



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

SCHEDA PRE/POST ASSESSMENT

PRE POST

Nominativo del bambino/ragazzo		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Femmina

Parte generale

Compilatori (è possibile più di una risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistente sociale | <input type="checkbox"/> pediatra |
| <input type="checkbox"/> psicologo | <input type="checkbox"/> neuropsichiatra infantile |
| <input type="checkbox"/> educatore | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> insegnante | <input type="checkbox"/> altro _____ |

Vulnerabilità della famiglia (è possibile più di una risposta)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> abitazione | <input type="checkbox"/> evento traumatico e/o stressante |
| <input type="checkbox"/> abuso e/o sospetto | <input type="checkbox"/> famiglia ricomposta |
| <input type="checkbox"/> adozione difficile | <input type="checkbox"/> incuria e negligenza |
| <input type="checkbox"/> assenza di uno o entrambi i genitori | <input type="checkbox"/> isolamento/emarginazione sociale |
| <input type="checkbox"/> bassa scolarizzazione dei genitori | <input type="checkbox"/> maltrattamento |
| <input type="checkbox"/> comportamenti devianti/a rischio | <input type="checkbox"/> migrazione |
| <input type="checkbox"/> condizione economica/lavorativa | <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica bambino/a |
| <input type="checkbox"/> conflittualità di coppia | <input type="checkbox"/> patologia psichiatrica famiglia |
| <input type="checkbox"/> detenzione | <input type="checkbox"/> povertà |
| <input type="checkbox"/> dipendenza | <input type="checkbox"/> presa in carico transgenerazionale |
| <input type="checkbox"/> disabilità bambino/a | <input type="checkbox"/> quartiere degradato |
| <input type="checkbox"/> disabilità famiglia | <input type="checkbox"/> violenza assistita |
| <input type="checkbox"/> disagio psicologico bambino/a | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> disagio psicologico dei genitori/adulti che svolgono funzioni genitoriali | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> dispersione scolastica dei bambini | <input type="checkbox"/> altro _____ |



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Servizi attivi per il nucleo familiare (è possibile più di una risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare socio-assistenziale | <input type="checkbox"/> neuropsichiatria infantile |
| <input type="checkbox"/> centri di ascolto tematici | <input type="checkbox"/> psichiatria |
| <input type="checkbox"/> centri diurni | <input type="checkbox"/> psicologia |
| <input type="checkbox"/> centri per le famiglie | <input type="checkbox"/> sert |
| <input type="checkbox"/> consultorio | <input type="checkbox"/> sostegno economico (assegni, bonus, social card, rette) |
| <input type="checkbox"/> distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio | <input type="checkbox"/> sostegno socio-educativo scolastico |
| <input type="checkbox"/> famiglia d'appoggio | <input type="checkbox"/> sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare |
| <input type="checkbox"/> gruppi di genitori | <input type="checkbox"/> supporto per il reperimento di alloggi |
| <input type="checkbox"/> inserimento lavorativo | <input type="checkbox"/> trasporto sociale |
| <input type="checkbox"/> interventi per l'integrazione sociale | <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> mediazione culturale | <input type="checkbox"/> nessuno |
| <input type="checkbox"/> mediazione familiare | |
| <input type="checkbox"/> mensa sociale | |

2. Storia della famiglia



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

3.a Fattori di rischio (1 poco numerosi – 6 molto numerosi)

Bambino					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Famiglia					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ambiente					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Descrizione dei fattori di rischio (facoltativa)

--

3.b Fattori di protezione (1 poco numerosi – 6 molto numerosi)

Bambino					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Famiglia					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Ambiente					
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Descrizione dei fattori di protezione (facoltativa)

--



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

4. Qualità della relazione tra servizi e famiglia (1 difficile – 6 ottimale)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Perché è prevalentemente

con la mamma	con il papà	con altre figure genitoriali
<input type="checkbox"/> coinvolgente	<input type="checkbox"/> coinvolgente	<input type="checkbox"/> coinvolgente
<input type="checkbox"/> collaborativa	<input type="checkbox"/> collaborativa	<input type="checkbox"/> collaborativa
<input type="checkbox"/> compiacente	<input type="checkbox"/> compiacente	<input type="checkbox"/> compiacente
<input type="checkbox"/> richiedente	<input type="checkbox"/> richiedente	<input type="checkbox"/> richiedente
<input type="checkbox"/> delegante	<input type="checkbox"/> delegante	<input type="checkbox"/> delegante
<input type="checkbox"/> conflittuale	<input type="checkbox"/> conflittuale	<input type="checkbox"/> conflittuale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> genitore non presente	<input type="checkbox"/> genitore non presente	<input type="checkbox"/> genitore non presente

