

PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

Redazione	Approvazione	Verifica formale	Emissione
Gruppo di lavoro (vedi interno del documento) Coordinatore del gruppo di lavoro Anna Poglio Direzione Medica di Presidio	Luca Burroni Direttore Sanitario	Servizio Qualità	Anna Poglio Responsabile ff Qualità, Risk Management

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 2 di 10

1	PREMESSA	3
2	SCOPI/OBIETTIVI	4
3	CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4	MODIFICHE/ REVISIONI PRECEDENTI	5
5	GLOSSARIO/SIGLARIO	5
6	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	6
7	RIFERIMENTI E ALLEGATI	10
8	LISTA DI DISTRIBUZIONE	10

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 3 di 10

1 Premessa

La **Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)** rappresenta uno strumento della relazione di cura finalizzato a consentire alla persona affetta da una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta di partecipare, insieme al medico e all'équipe sanitaria, alla definizione del proprio percorso assistenziale, compreso quello relativo alle fasi avanzate e al fine vita.

La PCC è disciplinata dall'art. 5 della **Legge 22 dicembre 2017, n. 219**, che riconosce la possibilità di pianificare le cure in relazione all'evoluzione della patologia. La legge prevede che il paziente sia adeguatamente informato sull'evoluzione della malattia, sulla qualità di vita realisticamente attendibile, sulle possibilità cliniche di intervento e sulle cure palliative, ed esprima quindi il proprio consenso e i propri intendimenti per il futuro, con eventuale indicazione di un fiduciario. La pianificazione deve essere rispettata dal medico e dall'équipe sanitaria qualora il paziente successivamente non sia in grado di esprimere il proprio consenso o si trovi in una condizione di incapacità.

La PCC deve essere distinta dalle **Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)**. Le DAT riguardano le volontà espresse anticipatamente dalla persona in previsione di una futura incapacità, mentre la PCC si colloca nella relazione di cura con una persona già affetta da una specifica patologia cronica, invalidante o a evoluzione infausta e consente di definire anticipatamente le scelte relative alla possibile evoluzione di quella determinata malattia.

La Legge n. 219/2017 pone inoltre al centro della relazione di cura l'autodeterminazione della persona, il consenso informato e la comunicazione tra medico e paziente, stabilendo che il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura. La stessa legge richiama il dovere di evitare l'ostinazione irragionevole nelle cure e di garantire un'appropriata terapia del dolore e l'accesso alle cure palliative.

La Regione Piemonte, già con le prime indicazioni attuative della Legge n. 219/2017, ha individuato la pianificazione condivisa delle cure come parte dei percorsi assistenziali della cronicità e della fragilità e della medicina d'iniziativa, predisponendo una griglia per l'identificazione dei pazienti a rischio, un modello di PCC e moduli informativi destinati alle Aziende Sanitarie Regionali.

1.1 Gruppo di lavoro

Agnelli Ilena	Direttore Psicologia
Herby Delphine	Incaricato di funzione organizzativa e coordinamento Anestesia e Rianimazione
Mercurio Giancarlo	Incaricato di Funzione Organizzativa Direzione delle Professioni Sanitarie
Naretto Giuseppe	Direttore Distretto 2
Poglio Anna	Direttore ff Direzione Medica di Presidio
Pomero Fulvio	Direttore Medicina Interna
Vergano Marco	Direttore Anestesia e Rianimazione

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 4 di 10

2 Scopo/Obiettivi

2.1 Scopo

La presente procedura intende indirizzare all'utilizzo della PCC, in un percorso strutturato e documentabile, promuovendo una comunicazione progressiva e realistica tra professionisti, paziente e, quando richiesto dal paziente, familiari o persone di fiducia, in applicazione della Legge n. 219/2017.

2.2 Obiettivi

- Promuovere una relazione di cura basata su informazione, ascolto, consenso e partecipazione alle decisioni;
- Identificare i pazienti per i quali è appropriato proporre una PCC;
- Fornire ai medici un percorso operativo per proporre, discutere, formalizzare, applicare e aggiornare la pianificazione;
- Consentire al paziente di definire, in modo progressivo e consapevole, le proprie preferenze rispetto ai possibili scenari futuri della malattia;
- Ridurre il rischio di trattamenti non desiderati, sproporzionati o non coerenti con le volontà precedentemente espresse;

La PCC è **un processo comunicativo e decisionale dinamico**, suscettibile di essere rivisto con l'evoluzione clinica, prognostica e valoriale del paziente.

