



## **SCHEDA DI RILEVAZIONE**

# **APPROFONDIMENTO SUI CASI DI CRISI O INSUCCESSO DEI PERCORSI ADOTTIVI**

**Scheda individuale minori in carico ai Servizi sociali al 31/12/2014  
per interventi post-adozione oltre il normale iter post-adoattivo**



La presente scheda di rilevazione è stata realizzata dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza nell'ambito delle attività svolte per la Regione Toscana, ai sensi della LR 31/2000 ([www.minoritoscana.it](http://www.minoritoscana.it)).

Le informazioni fornite verranno trattate nel rispetto della D.Lgs. 196/03 sulla Tutela della Privacy.

Il questionario è organizzato nelle seguenti sezioni:

SEZIONE A - INFORMAZIONI SUL MINORE

SEZIONE B - INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA ADOTTIVA

SEZIONE C - INFORMAZIONI SULLA PRESA IN CARICO (PER SERVIZI OLTRE IL  
NORMALE ITER POST-ADOTTIVO) DEL MINORE ADOTTATO

SEZIONE D - IL SISTEMA DEI SERVIZI

SEZIONE E – VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

Per il supporto tecnico e l'assistenza per tutte le fasi legate alla compilazione, alla raccolta e alla trasmissione dei questionari rivolgersi a:

Dott.ssa Silvia Notaro

tel. 055 2037 337 Email: [notaro@istitutodeglinnocenti.it](mailto:notaro@istitutodeglinnocenti.it)

Dott.ssa Lucia Fagnini

te. 055 20370350 Email: [fagnini@istitutodeglinnocenti.it](mailto:fagnini@istitutodeglinnocenti.it)

Grazie per la collaborazione



## Informazioni sul Servizio che ha in carico il minore

### Dati del servizio

Denominazione del servizio \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

### Dati del referente del servizio

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

### Dati del compilante

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Funzione nel Servizio/Ente di appartenenza \_\_\_\_\_



CODICE IDENTIFICATIVO MINORE (Progressivo) \_\_\_\_\_

**SEZIONE A – INFORMAZIONI SUL MINORE**

1. Anno di nascita   

2. Genere:     maschio                       femmina

3. Paese di nascita    .....

4. In che anno è stata formalizzata l'adozione?                     

5. Comune di residenza del bambino al momento della presa in carico:

.....                      **5.1. Provincia** (.....)

6. Tipo di adozione:

nazionale                       internazionale (Specificare il Paese di provenienza:  
(.....))

7. Si è trattato di un'adozione speciale o nominativa (art 44 lett. A e D legge 183 del 1984)?

Sì                       No

8. Il bambino è stato adottato: *(scegliere solo una delle seguenti voci)*

da solo/a                       assieme a più fratelli biologici  
 assieme a un fratello/sorella biologico                       assieme a uno o più bambini fra loro non fratelli biologici

**Prima dell'adozione**

9. Con quali motivazioni il bambino è stato dichiarato adottabile? *(scegliere una o più delle seguenti opzioni)*

- ragioni economiche
- abusi/maltrattamenti gravi
- morte dei genitori
- abbandono della famiglia d'origine
- tentato figlicidio
- altro *(specificare)* .....



10. Il bambino, prima dell'adozione, ha vissuto le seguenti esperienze?

	Sì	No	Non noto
Ha vissuto con uno o entrambi i genitori naturali	Per mesi  _ _ _ _	_	_
Ha vissuto con parenti appartenenti alla famiglia biologica	Per mesi  _ _ _ _	_	_
E' stato in Istituto e/o casa famiglia	Per mesi  _ _ _ _	_	_
E' stato in ospedale	Per mesi  _ _ _ _	_	_
Ha vissuto in affidamento presso l'attuale famiglia adottiva	Per mesi  _ _ _ _	_	_
Ha vissuto presso altre famiglie affidatarie e/o sostitutive	Per mesi  _ _ _ _	_	_
E' stato in adozione in altre famiglie	Per mesi  _ _ _ _	_	_

11. Il bambino ha seguito un percorso di "preparazione" all'adozione?

sì       no       non noto

12. In caso di adozione internazionale, al momento dell'adozione i genitori hanno trascorso un periodo di soggiorno nel paese di origine del bambino?