Commenti

Valutazione complessiva * (1 famiglia non a rischio – 6 famiglia a rischio alto)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

2. Condizione lavorativa

- non in età da lavoro
- studente studente/lavoratore
- casalinga
- inattivo (non lavora e non cerca) vive di espedienti
- inabile parziale o totale al lavoro
- in cerca di prima occupazione iscritto al Cpl iscritto agenzia interinale
- in formazione/tirocinio/stage in borsa lavoro/lsu
- stagionale
- lavoro saltuario in proprio per conto di altri partita Iva
- apprendistato
- lavoro continuativo
- senza contratto contratto di collaborazione
- con contratto t. determinato t. indeterminato
- in proprio partita Iva commerciante
- in Cassa Integrazione - Fis - Mobilità - Naspi/Asdi - Dis-coll
- in sospensione del lavoro senza indennità
- licenziato per _____
dal ____/____/____
- costretto a chiudere l'attività per:
- indebitamento/usura
- protesto
- fallimento
- altro _____
- altre notizie utili [settore/mansioni...]
- _____
- disoccupato alla ricerca di nuova occupazione
- con Reddito di Cittadinanza senza Reddito di Cittadinanza
- REm altro _____
- pensionato pensione contributiva pensione invalidità
- pensione sociale altro _____

L'emergenza sanitaria del covid-19 ha peggiorato le tue condizioni di lavoro?:

- no sì, poco sì, molto

Rischio/paura di perdita del lavoro:

- no sì
- a causa di: riduzione del lavoro
- difficoltà del datore di lavoro
- altro _____

Indennità-Contributi-Esenzioni-Aiuti percepiti:

- ios/assegno ordinario di invalidità
- esenzione ticket sanitari per patologia per età per reddito
- carta acquisti
- indennità Covid 19
- congedo straordinario
- bonus baby sitting
- bonus spesa Comunale
- contributo municipale [specificare] _____
- bonus regionale [specificare] _____
- pacco alimentare mensile settimanale
- della chiesa Municipio Protezione Civile
- associazioni locali altro _____
- mensa sociale della Caritas di S. Egidio altro _____
- presa in carico presso i servizi sociosanitari del Municipio |__|_|_| dal ____/____/____
- altri aiuti e sostegni ricevuti: _____
- da parte di: _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

4. Condizione familiare

Tipologia di nucleo familiare:

- giovane adulto solo 18>25 anni
se straniera/o: con marito/moglie e figlie/i rimasti in patria
- adulto solo >25 anni
se straniera/o: con marito/moglie e figlie/i rimasti in patria
- adulto solo con _____ genitore anziano a carico
- nucleo monogenitoriale con _____ figlia/o minorenni e _____ maggiorenne
- coppia
- famiglia con 1 o 2 minori con 3 o più minori
- famiglia con _____ figlia/o minorenni e _____ maggiorenne
- anziano solo
- altre famiglie _____

Condizione generale della famiglia: [si possono dare più risposte]

- soddisfacente
- non soddisfacente
- carente
- motivi di preoccupazione*:
- prospettive del proprio lavoro
- prospettive del lavoro del coniuge
- o dei figli
- insufficienza di reddito familiare
- stato di salute
- altro _____

5. Condizione sanitaria

- del titolare della Scheda di un familiare
- patologia principale _____
- handicap fisico lieve
- disabilità grave fisico/sensoriale psico/mentale
- invalidità non presentata domanda in corso/ricorso
- riconosciuta % | | | | | accompagno
- richiesta aggravamento
- dipendenza alcool farmaci droghe gioco
- ex dipendenza
- non seguito seguito da:
- Servizio Sanitario Nazionale presso _____
- Cim
- Sert
- altro _____

6. Condizione giudiziaria

- del titolare della Scheda di un familiare
- devianza minorile [con conseguenze civili o penali]
- provvedimenti restrittivi dalla libertà
- arresti domiciliari
- altre misure alternative alla detenzione
- detenzione breve medio-lunga
- ex detenuto in regime di _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Valutazioni a cura dell'operatore

