

# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

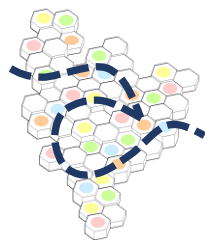
## PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

### Dati anagrafici

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|
| Nome                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Cognome              |          |
| Comune di residenza      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |          |
| Indirizzo domicilio: Via |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Comune               | Telefono |
| Data di nascita          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |          |
| Codice Fiscale:          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tessera sanitaria n. |          |
| Formazione/Istruzione    | <input type="checkbox"/> scuola dell'obbligo <input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso<br><input type="checkbox"/> formazione professionale <input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso<br><input type="checkbox"/> scuola secondaria 2° <input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso<br><input type="checkbox"/> università <input type="checkbox"/> conclusa <input type="checkbox"/> non conclusa <input type="checkbox"/> in corso |                      |          |

### Composizione del Nucleo Familiare:

Caregiver principale



# AZIENDA ISOLA

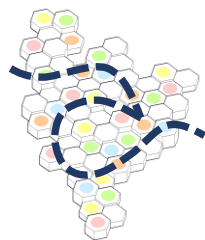
*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

|                                                                                                                                                                        |                                   |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Tutore <input type="checkbox"/>                                                                                                                                        | Curatore <input type="checkbox"/> | Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> |
| Altre figure di riferimento ,specificare(es. vicini, volontari, amici, ecc.)                                                                                           |                                   |                                                     |
| Presenza di familiari che usufruiscono dei benefici relativi alla L. 104/92 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span> |                                   |                                                     |

| SITUAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE E SOCIO-SANITARIA AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE |         |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Chi fa (famiglia-servizi-altro)                                               | Cosa fa |
|                                                                               |         |
|                                                                               |         |
|                                                                               |         |
|                                                                               |         |

| VALUTAZIONE CONDIZIONE ABITATIVA |                             |                             |       |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Spazi adeguati                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Note: |
| Condizioni igieniche             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Note: |
| Servizi igienici                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Note: |
| Barriere architettoniche         | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Note: |



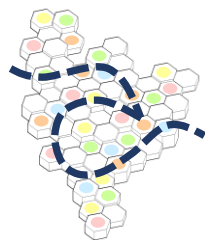
# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

|                                                    |                                                                |           |       |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|-------|
| Casa isolata o poco servita (negozi, servizi, ecc) | <b>SI</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <b>NO</b> | Note: |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|-------|

| VALUTAZIONE SITUAZIONE ECONOMICA                                 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                       |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Situazione lavorativa                                            | Occupato..... <input type="checkbox"/><br>Disoccupato <input type="checkbox"/><br>Invalido 100% <input type="checkbox"/>                                                                         | Non occupato <input type="checkbox"/><br>Pensionato <input type="checkbox"/><br>Studente <input type="checkbox"/> | Note:                                                 |
| Situazione pensionistica                                         | Nessuna <input type="checkbox"/><br>Minima/sociale <input type="checkbox"/><br>Reversibilità <input type="checkbox"/><br>Altra tipologia (es. infortunio sul lavoro...) <input type="checkbox"/> | Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/><br>Invalidità <input type="checkbox"/>                               | Note:                                                 |
| Indennità di accompagnamento                                     | <b>SI</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                               | <b>NO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                | In corso definizione pratica <input type="checkbox"/> |
| Altre misure economiche erogate da enti pubblici/privati         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                       |
| Altre fonti di reddito presenti nel nucleo (coniuge, figli, ecc) |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                       |
| ISEE                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                   |                                                       |



# AZIENDA ISOLA

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

## ESITI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE/MULTIDIMENSIONALE

### Numero e tipologia di Strumenti utilizzati (ad es. colloqui, visite domiciliari ecc)

Utente  
*(sintesi anamnestica e funzionale,  
percezione della propria condizione  
di bisogno e aspirazioni personali)*