sì       no       non noto

12.1 Se sì, per quanto tempo? .....

13. Al momento dell'adozione presentava disabilità (fisiche, psichiche o sensoriali)?

sì       no       non noto

### **Dopo l'adozione**

14. Il minore porta lo stesso nome che aveva prima dell'adozione?

sì, lo stesso

sì ma con l'aggiunta di un secondo nomenclatore

no è stato italianizzato

no, gli è stato dato un nuovo nome



15. Il bambino/ragazzo ha fratelli biologici?

sì             no             non noto

15.1 Se sì, dove si trovano i fratelli naturali del bambino adottato?

nella stessa famiglia del bambino adottato             in affido/adozione in altra famiglia

nella famiglia d'origine             altro .....

in Istituto             non noto

16. Il bambino/ragazzo ha avuto o ha attualmente contatti con la sua famiglia d'origine o altre figure legate al passato prima dell'adozione? (indicare una sola risposta)

No, non li ha mai avuti (passare alla domanda n.17)

Sì, li ha avuti, ma solo in passato

Sì, li ha attualmente

16.1 Se sì, con chi? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

madre             nonni

padre             zii

fratelli             cugini

famiglia affidataria             altro (specificare).....

17. Per quanto noto al servizio, il bambino/ragazzo ha cercato informazioni sulla sua famiglia di origine? (scegliere solo una delle seguenti opzioni)

non noto

no

Sì, autonomamente

Sì, chiedendo aiuto alla famiglia.....

Sì, chiedendo aiuto ad altri soggetti (specificare)

18. Il bambino/ragazzo ha mai ricevuto contatti da un componente della famiglia di origine?

sì             no             non noto



18.1 Se sì, come ha reagito?

.....

19. Il bambino/ragazzo, ha mai fatto un viaggio per visitare il Paese in cui è nato?

sì       no       non noto

**Percorso scolastico**

20. Dopo quanto tempo dal suo arrivo in Italia, è stato/a inserita/o a scuola?

mesi dopo l'arrivo in Italia

21. Al suo arrivo in Italia, in quale classe è stata/o inserita/o rispetto alla sua età anagrafica?

quella della sua età       inferiore

22. Al momento dell'inserimento scolastico, ha ricevuto qualche forma di sostegno? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

no, non ne aveva bisogno - *passare alla domanda 22*

no, è stato richiesto, ma non ottenuto - *passare alla domanda 22*

sì, da parte della scuola

sì, da parte dei servizi territoriali (Asl, Comune)

sì, da parte dell'ente autorizzato

sì, da parte di altri soggetti (*specificare*).....

22.1 Se sì, che tipo di sostegno ha ricevuto? (scegliere solo una delle seguenti voci)

partecipazione a corsi di lingua

supporto educativo extrascolastico

consulenza o supervisione psicologica agli insegnanti

individualizzazione di alcuni carichi di lavoro o di alcuni insegnamenti

insegnante di sostegno in classe

educatore professionale in classe

altro (*specificare*).....



23. Qual è la posizione attuale rispetto al percorso educativo/scolastico del minore? (scegliere solo una delle seguenti voci)

Sta frequentando un nido o servizi integrativi 0-3

Sta frequentando la scuola dell'infanzia

Sta frequentando la scuola primaria

Sta frequentando la scuola media (secondaria di I grado): classe:

Ha abbandonato durante la scuola media

Ha concluso la scuola media e non si è iscritta/o alla scuola superiore (secondaria di II grado)

Sta frequentando la scuola superiore: classe:

Sta frequentando un corso di formazione professionale

Ha abbandonato durante la scuola superiore/corso di formazione professionale

Ha concluso la scuola superiore e non si è iscritta/o all'università

Sta frequentando l'università

dato non noto

24. Indicare lo stato del bambino (segni fisici, atteggiamenti, comportamenti, disabilità ecc.) al momento della presa in carico e attualmente

