



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM/G5
Tra i comuni di:
CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE, GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SAN CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED AUSL RMG.

EDUCATIVA TERRITORIALE

Codice utente SID _____

DATA compilazione scheda.....
DATA inizio attività.....
DATA dimissione.....
Motivo dimissione
1. allontanamento
2. passaggio ad altro servizio
3. rinuncia (*allegare dichiarazione*)
4. conclusione del percorso
5. trasferimento dell'utente
6. altro.....

DATI ANAGRAFICI (del minore)

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita

Indirizzo e residenza

Telefono familiari/referente

COMPOSIZIONE FAMILIARE (indicare la figura genitoriale o chi ne esercita la potestà)

Nome e Cognome

Data e luogo di nascita

Indirizzo e residenza

Telefono.....

Grado di parentela: 1) madre ; 2) padre ; 3) ; nonna/o; 4) fratello/sorella ;
5) altro parente (specificare.....); 6) altra persona (specificare.....).

COMPOSIZIONE FAMILIARE (indicare la figura genitoriale o chi ne esercita la potestà)

Nome e Cognome

Data e luogo di nascita

Indirizzo e residenza

Telefono.....

Grado di parentela: 1) madre ; 2) padre ; 3) ; nonna/o; 4) fratello/sorella ;
5) altro parente (specificare.....); 6) altra persona (specificare.....).

IDICARE ALTRI COMPONENTI CHE VIVONO CON IL MINORE (es. nonni, fratelli, zii, conviventi dei genitori, etc.)

nome	cognome	data e luogo di nascita	Grado di parentela o altro legame con il minore

MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

Colloquio ; visita domiciliare ; Altro ;

TIPOLOGIA FAMILIARE

1. Nucleare	<i>famiglia formata da una sola unità coniugale</i>	_
2. Estesa	<i>famiglia formata da una sola unità coniugale e uno o più parenti conviventi</i>	_
3. Multipla	<i>famiglia formata da due o più unità coniugali</i>	_
4. Senza struttura coniugale	<i>famiglia priva di un'unità coniugale (vi sono persone che convivono)</i>	_

Secondo la definizione utilizzata da Pater Laslett

PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

si ; **no** ; (se "si" il punteggio equivale a 10)

se **si** specificare quanto segue:

tribunale minori decreto n° _____ del _____ tipo _____

tribunale ordinario decreto n° _____ del _____ tipo _____

giudice tutelare decreto n° _____ del _____ tipo _____

INDICARE SE L'UTENTE (MINORE) E' IN CONDIZIONE DI DISABILITA' O INVALIDITA' < 75%

si ; **no** ;

riconoscimento giuridico

L. 104/92: **si** ; **no** ; (se "si" il punteggio equivale a 2)

SERVIZI ATTIVATI*(sono ammesse risposte multiple)*

	<i>MINORE</i>	<i>MADRE</i>	<i>PADRE</i>
ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE	I_I	I_I	I_I
ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE (D*)	I_I	I_I	I_I
ASSISTENZA SCOLASTICA (AEC)	I_I	I_I	I_I
AFFIDO FAMILIARE	I_I	I_I	I_I
AFFIDO IN STRUTTURE	I_I	I_I	I_I
ALTRO TIPO DI STRUTTURE RESIDENZIALI O SEMI-RESIDENZIALI	I_I	I_I	I_I
+BUS	I_I	I_I	I_I
CAD	I_I	I_I	I_I
CASE FAMIGLIA PER ANZIANI (O ALTRO TIPO DI STRUTTURA)	I_I	I_I	I_I
CASE FAMIGLIA PER DISABILI (IBIDEM)	I_I	I_I	I_I
CASE FAMIGLIA PER MINORI (IBIDEM)	I_I	I_I	I_I
CASA FAMIGLIA PER PERSONE CON PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI (IBIDEM)	I_I	I_I	I_I
CENTRI DI ASCOLTO	I_I	I_I	I_I
CENTRO ANZIANI	I_I	I_I	I_I
CENTRO DISAGIATI PSICHICI (D)	I_I	I_I	I_I
CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI (D)	I_I	I_I	I_I
CENTRO MINORI/ADOLESCENTI	I_I	I_I	I_I
CENTRO PER L'IMPIEGO	I_I	I_I	I_I
CENTRO SERVIZI PER L'IMMIGRAZIONE (CSI)	I_I	I_I	I_I
CONSULTORIO	I_I	I_I	I_I
CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE	I_I	I_I	I_I
CSM	I_I	I_I	I_I
DISABILI GRAVI 162/98 (D)	I_I	I_I	I_I
EDUCATIVA TERRITORIALE GENITORINSIEME (D)	I_I	I_I	I_I
GIL ADOZIONI	I_I	I_I	I_I
GOI	I_I	I_I	I_I
INTERVENTO SOCIALE/EMERGENZA (D)	I_I	I_I	I_I
POLO AFFIDI	I_I	I_I	I_I
PIANO AFFIDI (D)	I_I	I_I	I_I
PUA	I_I	I_I	I_I
PUNTO H (D)	I_I	I_I	I_I
RSA	I_I	I_I	I_I
SERT	I_I	I_I	I_I
SERVIZI DI PREVENZIONE/RISCHIO DA DIPENDENZE (D)	I_I	I_I	I_I
SERVIZI PER IMMIGRATI (mediazione, protocollo accoglienza) (D)	I_I	I_I	I_I
SERVIZI SOCIALI COMUNALI	I_I	I_I	I_I
SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO DISABILI (D)	I_I	I_I	I_I
SOGGIORNI PER ANZIANI	I_I	I_I	I_I
SOGGIORNI PER DISABILI	I_I	I_I	I_I
SOGGIORNI PER MINORI	I_I	I_I	I_I
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' (D)	I_I	I_I	I_I
S.T.S.M.R.E.E.	I_I	I_I	I_I
UFFICIO H (ASL)	I_I	I_I	I_I
ALTRI SERVIZI (specificare.....)	I_I	I_I	I_I