La presenza di una PCC non esclude il ricorso alle cure necessarie in situazioni acute, ma orienta le decisioni in coerenza con le volontà del paziente e con le condizioni cliniche effettivamente presenti.

3 Campo di applicazione

La procedura si applica:

- alle équipe sanitarie coinvolte nella presa in carico;
- ai pazienti adulti affetti da patologie croniche e invalidanti o caratterizzate da progressiva e inarrestabile evoluzione con prognosi infausta;
- ai pazienti affetti da patologie oncologiche, neurologiche, respiratorie, cardiologiche, nefrologiche, epatiche o da altre condizioni croniche evolutive per le quali possa essere prevedibile un progressivo deterioramento clinico;
- ai percorsi di ricovero, ambulatoriali e, per quanto di competenza, ai percorsi integrati ospedale-territorio.

La PCC può essere proposta **in qualsiasi fase appropriata della malattia** e non deve essere riservata agli ultimi giorni o settimane di vita.

Sono particolarmente meritevoli di valutazione i pazienti:

- con prognosi evolutiva e progressiva perdita di autonomia;
- con frequenti riacutizzazioni o ricoveri;
- per i quali siano prevedibili decisioni future ad elevato impatto clinico ed etico;

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 5 di 10

- nei quali possano rendersi necessari trattamenti invasivi o sostitutivi delle funzioni vitali;
- per i quali siano ipotizzabili scenari di perdita della capacità di comunicare o di esprimere il consenso;
- che manifestino il desiderio di discutere anticipatamente le future scelte terapeutiche;
- che esprimano preoccupazione rispetto alle fasi avanzate della malattia o al fine vita.

4 Modifiche / revisioni precedenti

Revisione	Data	Motivo dell'aggiornamento
0	29/09/2026	Prima emissione.

La procedura rimane in vigore come descritta fino a che non ve ne sia una revisione o necessità di modificarla nei suoi contenuti a fronte di nuove indicazioni cliniche, variazioni legislative, linee guida specifiche o criticità emergenti dalla sua applicazione; è prevista una sua revisione ogni cinque anni per riconferma o modifica.

5 Glossario / Siglarlo

Termine	Significato
Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Processo attraverso il quale, nella relazione di cura, medico e paziente condividono le possibili scelte terapeutiche e assistenziali relative all'evoluzione di una specifica patologia cronica, invalidante o a prognosi infausta, definendo anche gli intendimenti del paziente per il futuro.
Consenso informato	Processo attraverso il quale la persona riceve informazioni comprensibili e complete riguardo a diagnosi, prognosi, benefici, rischi, alternative e conseguenze del rifiuto o della rinuncia a un trattamento e decide liberamente se accettarlo.
DAT – Disposizioni Anticipate di Trattamento:	Dichiarazioni con le quali una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere esprime anticipatamente le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, in previsione di una futura incapacità di autodeterminarsi.
Fiduciario	Persona indicata dal paziente nelle DAT o nella PCC con il compito di rappresentarne le volontà nei rapporti con il medico e le strutture sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa.
Capacità di esprimere il consenso	Capacità del paziente, nel momento in cui viene effettuato il colloquio, di comprendere le informazioni rilevanti, apprezzarne le conseguenze, formulare una scelta e comunicarla.
Obiettivi di cura	Risultati clinici e assistenziali che il paziente e i professionisti intendono perseguire, tenendo conto della situazione clinica, della prognosi, dei benefici attesi e dei valori e delle preferenze della persona.
Ostinazione irragionevole nelle cure	Prosecuzione di trattamenti che, alla luce della situazione clinica, risultano inutili, sproporzionati o non coerenti con gli obiettivi di cura e con la dignità della persona.
Trattamento sanitario	Ai sensi della Legge n. 219/2017 comprende anche nutrizione artificiale e idratazione artificiale, in quanto somministrazione su prescrizione medica di nutrienti mediante dispositivi medici.

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 6 di 10

6 Descrizione delle attività

6.1 *Principi generali del percorso*

La PCC deve essere intesa come un **processo graduale**, non necessariamente realizzabile in un unico colloquio. L'avvio e realizzazione della PCC è precisa responsabilità dell'èquipe multi professionale che ha in carico il paziente.

