

La pianificazione condivisa delle cure e la codificazione deontologica

*Daniele Rodriguez**

SHARED CARE PLANNING AND ETHICS CODIFICATION

ABSTRACT: This essay illustrates the content of the articles of the codes of ethics of doctors (2014), of the two nursing professions (2019) and of fifteen health professions belonging to the National Federation of the Orders of Medical Radiology Technicians and of the Technical, Rehabilitation and Prevention Health Professions, which regulate the participation of the professionals to whom they refer in the shared care planning (PCC). Article 5 of Law No. 219 of 2017 does not mention health professionals other than doctors among those who participate in the development of the PCC. The articles of the codes of ethics consider the peculiar role appropriately assumed, as members of the healthcare team, by various professionals in said development.

KEYWORDS: Advance care planning; shared care planning; codes of ethics; health professions

ABSTRACT: Il saggio illustra il contenuto degli articoli dei codici deontologici dei medici (2014), delle due professioni infermieristiche (2019) e di quindici professioni sanitarie afferenti alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, che disciplinano la partecipazione dei professionisti ai quali si riferiscono alla pianificazione condivisa delle cure (PCC). L'articolo 5 della legge n. 219 del 2017 non menziona professionisti sanitari diversi dai medici fra coloro i quali partecipano alla elaborazione della PCC. Gli articoli dei codici deontologici considerano il peculiare ruolo opportunamente assunto, in quanto componenti della equipe curante, da diversi professionisti in detta elaborazione.

PAROLE CHIAVE: Pianificazione condivisa delle cure; codici deontologici; professioni sanitarie

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. Le prime menzioni della pianificazione condivisa delle cure (PCC) nei codici deontologici delle professioni sanitarie – 3. La PCC nei «Principi fondamentali» dei codici deontologici del 2025 delle professioni afferenti alla Federazione Nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) – 4. La PCC nelle «Regole

* *Professore ordinario di Medicina legale, in quiescenza, Università degli Studi di Padova e presidente del Comitato etico per la pratica clinica dell'Istituto Oncologico Veneto. Email: danielec.rodriguez@gmail.com. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.*



comportamentali» dei codici deontologici del 2025 delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP – 5. Discussione – 6. Conclusioni.

1. Premessa

L'art. 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 considera l'equipe sanitaria fra quanti sono tenuti ad attenersi alla pianificazione condivisa delle cure (PCC) «qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità». L'articolo citato non individua alcun componente dell'equipe sanitaria "curante" diverso dal medico tra i partecipanti alla realizzazione della PCC.

Il fatto che i professionisti sanitari dell'equipe curante non siano menzionati fra i componenti della elaborazione della PCC non impedisce comunque che essi, quando opportuno, vi prendano parte, stante la loro competenza a dare un contributo efficace¹.

La stessa legge n. 219 reca indicazioni che supportano questa interpretazione. Infatti, la seconda frase del comma 2 dell'art. 1 recita: «contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'*équipe* sanitaria»; da ciò si ricava che essi hanno pieno titolo di partecipare alla PCC, che è espressione alta della relazione di cura.

L'importanza della pianificazione condivisa delle cure è stata affermata, in un articolo dedicato alla «Cura nel fine vita», nel codice deontologico delle professioni infermieristiche nella prima stesura (del 13 aprile 2019) successiva alla promulgazione della legge n. 219.

Il contributo alla PCC di professionisti sanitari diversi dai medici ha avuto recentemente nuovo impulso con la approvazione di 15 nuovi codici di varie altre professioni sanitarie afferenti alla Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP). La consapevolezza dell'importanza del loro ruolo all'interno della relazione di cura e, quindi, della PCC ha indotto i professionisti sanitari a disciplinare esplicitamente alcuni aspetti della procedura, prevedendo la loro partecipazione, quasi ad opportuno chiarimento dei sintetici disposti della legge n. 219.

2. Le prime menzioni della PCC nei codici deontologici delle professioni sanitarie

Il codice di deontologia medica ha recepito il tema della pianificazione delle cure nella versione del 2014, attualmente vigente.

Codice di deontologia medica (2014)

Art. 26 - Cartella clinica

Il medico riporta nella cartella clinica [...] ; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione...

¹ Il tema della partecipazione dei professionisti sanitari alla elaborazione della PCC è discusso in: M. BOLCATO, M. SANAVIO, G. FASSINA, D. RODRIGUEZ, A. APRILE, *Healthcare professionals and patient information: a fresh look from the new italian law on consent*, in *La Clinica Terapeutica*, 2021, 172, 2, 2021, 104 ss.

La menzione delle pianificazioni anticipate delle cure avviene nel contesto di un articolo, il 26, dedicato alla cartella clinica, in cui si pone in risalto che il medico ha il dovere di registrare il decorso clinico-assistenziale anche nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure e insiste sul fatto che occorre garantire la tracciabilità della sua redazione. La pianificazione anticipata delle cure viene riferita al paziente con malattia progressiva. La locuzione «pianificazione anticipata delle cure» non corrisponde alla PCC della legge n. 219, ma è da considerare che questa versione del codice di deontologia medica è del 2014, mentre la legge che ha introdotto nell'ordinamento la PCC è di tre anni successiva, recando la data 22 dicembre 2017. La denominazione usata nel codice di deontologia medica è quella coerente con il linguaggio dell'epoca, anche se la genesi della terminologia adottata nella legge n. 219 può ritenersi coeva alla redazione del predetto codice.²

Il codice deontologico delle professioni infermieristiche, nella stesura del 2019, cita la PCC, con un lessico quindi aderente a quello della legge n. 219, nel contesto di un articolo dedicato alla «Cura nel fine vita», riconoscendone l'importanza senza alcuna ulteriore precisazione.

Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019)

Art. 24 - Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

Il codice deontologico dell'ostetrica, del 2017, non menziona la pianificazione condivisa delle cure; l'art. 3.11 indica la partecipazione dell'ostetrica alla «pianificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'area ostetrico-ginecologica e neonatale» ma si tratta una tipologia di pianificazione diversa da quella ora in esame, riferendosi a strumenti che, basati su evidenze scientifiche e in relazione alle

² I seguenti tre articoli del 2014 fanno riferimento al documento ANIARTI sulla «pianificazione condivisa delle scelte di cura»: G.R. GRISTINA, L. ORSI, A. CARLUCCI, I.R. CAUSARANO, M. FORMICA, M. ROMANÒ, *Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 105, 1, 2014, 9 ss; G.R. GRISTINA, L. ORSI, A. CARLUCCI, I.R. CAUSARANO, M. FORMICA, M. ROMANÒ, *Parte II. Evidenze scientifiche nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 105, 1, 2014, 25 ss; C. BARBISAN, C. CASONATO, E. PALERMO FABRIS, M. PICCINI, P. ZATTI, *Parte III. Aspetti etici e giuridici nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 105(1), 2014, 40 ss. Nell'articolo citato per primo sono riportati gli *statement* etici che hanno ispirato il documento e lo *statement 2* è così descritto: «Le decisioni si basano sulla prognosi e sulle volontà attuali o pregresse del malato e includono il malato, la famiglia e il team curante in un processo condiviso di pianificazione anticipata delle cure». Nel glossario riportato nel medesimo articolo figura il «Processo condiviso di Advance Care Planning (ACP)» con la seguente illustrazione: «Ci si riferisce con questa locuzione alle pratiche di condivisione anticipata del piano di cure. [...] posto che non esiste ancora, né nella normativa né nella letteratura del nostro paese, una terminologia consolidata, si è ritenuto di inserire il sostantivo «processo» seguito dall'aggettivo «condiviso» per due essenziali motivi. ... anzitutto una forte garanzia per evitare che il paziente sia sottoposto a trattamenti sproporzionati in eccesso; in secondo luogo, è strumento di garanzia che il paziente sia sottoposto a trattamenti che lui stesso ha considerato proporzionati [...]».

risorse rese disponibili, consentono di delineare, rispetto ad una patologia o ad un problema clinico, il miglior percorso gestibile all'interno dell'organizzazione.

Codice deontologico dell'Ostetrica (2017)

Art. 3.11

L'ostetrica/o prende parte alla pianificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'area ostetrico-ginecologica e neonatale ed attua i relativi programmi di prevenzione...

Il codice deontologico dei fisioterapisti, del 2011, non prende in considerazione il tema della PCC; è comunque da osservare che il primo comma dell'art. 15 «Programma di cura» descrive la pianificazione degli interventi del fisioterapista e il secondo comma afferma la sua partecipazione attiva al progetto di cura all'interno dell'equipe multidisciplinare. Questi elementi possono essere fatti idealmente corrispondere ad uno schema di partecipazione del fisioterapista alla PCC, fermo restando che nulla si dice in questo articolo circa la valorizzazione dei bisogni e delle aspirazioni della persona paziente che si realizza nell'ambito della PCC.

Codice deontologico dei Fisioterapisti (2011)

Art. 15 - Programma di cura

Il Fisioterapista elabora il programma fisioterapico, individua i problemi e gli obiettivi terapeutici, pianifica l'intervento, ne attua la sua esecuzione diretta e misura i risultati ottenuti e gli outcomes di salute, attraverso strumenti validati.

All'interno dell'équipe multidisciplinare il Fisioterapista partecipa attivamente al progetto di cura negli ambiti di propria competenza.

La PCC non è menzionata nei codici deontologici del farmacista (2018), del medico veterinario (2019), della professione di chimico e di fisico (2024), della professione di biologo (2024), degli psicologi italiani (2024).

3. La PCC nei «Principi fondamentali» dei codici deontologici del 2025 delle professioni afferenti alla Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP)

Riveste interesse la modalità con cui è stato elaborato il tema della PCC da parte della Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP). Si tratta di un nuovo ordine professionale, nato con la legge 11 gennaio 2018, n. 3, che raccoglie attualmente 18 professioni sanitarie. Fra gli incombenenti della nuova FNO TSRM e PSTRP vi è l'emanazione dei codici deontologici di tali professioni,³ secondo quanto disposto nel comma 3, lettera c), dell'art. 1, nel comma 3 dell'art. 7 e nel comma 12 dell'art. 8 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, come modificato dalla legge 3/2018.

³ L. BENCI, *La riforma degli Ordini professionali e i Codici deontologici. Un gran pasticcio (seconda parte)*, in *Quotidiano Sanità* 5 gennaio 2018, http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=57618 (ultima consultazione 3 febbraio 2025).

Di 16 di queste professioni sanitarie è stato recentemente approvato, in data 31 gennaio 2025, una nuova versione del codice deontologico. Si tratta di 16 codici deontologici autonomi, fra loro coordinati, ognuno dei quali è costituito da una prima sezione intitolata «Principi fondamentali» che contiene 48 articoli uguali e da una seconda sezione «Regole comportamentali» con articoli a volte coincidenti, a volte simili, a volte con peculiarità differenti.

La pianificazione condivisa compare, inserita nella locuzione «pianificazione condivisa degli interventi», in un articolo con testo uguale, fra i «Principi fondamentali», in tutti i codici deontologici, ed è inoltre più specificamente disciplinata, come PCC, nella sezione «Regole comportamentali» della maggior parte dei codici deontologici approvati il 31 gennaio 2025.