**Servizio distrettuale*

PROBLEMATICHE FAMILIARI RISCONTRATE

Indicare la presenza delle seguenti difficoltà economiche/ambientali.

1. Difficoltà economiche	2
2. Difficoltà lavorative	2
3. Difficoltà abitative	4
4. Zona di residenza periferica con scarso o assenza di collegamento	4
5. Zona di residenza nei pressi del centro abitato poco collegata	2
6. Zona di residenza nel centro abitato con buoni collegamenti.	0

Per ciascuna delle seguenti problematiche attribuire un punteggio da 0 a 5 dove 0 indica assenza della problematica e 5 massima presenza della problematica.

1. Assistenza ad anziani	I _ I
2. Salute/malattia/disabilità (<i>malattie anche croniche, degenerative, sieropositività, etc.</i>)	I _ I
3. Lutti recenti	I _ I
4. Separazione (<i>se conflittuale</i>)	I _ I
5. Detenzione o ex detenzione	I _ I
6. Disadattamento/ tendenze devianti	I _ I
7. Problematiche affettive relazionali	I _ I
8. Dipendenze (<i>da sostanze psicotrope, alcool, etc</i>)	I _ I
9. Problematiche scolastiche (<i>es. dispersione, bullismo, etc.</i>)	I _ I
10. Isolamento dalla rete amicale e parentale	I _ I
11. Nucleo monogenitoriale (<i>se problematico</i>)	I _ I
12. Nucleo numeroso con più di quattro figli (<i>se problematico</i>)	I _ I
13. Psicopatologia delle figure genitoriali	I _ I
14. Compromissione del ruolo genitoriale ed educativo	I _ I
15. Altro (<i>specificare</i>).....	I _ I

Note (utilizzando il codice della problematica specificare: es. cod. 9. Vittima di bullismo; cod. 8. Dipendenza da alcool da parte di un genitore; etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LUOGO DI SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO

Nel luogo di residenza del minore

Presso la residenza di altre figure parentali (es. nonni)

Altro (specificare).....

ORE SETTIMANALI RICHIESTE

SE L'UTENTE ERA IN CARICO AL SERVIZIO AL 31/12/2011 INDICARE SE NECESSITA DI PROSECUZIONE

si ; **no** ; (se "si" il punteggio equivale a 10)

INDICATORI SOCIALI

PUNTEGGIO INDICATORI SOCIALI : |_|_|_|

- Molto alto da 101 a 80
- Alto da 79 a 45
- Medio da 44 a 20
- Basso da 19 a 0

RELAZIONE DEI SERVIZI COMPETENTI E PROGETTO INDIVIDUALE

1) anamnesi familiare

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

2) condizioni psico-fisiche

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

3) contesto familiare e integrazione

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

4) situazione scolastica

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

5) relazioni familiari

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

.....
.....

6) obiettivi del progetto

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

Servizio ASL

Servizio Comunale

Il progetto ha validità: 6 mesi I_I ; 12 mesi I_I (salvo aggravamenti improvvisi)

ACCETTAZIONE/CONSENSO DEL SERVIZIO

Preso visione del disciplinare

L'utente (o il suo delegato o tutore)

Assistente Sociale Comune

Assistente Sociale ASL

***Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)***

Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003, si informa che questi, e i successivi dati, necessari per la fruizione del servizio integrato di "Educativa territoriale" saranno utilizzati dal Distretto socio-sanitario RMG5, dal Comune di residenza dell'utente e dalla ASL, saranno trattati esclusivamente per le finalità del servizio richiesto con il supporto dei mezzi cartacei e informatici secondo gli usi consentiti dalla legge. Sempre ai fini della fruizione del servizio i dati saranno comunicati alle cooperative sociali e ad altri enti che effettuano interventi di sostegno ed assistenza.

Firma del richiedente (o suo delegato o tutore)

RINUNCIA al SERVIZIO

Preso atto del Regolamento del servizio di Educativa territoriale, io sottoscritto rinuncio al servizio erogatomi sino ad ora per:

Data:

L'utente (o il suo delegato o tutore)

Ass. Sociale Comune.....