

**ALLEGATO C**

**CARTELLA PERSONALE**

---

**PREFETTURA:**

---

**REGIONE:**

---

**DENOMINAZIONE CAS:**

---

**ENTE GESTORE:**

---

---

**STRUTTURA**

---

**N. FASCICOLO** (es. 01/2021)

---

**MINORE**

---

**COGNOME**

---

**NOME**

---

**ALIAS (eventuali)**

---

**DATA DI NASCITA**  
**(dichiarata allo sbarco o al**  
**rintraccio)**

---

**RESPONSABILE TENUTA DEL FASCICOLO<sup>1</sup>**

---

**NOME**

---

**COGNOME**

---

---

<sup>1</sup> Il Responsabile del Fascicolo cartaceo, elettronico o informatizzato, risponde della corretta tenuta del documento e del puntuale aggiornamento. Garantisce l'accesso alle informazioni contenute solo da chi ne abbia titolo, a garanzia del rispetto della normativa sulla privacy, sulla riservatezza degli atti d'ufficio e del segreto professionale e in ogni caso l'acquisizione, archiviazione, conservazione e trattamento dei dati contenuti deve svolgersi esclusivamente con le modalità previste dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ( CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI).

---

**Data ingresso struttura**

---

**Data Apertura fascicolo**

---

**Case Manager<sup>2</sup>**

---

**Composizione Equipe prima  
accoglienza<sup>3</sup>**

---

**DIARIO DEGLI INTERVENTI<sup>4</sup>**

<b>DATA</b>	<b>INTERVENTO</b>	<b>OPERATORE</b>	<b>AGGIORNAMENTO</b>	<b>NOTE</b>
	<i>Es.: colloquio accoglienza</i>			
	<i>Es.: Visita medica</i>		2^ visita medica	
	<i>Es. Accompagnamento questura</i>			

---

<sup>2</sup> Il Case Manager è l'operatore della struttura che viene individuato quale responsabile della complessiva presa in carico del minore in ogni fase della prima accoglienza.

<sup>3</sup> Indicare nome e ruolo degli operatori che prenderanno in carico il minore.

<sup>4</sup> Il Diario degli Interventi riporta in tempo reale la sintetica annotazione di ogni prestazione o attività erogata a favore del minore, in modo da consentire un celere monitoraggio della presa in carico.

## LISTA DOCUMENTI

DOCUMENTO	SI	NO	DATA RILASCIO	DATA SCADENZA	NOTE
Verbale di affidamento (art. 403 cc)					
Provvedimento affidamento definitivo					
Patto di accoglienza <sup>5</sup>					
STP					
Codice fiscale					
Iscrizione Servizio Sanitario Nazionale (libretto sanitario)					
Documenti identità minore rilasciati dal paese di origine					
Foto-segnalamento e questura competente					
Permesso di soggiorno per minore età					
Richiesta nomina tutore					
Nomina tutore					
Formalizzazione domanda di protezione internazionale (C3)					
Altro _____					

<sup>5</sup> Il Patto di accoglienza deve essere sottoscritto dal minore al momento dell'ingresso in struttura e contenere le norme che regolano la vita in comunità e i reciproci diritti e i doveri.

**A. SCHEDA INFORMATIVA-ANAGRAFICA MINORE**

(Da compilare al momento dell'ingresso)

<b>Cognome:</b>	
<b>Nome:</b>	
<b>Eventuali alias</b>	
<b>Data di nascita dichiarata in struttura</b>	
<b>Paese e luogo di nascita:</b>	
<b>Cittadinanza/Nazionalità</b>	
<b>Luogo e data di sbarco/rintraccio</b>	
<b>Autorità che ha disposto l'affidamento (art. 403 cc)</b>	
<b>Ente locale che ha disposto il collocamento</b>	
<b>Lingua madre/dialetto</b>	
<b>Altre lingue parlate</b>	
<b>Eventuale credo religioso</b>	
<b>Gruppo etnico</b>	
<b>Alfabetizzazione</b>	
<b>Eventuali documenti in possesso al momento dell'ingresso in struttura</b>	
<b>Effetti personali al seguito</b>	
<b>Eventuali informazioni dai luoghi di sbarco/rintraccio/altra struttura</b>	
<b>Eventuale accertamento età (data, autorità richiedente ed esito)</b>	

## B. SCHEDA SANITARIA

<b>Prima visita (Luogo e data)</b>	<b>Nome, Cognome e qualifica operatore sanitario</b>	<b>Breve annotazione</b>

<b>Documento sanitario</b>	<b>Data rilascio</b>	<b>Data scadenza</b>
<u>STP</u>		
Tessera sanitaria		
Codice fiscale		

