

Il presente modulo contiene le disposizioni mediche in merito ai trattamenti di sostegno vitale. L'operatore sanitario deve compilare il modulo MOLST sulla base delle attuali condizioni cliniche del paziente, dei suoi valori e delle sue volontà. Qualora il paziente non sia in grado di prendere decisioni di carattere medico, le disposizioni devono rispecchiare le sue volontà, come meglio interpretate dal fiduciario sanitario o dal sostituto decisionale. Il modulo MOLST deve essere firmato dal medico che rilascia le disposizioni, cui devono attenersi tutti gli operatori sanitari in caso di trasferimento del paziente ad altre strutture, salvo decisione di un medico che, previo esame del paziente, riveda tali disposizioni e annulli il presente modulo. Le istruzioni generali per la compilazione del modulo MOLST si trovano a pagina 4.

In genere le MOLST riguardano pazienti con gravi problemi di salute. Il paziente o altro soggetto con potere decisionale devono collaborare con il medico, l'infermiere specializzato o l'assistente medico che rilasceranno le disposizioni e valutare la possibilità di chiedere loro di compilare un modulo MOLST qualora il paziente:

- Desideri evitare o ricevere uno o tutti i trattamenti di sostegno vitale.
- Risieda in una residenza sanitaria assistenziale a lungo termine o necessiti di servizi di assistenza a lungo termine.
- Sia a rischio di decesso entro l'anno successivo.

Se il paziente presenta una disabilità intellettiva o dello sviluppo (intellectual or developmental disability, I/DD) e non è in grado di decidere, le disposizioni devono essere rilasciate da un medico (non da un infermiere specializzato o da un assistente medico). Prima di firmare il modulo MOLST, il medico deve seguire procedure specifiche e allegare la checklist dei requisiti legali compilata dall'Ufficio per persone con disabilità dello sviluppo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD). La presenza di un asterisco (*) sul modulo indica:

*Se la decisione riguarda un paziente adulto o minorenne affetto da disabilità intellettiva o dello sviluppo (I/DD), consultare le istruzioni a pagina 4 prima di procedere.

DISPOSIZIONI MEDICHE DI NON RIANIMARE (DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) E NON INTUBARE (DO-NOT-INTUBATE, DNI)

SEZIONE A Informazioni sul paziente

COGNOME/NOME/INIZIALE DEL SECONDO NOME DEL PAZIENTE

INDIRIZZO/CITTÀ/STATO/ZIP

NUMERO DI TELEFONO PRIORITARIO

DATA DI NASCITA (MM/GG/AAAA)

NUMERO eMOLST, se applicabile (NON È UN MODULO eMOLST)

Selezionare tutte le direttive anticipate che, in base alla propria conoscenza, sono state compilate

- ☐ Delega per l'assistenza sanitaria ☐ Testamento biologico ☐ Donazione di organi ☐ Documentazione relativa a disposizioni anticipate orali

SEZIONE B Disposizioni per la rianimazione quando il paziente non presenta polso e/o non respira

Selezionare una sola voce:

- ☐ Disposizioni per la CPR: Tentare la rianimazione cardiopolmonare (Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR)
☐ Disposizioni per la DNR: Non tentare la rianimazione (lasciare che la morte avvenga in modo naturale)

SEZIONE C Disposizioni relative all'intubazione per trattamenti di sostegno vitale quando il paziente presenta polso e respira

Supporto respiratorio: Ventilazione non invasiva e/o intubazione e ventilazione meccanica

- Selezionare una sola voce:
- ☐ Intubazione e ventilazione meccanica a lungo termine, compresa eventualmente la tracheotomia
☐ Periodo di prova con intubazione e/o ventilazione meccanica*
☐ Non intubare (DNI): Ricorrere esclusivamente la ventilazione non invasiva
☐ Non intubare (DNI) e Non ricorrere né alla ventilazione non invasiva, né alla ventilazione meccanica

SEZIONE D Consenso per le Sezioni B e C

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLE DECISIONI

- ☐ Solo in caso di consenso orale, lasciare in bianco la riga riservata alla firma
☐ In caso di consenso scritto firmare qui sopra

Chi è il responsabile delle decisioni:

- ☐ Paziente ☐ Fiduciario sanitario ☐ Sostituto decisionale per pazienti adulti ex FHCDA ☐ Sostituto decisionale per pazienti minorenni ex FHCDA
☐ Sostituto decisionale per pazienti adulti o minorenni con I/DD ex §1750-b