Gli attuali «Principi fondamentali» dei codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP sono stati approvati autonomamente il 3 luglio 2021 in un documento denominato «Costituzione etica»;⁴ successivamente, come previsto fin dall'epoca della sua redazione,⁵ il contenuto della Costituzione etica è entrato a far parte di ciascuno dei codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP senza alcuna modifica, con la denominazione «Principi fondamentali». In precedenza nella Costituzione etica e attualmente nei Principi fondamentali dei codici deontologici approvati il 31 gennaio 2025, è contenuto un articolo comune, il 24, che riporta nel titolo la «pianificazione condivisa degli interventi». Questa locuzione è in evidente connessione con quella leggermente diversa, che in genere menziona espressamente la PCC, utilizzata nelle «Regole comportamentali» della maggior parte dei codici deontologici. I singoli codici deontologici adottano dunque un titolo coerente con l'espressione usata nella legge n. 219 e caratterizzano il contributo alla PCC da parte della professione che rappresentano.

«Principi fondamentali» dei codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP (2025).

Art. 24 - Informazione alla persona nella relazione di cura.

[7] Nella pianificazione condivisa degli interventi, il professionista sanitario fornisce alla persona, in termini comprensibili, tutte le informazioni per consentire di verificarne, per quanto possibile, l'adeguatezza rispetto alle buone pratiche basate sulle evidenze scientifiche disponibili.

Il settimo comma dell'art. 24 di ogni singolo codice deontologico delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP del 2025 riguarda la pianificazione condivisa degli interventi. È descritta in particolare l'attività informativa del professionista sanitario nei confronti della persona. Nei «Principi fondamentali», il sostantivo «persona» è adottato in conformità al secondo comma dell'art. 1, che recita «nella relazione di cura, il concetto di persona afferisce [...] alla persona assistita e alla persona di riferimento». Il settimo comma dell'art. 24 intende quindi il termine persona sia come persona assistita sia

⁴ Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, *Costituzione etica*, <https://www.tsrp-pstrp.org/wp-content/uploads/2021/07/Costituzione-Etica-7-LUGLIO-2021.pdf> (ultima consultazione 3 febbraio 2025). Per un commento, si rinvia a: A. APRILE, V. PALERMO, *La Costituzione etica del nuovo Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione*, in *Decidere in Medicina*, 21, 2021, 47 ss.

⁵ A. APRILE, D. RODRIGUEZ, *Verso un codice deontologico unitario per le professioni sanitarie del nuovo ordine multialbo*, in *Rivista Italiana di Medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 40, 4, 2018, 1537 ss.

come persona di riferimento, a ciascuna delle quali, quindi, va conferita l'informazione in termini comprensibili. Considerato che l'art. 4 dei codici deontologici identifica la persona di riferimento con chi «si prende cura della persona assistita», nel concetto di persona di riferimento dell'art. 24 possono essere compresi sia i familiari del paziente sia la parte dell'unione civile sia il convivente sia la persona di sua fiducia, citati nel comma 2 dell'art. 5 della legge n. 219. La terminologia è differente ma concettualmente il disposto dell'art. 24 dei codici deontologici è rispettoso delle indicazioni di legge.

Il contenuto dell'informazione da fornire secondo l'art. 24 è peculiare, dato che è focalizzato sul fatto che possa consentire alla persona di verificarne l'adeguatezza rispetto alle buone pratiche basate sulle evidenze scientifiche disponibili; forse l'intenzione degli estensori dell'articolo era di affermare che le informazioni devono consentire al paziente una scelta di cura adeguata e che ciò è possibile solo se esse sono coerenti con dette buone pratiche.

L'adozione della locuzione «pianificazione condivisa degli interventi» nell'art. 24 merita una riflessione. A questo proposito, sono da ricordare, in primo luogo, il terzo comma dell'art. 5 dei codici deontologici della FNO TSRM e PSTRP, che prevede che «gli interventi del professionista sanitario sono condivisi con la persona assistita e sono basati sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto dei suoi bisogni di salute» e, in secondo luogo, l'art. 45, per cui «l'equità [...] si basa su una progettualità condivisa ed espressamente dichiarata, commisurata alle differenti condizioni delle singole persone e delle comunità, alla intensità dei loro bisogni e alle risorse rese disponibili». L'art. 5 vincola gli interventi del professionista alla condivisione con la persona assistita e l'art. 45 dichiara il concetto che la progettualità è condivisa ed esplicitamente dichiarata. Di conseguenza, è evidente la analogia concettuale delle espressioni, testualmente non coincidenti, di PCC della legge n. 219 e di pianificazione condivisa degli interventi dei codici deontologici della FNO TSRM e PSTRP.

La lieve differenza testuale che compare nell'art. 24 può essere interpretata come derivante dalla difficoltà degli estensori dei codici deontologici di accettare automaticamente, nell'allora Costituzione etica, un linguaggio conferente ai disposti dell'art. 5 della legge n. 219, che ha margini di ambiguità, poiché cita solo la figura del medico per ciò che riguarda la realizzazione della PCC in sé e l'intera équipe solo in quanto soggetta al vincolo delle decisioni maturate all'interno della PCC, dalla cui elaborazione poteva sembrare esclusa.

In definitiva, terminologia e contenuto dell'art. 24, comune a tutti i codici deontologici della FNO TSRM e PSTRP, sono da valutare coerenti con i disposti dell'art. 5 della legge n. 219.