1. Situazione economica sintetica del nucleo familiare: [facoltativa ed opzionale]

Reddito totale ISEE € _____
Spesa fissa per affitto o mutuo € _____
Indennità di accompagnamento € _____
Eventuali altre indennità € _____
= € _____

Integrazione economica del Comune per l'assistenza SI NO

Note: _____

2. Percezione dell'utente rispetto al suo livello di bisogno

Condizione Abitativa	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> parzialmente adeguata	<input type="checkbox"/> non adeguata
Condizione Familiare	<input type="checkbox"/> problematica	<input type="checkbox"/> parz. problematica	<input type="checkbox"/> non problematica
Condizione di Salute	<input type="checkbox"/> precaria	<input type="checkbox"/> parz. precaria	<input type="checkbox"/> non precaria
Rete di Cura e Supporto	<input type="checkbox"/> ben assistito	<input type="checkbox"/> parz. assistito	<input type="checkbox"/> non assistito
Istruzione/Formazione	<input type="checkbox"/> soddisfacente	<input type="checkbox"/> parz. soddisfacente	<input type="checkbox"/> non soddisfacente
Condizione Lavorativa	<input type="checkbox"/> soddisfacente rispetto alle esigenze personali	<input type="checkbox"/> parz. soddisfacente rispetto alle esigenze personali	<input type="checkbox"/> non soddisfacente rispetto alle esigenze personali
Condizione Economica	<input type="checkbox"/> adeguata alle esigenze del nucleo	<input type="checkbox"/> parz. adeguata alle esigenze del nucleo	<input type="checkbox"/> non adeguata alle esigenze del nucleo

2.1 Valutazione complessiva del bisogno sociale [in ordine alle priorità rilevate]

	principale	secondaria	altro	altro
Condizione Abitativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione Familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione di Salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rete di Cura e Supporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istruzione/Formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situazione Lavorativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situazione Economica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Aree di bisogno prevalenti: [si possono dare più risposte]

- vita di relazione/socializzazione/sostegno educativo
[comprende la capacità di stabilire relazioni, il bisogno di supporto educativo]
- autonomia sociale
[la possibilità di indipendenza e autonomia economica, abitativa, giuridica...]
- integrazione socio-lavorativa (inclusa formazione)
[anche di acquisizione delle competenze per l'inclusione socio-lavorativa]
- fragilità del nucleo familiare
[la famiglia evidenzia un bisogno sociale e/o particolari condizioni di salute]

2.4 Servizi e attività prioritarie: [si possono dare più risposte]

- servizi assistenziali di base:
[es. pacco alimentare/mensa sociale, posto letto temporaneo, servizio lavanderia/doccia]
- servizi orientamento/consulenza/supporto legale ai diritti:
[es. al diritto all'abitare, al lavoro, alla cittadinanza, alla tutela dei minori]
- servizi sociali:
[es. gruppo mutuo aiuto, supporto psicologico, centro di socializzazione, spazio incontro]
- servizi istruzione/formativi/ educativi:
[es. corsi di lingua, corsi di formazione, servizio civile]
- servizi di inserimento socio lavorativo:
[es. bilancio di competenze, tutoraggio, tirocini, borse lavoro]



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

3. Ipotesi di intervento

3.1 Osservazioni e criticità rilevate: _____

3.2 Obiettivo dell'intervento: _____

3.3 Obiettivi intermedi brevi:
1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

3.4 Obiettivi di medio/lungo termine:
1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

3.5 Invi e impegni assunti

dall'utente: _____

dal Servizio/Associazione: _____

dalla rete sociale: _____

3.6 Verifica periodica del percorso attivato

- dopo 15 giorni _____
- dopo 1 mese _____
- dopo 2 mesi _____
- dopo 4 mesi _____
- dopo 1 anno _____



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
 UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
 PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ) riferito a bambini 3-4 anni
 Goodman, 1997; Marzocchi et al. 2002. (Genitori, Educatori nido, Scuola dell'Infanzia, Educatori Dom.)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro: <input type="checkbox"/> Ed. Nido/Scuola dell'Infanzia <input type="checkbox"/> Educatore		