FAC SIMILE

### Screening sanitario

ESAME	SVOLTO (SI/NO)	DATA	Presidio Sanitario	NOTE
Tampone COVID				
Test Mantoux				
Test Quantiferon				
Analisi ematologiche				
Eventuali visite mediche				
Presenza di particolari allergie e/o patologie				
Visite specialistiche				
Terapie farmacologiche				
ESIGENZE SPECIFICHE EMERSE/TERAPIE SEGUITE/ ALTRI APPROFONDIMENTI (specificare)				

**Firma del medico**

## AREA OSSERVAZIONE

### 1. Informazioni sul percorso migratorio

Quando ha lasciato il paese di origine	
Ragioni e motivi dell'espatrio	
Paesi attraversati con eventuali indicazioni di tempistica	
Eventuali timori manifestati in caso di rientro nel paese di origine	

FAC SIMILE

## 2. Informazioni sulla famiglia

Padre				
Cognome				
Nome				
Data Di Nascita <sup>6</sup>				
Luogo Di Nascita				
Cittadinanza / Nazionalità				
Luogo Di Residenza Lavoro				
Contatti <sup>7</sup>				
Madre				
Cognome				
Nome				
Data Di Nascita <sup>8</sup>				
Luogo Di Nascita				
Cittadinanza				
Luogo Di Residenza				
Lavoro				
Contatti <sup>9</sup>				
Fratelli /Sorelle				
Nome	Età	Sesso	Residenza e Cittadinanza	Contatti <sup>10</sup>
Altre figure parentali				
Nome Cognome e legame parentale	Età	Sesso	Residenza e cittadinanza	Contatti <sup>11</sup>

<sup>6</sup> Se il minore non ricorda la data precisa, acquisire l'indicazione dell'età riferita.

<sup>7</sup> Specificare se il minore mantiene contatti e con quale frequenza (es. frequenti, regolari, sporadici, rari)

<sup>8</sup> Idem nota 6

<sup>9</sup> Idem nota 7

<sup>10</sup> Idem nota 7

<sup>11</sup> Idem nota 7

--	--	--	--	--

Situazione familiare al momento della partenza	
Contatti con la famiglia	
Eventuale procedura di ricongiungimento familiare	
Eventuale procedura di affido familiare	

FAC SIMILE

### 3. Scheda Legale

Data colloquio	Principali evidenze	Eventuali commenti	Nome operatore Legale

Tutela	
Tribunale competente	
Tutore provvisorio	
Data richiesta tutela	
Data nomina tutore	
Tutore nominato	

Permesso di soggiorno per minore età	
Data di richiesta permesso di soggiorno per minore età <sup>12</sup>	
Data rilascio permesso di soggiorno per minore età	
Data eventuale notifica 10bis L. 241/90 da parte della Questura	
Data eventuale rigetto	
Data eventuale ricorso	
Scadenza del permesso di soggiorno per minore età rilasciato dalla Questura	
Data eventuale richiesta parere DG	
Eventuale esito DG	

Percorso amministrativo individuato <sup>13</sup>	
1) Protezione Internazionale	
Data richiesta C3	
Data formulazione C3	
Avvio Procedura	

<sup>12</sup> Al minore deve essere innanzitutto garantito l'ottenimento del permesso di soggiorno per minore età subito dopo l'inserimento in struttura. Ulteriori approfondimenti saranno parte di specifico documento inerente la normativa.

<sup>13</sup> Esso è conseguente all'approfondimento della vicenda personale del minore.

Ricongiungimento ai sensi del Regolamento Dublino		
Commissione Competente		
Eventuali particolari segnalazioni /richieste alla Commissione		
Data Intervista Commissione		
Esito Commissione		
Eventuale ricorso		
<b>2) Protezione Sociale</b>		
Segnalazioni effettuate	Questura	
	Ente Anti tratta	
	Servizi Sociali	
Struttura individuata	Art. 13 L.228/03	
	Art. 18 T.U. Immigrazione	

## RELAZIONE LEGALE

Data

*Storia personale del minore, ragioni dell'espatrio ed valutazioni circa l'eventuale percorso amministrativo individuato (protezione internazionale o tratta) alla luce della vicenda personale e dei timori manifestati in caso di rimpatrio.*

**Firma del legale**

**4. Scheda Sociale**  
(Colloqui con i minori)

Data colloquio	Principali evidenze	Eventuali commenti	Nome Assistente Sociale

<b>RELAZIONE SOCIALE</b>	
Data	
<p><i>La relazione contiene gli elementi significativi evinti dall'ascolto del minore; l'individuazione dei bisogni e delle risorse attivate e attivabili, le reti di sostegno, le dimensioni degli interventi attivati in suo favore e gli esiti.</i></p>	
<div style="height: 200px; border: 1px solid black;"></div>	

*Firma dell'assistente sociale*



## 6. OSSERVAZIONI DA PARTE DEGLI EDUCATORI/OPERATORI

Data colloquio	Aree Osservate	Osservazioni	Firma Operatore
	Area cognitiva- capacità di memoria e apprendimento:		
	Area relazionale		
	Area emotiva		
	Area dell'autonomia (cura di sé, cura dell'ambiente, orientamento e organizzazione spazio temporale, gestione dei momenti di vita comunitaria e del tempo libero, autonomia sociale, autonomia linguistica, bisogni espressi/rilevati).		