4. La PCC nelle «Regole comportamentali» dei codici deontologici del 2025 delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP

Quindici dei sedici codici deontologici della FNO TSRM e PSTRP approvati il 31 gennaio 2025 contengono un articolo dedicato alla PCC.

Il contenuto di alcuni articoli è limitato a pochi concetti essenziali.

L'art. 65 del codice deontologico dell'ortottista si limita ad una descrizione lapidaria della partecipazione del professionista alla PCC, all'interno dell'équipe multidisciplinare, negli ambiti di propria competenza.

Codice deontologico dell'Ortottista (2025)

Art. 65 - Pianificazione condivisa delle cure

L'Ortottista, all'interno dell'équipe multidisciplinare, partecipa alla pianificazione condivisa delle cure negli ambiti di propria competenza.

Parimenti sintetico è l'art. 64 del codice deontologico dell'igienista dentale, analogo al precedente, ma che nel testo si riferisce al «progetto di cura», da ritenere concettualmente equivalente alla PCC espressamente menzionata nel titolo.

Codice deontologico dell'Igienista dentale (2025)

Art. 64 - Pianificazione condivisa delle cure

L'Igienista dentale, all'interno dell'équipe multidisciplinare, partecipa al progetto di cura negli ambiti di propria competenza.

Il codice deontologico del tecnico della riabilitazione psichiatrica differisce dal primo citato, perché nel suo art. 66 manca la specificazione, invero superflua, che la partecipazione alla PCC avviene all'interno dell'équipe multidisciplinare.

Codice deontologico del Tecnico della riabilitazione psichiatrica (2025)

Art. 66 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Tecnico della riabilitazione psichiatrica partecipa alla pianificazione condivisa delle cure negli ambiti di propria competenza.

Il codice deontologico del logopedista tratta l'argomento PCC all'art. 65, che è costituito da un primo comma uguale a quello del codice del tecnico della riabilitazione psichiatrica, a cui si aggiunge un secondo comma in cui si ribadisce che il logopedista rispetta le scelte consapevoli della persona assistita, con una indicazione da considerare specifica per la PCC, visto che analogo concetto è già espresso in altri passi di detto codice deontologico.

Codice deontologico del Logopedista (2025)

Art. 65 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Logopedista partecipa alla pianificazione condivisa delle cure negli ambiti di propria competenza. Il Logopedista rispetta le scelte consapevoli della persona assistita.

Il codice deontologico del tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare segue lo schema del codice dell'igienista dentale con un'aggiunta: il suo art. 58 usa nel testo la locuzione «progetto di cura», che è da considerare equivalente alla «PCC» riportata nel titolo dell'articolo, ed inoltre specifica che la partecipazione del professionista è attiva.

Codice deontologico del Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (2025)

Art. 65 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, all'interno dell'équipe multidisciplinare, partecipa attivamente al progetto di cura negli ambiti di propria competenza.

Altri codici deontologici recano indicazioni più analitiche.

Mentre i codici deontologici sinora considerati si limitano a riferire che la partecipazione del professionista alla PCC avviene «negli ambiti di propria competenza», il codice deontologico del tecnico di neurofisiopatologia cerca di precisare meglio questa clausola, specificando all'art. 68 che deve essere

posta attenzione «agli aspetti metodologici di propria competenza inerenti tecnologie e procedure in ambito neurofisiologico».

Codice deontologico del Tecnico di neurofisiopatologia (2025)

Art. 68 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Tecnico di neurofisiopatologia, all'interno della équipe multidisciplinare, partecipa alla pianificazione condivisa delle cure rivolte alla persona assistita, dedicando attenzione agli aspetti metodologici di propria competenza inerenti tecnologie e procedure in ambito neurofisiologico.

In senso analogo, l'art. 68 del codice deontologico del tecnico sanitario di radiologia medica qualifica gli aspetti di competenza, citando specifiche tecnologie, tecniche e metodologie; anche in questo codice, come in alcuni dei precedenti, non compare la specificazione, verosimilmente reputata superflua, «all'interno dell'equipe multidisciplinare».

Codice deontologico del Tecnico sanitario di radiologia medica (2025)

Art. 68 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Tecnico sanitario di radiologia medica partecipa alla pianificazione condivisa delle cure, dedicando attenzione agli aspetti di propria competenza su tecnologie, tecniche e metodologie, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'uso di radiazioni ionizzanti, di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica, di mezzi di contrasto e radiofarmaci e ogni altra tecnologia o agente fisico impiegati a scopo diagnostico o terapeutico.

Il codice deontologico del terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, all'art. 67, non menziona l'equipe sanitaria ma sottolinea che la PCC avviene in collaborazione ed in coordinamento con gli altri professionisti sanitari e attesta la partecipazione alla PCC della persona di riferimento oltre che della persona assistita. Come già indicato, l'art. 4 identifica la persona di riferimento con chi «si prende cura della persona assistita».

Codice deontologico del Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (2025)

Art. 67 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, in collaborazione con gli altri professionisti sanitari, si coordina con gli stessi per pianificare la cura condivisa con la persona assistita e la persona di riferimento.

Il codice deontologico del tecnico ortopedico propone all'art. 68 la partecipazione del professionista alla pianificazione (non meglio determinata) delle cure – nel titolo dell'articolo è chiarito trattarsi di «PCC» – e al piano terapeutico-riabilitativo; in ogni caso, si focalizza il suo ruolo di componente dell'equipe sanitaria, la specificità delle sue competenze e il dovere di attenersi a quanto condiviso tra professionisti sanitari e persona assistita.

