

ALLEGATO B

PIANO DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA - PAP

**Avviso regionale per l'attivazione della
MISURA "PROTEZIONE SOCIALE"**

**Piano di assistenza personalizzata (PAP) per persone inserite in percorsi
di residenzialità e semi residenzialità in regime di convenzione con il
Servizio sanitario regionale (SSR).**

Periodo 2026-2027

PR FSE+ 2021-2027

Misura III.k.5.10

(D.G.R. n. 1-1934 del 5 dicembre 2025)

ANAGRAFICA PRESIDIO/STRUTTURA

DENOMINAZIONE STRUTTURA/PRESIDIO	
INDIRIZZO completo	
CF/P.IVA	
TIPOLOGIA STRUTTURA Indicare la tipologia della struttura che emerge dal titolo autorizzativo (es. RSA, RAF di tipo A, SRP, ecc.)	
RIFERIMENTI DEL RESPONSABILE DEL PRESIDIO SOTTOSCRITTORE DEL PAP (nome, cognome, cf, recapiti)	

ANAGRAFICA DESTINATARIO/OSPITE

NOME	
COGNOME	
CF	
GENERE (M/F)	

ANAGRAFICA PAP

DATA AVVIO gg/mm/aaaa Coincide con l'avvio dell'osservazione	
DATA CONCLUSIONE gg/mm/aaaa Coincide con la data della sottoscrizione da parte del responsabile del Presidio/struttura (almeno 90 giorni dalla data di avvio).	

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE – COMPOSIZIONE

**All'interno dell'équipe deve essere coinvolta almeno una figura per Cluster professionale.*

Aggiungere righe se opportuno

CLUSTER PROFESSIONALE	FIGURA PROFESSIONALE*	NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	FIRMA/SIGLA
1	INFERMIERE				
	FISIOTERAPISTA				
	TERAPISTA OCCUPAZIONALE/TERAPISTA RIABILITATIVO PSICHIATRICO				
	EDUCATORE PROFESSIONALE				
2	DIRETTORE DI STRUTTURA				
3	DIRETTORE SANITARIO				
	MEDICO RESPONSABILE				
4	COORDINATORE INFERMIERISTICO				
	PSICOLOGO				
	COORDINATORE ASSISTENZIALE				
5	OPERATORE SOCIO SANITARIO/O SEMPLICE				

FASE DI OSSERVAZIONE

(inserire indicazioni al termine del periodo di osservazione: è possibile utilizzare le proprie scale)

ASPETTI OGGETTO DI ANALISI	DOMANDE / INDICAZIONI GUIDA PER L'OSSERVAZIONE	ESITO DELL'OSSERVAZIONE
ASPETTI ASSISTENZIALI (bisogni di assistenza quotidiana, necessità di supporto, livello di autonomia)	A. Bisogni di assistenza quotidiana rilevati inerenti a:	
	a1) cura e igiene della persona	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	a2) attività della vita quotidiana (vestizione, deambulazione, comunicazione, ecc...)	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	a3) somministrazione di pasti	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	B. Quali necessità di supporto? (tipologie di supporto – metodi organizzativi e strategie di intervento - individuate dalla struttura per ciascun ambito):	
	b1) cura e igiene della persona	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	b2) attività della vita quotidiana	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	b3) somministrazione di pasti	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	C. Livello di autonomia residua rispetto a:	
	c1) cura e igiene della persona	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	c2) attività della vita quotidiana	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	c3) somministrazione di pasti	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	D. Tendenze evolutive dei precedenti aspetti riscontrate nel corso del periodo di osservazione	
	d1) cura e igiene della persona	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
	d2) attività della vita quotidiana	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
	d3) somministrazione di pasti	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
	d4) gestione percorso terapeutico (assunzione di farmaci, rispetto prescrizioni sanitarie, ecc...)	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
ASPETTI SOCIALI (relazioni familiari, sociali, ambientali, bisogni di socializzazione)	A. Relazioni dell'ospite con:	
	a1) operatori della struttura	___ BUONE ___ SUFFICIENTI ___ SCARSE
	a2) altri ospiti	___ BUONE ___ SUFFICIENTI ___ SCARSE
	a3) familiari	___ BUONE ___ SUFFICIENTI ___ SCARSE
	B. Accettazione / Rispetto regole di convivenza	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	C. Grado di partecipazione a proposte di socializzazione/attività predisposte dalla struttura	___ ALTO ___ BASSO ___ MEDIO
	D. Bisogni di socializzazione	
	d1) presenza/assenza di rete familiare	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA

	d2) presenza/assenza di relazioni significative con altri ospiti/soggetti esterni	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	E. Tendenze evolutive dei precedenti aspetti riscontrate nel corso del periodo di osservazione	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
ASPETTI PSICOLOGICI e/o PSICOPATOLOGICI <i>(capacità cognitive, tono dell'umore, livello di ansia/depressione, problemi comportamentali)</i>	A. Capacità cognitive	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
	B. Tono dell'umore	___ ALTO ___ BASSO ___ MEDIO
	C. Livello di ansia/depressione	___ ALTO ___ BASSO ___ MEDIO
	D. Condizione psicopatologica o di dipendenza	___ STABILE ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
	E. Problemi comportamentali	___ STABILI ___ IN MIGLIORAMENTO ___ IN DETERIORAMENTO
	F. Esigenza assistenziale?	
ASPETTI TERAPEUTICI / RIABILITATIVI <i>(esigenza fisioterapica, terapia occupazionale, possibilità di rientro al domicilio)</i>	A. Esigenza fisioterapica	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	B. Esigenza di Terapia occupazionale	___ ALTA ___ BASSA ___ MEDIA
	C. Possibilità di rientro al domicilio	___ SI ___ NO ___ SI A FRONTE DELLE SEGUENTI MISURE (DA PRECISARE NELLE CONCLUSIONI)

FASE DI VALUTAZIONE

(interventi, metodi, strumenti, cambiamenti nel rapporto con l'utente, finalizzati al miglioramento della qualità della vita e dell'autonomia dell'ospite)

ASPETTI OGGETTO DI ANALISI	OSSERVAZIONI
ASPETTI ASSISTENZIALI <i>(bisogni di assistenza quotidiana, necessità di supporto, livello di autonomia)</i>	
ASPETTI SOCIALI <i>(relazioni familiari, sociali, ambientali, bisogni di socializzazione)</i>	
ASPETTI PSICOLOGICI e/o PSICOPATOLOGICI <i>(capacità cognitive, tono dell'umore, livello di ansia/depressione, problemi comportamentali)</i>	
ASPETTI RIABILITATIVI	

ASPETTI OGGETTO DI ANALISI	OSSERVAZIONI
<i>(valutazione fisioterapica, terapia occupazionale, possibilità di rientro al domicilio)</i>	
AUTONOMIA RESIDUA	
VALUTAZIONI CONCLUSIVE A SEGUITO DEL PERCORSO NECESSARIO PER LA REDAZIONE DEL PAP (almeno 90 gg dall'avvio). <i>Indicare eventuali progettualità (ove sussistono le condizioni) da mettere in campo per dare seguito ai processi di rientro anche temporaneo e parziale al domicilio</i>	

Data

Il Responsabile del Presidio/della Struttura