DISABILITA' E PATOLOGIE FISICHE	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Frequenti malattie fisiche e /o ospedalizzazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit nella crescita staturoponderale (failure to thrive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segni fisici (lesioni, contusioni, lividi, ferite, cicatrici, graffi, escoriazioni, fratture da trauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità sensoriale (cecità, sordità)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DIFFICOLTA' COMPORTAMENTALI	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamenti aggressivi eterodiretti (es. Bullismo o minacce verso bambini o adulti; attacchi fisici verso bambini o adulti; crudeltà verso gli animali, distruzione di oggetti, comportamenti piromanici, atti di vandalismo in genere, tendenza a mentire e a ingannare; comportamenti irritanti e/o "molesti")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamenti aggressivi autodiretti (es. Nuoce a se stesso deliberatamente (autolesionismo) e/o distrugge le proprie cose, Mangia e/o beve cose che non sono cibo, Fantasie/ tentativi di suicidio, È soggetto a piccoli incidenti che lo danneggiano e/o non è in grado di valutare il pericolo, Si isola dagli altri per lunghi periodi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamenti sessualizzati (es. comportamenti sessualizzati esternalizzati con altri bambini o verso adulti come comportamenti seduttivi, giochi sessuali, ecc.; Masturbazione compulsiva; Relazioni sessuali numerose e frequenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso di alcol e droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFFICOLTÀ COGNITIVE E/O DEL PENSIERO	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Disabilità psichica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi specifici dell'apprendimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFFICOLTA' PSICOLOGICHE	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Disturbi dell'umore e disturbi d'ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi dell'alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomi psicosomatici (es. Mal di testa ricorrenti, Dolori a dominanti ricorrenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi del sé (es. Vergogna e timidezza eccessivi, Propensione a biasimare se stesso o a colpevolizzarsi, Scarsa socievolezza, Sfiducia negli adulti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi nelle relazioni di attaccamento (es. Ricerca di affetto e di attenzione da parte degli estranei, Oppositività e reattività verso gli adulti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DIFFICOLTA' A SCUOLA	Condizione presente al momento della presa in carico		Condizione presente attualmente	
	Sì	No	Sì	No
Difficoltà con la lingua italiana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà nello studio delle diverse materie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di relazione con i compagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficoltà di relazione con gli insegnanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro ( <i>specificare</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Note**

25. Sono mai stati segnalati al servizio episodi di discriminazione nei confronti del bambini/ragazzo?

sì                     no                     non noto

25.1 Se sì, specificare in che contesto (es. scuola, famiglia allargata ecc..) .....

26. Si sono mai verificati comportamenti di “devianza” con intervento dei servizi?

sì                     no

26.1 Se sì, specificare in di che tipo .....

27. E' attualmente in corso un procedimento penale a carico del minore?

sì                     no

27.1 Se sì, per quali motivi? .....





31. Indicare la condizione lavorativa del padre al momento della presa in carico da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- occupato
- disoccupato
- casalingo
- ritirato da lavoro/pensionato
- non noto

31.1 Se occupato, indicare la posizione lavorativa del padre al momento della presa in carico da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- dirigente/Quadro direttivo
- insegnante
- impiegato
- operaio
- apprendista
- lavoratore a domicilio per conto di imprese
- imprenditore
- libero professionista
- lavoratore in proprio (artigiano, commerciante,...)

**Situazione attuale della coppia e familiare**

32. Situazione della coppia adottiva (scegliere una sola delle seguenti voci)

- crisi della coppia non formalizzata
- separazione \_\_/\_\_/\_\_(anno)
- divorzio \_\_/\_\_/\_\_(anno)
- tentativi di procreazione assistita non andati a buon fine
- nessuna specifica problematica di coppia rilevata
- altro (specificare).....
- non noto

33. Numero di anni di convivenza della coppia prima di intraprendere l'iter adottivo    |\_|\_|

34. Anno di matrimonio    \_\_/\_\_/\_\_

35. Storia procreativa della coppia precedente alla disponibilità all'adozione (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

- aborti spontanei
- aborti terapeutici
- morte di figli naturali
- tentativi di procreazione assistita non andati a buon fine
- nessun tentativo di accertamento medico conseguente alla non procreazione di figli naturali
- altro (specificare).....



