (incluso i neomaggiorenni)
CHE HANNO CONCLUSO L’AFFIDAMENTO FAMILIARE
Dal 01.01.2016 al 31.12.2016**

1. INFORMAZIONI GENERALI SUL BAMBINO/A O RAGAZZO/A

1.1 Genere: Maschio Femmina

1.2 Anno di nascita: |__|_|_|_|_|
a a a a

1.3 Provincia di residenza |__|_|

1.4 Stato di nascita

(specificare)_____

1.5 Cittadinanza: Italiana

Straniera (indicare il paese di provenienza)_____

indicare se minore straniero non accompagnato

1.6 Data di avvio dell’affidamento familiare: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
g g m m a a a a

1.7 Data di conclusione dell’affidamento familiare: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
g g m m a a a a

1.8 Indicare se il bambino/a o ragazzo/a ha al momento dell’avvio dell’affidamento familiare un disagio diagnosticato e/o certificato (risposta multipla):

	PRESENTE/ DIAGNOSTICATO	CERTIFICATO L.104/92
nessuna problematica specifica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi psicologici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gravi disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi schizofrenici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi dello spettro psicotico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sindromi affettive gravi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altre patologie psichiatriche dell’età evolutiva e dell’adolescenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequenti malattie fisiche e ospedalizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lesioni fisiche derivanti da maltrattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

deficit della crescita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disabilità sensoriale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi specifici dell'apprendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi dell'attenzione e della iperattività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi scolastici legati a svantaggio socio-economico, linguistico e culturale (BES- Dir. MIUR 27/12/12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anoressia e bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza da alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza da sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dipendenza dal gioco (ludopatia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minorenni con provvedimenti penali a carico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro specificare_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.9 Dove viveva il bambino/a o il ragazzo/a all'avvio dell'affidamento? (una sola risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nella sua famiglia di origine | <input type="checkbox"/> In servizio residenz. per minorenni |
| <input type="checkbox"/> Nella sua famiglia adottiva | <input type="checkbox"/> In servizio residenziale sanitario |
| <input type="checkbox"/> Presso parenti | <input type="checkbox"/> In Istituto penale minorile |
| <input type="checkbox"/> In famiglia affidataria | <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora |
| <input type="checkbox"/> Con amici e conoscenti | <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____ |
| <input type="checkbox"/> In servizio residenziale sociale | |

1.10 Motivi dell'affidamento familiare del bambino/a o del ragazzo/a: (indicare un solo motivo principale, tutti i motivi secondari correlati e tutti i motivi emersi nel corso dell'accoglienza)

	Motivo principale	Motivi secondari correlati	Motivi emersi nel corso dell'accoglienza
problemi relazionali nella famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di violenza domestica in famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi abitativi della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi economici della famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi lavorativi di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi giudiziari di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi sanitari di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di dipendenza di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incapacità educativa dei genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decesso di uno o entrambi i genitori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi con la famiglia affidataria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

problemi con la famiglia adottiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abuso/sfruttamento sessuale sul minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maltrattamento fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trascuratezza materiale e affettiva del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violenza assistita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maltrattamento psicologico del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi sanitari del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi scolastici del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi comportamentali del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportamenti di grave devianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anoressia e bulimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemi di dipendenza del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
presunto abbandono del minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misura alternativa alla detenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestante/ragazza madre se minorenni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
minore straniero non accompagnato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non riconoscimento alla nascita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.11 Tipologia dell'affidamento al momento dell'avvio e della conclusione dell'affidamento familiare:

Intra-familiare

Se sì, specificare:

Consensuale all'avvio e alla conclusione

Giudiziale all'avvio e alla conclusione

Consensuale all'avvio e giudiziale alla conclusione

Giudiziale all'avvio e consensuale alla conclusione

Etero-familiare

Se sì, specificare:

Consensuale all'avvio e alla conclusione

Giudiziale all'avvio e alla conclusione

Consensuale all'avvio e giudiziale alla conclusione

Giudiziale all'avvio e consensuale alla conclusione

1.11.1 Se l'affidamento era intrafamiliare, quale era il legame di parentela degli affidatari con il bambino/a o ragazzo/a:

nonni

zii

cugini

fratelli/sorelle

altri parenti entro il quarto grado

1.12 L'affidamento familiare era omoculturale?

Sì

No

1.13 Il bambino/a o ragazzo/a ha o ha avuto decreti di adottabilità o di adozione:

- Sì, passato decreto di adozione Sì, attuale decreto di adottabilità
 Sì, entrambi No Informazione non conosciuta

1.14 Motivazione della conclusione dell'affidamento familiare:

- Fallimento abbinamento di affidamento familiare
 Problematiche comportamentali del minore
 Problematiche sanitarie del minore
 Cambiamento delle possibilità di accoglienza della famiglia affidataria
 Permanenza conclusa per attivazione di un altro intervento
 Raggiunta maggiore età
 Conclusione degli interventi e della presa in carico per la risoluzione dello stato di bisogno
 Fuga/Allontanamento
 Decesso
 Altro (*Specificare*) _____
 Non rilevato

1.15 Sistemazione alla conclusione dell'affidamento familiare:

- Rientro famiglia di origine
 Affidamento intra-familiare
 Affidamento etero-familiare
 Affidamento a rischio giuridico
 Affidamento preadottivo/adozione alla famiglia affidataria (L.173/2015)
 Affidamento preadottivo/adozione ad altra famiglia
 Trasferimento in servizio residenziale socio-educativa
 Trasferimento in servizio residenziale socio-sanitaria
 Inserimento in struttura sanitaria
 In Istituto penale per minorenni
 In Istituto penale
 Sistemazione in semi-autonomia
 Raggiungimento di una vita autonoma
 Destinazione ignota
 Altro specificare _____

1.16 Alla decisione delle dimissioni hanno partecipato (risposta multipla)

- I Servizi sociali del Comune di residenza del minore
- I Servizi sociali del Comune di residenza della famiglia affidataria
- L'Azienda U.S.L. di residenza del minore
- L'Azienda U.S.L. di residenza della famiglia affidataria
- Il Giudice tutelare
- Il Tribunale per i minorenni
- La famiglia di origine
- La famiglia affidataria
- il/la bambino/a o il ragazzo/a
- Il Responsabile o operatori di ente privato
- Il Responsabile di ente convenzionato
- Altro (*specificare* _____)

1.17 Il servizio territoriale ha redatto un progetto post-accoglienza?

- Sì
- No

1.17.1 Se sì specificare quali interventi include:

- Educativa domiciliare
- Inserimento in centri di aggregazione territoriale
- Supporto sociale da parte dei servizi
- Supporto da parte della famiglia affidataria
- Sostegno economico
- Interventi sociosanitari per il dimesso
- Interventi sociosanitari per la famiglia di origine del dimesso
- Borsa lavoro per avviamento all'autonomia
- Inserimento in un alloggio nel quale sperimentare la semi-autonomia;
- Accompagnamento alla conclusione del percorso scolastico e formativo;
- Sostegno nell'inserimento lavorativo e abitativo;
- Esenzioni e facilitazioni sociali (es. il pagamento del ticket sanitario; il pagamento dei servizi di mensa scolastici e universitari; l'abbonamento ai servizi di trasporto pubblico, affitto a costi agevolati, ecc.)
- Altro specificare _____

Questionario compilato da:

Nome Cognome _____
Ruolo/funzione _____
Tel _____
E-mail _____

PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" – art. 2 (finalità), art. 4 (definizioni), artt. 7-10 (diritti dell'interessato), art. 13 (informativa), artt. 28-30 (soggetti che effettuano il trattamento), artt. 104-110 (trattamento per scopi statistici o scientifici);
- "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici" (all. A. 4 del Codice in materia di protezione dei dati personali – Provvedimento del Garante n. 2 del 16 giugno 2004, Gazzetta Ufficiale 14 agosto 2004, n. 190).