L'èquipe deve evitare sia l'avvio tardivo della discussione, quando il paziente è ormai incapace di partecipare, sia una comunicazione eccessivamente anticipata o non proporzionata alla situazione clinica.

Il momento appropriato per proporre la PCC deve essere individuato sulla base di:

- traiettoria della malattia;
- prognosi;
- rischio di perdita della capacità decisionale;
- probabilità di future decisioni terapeutiche rilevanti;
- desiderio espresso dal paziente;
- frequenza delle riacutizzazioni;
- progressione della disabilità;
- accessi ripetuti in ospedale;
- eventuale necessità prevedibile di trattamenti invasivi o sostitutivi delle funzioni vitali.

La proposta della PCC non deve essere formulata come comunicazione di una imminente morte, ma come **strumento per garantire che le future cure siano coerenti con ciò che il paziente considera importante**, anche qualora in futuro non fosse più in grado di comunicare.

6.2 *Identificazione del paziente*

L'èquipe che ha in carico la persona assistita segnala al medico il paziente che potrebbe rientrare nelle condizioni cliniche e psicologiche per l'avvio della PCC.

Il medico verifica se la persona presenta effettivamente una condizione clinica per la quale sia appropriato proporre una PCC.

Esempi di situazioni nelle quali considerare la proposta di PCC:

- patologia oncologica avanzata o progressiva;
- sclerosi laterale amiotrofica o altre malattie neurodegenerative;
- insufficienza respiratoria cronica progressiva;
- insufficienza cardiaca avanzata;
- insufficienza renale cronica avanzata;
- epatopatia cronica evolutiva;
- pluripatologia con progressivo deterioramento funzionale;
- condizioni croniche caratterizzate da riacutizzazioni ripetute;
- prevedibile necessità futura di ventilazione meccanica, dialisi, nutrizione artificiale, procedure invasive o altre terapie di sostegno delle funzioni vitali.

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 7 di 10

La Regione Piemonte suggerisce l'utilizzo della seguente griglia per l'identificazione del paziente a rischio di fragilità:

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI FRAGILITÀ

A	Il paziente ricoverato presenta una o più di queste condizioni?
Sì No	Età maggiore di 90 anni
Sì No	Terminalità (aspettativa di vita di qualche ora o pochi giorni)
Sì No	Decadimento psicofisico con perdita dell'autonomia nella vita quotidiana, allettamento e/o dipendenza da altri per la deambulazione, l'igiene personale, l'alimentazione; e/o provenienza da RSA/lungodegenza, ADI, cure palliative domiciliari.
Sì No	Una o più patologie croniche evolutive in stadio avanzato con: almeno un ricovero nei 6 mesi precedenti per riacutizzazione, e/o limitazioni funzionali ingravescenti negli ultimi 6 mesi.
Sì No	Tumore in stadio avanzato (con o senza metastasi) senza indicazione ad un trattamento attivo
Sì No	Assenza di reti sociali
B	Pensi che il paziente, vista la sua patologia di base e/o le sue condizioni generali, abbia un'aspettativa di vita inferiore ad un anno?
	Sì No

Se hai segnato **almeno una condizione nel riquadro A** e risposto **Sì** alla domanda del **riquadro B** ➡ proponi subito una pianificazione

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 8 di 10

6.3 *Preparazione e avvio del colloquio di pianificazione*

Il medico verifica l'idoneità del paziente a partecipare al percorso di PCC, valutandone le condizioni cliniche, la capacità di comprendere le informazioni e di esprimere le proprie preferenze, attraverso la valutazione propria e di eventuali altri professionisti. Prima del colloquio deve inoltre accertare quanto il paziente desideri essere informato sulla propria malattia e se intenda coinvolgere familiari o persone di fiducia.

Il paziente può rifiutare di ricevere, in tutto o in parte, le informazioni oppure indicare una persona incaricata di riceverle, secondo quanto previsto dall'art. 1 della Legge n. 219/2017.

Il medico documenta in cartella l'eventuale rifiuto di ricevere informazioni o la scelta di coinvolgere una persona di fiducia.

Il colloquio, preferibilmente multidisciplinare, deve essere programmato, quando possibile, in un ambiente idoneo e con un tempo adeguato, evitando situazioni di particolare urgenza o disagio.

Il colloquio deve iniziare dalla comprensione di **che cosa il paziente considera una cura appropriata e quale qualità di vita desidera preservare**.