36. Nella famiglia sono o sono stati presenti altri figli biologici?  sì  no

(Nella versione online si apre una sezione per ciascun figlio in cui vengono richiesti: anno di nascita. Eventuale anno di morte, genere, Paese di nascita e presenza di patologie e disabilità)

Figli biologici	Anno nascita	Eventuale anno di morte	Genere	Paese di nascita	Presenza di patologie gravi/disabilità
figlio 1	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 2	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 3	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 4	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 5	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>

37. Nella famiglia sono o sono stati presenti altri figli adottati oltre il minore in carico al servizio?

sì  no

(Nella versione online per ciascun figlio vengono richiesti: anno di nascita, eventuale anno di morte, genere, Paese di nascita e presenza di patologie e disabilità)

Figli adottati	Anno nascita	Anno adozione	Genere	Paese di nascita	Presenza di patologie gravi/disabilità	Fratello biologico del minore a cui si riferisce la scheda
figlio 1	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 2	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 3	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 4	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
figlio 5	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Nella famiglia sono o sono stati collocati bambini in affidamento?

sì  no

(Nella versione online per ciascun figlio vengono richiesti: anno di nascita, anno inizio affido, anno fine affido, genere, Paese di nascita e presenza di patologie e disabilità)

Figli in affidamento	Anno nascita	Anno inizio affido	Anno fine affido	Genere	Paese di nascita	Presenza di patologie gravi/disabilità
figlio 1	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 2	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 3	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 4	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>
figlio 5	___/___/___	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....	<input type="checkbox"/>



**Il percorso adottivo**

39. Data di presentazione della dichiarazione di disponibilità all'adozione al tribunale per i minorenni:

|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

gg            m m        a a a

40. E' stata data disponibilità all'adozione

nazionale

internazionale

entrambe

non noto

41. Prima della presentazione di disponibilità all'adozione, la coppia ha partecipato a iniziative di informazione e preparazione?

si             no             non noto

41.1 Se sì, da chi sono stati organizzati? *(se si scegliere solo una delle seguenti voci)*

servizi territoriali

enti autorizzati

altro (specificare).....

42. Prima dell'adozione del bambino *(scegliere solo una delle seguenti voci)*

sono stati pronunciati pareri negativi sull'idoneità della coppia

sono stati pronunciati pareri dubbi sull'idoneità della coppia

è stato dato subito un parere positivo sull'idoneità della coppia

non noto

43. Il decreto di idoneità è stato pronunciato da: *(scegliere solo una delle seguenti voci)*

Tribunale per i Minorenni

Corte d'Appello



44. Indicare eventuali indicazioni, rispetto al progetto adottivo, espresse dalla coppia prima dell'adozione e se esse sono poi state soddisfatte:

	Sì	No	Indicazione soddisfatta	Indicazione non soddisfatta
L'età del bambino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il sesso del bambino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità ad accogliere un solo minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità ad accogliere due o più fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La disponibilità ad accogliere un bambino con disabilità o problemi psico-fisici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro ( <i>specificare</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Prima dell'adozione, era stata comunicata alla famiglia adottante la presenza di disabilità o problemi psico-fisici?

sì       no       non noto

46. Nel periodo dell'attesa la coppia ha partecipato a corsi formativi?

sì       no       non noto

46.1 Se sì, da chi sono stati organizzati?

servizi territoriali       altro (*specificare*).....

enti autorizzati

47. Nel periodo successivo all'adozione la coppia ha ricevuto sostegno dal servizio territoriale? (*scegliere una o più delle seguenti voci*)

no

sì, di tipo psicologico

sì, di tipo formativo

sì, di tipo legale

sì, di altro tipo (*specificare*).....

non noto



48. Nel periodo successivo all'adozione la coppia ha partecipato a incontri/gruppi di sostegno per genitori adottivi?

si  no  non noto

48.1 Se sì, da chi sono stati organizzati? (scegliere una o più delle seguenti voci)

servizi territoriali

enti autorizzati

altro (specificare).....

**SEZIONE C – INFORMAZIONI SULLA PRESA IN CARICO (PER SERVIZI OLTRE IL NORMALE ITER POST-ADOTTIVO) DEL MINORE ADOTTATO**

49. Data della presa in carico da parte del Servizio (attivazione del primo intervento da parte del servizio che compila):

g g m m a a a a

50. Il caso è ancora in carico al servizio?

sì (passare alla domanda 51)  no

50.1 Se no, specificare la data di chiusura/dimissione del caso da parte dal servizio:

g g m m a a a a

50.2 Se no, indicare il motivo della dimissione del caso da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- invio ad altro servizio
- trasferimento del bambino/famiglia in altro territorio
- completamento dell'intervento
- decesso del bambino
- abbandono del percorso da parte del minore
- altro (specificare) .....
- abbandono del percorso da parte del nucleo familiare/genitori
- non noto
- il bambino ha raggiunto la maggiore età



51. La presa in carico del minore per interventi oltre il normale iter post-adoitivo è stata attivata: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- checkbox su richiesta della famiglia
checkbox su iniziativa dei servizi
checkbox su segnalazione di altri soggetti (specificare).....