Codice deontologico del Tecnico ortopedico (2025)

Art. 65 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Tecnico ortopedico, quale componente della equipe sanitaria e per le sue specifiche competenze, prende parte alla pianificazione delle cure, concorre alla redazione del piano terapeutico-riabilitativo e alla individuazione dei dispositivi medici e dei relativi requisiti tecnici, attenendosi a quanto è stato oggetto di condivisione tra professionisti sanitari e persona assistita.

Il codice deontologico del dietista è ricco di precisazioni. L'art. 66 specifica inizialmente che detto professionista è coinvolto nella PCC solo in alcune occasioni e che, quando ciò avviene, egli partecipa alla loro elaborazione, relazionandosi con gli altri professionisti sanitari in un'ottica interdisciplinare. Nel secondo comma, compare la parola «intervento», in un contesto tuttavia diverso da quello dell'art. 24; infatti, qui, la pianificazione riguarda l'intervento nutrizionale, individuato sulla base della diagnosi nutrizionale e del quadro clinico, tenendo in considerazione le preferenze della persona assistita; il testo si conclude con la descrizione della metodologia di detto intervento.

Codice deontologico del Dietista (2025)

Art. 66 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Dietista, quando coinvolto nella pianificazione condivisa delle cure, partecipa alla loro elaborazione, relazionandosi con gli altri professionisti sanitari, in un'ottica interdisciplinare.

Il Dietista pianifica l'intervento nutrizionale individuato sulla base della diagnosi nutrizionale e del quadro clinico, tenendo in considerazione le preferenze della persona assistita, il potenziale d'impatto e le risorse disponibili; definisce gli obiettivi clinico-nutrizionali di breve, medio e lungo termine, il tempo, la frequenza e l'intensità dell'assistenza nutrizionale, i controlli e gli interventi successivi; modifica l'intervento nutrizionale in rapporto all'evoluzione dello stato nutrizionale e dei bisogni della persona assistita.

Il codice deontologico del terapeuta occupazionale precisa, all'art. 66, che la pianificazione condivisa riguarda le cure della persona e focalizza il fatto che il professionista ne sostiene autonomia, bisogni, interessi e aspirazioni.

Codice deontologico del Terapeuta occupazionale (2025)

Art. 66 - Pianificazione condivisa delle cure

Il Terapeuta occupazionale partecipa, come componente dell'equipe, alla pianificazione condivisa delle cure della persona, sostenendo la sua autonomia, i suoi bisogni, i suoi interessi e le sue aspirazioni.

Il codice deontologico dell'assistente sanitario intitola l'art. 75 «PCC»; nel testo si riferisce – riprendendo la terminologia dell'art. 24 dei «Principi fondamentali» del codice – alla «pianificazione condivisa degli interventi di prevenzione, promozione ed educazione alla salute» e dettaglia gli aspetti di propria competenza; manca la specificazione, riportata in quasi tutti gli altri codici, qui attendibilmente ritenuta superflua, che la partecipazione alla pianificazione avviene all'interno dell'equipe multidisciplinare.

Codice deontologico dell'Assistente sanitario (2025).

Art. 75 -Pianificazione condivisa delle cure.

L'Assistente sanitario partecipa alla pianificazione condivisa degli interventi di prevenzione, promozione ed educazione alla salute, dedicando particolare attenzione agli aspetti di propria competenza relativi alla sorveglianza, alla prevenzione e al controllo dei rischi per la salute dell'individuo e della popolazione, con specifico riferimento ai rischi ambientali, occupazionali e alle esposizioni a fattori di rischio fisico, chimico e biologico.

Anche il codice deontologico del tecnico sanitario di laboratorio biomedico adotta nel testo dell'art. 67 un lessico difforme rispetto al titolo, dedicato alla «PCC»; anche qui, riprendendo la terminologia dell'art. 24 dei «Principi fondamentali» del codice, si afferma la partecipazione del professionista alla «pianificazione degli interventi diagnostici territoriali», specificando che tratta di attività svolta con gli

altri operatori delle equipe multiprofessionali, e si dichiara che il ruolo professionale è volto a garantire la qualità analitica e la funzionalità delle strumentazioni utilizzate. I due aggettivi che descrivono gli interventi sono peculiari: il primo riguarda il versante diagnostico e il secondo l'aspetto territoriale. La partecipazione a una PCC a livello territoriale è un *unicum* nei codici deontologici,⁶ da collocare – anche se l'art. 67 non ne fa menzione – nel contesto di un modello di medicina di prossimità che – secondo le previsioni del decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022 , n. 77 – superi la centralità dell'ospedale ed in cui il tecnico sanitario di laboratorio biomedico possa assumere un ruolo innovativo, specificamente fornendo informazioni sugli esami diagnostici proposti e sulla gestione dei rischi connessi anche nell'ambito della PCC.

Codice deontologico del Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (2025)

Art. 67 - Pianificazione condivisa delle cure

[...] Il Tecnico sanitario di laboratorio biomedico partecipa, con gli altri operatori delle equipe multiprofessionali, alla pianificazione degli interventi diagnostici territoriali, garantendo la qualità analitica attraverso la gestione dei controlli di qualità e gli interventi tecnico-professionali per assicurare la funzionalità ottimale delle strumentazioni utilizzate.

Anche il codice deontologico del tecnico audioprotesista si riferisce alla pianificazione condivisa degli interventi nell'art. 57, intitolato «attenzione ai bisogni di salute», in cui si sottolinea la collaborazione con la persona assistita e si usano espressioni complesse, che lasciano immaginare che questo professionista possa avere un ruolo nella promozione di tale pianificazione.

