

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

in merito alle scelte del paziente sui trattamenti e sulle cure

- Art. 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 -

Luogo, data

PAZIENTE:

MEDICO DI MEDICINA GENERALE:

MEDICO PALLIATIVISTA:

ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI PRESENTI:

In data presso si svolge un incontro fra il paziente
..... e il/la Dr/Dr.ssa
al fine della realizzazione di una Pianificazione Condivisa delle Cure in ordine alla evoluzione della malattia
(specificare anche comorbidità rilevanti se presenti)
.....

All'incontro, con il consenso del/della paziente e su sua richiesta, partecipano anche i seguenti professionisti
sanitari a vario titolo coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico:

.....
.....

Nonché le seguenti persone:

.....
.....

Durante l'incontro si ripercorre con il paziente **la sua storia di malattia** e si puntualizzano **le sue attuali condizioni cliniche e la loro probabile evoluzione**:

.....
.....
.....
.....

Si illustrano le varie opzioni e risorse terapeutiche che potrebbero essere adottate e le loro conseguenze sia in
termini prognostici che di possibili risvolti sulla qualità della vita:

.....
.....
.....

	Modulo per la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: MOD_10
		Data: 29 settembre 2026
		Riferimento a: PGSGQ148
		Revisione: 0
		Pagina 2 di 3

Rispetto a quanto esposto, si esplorano **desideri/necessità/valori/preferenze** del paziente:

.....

.....

.....

Segue colloquio volto ad approfondire e condividere le modalità di procedere nella situazione attuale e futura in relazione alle volontà manifestate:

.....

.....

.....

Al termine del colloquio, si condivide e si esplicita quali siano i trattamenti, l'intensità e i setting di cura che si ritengono appropriati e proporzionati in base alle volontà manifestate dal paziente e ad alle sue condizioni cliniche attuali e future:

- Obiettivo terapeutico e di cura:

.....

- Intensità di cura appropriata:

.....

- Trattamenti appropriati e proporzionati che il paziente desidera vengano posti in essere:

.....

.....

.....

- Trattamenti che il paziente rifiuta:

.....

.....

.....

- Setting di cura: (specificare eventuali preferenze in merito ai setting assistenziali – ad esempio: luogo di assistenza nelle fasi finali della vita)

Il/la paziente dichiara di essere consapevole:

- che, ai sensi dell'art. 5 della legge n. 219/2017, il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad osservare la presente Pianificazione Condivisa delle Cure anche qualora il paziente venisse a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità;

- di avere comunque la possibilità di revocare in tutto o in parte le precedenti dichiarazioni o di modificarle in relazione alle peculiarità dell'evoluzione della malattia, su sua richiesta o su suggerimento del medico;
- che, in base a quanto stabilito dalla legge n. 219/2017, fintanto che manterrà una capacità di autodeterminarsi, potrà richiedere la sospensione di trattamenti anche salvavita.

Il/La paziente dichiara inoltre:

[] di non nominare per ora alcun fiduciario [una eventuale successiva nomina potrà essere verbalizzata in altro documento. Si ricorda che la pianificazione condivisa delle cure mantiene efficacia legale anche qualora non contenga l'indicazione del fiduciario].

[] di nominare quale proprio fiduciario il sig./la sig.ra:

nato a il Residente a

Tel:

Il/La predetto/a è presente e dichiara di accettare l'incarico di fiduciario, sottoscrivendo il presente documento, e si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle volontà espresse dal/dalla paziente nel presente documento (in caso di assenza, l'accettazione della nomina andrà verbalizzata in altro documento).

Il presente verbale è redatto in modo conforme a quanto indicato dall'art. 5, commi 3 e 4, della legge n. 219/2017 ed è sottoscritto dai presenti:

NOME COGNOME DEL PAZIENTE e firma:

NOME E COGNOME DEL MEDICO e firma:

NOME E COGNOME DEL FIDUCIARIO e firma:

NOMI E COGNOMI DEI PROFESSIONISTI SANITARI PRESENTI e firme:

.....
.....
.....