52. Il minore è stato affidato al Servizio con decreto del Tribunale dei minorenni?

- checkbox si checkbox no

53. Quali sono i principali motivi della presa in carico del minore? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

- checkbox difficoltà nel rapporto di coppia checkbox difficoltà cognitive e del pensiero
checkbox difficoltà nella creazione di legami nella famiglia allargata checkbox difficoltà psicologiche
checkbox difficoltà nell'instaurarsi del legame genitori-figlio checkbox difficoltà a scuola
checkbox sospetta o accertata situazione di maltrattamento e/o abuso del minore checkbox minore autore di reato (con o senza procedimento in corso)
checkbox disabilità e patologie fisiche checkbox altro (specificare).....
checkbox difficoltà comportamentali

54. Quali progetti d'intervento sono stati attivati al momento della presa in carico del minore? (scegliere una o più delle seguenti opzioni)

- checkbox educativa domiciliare checkbox interventi di tipo specialistico sanitario di certificazione (L.104)
checkbox inserimento in struttura semiresidenziale checkbox interventi in ambito scolastico
checkbox inserimento in struttura residenziale checkbox gruppi post-adozione per bambini e ragazzi adottati
checkbox affidamento familiare checkbox gruppi post-adozioni per famiglie
checkbox servizio sociale professionale checkbox Altre tipologie d'intervento (specificare).....
checkbox interventi di tipo specialistico di supporto (psicologia, neuropsichiatria infantile)



55. Quali interventi sono stati attivati successivamente? Indicarli in ordine cronologico:

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....

56. Indicare con chi viveva il bambino al momento della presa in carico da parte del servizio: (scegliere solo una delle seguenti voci)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> padre con famiglia ricostituita          | <input type="checkbox"/> famiglia affidataria      |
| <input type="checkbox"/> madre con famiglia ricostituita          | <input type="checkbox"/> famiglia adottiva         |
| <input type="checkbox"/> monoparentale madre                      | <input type="checkbox"/> vive da sola/o            |
| <input type="checkbox"/> monoparentale padre                      | <input type="checkbox"/> struttura residenziale    |
| <input type="checkbox"/> Alterna periodo col padre e con la madre | <input type="checkbox"/> altro (specificare) ..... |
| <input type="checkbox"/> nonni/parenti                            | <input type="checkbox"/> dato non noto             |

57. Dove vive attualmente il bambino? (scegliere solo una delle seguenti voci)

- famiglia adottiva
- famiglia affidataria
- struttura residenziale
- altro (specificare) .....

58. E' stato verificato il fallimento definitivo del percorso adottivo con la decadenza della responsabilità genitoriale?

- si
- no



## SEZIONE D – IL SISTEMA DEI SERVIZI

59. Prima della presa in carico da parte del servizio il bambino è o è stato seguito da una o più delle seguenti figure professionali contattate privatamente? *(scegliere una o più delle seguenti voci)*

- Psicologo e/o psicoterapeuta
- Psicomotricista
- Logopedista
- Neuropsichiatra
- Altro *(specificare)* .....
- Non noto

60. Durante la presa in carico da parte del servizio il bambino è o è stato seguito da una o più delle seguenti figure professionali contattate privatamente? *(scegliere una o più delle seguenti voci)*

- Psicologo e/o psicoterapeuta
- Psicomotricista
- Logopedista
- Neuropsichiatra
- Altro *(specificare)* .....
- Non noto

61. Il minore è o è stato seguito da altri servizi pubblici? *(scegliere una o più delle seguenti voci)*

- No *(passare alla domanda 62)*
- sì, dal consultorio (pediatrico, familiare, adolescenti etc..)
- sì, dalla Neuropsichiatria infantile
- sì, da altri servizi sanitari *(specificare)* .....
- altro *(specificare)* .....
- dato non noto





64. Sulla base della sua valutazione quali sono gli aspetti che hanno facilitato l'intervento e la presa in carico?

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

65. Può indicare quali sono gli esiti attesi dell'intervento?

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

66. Sulla base della sua valutazione, quali sono le aree di miglioramento possibile in relazione al contesto di intervento?

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

**Note**