Per ciascuna domanda metti un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che tu rispondessi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un po' sciocca! Rispondi in base al comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo			
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)			
Spesso ha crisi di collera o é di cattivo umore			
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo			
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti			
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato			
É di aiuto se qualcuno si fa male, é arrabbiato o malato			
Costantemente in movimento o a disagio			
Ha almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito			
Spesso infelice, triste o in lacrime			
Generalmente ben accetto dagli altri bambini			
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi			
É nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé			
Gentile con i bambini più piccoli			
Spesso litigioso con gli adulti			
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini			
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)			
É in grado di fermarsi e di pensare sulle cose prima di agire			
Può essere dispettoso con gli altri			
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini			
Ha molte paure, si spaventa facilmente			
É in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario			



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ) riferito a bambini/ragazzi 4-17 anni
Goodman, 1997; Marzocchi et al. 2002. (Genitori, Insegnanti, Educatori)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Insegnante <input type="checkbox"/> Educatore		

Per ciascuna domanda metti una crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che tu rispondessi a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un po' sciocca! Rispondi in base al comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri			
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo			
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)			
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore			
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo			
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti			
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato			
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Costantemente in movimento o a disagio			
Ha almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito			
Spesso infelice, triste o in lacrime			
Generalmente ben accetto dagli altri bambini			
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi			
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé			
Gentile con i bambini più piccoli			
Spesso dice bugie o inganna			
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini			
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)			
Pensa prima di fare qualcosa			
Ruba a casa, a scuola o in altri posti			
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini			
Ha molte paure, si spaventa facilmente			
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario			



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
 UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
 PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ)

Goodman, 1997; Marzocchi et al. 2002.

(Ragazzi 9-17 anni)

Nominativo del bambino/ragazzo		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	

Per ciascuna domanda metti una crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile rispondere a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non sei completamente sicuro o la domanda ti sembra un pó sciocca! Rispondi sulla base della tua esperienza negli ultimi sei mesi.

	Non vero	Parzialmente Vero	Assolutamente Vero
Cerco di essere gentile verso gli altri; sono rispettoso dei loro sentimenti			
Sono agitato(a), non riesco a stare fermo per molto tempo			
Soffro spesso mal di testa, mal di stomaco o nausea			
Condivido volentieri con gli altri (dolci, giocattoli, matite ecc.)			
Spesso ho delle crisi di collera o sono di cattivo umore			
Sono piuttosto solitario, tendo a giocare da solo			
Generalmente sono obbediente e faccio quello che mi è stato detto			
Ho molte preoccupazioni			
Sono di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato			
Sono costantemente in movimento; spesso mi sento a disagio			
Ho almeno un buon amico o una buona amica			
Spesso litigo. Costringo gli altri a fare quello che voglio			
Sono spesso infelice o triste; piango facilmente			
Generalmente sono ben accettato(a) dalle persone della mia età			
Sono facilmente distratto(a); trovo difficile concentrarmi			
Le situazioni nuove mi rendono nervoso(a), mi sento poco sicuro di me stesso			
Sono gentile con i bambini piccoli			
Sono spesso accusato(a) di essere un bugiardo o un(a) ingannatore(trice)			
Sono preso(a) di mira e preso(a) in giro dalle persone della mia età			
Sono spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, bambini)			
Penso prima di fare qualcosa			
Ho rubato degli oggetti che non mi appartenevano da casa, da scuola o dagli altri posti			
Ho migliori rapporti con gli adulti che con le persone della mia età			
Ho molte paure, mi spavento facilmente			
Sono in grado di finire ciò che mi viene chiesto; rimango concentrato(a) per tutto il tempo			



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sulla relazione d'aiuto (HRI)