NOME IN STAMPATELLO DEL RESPONSABILE DELLE DECISIONI

DATA/ORA DEL CONSENSO

NOME IN STAMPATELLO DEL PRIMO TESTIMONE*

NOME IN STAMPATELLO DEL SECONDO TESTIMONE

SEZIONE E Firme del medico, dell'infermiere specializzato, dell'assistente medico per le Sezioni B e C

Nel caso in cui il consenso nella Sezione D sia stato dato da un Sostituto decisionale per un soggetto con disabilità intellettuale o dello sviluppo (I/DD) ai sensi del §1750-b, solo un medico può firmare questa sezione e solo se è stata compilata e allegata la Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD per i soggetti con I/DD (Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD).

FIRMA

NOME IN STAMPATELLO

NUMERO DI LICENZA

DATA/ORA

*Se la decisione riguarda un paziente adulto o minorenne affetto da disabilità intellettiva o dello sviluppo (I/DD), consultare le istruzioni a pagina 4.

Nome del paziente

ALTRE DISPOSIZIONI MEDICHE SUI TRATTAMENTI DI SOSTEGNO VITALE

SEZIONE F Altre disposizioni sui trattamenti di sostegno vitale

LINEE GUIDA PER I TRATTAMENTI

Selezionare una sola voce:

- ☐ Nessuna limitazione agli interventi medici
☐ Interventi medici limitati, esclusivamente come descritto di seguito
☐ Solo misure di sollievo. Prestare assistenza medica e cure con l'obiettivo primario di alleviare il dolore e gli altri sintomi

FUTURI RICOVERI/TRASFERIMENTI (SELEZIONARE UNA SOLA VOCE)

- ☐ Inviare in ospedale quando clinicamente necessario
☐ Non inviare in ospedale eccetto nei casi in cui sia impossibile gestire diversamente il dolore o i sintomi gravi

NUTRIZIONE E IDRATAZIONE SOMMINISTRATE ARTIFICIALMENTE

SONDA PER NUTRIZIONE ENTERALE

- Selezionare una sola voce:
- ☐ Sonda per nutrizione enterale
☐ Stabilire l'utilizzo o le limitazioni qualora se ne presenti la necessità*
☐ Non utilizzare sonde per nutrizione enterale

LIQUIDI PER VIA ENDOVENOSA

- Selezionare una sola voce:
- ☐ Liquidi per via endovenosa
☐ Stabilire l'utilizzo o le limitazioni a seconda delle necessità*
☐ Non somministrare liquidi per via endovenosa

ANTIBIOTICI

- Selezionare una sola voce:
- ☐ Somministrare antibiotici per trattare le infezioni
☐ Stabilire l'utilizzo e le limitazioni per gli antibiotici in caso di infezioni*
☐ Non somministrare antibiotici

DIALISI

- Selezionare una sola voce:
- ☐ Ricorrere alla dialisi per trattare l'insufficienza renale
☐ Stabilire l'uso o le limitazioni in caso di insufficienza renale*
☐ Non ricorrere alla dialisi

ALTRE DISPOSIZIONI MEDICHE E ISTRUZIONI (solo secondo quanto concordato con il medico, l'infermiere specializzato o l'assistente medico. Possono essere incluse istruzioni e obiettivi relativi alle sperimentazioni cliniche*. Se non è stato concordato altro, scrivere NESSUN'ALTRA DISPOSIZIONE.)

SEZIONE G Consenso per la Sezione F

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLE DECISIONI

- ☐ Solo in caso di consenso orale, lasciare in bianco la riga riservata alla firma
☐ In caso di consenso scritto firmare qui sopra

Chi è il responsabile delle decisioni:

- ☐ Paziente ☐ Fiduciario sanitario ☐ Sostituto decisionale per pazienti adulti ex FHCDA
☐ Sostituto decisionale per pazienti minorenni ex FHCDA ☐ Sostituto decisionale per pazienti adulti o minorenni con I/DD ex §1750-b

NOME IN STAMPATELLO DEL RESPONSABILE DELLE DECISIONI

DATA/ORA DEL CONSENSO

NOME IN STAMPATELLO DEL PRIMO TESTIMONE*

NOME IN STAMPATELLO DEL SECONDO TESTIMONE

SEZIONE H Firme del medico, dell'infermiere specializzato, dell'assistente medico per la Sezione F

Nel caso in cui il consenso nella Sezione G sia stato dato da un Sostituto decisionale per un soggetto con disabilità intellettuale o dello sviluppo (I/DD) ai sensi del §1750-b, solo un medico può firmare questa sezione e solo se è stata compilata e allegata la Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD per i soggetti con I/DD.