Il medico, utilizzando un linguaggio comprensibile e proporzionato alle esigenze della persona:

- illustra la diagnosi, l'evoluzione prevedibile della malattia e, quando possibile, la prognosi;
- descrive i possibili scenari futuri e le eventuali complicanze;
- verifica quali obiettivi di cura il paziente desidera perseguire;
- esplicita le possibilità terapeutiche (ruolo del supporto farmacologico e non farmacologico, senso e significato di eventuali altre rivalutazioni e percorsi diagnostici);
- illustra i trattamenti legati al controllo dei sintomi;
- esplora i valori, le aspettative, le priorità e ciò che il paziente considera una qualità di vita accettabile;
- esplicitare il senso e il ruolo dei servizi di emergenza territoriale nel caso specifico;
- esplicitare senso e ruolo di pronto soccorso e ospedale;
- indaga le volontà, desideri, preferenze di fine vita (setting di cura, persone care, sedazione palliativa, funerale, cremazione etc.);
- verifica la comprensione delle informazioni e lascia al paziente il tempo necessario per formulare le proprie preferenze.

Il colloquio può essere articolato in più incontri, soprattutto nelle situazioni cliniche complesse. La pianificazione non deve essere intesa come una decisione definitiva assunta in un'unica occasione, ma come un **processo progressivo di comunicazione e condivisione**, suscettibile di essere modificato in relazione all'evoluzione della malattia e alle eventuali variazioni delle preferenze del paziente.

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 9 di 10

6.4 **Decisione condivisa**

Una volta illustrate le opzioni, l'équipe verifica che il paziente abbia compreso le informazioni e invita a esprimere le proprie preferenze.

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. La pianificazione, quando appropriato, dovrebbe definire:

- 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)

La PCC deve essere formalizzata in forma scritta (vedi allegato 1 come traccia per la redazione della PCC). Quando le condizioni fisiche del paziente non consentano la forma scritta, mediante videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

La PCC deve essere inserita nella documentazione clinica del paziente e nel Fascicolo Sanitario Elettronico e tutta l'équipe di cura ospedaliera e territoriale ne deve essere informata.

In occasione di cambio di setting assistenziale, il medico verifica che la PCC sia disponibile e comunica l'esistenza della pianificazione ai professionisti che prenderanno in carico il paziente.

La PCC è un documento **dinamico**. La normativa prevede che la pianificazione possa essere aggiornata con il progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico. Ogni modifica deve essere documentata, datata e resa immediatamente riconoscibile rispetto alla versione precedente.

La Legge n. 219/2017 stabilisce che il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi alla PCC qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

6.5 **Indicazione del fiduciario/persona di fiducia**

Il paziente può indicare un fiduciario. Il fiduciario non «decide al posto del paziente» in senso autonomo, ma contribuisce a rappresentare le volontà precedentemente espresse e a favorire il rispetto della pianificazione quando il paziente non sia più in grado di comunicare.

Il nominativo e i recapiti del fiduciario devono essere registrati nella PCC.

Il paziente può scegliere di non indicare alcun fiduciario.

	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)	Codice: PGSGQ148
		Data: 29 settembre 2026
		Revisione: 0
		Pagina 10 di 10

7 Riferimenti / allegati

7.1 *Riferimenti*

1. Legge 15 marzo 2010, n. 38 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
2. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, in particolare:
3. Legge 8 marzo 2017, n. 24 – Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
4. DPCM 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
5. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
6. Accordo Stato-Regioni 27 luglio 2020, Rep. Atti n. 118/CSR – Accreditamento della rete di cure palliative.
7. Regione Piemonte – Direzione Sanità, indicazioni attuative della Legge n. 219/2017 del 24 settembre 2018.

7.2 *Allegati / Documenti correlati*

MOD-10 : Modulo Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)

8 Lista di distribuzione

La presente Procedura viene distribuita tramite Protocollo informatico Pubblica Amministrazione (DOCS PA) e/o posta elettronica a:

- Direttori e Responsabili delle Strutture sanitarie, per diffusione ai propri collaboratori;
- Coordinatori sanitari delle strutture aziendali, per diffusione ai propri collaboratori;
- Direzione Medica di Presidio;
- Psicologia;
- Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Distretto 1 e Distretto 2, per diffusione ai MMG