Young T. M., Poulin J. E., 1998

(Assistente Sociale)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore			

	1 per niente	2 poco	3 abbast anza	4 molto	5 complet amente
1. Quanto è coinvolta la famiglia nel definire come sarà affrontato il vostro lavoro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Tu e la famiglia, quanto spesso discutete il/i problema/i per i quali la famiglia è seguita dai servizi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. In che misura hai chiarito i problemi che tu e la famiglia state affrontando?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Quanto avete approfondito la discussione sui risultati attesi che vi augurate di raggiungere lavorando insieme?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Quanto è coinvolta la famiglia nel definire gli/l'obiettivo/i sui quali sta lavorando?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Quanto chiaro sei nel presentare alla famiglia gli obiettivi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Quanto approfondite la discussione sulle azioni specifiche che la famiglia metterà in campo per affrontare le sue difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Quanto sei chiaro nel presentare alla famiglia le azioni che metterai in campo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Quanto è coinvolta la famiglia nel determinare come tu e lei stessa valuterete i suoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Quanto sei chiaro sulle modalità con le quali tu e la famiglia valutate i suoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Condividi con la famiglia le tue interpretazioni sulle loro difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Il modo di interpretare i suoi problemi da parte della famiglia, è simile al tuo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Ti piace incontrare la famiglia e parlare con loro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. La famiglia è più organizzata nel far fronte ai propri problemi di quanto non sembri dai vostri colloqui?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Parlare con te, aiuta la famiglia a calmarsi e rassicurarsi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Ti senti in grado gestire gli aspetti emotivi della difficoltà della famiglia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Parlare con te dà speranza alla famiglia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. In generale, senti che tu e la famiglia avete un modo simile di vedere le cose?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Aiuti la famiglia a pensare a se stessa in modo più chiaro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Senti che tu e la famiglia siete simili in qualche modo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sulla relazione d'aiuto (HRI)

Young T. M. , Poulin J. E., 1998

(Famiglia)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Papà <input type="checkbox"/> Altro:		

	1 per niente	2 poco	3 abbast anza	4 molto	5 complet amente
1. Quanto sei coinvolto nel decidere le modalità del lavorare condiviso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Quanto, tu e il tuo assistente sociale, discutete il/i problema/i per i quali chiedi sostegno?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Quanto sei coinvolto nel decidere quali problemi affrontare nel vostro lavoro condiviso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Quanto approfondita è la discussione, tra te e il tuo ass. soc., rispetto agli obiettivi che voi sperate di raggiungere con il vostro impegno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Quanto sei coinvolto nel definire gli obiettivi su cui state lavorando?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Quanto approfondita è la discussione, tra te e il tuo ass. soc., rispetto alle azioni che farai per risolvere i tuoi problemi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Quanto approfondita è la discussione, tra te e il tuo assistente sociale, rispetto alle azioni che l'ass. soc. farà per risolvere i tuoi problemi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Quanto spesso, tu e l'ass. soc., discutete le modalità con le quali verranno valutati i tuoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Quanto sei coinvolto nello stabilire come, tu e il tuo ass. soc., valuterete i tuoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Quanto approfondita è la discussione, tra te e l'ass. soc., sui tuoi progressi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Ti sembra che il tuo ass. soc. ti presti attenzione?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Il modo di interpretare le tue difficoltà da parte dell'ass. soc. è simile al tuo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Parlare con il tuo ass. soc. ti aiuta ad organizzarti meglio nella gestione delle tue difficoltà?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Parlare con l'ass. soc. ha un effetto calmante e rassicurante su di te?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Parlare con l'ass. soc. ti dà speranza?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. L'ass. soc. ti aiuta a riflettere sulle tue difficoltà in modo più?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Parlare con l'ass. soc. ti aiuta a credere di più in te stesso?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18. In generale, senti che tu e l'ass. soc. vedete le cose in modo simile?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. L'ass. soc. ti aiuta a pensare a te stesso in modo più chiaro?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Senti che tu e l'ass. soc. siete simili in qualche modo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
 UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
 PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sui Fattori Protettivi (PFS)
 FRIENDS National Resource Center for Community Based Child Abuse Prevention. A Service of the Children's Bureau (2008)
 (Genitori)

Nominativo del bambino		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Papà <input type="checkbox"/> Altro:		

Per ciascuna affermazione indica cerchiando il numero quanto sia vera o quanto tu sia d'accordo con quanto riportato.

