

# 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>

| DATA | INTERVENTO                              | OPERATORE | AGGIORNAMENTO                | NOTE |
|------|---|-----------|------------------------------|------|
|      | <i>Es.: colloquio<br/>accoglienza</i>   |           |                              |      |
|      | <i>Es.: Visita medica</i>               |           | 2 <sup>a</sup> visita medica |      |
|      | <i>Es. Accompagnamento<br/>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)

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

## B. SCHEDA SANITARIA

| Prima visita<br>(Luogo e data) | Nome, Cognome e qualifica operatore sanitario | Breve annotazione |
|--------------------------------|---|-------------------|
|                                |   |                   |

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

FACSIMILE

## 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 |  |



## 2. Informazioni sulla famiglia

| Padre                        |     |       |                             |                        |
|------------------------------|-----|-------|-----------------------------|------------------------|
| Cognome                      |     |       |                             |                        |
| Nome                         |     |       |                             |                        |
| Data Di Nascita <sup>6</sup> |     |       |                             |                        |
| Luogo Di Nascita             |     |       |                             |                        |
| Cittadinanza / Nazionalità   |     |       |                             |                        |
| Luogo Di Residenza<br>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<br>Cittadinanza | Contatti <sup>10</sup> |
|                              |     |       |                             |                        |
|                              |     |       |                             |                        |
|                              |     |       |                             |                        |
|                              |     |       |                             |                        |
| Altre figure parentali       |     |       |                             |                        |
| Nome Cognome e               | Età | Sesso | Residenza e                 | 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

|                         |  |  |                     |  |
|-------------------------|--|--|---------------------|--|
| <b>legame parentale</b> |  |  | <b>cittadinanza</b> |  |
|                         |  |  |                     |  |
|                         |  |  |                     |  |

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

FACSIMILE

### 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 Ricongiungimento ai               |  |

<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.

|  |                           |  |
|--|---------------------------|--|
| 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 |
|----------------|---------------------|--------------------|-------------------------|
|                |                     |                    |                         |
|                |                     |                    |                         |
|                |                     |                    |                         |
|                |                     |                    |                         |
|                |                     |                    |                         |
|                |                     |                    |                         |

#### RELAZIONE SOCIALE

Data

*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.*

*Firma dell'assistente sociale*

## 5. SCHEDA PSICOLOGICA

| Data colloquio | Principali evidenze | Eventuali commenti | Firma Psicologo |
|----------------|---------------------|--------------------|-----------------|
|                |                     |                    |                 |
|                |                     |                    |                 |
|                |                     |                    |                 |
|                |                     |                    |                 |
|                |                     |                    |                 |
|                |                     |                    |                 |

| RELAZIONE PSICOLOGICA   |  |
|---|--|
| Data  |  |
| <p><i>La relazione contiene gli elementi significativi evinti dall'ascolto del minore in ordine al suo benessere psicologico, a interventi di supporto da attivare, all'individuazione rapida di vulnerabilità.</i></p> |  |
|   |  |

*Firma dello psicologo*

## 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 PAI 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.

|                     |  |
|---------------------|--|
| SITUAZIONE INIZIALE |  |
|---------------------|--|

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

## 2. Scuola e Formazione

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Iscrizione istituto scolastico |  |
| Laboratori frequentati         |  |

## 3. Attività Ludico-Ricreative

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Tipologia                 |  |
| Frequenza                 |  |
| Livello di partecipazione |  |

|   |
|---|
| MOTIVO DI EVENTUALE PROROGA DELLA PERMANENZA NEL CAS -DATA: |
| AZIONI IN CORSO: -DATA                                      |
| ESITO - DATA  |

#### 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).

## 5. Trasferimento in SAI

|  |  |
|--|--|
| <b>Data segnalazione SAI</b>   |  |
| <b>Data trasferimento</b>  |  |
| <b>Data invio scheda H</b>   |  |
| <b>Età</b><br>(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)<br><input type="checkbox"/> Compresa tra 16 anni e 17 anni e 6 mesi<br><input type="checkbox"/> Compresa tra 17 anni e 6 mesi e 18 anni (non compiuti)<br><input type="checkbox"/> Maggiorennne (>18 anni) |

|   |   |
|---|---|
| <b>Eventuali fragilità</b>  | Note (indicare anche eventuali necessità di intervento) |
| <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>   |   |