**7. DIARIO INCONTRI DI ÈQUIPE<sup>14</sup>**  
(Valutazioni fatte durante le riunioni di equipe)

Data	Valutazione	Pianificazione azioni specifiche
	Area cognitiva- capacità di memoria e apprendimento:	
	Area relazionale	
	Area emotiva	
	Area dell'autonomia (cura di sé, cura dell'ambiente, orientamento e organizzazione spazio temporale, gestione dei momenti di vita comunitaria e del tempo libero, autonomia sociale, autonomia linguistica, bisogni espressi/rilevati).	

<sup>14</sup> Contiene le informazioni relative alle valutazioni dell'équipe che ha in carico il minore in merito al monitoraggio della presa in carico, all'emersione di particolari condizioni del minore, all'elaborazione del Piano di Accoglienza Integrato Individuale, al trasferimento nel percorso di seconda accoglienza.

## AREA INTERVENTO

### 1. Piano di Accoglienza Integrato Individuale

**Il PAII a favore del minore, è stato elaborato sulla base dei suoi specifici bisogni e con l'apporto delle diverse professionalità presenti nell'équipe. Esso è elaborato sull'ipotesi di obiettivi da raggiungere a favore del minore, durante la permanenza presso questa struttura, come di seguito articolati.**

<b>SITUAZIONE INIZIALE</b>	
--------------------------------	--

FAC SIMILE

<b>Obiettivi generali (da stilarsi alla fine della 1° settimana - inizio della 2° settimana di permanenza)</b>	<b>Attività specifiche da svolgersi nel breve temine (2°-3° settimana settimana)</b>	<b>Verifica attività (inizio della 4° settimana)</b>	<b>Eventuali modifiche</b>
<b>Autonomia personale</b>  Capacità di cura e di igiene di se stesso			
<b>Comprensione e condivisione delle regole del centro</b>  Interiorizzazione delle regole del centro e la buona convivenza con gli altri ospiti			
<b>Riconoscimento e rispetto dei ruoli e funzioni degli operatori</b>  Interiorizzazione dei ruoli e delle funzioni delle figure di riferimento			
<b>Costruzione della relazione fra pari all'interno della struttura</b>  Rispetto degli altri e riconoscimento di ogni diversità			
<b>Capacità di orientarsi nel contesto sociale</b>  Orientamento logistico e capacità di individuare e instaurare delle relazioni sane			
<b>Autonomia linguistica</b>  Comprensione lingua italiano e raggiungimento del livello sulla base delle capacità personali: A0, A1, A2			

## 2. Scuola e Formazione

<b>Iscrizione istituto scolastico</b>	
<b>Laboratori frequentati</b>	

## 3. Attività Ludico-Ricreative

<b>Tipologia</b>	
<b>Frequenza</b>	
<b>Livello di partecipazione</b>	

<b>MOTIVO DI EVENTUALE PROROGA DELLA PERMANENZA NEL CAS -DATA:</b>
<b>AZIONI IN CORSO: -DATA</b>
<b>ESITO - DATA</b>

#### 4. Relazione Finale Multidisciplinare

1. Valutazione complessiva sul minore e sulle attività effettuate alla luce del suo superiore interesse.
2. Proposte motivate sul proseguimento del percorso avviato in previsione della definizione di soluzioni durevoli (integrazione sul territorio, collocamento paese terzo e rimpatrio assistito).

FAC SIMILE

## 5. Trasferimento in SAI

<b>Data segnalazione SAI</b>	
<b>Data trasferimento</b>	
<b>Data invio scheda H</b>	
<b>Età</b> (è importante segnalare l'età scegliendo una delle opzioni per garantire il corretto trasferimento al SAI Minori / Adulti)	<input type="checkbox"/> Inferiore a 16 anni (<16 anni) <input type="checkbox"/> Compresa tra 16 anni e 17 anni e 6 mesi <input type="checkbox"/> Compresa tra 17 anni e 6 mesi e 18 anni (non compiuti) <input type="checkbox"/> Maggiorennne (>18 anni)

<b>Eventuali fragilità</b>	<b>Note (indicare anche eventuali necessità di intervento)</b>
<b>Minore vittima di tratta</b>	
<b>Minore con necessità di assistenza sanitaria specialistica e prolungata (DS)</b>	
<b>Minore con disagio mentale (DM)</b>	
<b>Minore in stato di gravidanza</b>	
<b>Minore che ha subito torture o stupri</b>	
<b>Minore che ha subito altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale</b>	
<b>Minore che ha subito altre forme gravi di violenza legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere</b>	
<b>Minore vittima di mutilazioni genitali</b>	