	Mai	Molto raramente	Raramente	Circa la metà delle volte	Frequentemente	Molto frequentemente	Sempre
1. Nella mia famiglia, si parla dei problemi	1	2	3	4	5	6	7
2. Quando litighiamo, la mia famiglia ascolta "entrambe le versioni della storia"	1	2	3	4	5	6	7
3. Nella mia famiglia, ci prendiamo il tempo per ascoltarci l'un l'altro	1	2	3	4	5	6	7
4. La mia famiglia è unita quando si affronta una situazione stressante	1	2	3	4	5	6	7
5. La mia famiglia è in grado di risolvere i nostri problemi	1	2	3	4	5	6	7

	Completamente in disaccordo	Abbastanza in disaccordo	Leggermente in disaccordo	Neutrale	Leggermente d'accordo	Abbastanza d'accordo	Completamente d'accordo
6. Ci sono altre persone che mi ascoltano quando ho bisogno di parlare dei miei problemi	1	2	3	4	5	6	7
7. Quando mi sento solo, ci sono diverse persone con cui posso parlare	1	2	3	4	5	6	7
8. Non avrei alcuna idea rispetto a chi rivolgermi se la mia famiglia avesse bisogno di cibo o alloggio	1	2	3	4	5	6	7
9. Non saprei dove andare per chiedere aiuto se avessi difficoltà ad arrivare a fine mese/sbarcare il lunario	1	2	3	4	5	6	7
10. Se c'è una situazione critica, ci sono intorno a me persone con cui parlare	1	2	3	4	5	6	7
11. Se avessi bisogno di aiuto per trovare un lavoro, non saprei a chi rivolgermi	1	2	3	4	5	6	7
12. Ci sono molti momenti in cui, come genitore, non so cosa fare	1	2	3	4	5	6	7
13. Io so come aiutare mio figlio ad imparare	1	2	3	4	5	6	7
14. Mio figlio si comporta male solo per farmi arrabbiare	1	2	3	4	5	6	7



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
 UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
 PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

	Mai	Molto raramente	Raramente	Circa la metà delle volte	Frequentemente	Molto frequentemente	Sempre
15. Incoraggio mio figlio quando si comporta bene	1	2	3	4	5	6	7
16. Quando rimprovero mio figlio, perdo il controllo	1	2	3	4	5	6	7
17. Sono felice quando sto con mio figlio	1	2	3	4	5	6	7
18. Mio/a figlio/a ed io siamo molto vicini	1	2	3	4	5	6	7
19. Sono in grado di calmare mio figlia/a quando lui/lei è agitato/a	1	2	3	4	5	6	7
20. Trascorro del tempo con mio/a figlio/a a fare quello che gli/le piace	1	2	3	4	5	6	7



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato dei Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Questionario sui Fattori Protettivi: indicazioni per gli operatori

Di seguito una tabella che riassume i fattori protettivi indagati nel questionario.

Fattori Protettivi	Definizione
Funzionamento Familiare / Resilienza	Avere abilità e strategie adattive. Capacità della famiglia di condividere apertamente sia le esperienze positive che quelle negative. Sapersi attivare per accettare, risolvere e gestire problemi.
Supporto socio emotivo	Supporto informale percepito (dalla famiglia, dagli amici, dai vicini) che risponde ai bisogni emotivi.
Supporto Concreto	Accesso tangibile ai bene e ai servizi di sostegno familiare per far fronte a situazioni difficili, soprattutto in tempo di crisi, o in situazioni di grave bisogno.
Sviluppo del bambino e genitorialità	Comprensione e utilizzo di tecniche efficaci per favorire la crescita e lo sviluppo del bambino, secondo aspettative adeguate all'età e alle capacità dei bambini.
Attaccamento	Il legame affettivo che si sviluppa nel tempo attraverso un modello di interazione positiva tra le figure genitoriali e il bambino.

Si riportano di seguito alcune domande da utilizzare per accompagnare i genitori nella compilazione di ciascun item proposto dal questionario