Codice deontologico del Tecnico audioprotesista (2025)

Art. 57 Attenzione ai bisogni di salute

[...] Il Tecnico audioprotesista promuove la collaborazione con la persona assistita anche in relazione alle prescrizioni individuate nella pianificazione condivisa degli interventi.

Molto generico è, all'art. 51, il codice deontologico del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, che è descritto come responsabile della pianificazione degli atti svolti nell'esercizio della propria attività professionale, precisandosi subito dopo che egli «collabora con altre figure professionali nelle attività di programmazione [...] del lavoro». Si tratta di professione sanitaria che, non svolgendo attività direttamente connessa alla relazione con singoli pazienti, non può avvalersi di una

⁶ Vari studi documentano le, invero non numerose, esperienze sull'*advance care planning* nell'ambito della medicina generale: A. DE VLEMINCK, D. HOUTTEKIER, L. DELIENS, R. VANDER STICHELE, K. PARDON, *Development of a complex intervention to support the initiation of advance care planning by general practitioners in patients at risk of deteriorating or dying: a phase 0-1 study*, in *BMC Palliative Care*, 15, 2016, 17; J. RISK, L. MOHAMMADI, J. RHEE, L. WALTERS, P.R. WARD, *Barriers, enablers and initiatives for uptake of advance care planning in general practice: a systematic review and critical interpretive synthesis in British Medical Journal Open*, 9, 2019, e030275; S. DIERICKX, K. PARDON, P. PYPE, J. STEVENS, R. VANDER STICHELE, L. DELIENS, A. DE VLEMINCK, *Facilitating the initiation of advance care planning between general practitioners and patients with a chronic life-limiting illness: an exploratory phase II pilot cluster-randomized controlled trial*, in *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*, 12, 2022, e3: e460-e463; J. STEVENS, R. MIRANDA, P. PYPE, K. EECLOO, L. DELIENS, A. DE VLEMINCK, K. PARDON, *Complex advance care planning intervention in general practice (ACP-GP): a cluster-randomised controlled trial*, in *British Journal of General Practice*, 74(739), 2024, e78-e87.

PCC; riveste interesse che nel codice deontologico vi sia comunque il richiamo ad una procedura che evoca alcune analogie con la PCC, pur non essendo sovrapponibile ad essa, mancando inesorabilmente il confronto con i pazienti che la caratterizza.

Codice deontologico del Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (2025)

Art. 51 - Competenze

Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro è responsabile della pianificazione, esecuzione e qualità degli atti svolti nell'esercizio della propria attività professionale; collabora con altre figure professionali all'attività di programmazione e di organizzazione del lavoro con riferimento alla struttura in cui opera e, in caso di attività libero professionale, con i rispettivi committenti e con i soggetti con cui si relaziona.

Dei codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP approvati nel 2025, solo il codice deontologico del tecnico audiometrista non reca alcuna disposizione inerente o assimilabile alla PCC.

5. Discussione

Nel codice di deontologia medica la considerazione del tema della pianificazione anticipata delle cure ha preceduto la produzione legislativa dello Stato in materia di PCC. Invero il codice di deontologia medica menziona la pianificazione anticipata delle cure in modo sommesso, senza entrare in dettagli descrittivi, e si limita a raccomandare la sua corretta registrazione nella cartella clinica. Comunque, il non aver descritto contenuto e obiettivi della pianificazione non comporta una valutazione negativa, perché l'indicazione di contenuto e obiettivi avrebbe potuto essere considerata – anche al tempo (anno 2014) della redazione del codice di deontologia medica – superflua, stante la disponibilità, per i medici, di letteratura scientifica a riguardo; resta tuttavia la considerazione che, su un argomento così innovativo, la funzione andragogica del codice di deontologia avrebbe potuto concretizzarsi almeno in qualche indicazione pratica sulla metodologia e sugli obiettivi della procedura.

La versione del 13 aprile 2019 del codice deontologico delle professioni infermieristiche, la prima promulgata dopo la legge n. 219, ha menzionato la PCC adottando la stessa terminologia della legge.

Tale codice si esprime tuttavia cautamente, perché si limita ad affermare che l'infermiere «riconosce l'importanza [...] della pianificazione condivisa delle cure» e non dichiara espressamente il fatto che l'infermiere ha titolo di parteciparvi. Preso atto di questa cautela testuale, occorre andare oltre il semplice riconoscimento dell'importanza della PCC e sostenere la partecipazione dell'infermiere alla sua realizzazione. Il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, che reca il profilo professionale dell'infermiere, prevede, al comma 3 dell'art. 1, che «l'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona della collettività e formule relativi obiettivi; c) pianifica gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;... e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali». Come si vede, il profilo professionale afferma la competenza dell'infermiere in fatto di relazione, di

pianificazione in genere e di integrazione con altre professioni e descrive alcune delle sue funzioni che, considerate nel loro insieme, corrispondono a qualità caratterizzanti la PCC.⁷

Il “semplice” riconoscimento dell'importanza della PCC, affermato nel codice deontologico delle professioni infermieristiche, ha quale logica conseguenza, stanti le funzioni individuate nel profilo professionale, la congruità della partecipazione dell'infermiere, quando sia parte dell'equipe curante, alla PCC.

Lo stesso ragionamento va fatto a proposito della analoga figura professionale dell'infermiere pediatrico, pure disciplinata dal codice deontologico delle professioni infermieristiche. Il D.M. 17 gennaio 1997, n. 170, recante il regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico, reca disposizioni analoghe a quelle precedentemente citate del profilo professionale dell'infermiere. Infatti, il comma 3 dell'art. 1 recita:

«l'infermiere pediatrico:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del neonato, del bambino, dell'adolescente, della famiglia;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, conduce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico pediatrico; [...]
- f) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli operatori sanitari e sociali; [...]