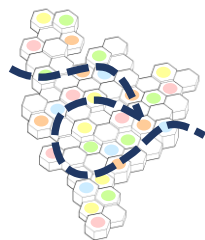
Famiglia  
*(rilevare potenzialità e fragilità  
quali stress, presenza di  
problematiche sanitarie o  
psicologiche, altro)*

Rete  
*(adeguatezza degli interventi in  
essere / necessità di  
implementazione - connessione tra i  
nodi della rete/ necessità di  
connessione)*

**I.A.D.L.** (punteggio)

**A.D.L.** (punteggio)

**Scheda di Valutazione Sociale** (punteggio)



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

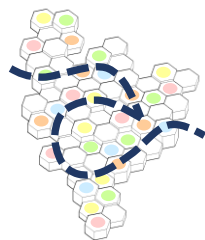
---

## SINTESI DEI BISOGNI

## AREE DI INTERVENTO SOCIALE

---

Partita IVA 03298850169  
e-mail: [segreteria@aziendaisola.it](mailto:segreteria@aziendaisola.it)  
PEC: [aziendaisola@propec.it](mailto:aziendaisola@propec.it)  
Tel. 035.199.111.65 - Fax 035.199.111.66



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

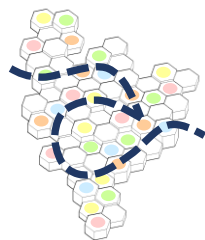
**ALTRE AREE DI INTERVENTO (medica, specialistica, infermieristica, riabilitativa, socio-assistenziale, sociale, relazionale, educativa, psicologica, ecc.)**

**INTERVENTI (specificare le prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o assistente familiare, oppure nel caso di progetto per la vita indipendente gli interventi da sostenere con il buono)**

| TIPOLOGIA | PERIODO | MODALITA' DI SVOLGIMENTO |
|-----------|---------|--------------------------|
|           |         |                          |
|           |         |                          |
|           |         |                          |

## OBIETTIVI DI PRESA IN CARICO

|            |                             |                         |        |
|------------|-----------------------------|-------------------------|--------|
| Obiettivi: | Misura/intervento previsto: | Indicatori di verifica: | Tempi: |
|            |                             |                         |        |



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

## TOTALE BUDGET DI CURA

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | € |
|  |  | € |
|  |  | € |

## Valutazione sociale

|                                                                                              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Operatori che hanno partecipato alla valutazione (nominativi , ente di appartenenza e firme) | Data: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

## Stesura Progetto Individuale

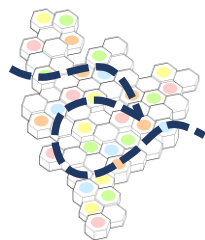
|                                 |        |       |
|---------------------------------|--------|-------|
| Case Manager/Assistente Sociale | Firma: | Data: |
|---------------------------------|--------|-------|

## PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON:

- ☐ Beneficiario
- ☐ Familiare
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Tutore/Curatore

Nominativo

Firma



# AZIENDA ISOLA

*Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla persona*

Ambito Isola Bergamasca Bassa Val San Martino  
Via G. Bravi, 16 – Terno d'Isola (BG)

☐ Altro

## VERIFICA (specificare le motivazioni se obiettivo raggiunto parzialmente o non raggiunto)

|                   |            |  |
|-------------------|------------|--|
| Data:             | Obiettivo: |  |
| Data:             | Obiettivo: |  |
| Data:             | Obiettivo: |  |
| Data:             | Obiettivo: |  |
| CHIUSURA PROGETTO |            |  |
| Data:             | Motivo:    |  |

PER PRESA VISIONE REFERENTE RESPONSABILE AREA AZIENDA SPECIALE CONSORTILE  
ISOLA BERGAMASCA E BASSA VAL SAN  
MARTINO\_\_\_\_\_

Partita IVA 03298850169  
e-mail: segreteria@aziendaisola.it  
PEC: aziendaisola@propec.it  
Tel. 035.199.111.65 - Fax 035.199.111.66