- 1) **Nella mia famiglia, si parla dei problemi.** Quando la tua famiglia ha un problema, quanto spesso vi prendete del tempo per parlarne? Quanto spesso si discutono i problemi che la famiglia si trova ad affrontare?
- 2) **Quando litighiamo, la mia famiglia ascolta "entrambi i lati della storia".** Quando ci sono disaccordi in famiglia, ogni persona riesce a esprimere il proprio punto di vista? Quanto spesso?
- 3) **Nella mia famiglia, ci prendiamo il tempo per ascoltarci l'un l'altro.** Quanto spesso i membri della vostra famiglia si prendono il tempo per ascoltarsi?
- 4) **La mia famiglia è unita quando si affronta una situazione stressante.** Quando la famiglia si trova ad affrontare un momento difficile, quanto spesso si collabora per superare il momento difficile?
- 5) **La mia famiglia è in grado di risolvere i nostri problemi.** Quando la tua famiglia ha un problema, quanto spesso si è in grado di trovare soluzioni a questi problemi?
- 6) **Ci sono altre persone che mi ascoltano quando ho bisogno di parlare dei miei problemi.** Quante volte ci sono familiari, amici, vicini di casa o professionisti con cui parlare dei tuoi problemi?
- 7) **Quando mi sento solo, ci sono diverse persone con cui posso parlare.** Hai molti amici, vicini di casa, o professionisti con cui puoi parlare quando sei solo?
- 8) **Non avrei alcuna idea rispetto a chi rivolgermi se la mia famiglia avesse bisogno di cibo o alloggio.** È vero che se la tua famiglia avesse bisogno di cibo o alloggio non sapresti dove trovare aiuto?
- 9) **Non saprei dove andare per chiedere aiuto se avessi difficoltà ad arrivare a fine mese/sbarcare il lunario.** È vero che non sapresti dove trovare assistenza, se avessi bisogno di aiuto per pagare le bollette?
- 10) **Se c'è una situazione critica, ci sono intorno a me persone con cui parlare.** È vero, quando mi trovo di fronte a una situazione di emergenza o a un'urgenza, ho intorno a me persone con cui parlare?
- 11) **Se avessi bisogno di aiuto per trovare un lavoro, non saprei a chi rivolgermi.** È vero che non sapresti a chi rivolgerti se avessi bisogno di cercare lavoro?
- 12) **Ci sono molti momenti in cui, come genitore, non so cosa fare.** È vero che spesso sono incerto ed ho dei dubbi su cosa fare per essere un buon genitore per mio figlio?
- 13) **Io so come aiutare mio figlio ad imparare.** È vero che so come posso aiutare mio figlio ad imparare?
- 14) **Mio figlio si comporta male solo per farmi arrabbiare.** È vero che mio figlio si comporta male solo per farmi arrabbiato?
- 15) **Incoraggio mio figlio quando lui / lei si comporta bene.** Incoraggi tuo figlio/a se si comporta bene? Se tuo figlio/a si comporta bene, gli/le dici che sei felice?



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
 TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
 PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MsPSS)
Zimet et al. 1988; Prezza, Principato 2002 (Genitori)

Nucleo familiare		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	
Compilatore	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Altro:		

Di seguito ci sono dodici affermazioni (riguardanti i tuoi rapporti con amici e parenti) con le quali puoi essere: d'accordo (moltissimo, molto, un po') o non d'accordo (moltissimo, molto, un po'). Indica la tua risposta contrassegnando con una **x** la colonna prescelta.

	moltissimo in disaccordo	molto in disaccordo	un po' in disaccordo	un po' d' accor do	molto d' accor do	moltissimo d' accord o
1) C'è una particolare persona che mi è vicina quando ho bisogno						
2) C'è una particolare persona con cui posso condividere le mie gioie e i miei dispiaceri						
3) La mia famiglia cerca veramente di aiutarmi						
4) Ricevo dalla mia famiglia l'aiuto morale e il sostegno di cui ho bisogno						
5) Ho una particolare persona che è un'autentica fonte di conforto per me						
6) I miei amici/amiche cercano veramente di aiutarmi						
7) Posso contare sui miei amici/amiche quando le cose vanno male						
8) Posso parlare dei miei problemi nella mia famiglia						
9) Ho amici/amiche con i quali posso condividere le mie gioie e i miei dispiaceri						
10) C'è una particolare persona nella mia vita che si interessa dei miei sentimenti						
11) La mia famiglia è disponibile ad aiutarmi quando devo prendere decisioni						
12) Posso parlare dei miei problemi con i miei amici/amiche						



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato die Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

Test multidimensionale dell'autostima (TMA)

Beatrice V., Bracken B.A., 2005, Trento, Erickson (ragazzi 9-17 anni)

Nominativo del bambino/ragazzo		Genere	<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Data di nascita (gg/mm/aaaa)		Data compilazione (gg/mm/aaaa)	

Leggi le seguenti affermazioni e scegli una delle quattro risposte possibili a seconda di quanto credi che siano «vere» per te. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma è importante valutare ogni affermazione sulla base delle sensazioni che provoca in te. Rispondi con sincerità. Per dare le risposte, basta segnare una x nella casella corrispondente alla frase che, di volta in volta, corrisponde ai sentimenti che l'affermazione suscita in te.