Ciò significa che quando la PCC concerne una persona minore di età, è ineludibile la partecipazione alla elaborazione della stessa anche dell'infermiere pediatrico dell'equipe curante.

La precedente interpretazione è coerente con ciò che si puntualizza nel Commentario al codice deontologico delle professioni infermieristiche⁸ a proposito della PCC: «Gli infermieri non solo riconoscono, mettono anche in atto quotidianamente percorsi assistenziali in cui i processi decisionali siano condivisi [...]».

La collocazione della PCC, nel predetto codice, nel contesto di un articolo dedicato alla «cura nel fine vita» determina una limitazione non condivisibile. Si tratta tuttavia di una limitazione da considerare meramente formale; una volta affermato il principio della partecipazione dell'infermiere dell'equipe curante alla realizzazione della PCC, questa attività potrà essere espletata anche nelle PCC che riguardano qualsiasi condizione clinica in cui se ne rilevi l'opportunità.

I codici deontologici delle 15 professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, approvati il 31 gennaio 2025, che trattano la PCC, possono essere presi in considerazione nel loro insieme. Preliminarmente bisogna tener presente che la loro redazione è avvenuta circa otto anni dopo la promulgazione della legge n. 219 e che gli articoli attinenti alla PCC si collocano nel solco tracciato dall'art. 5 di tale legge, per cui alcune questioni sono ormai assodate, mentre altre necessitano ancora di una valutazione definitiva. I

⁷ Una riflessione analoga è sviluppata nel paragrafo *L'infermiere e la PCC* del seguente articolo: M. FOGLIA, E. FURLAN, A. GUERRONI, A. FILIPPINI, *Professionisti della salute e PCC: opportunità, ostacoli, bisogni formativi*, in questo fascicolo.

⁸ AA. VV., *Commentario al nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche*, Roma, 2020, 53, <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf> (ultima consultazione 3 febbraio 2025).

codici deontologici hanno tendenzialmente dedicato maggior attenzione a queste ultime questioni ancora aperte.

L'elemento unificante questi codici deontologici è il settimo comma dell'art. 24 comune a tutti, sia pure gravato dal fatto di riguardare la «pianificazione condivisa degli interventi». Forse la scelta del sostantivo «interventi» anziché «cure» nasce dalla idea dell'opportunità di affermare con cautela un principio fondante, unitario, che propugnava la partecipazione alla PCC anche di professionisti sanitari non medici. È ragionevole attribuire questa cautela al timore che, nelle realtà cliniche, la partecipazione alla PCC di un dato professionista sanitario potesse essere respinta di per sé, dato che l'art. 5 della legge n. 219 non ne fa menzione oppure che la partecipazione avrebbe potuto essere considerata inadeguata, poiché qualcuno potrebbe ritenere che alcune professioni sanitarie abbiano scarsa consuetudine con la relazione di cura.

Analoghe riflessioni possono essere sviluppate sul passaggio, comune a più codici deontologici, con cui si dà enfasi alla partecipazione alla PCC del professionista «negli ambiti di propria competenza»; questa frase esprime un concetto ovvio e a tutta prima superfluo ma che può essere ritenuto opportuno, se l'intenzione degli estensori dei codici deontologici era quello di contenere l'eventuale obiezione che il professionista potesse non attenersi alla propria competenza.

I professionisti sanitari conoscono bene le loro competenze e l'esperienza Covid ha dimostrato che tutte le professioni sanitarie, anche quelle dell'area tecnico-diagnostica, hanno competenza relazionale⁹ e quindi si tratta di cautele che dovrebbero essere abbandonate, perché le precedentemente ipotizzate obiezioni alla partecipazione dei professionisti alla PCC non hanno ragione di esistere.

Alcuni codici deontologici si spingono a precisare le specifiche competenze del professionista nell'ambito della PCC; queste precisazioni hanno un valore didascalico circa il ruolo del professionista interessato nell'ambito della pianificazione condivisa e approfondiscono la formula generica circa la competenza a cui attenersi, dichiarata in vari codici. Anche esse possono ritenersi superflue in base a quanto appena sopra considerato.

Pure il richiamo al fatto che la PCC avvenga all'interno dell'equipe multiprofessionale appare enfatico, dato che si tratta di un concetto assolutamente ovvio. È da ritenere che con questo continuo richiamo all'equipe multiprofessionale, i professionisti che ricorrono a questa espressione nel loro codice deontologico, intendano rimarcare il fatto che essi, in quanto componenti dell'equipe, citata nell'art. 5 della legge n. 219, hanno titolo di partecipare alla PCC.

Nell'art. 24 dei «Principi fondamentali» dei codici deontologici delle professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, è rappresentato un professionista sanitario che opera «nella» pianificazione condivisa,

⁹ Qualche indicazione in questo senso può desumersi da: M. CINGOLANI, *La medicina ai tempi del coronavirus: relazione medico paziente, diagnosi, terapia e responsabilità nell'emergenza Covid-19*, in E. CALZOLAIO, M. MECCARELLI, S. POLLASTRELLI, *Il diritto nella pandemia. Temi, problemi, domande*, Macerata, 2020, 163 ss; G. DI FEDERICO, *Unione europea della salute, emergenze e professioni critiche: verso una disciplina ad hoc per gli operatori sanitari?* in *Eurojus*, 10(4), 2023, 147 ss; S. RONCHI, J. BELTRAN, R. MILOS, S. RANCATI, I.M. ROSI, R. ACCARDI, *Aderenza ai percorsi diagnostico-terapeutici durante la pandemia da COVID-19. Una revisione narrativa della letteratura in Italian Journal of Nursing*, 38, 2022, 25 ss.

descritto mentre fornisce informazioni; è come se si sostenesse la partecipazione del professionista alla pianificazione – anche se non compare il sostantivo "partecipazione" – e non solo il riconoscimento della sua importanza, come avviene nel codice deontologico delle professioni infermieristiche. Nella sezione delle «Regole comportamentali» dei vari codici deontologici, gli articoli attinenti alla PCC adottano nella stragrande maggioranza dei casi la voce verbale «partecipa» (alla PCC), il che equivale alla dichiarazione esplicita di quanto comunque intuibilmente già contenuto nel citato art. 24.

I contributi di questi professionisti, quando partecipano alla PCC, non sono la duplicazione di quello che può provenire dal medico con specialità pertinente alla stessa area del professionista sanitario, perché quest'ultimo ha in genere una peculiare sensibilità rispetto ai bisogni dei pazienti e alle loro progettualità di vita ed è in grado di fornir loro dettagli pratici circa le caratteristiche del coinvolgimento personale in un dato accertamento o in una data procedura, circa la sofferenza o il dolore che possono sorgere in determinate situazioni, sia nel caso che la persona paziente aderisca a determinati interventi sia qualora li rifiuti.

In definitiva, se la menzione relativamente dettagliata nei codici deontologici di alcuni aspetti ovvi può apparire motivata, occorre affrancarsi da ciò che li sembra giustificare, cioè dall'idea (sbagliata) che il professionista sanitario non possa partecipare alla PCC perché egli non è esplicitamente nominato nell'art. 5 della legge n. 219.

Altri aspetti ovvi – in quanto coerenti con l'art. 5 della legge n. 219 – sono citati, sia pure saltuariamente e solo in alcuni singoli codici deontologici.

Il codice deontologico del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva nomina, tra i partecipanti alla PCC, la persona di riferimento, cioè chi «si prende cura della persona assistita», riferendosi quindi, sia pure con un lessico diverso, ad uno dei componenti della rete di prossimità riportati nell'ultima parte del comma 2 dell'art. 5.

I bisogni della persona assistita sono menzionati nei codici deontologici del dietista, del tecnico audiometrista e del terapeuta occupazionale, il quale ultimo li ricorda insieme con autonomia, interessi ed aspirazioni.

Il rispetto delle scelte consapevoli compare nel codice deontologico del logopedista.

Il codice del tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare raccomanda che la partecipazione avvenga attivamente.

L'informazione nell'ambito della pianificazione è richiamata per tutti i professionisti nel settimo comma dell'art. 24 dei «Principi fondamentali».

Si tratta di spunti pertinenti, superflui perché ovvi, che possono essere di utile riferimento, considerati nel loro insieme, per chi voglia focalizzare in modo sistematico le regole di funzionamento della PCC.

Uno spunto non ovvio è quello offerto dal codice deontologico del tecnico sanitario di laboratorio biomedico che afferma la partecipazione del professionista alla «pianificazione degli interventi diagnostici territoriali».

6. Conclusioni

È difficile ricostruire la diffusione della cultura e della prassi – che non necessariamente vanno di pari passo – della PCC fra le professioni sanitarie in genere e, in particolare, fra le professioni

infermieristiche, che per prime la hanno menzionata nella loro codificazione deontologica, e fra le professioni afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, che hanno da ultime affrontato il tema nei loro codici deontologici.

Analogamente è difficile comprendere se le indicazioni dei codici deontologici siano espressione di esperienze maturate concretamente oppure se si tratti di dichiarazioni di adesione culturale al principio della PCC da parte di una data professione sanitaria.

Nei codici deontologici si coglie comunque un atteggiamento ambivalente rispetto alle norme di legge in tema di PCC: da un lato è possibile constatare che alcune affermazioni sono fatte cautamente, attendibilmente nel timore di forzare le regole della legge n. 219, dall'altro che vi è consapevolezza che si tratti di una attività con cui si realizza la relazione con il paziente che non può avere preclusioni o vincoli formali di legge.

Il lungo silenzio in merito alla PCC, seguito all'approvazione nel 2019 del codice deontologico delle professioni infermieristiche, è stato interrotto nel 2025 dalla massiccia produzione deontologica delle professioni sanitarie afferenti alla FNO TSRM e PSTRP, che testimonia l'attenzione al tema di questi professionisti intenzionati a promuovere tutte le attività che permettano uno sviluppo leale della relazione di cura ed il rispetto dell'autodeterminazione della persona paziente.

È auspicabile che questa recente produzione deontologica solleciti anche altre professioni ad aggiornare i loro codici deontologici inserendo un articolo in cui sia affermata la loro adesione al principio e la loro partecipazione alla pratica della PCC.

I codici deontologici – attuali e futuri – possono contribuire alla ulteriore maturazione del processo di consapevolezza dei professionisti sanitari concretizzabile in una duplice potenzialità: da un lato, di essere promotori di una realtà in cui ogni componente dell'equipe di cura – non solo i medici – abbia la sensibilità per saper assumere l'iniziativa di proporre la PCC; dall'altro lato, di essere latori di attività educative volte a diffondere la cultura della PCC fra le persone assistite e a dar loro consapevolezza che i pazienti stessi hanno facoltà – nel silenzio dell'art. 5 della legge n. 219 al riguardo – di chiedere, secondo il loro legittimo bisogno, la realizzazione della PCC che li riguarda.