	Assolutamente vero	Vero	Non è vero	Non è assolutamente vero
1. I miei genitori si preoccupano che io sia felice e stia bene				
2. La mia famiglia mi fa sentire amato				
3. La mia famiglia rovina tutto quello che faccio o che vorrei fare				
4. Nella mia famiglia ci prendiamo cura l'uno dell'altro				
5. Mi sento apprezzato dalla mia famiglia				
6. Mi diverto con la mia famiglia				
7. Vorrei cambiare la mia famiglia con quella di qualcun altro				
8. I miei genitori si interessano a me				
9. I miei genitori non hanno fiducia in me				
10. La mia casa è calda e accogliente				
11. Ai miei genitori non piace avermi intorno				
12. I miei genitori mi aiutano quando ne ho bisogno				
13. Sono un membro importante della mia famiglia				
14. I miei genitori sono orgogliosi di me				
15. La mia famiglia non ha niente di buono				
16. Nulla di ciò che faccio sembra far piacere ai miei genitori				
17. I miei genitori sono sempre presenti quando partecipo a eventi, gare o altre occasioni importanti per me				
18. I miei genitori credono in me				
19. Sono fiero della mia famiglia				
20. I miei genitori si prendono cura della mia educazione				
21. La mia famiglia è una delle cose più importanti della mia vita				
22. I miei genitori mi amano così come sono				
23. Non so perché la mia famiglia sta insieme				
24. I miei genitori pensano al mio futuro				
25. La mia casa non è un luogo felice				



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato del Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

BUDGET DI PROGETTO SOSTEGNO GENITORIALE/MEDIAZIONE FAMILIARE

Ambito ECONOMICO DELLA FAMIGLIA

Descrizione sostegno	Costo Unitario	Costo Mensile

Risorse Pubbliche (STIPENDI/RDC/ CONTRIBUTI)		
Risorse Pubbliche (specificare le fonti di finanziamento):	€	€
PROPRIETA' IMMOBILIARI	€	€
Altre risorse	€	€

Ambito economico INPS

	SI	NO	Costo Mensile	Costo Annuale
Assegno/pensione/			€	€
Indennità di accompagnamento/indennità frequenza			€	€
Assegno maternità/assegno unico universale				
Altro			€	€

Ambito sanitario

	SI	NO	Costo Mensile	Costo Annuale
Prestazioni sanitarie a carattere continuativo			€	€
assistenza domiciliare integrata			€	€
servizio di psicologia/consultorio				
ricoveri in cta			€	€

Ambito Comune/distretto socio sanitario

	SI	NO	Costo Mensile	Costo Annuale
Contributi trasporto			€	€
Servizio ASACOM			€	€
Servizio disabili gravi DPRS 589/2018				
contributi legge 22/86			€	€
assistenza domiciliare anziani			€	€
ricovero anziani			€	€



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIO PIANO 19@COMUNE GRAVINA CT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato del Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

PRESTAZIONE AVVIATE CON IL PROGETTO

--

VERIFICA DEGLI ESITI

Data prima verifica programmata	Strumenti da utilizzare per la verifica
Verifiche successive	Strumenti utilizzati per il rilevamento



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIO PIANO 19@COMUNE GRAVINA CT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato del Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

SCHEMA PER LA VERIFICA PER CIASCUN SOSTEGNO

Elenco degli obiettivi dei sostegni:	
Indicatori:	
Esito	1. totalmente raggiunto
	2. parzialmente raggiunto
	3. non raggiunto
Risultati in termini di miglioramento della qualità di vita	

Sostegni/obiettivi da riprogrammare in sede di verifica

--



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7447121 MAIL: DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: UFFICIOPIANOL328.COMUNEGRAVINACT@LEGALMAIL.IT

ALLEGATO SUB A alla Delibera del Comitato del Sindaci n. 2/2023 - Scheda di progetto di pre-assessment e assessment, supporto alla genitorialità

CONCLUSIONI

(Descrivere in maniera succinta l'efficacia del progetto)

--

COSTO SERVIZIO ATTIVATO

FIGURA PROFESSIONALE ATTIVA:	COSTO DA PATTO DI ACCREDITAMENTO €
DITTA INDIVIDUATA	
PER TOT SETTIMANE	
COSTO TOTALE SINE IVA €	CON IVA €