FIRMA

NOME IN STAMPATELLO

NUMERO DI LICENZA

DATA/ORA

*Se la decisione riguarda un paziente adulto o minorenne affetto da disabilità intellettuale o dello sviluppo (I/DD), consultare le istruzioni a pagina 4.

Nome del paziente

SEZIONE I Revisione e rinnovo

L'adeguatezza del presente MOLST deve essere verificata da un medico, un infermiere specializzato o un assistente medico* in base alle condizioni cliniche del paziente almeno ogni 90 giorni. Inoltre, il MOLST deve essere rivisto nell'eventualità in cui il paziente venga trasferito ad altre strutture di trattamento o qualora si verificano cambiamenti significativi delle sue condizioni cliniche (in meglio o in peggio), oppure se il paziente o altro responsabile delle decisioni indicato nella Sezione D cambi idea. Ad ogni revisione, il medico, l'infermiere specializzato o l'assistente medico* deve indicare se non vi sono cambiamenti o se il modulo è da considerarsi nullo. Il medico curante deve annullare il modulo se il paziente o un altro responsabile delle decisioni indicato nella Sezione D revoca il consenso a decisioni contenute nel MOLST o se il paziente si oppone a tali decisioni.

Anche se il MOLST non viene rivisto e rinnovato entro 90 giorni, l'ultimo MOLST compilato resta valido e deve essere rispettato.

Se il paziente era in possesso delle proprie facoltà mentali al momento di acconsentire alla decisione di non somministrare o interrompere trattamenti di sostegno vitale, il fiduciario sanitario o il sostituto decisionale non può modificare la decisione già presa dal paziente. Se a dare il consenso al presente MOLST è stato un fiduciario sanitario o un sostituto decisionale, lo stesso può continuare a prendere decisioni relative alla mancata somministrazione o all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in base alle attuali condizioni cliniche del paziente.

Data/ora	Nome in stampatello e firma del revisore	Luogo della revisione	Esito della revisione
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo
			☐ Nessun cambiamento ☐ Modulo annullato, è stato compilato un nuovo modulo ☐ Modulo annullato, nessun nuovo modulo

*Se la decisione riguarda un paziente adulto o minorenne affetto da disabilità intellettiva o dello sviluppo (I/DD), consultare le istruzioni a pagina 4 prima di procedere.

ISTRUZIONI GENERALI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO MOLST

Oltre al modulo MOLST, il Dipartimento della salute dello Stato di New York (New York State Department of Health) e l'OPWDD hanno elaborato delle checklist dei requisiti legali e istruzioni per facilitare la corretta compilazione del MOLST. Tali checklist hanno lo scopo di aiutare gli operatori sanitari a soddisfare i requisiti etici e legali associati alle decisioni relative ai trattamenti di sostegno vitale per tutti i pazienti.

Le leggi che regolano il processo decisionale per i pazienti adulti e minorenni ritenuti incapaci di prendere decisioni relative al MOLST sono la Legge sulla delega per l'assistenza sanitaria (Health Care Proxy Law), la Legge sulla sanità pubblica (Public Health Law, PHL) 29-C; la Legge sulle decisioni relative all'assistenza sanitaria familiare (Family Health Care Decisions Act, FHCDA), articoli 29-CC e CCC della PHL; e la Legge sulle procedure dei tribunali tutelari (Surrogate's Court Procedure Act, SCPA), sezione 1750-b. Si raccomanda (ma non è obbligatorio) l'uso delle checklist del Dipartimento della salute dello Stato per facilitare l'osservanza dei requisiti legali previsti dalla legislazione dello Stato di New York per i pazienti di qualsiasi età. È necessario compilare la checklist dell'OPWDD prima di compilare il MOLST per qualsiasi paziente adulto o minorenne con disabilità intellettiva o dello sviluppo (I/DD) che sia incapace di prendere decisioni mediche e non disponga di una delega per l'assistenza sanitaria. Tutti i testimoni devono assistere di persona alla manifestazione del consenso, sia esso espresso oralmente o per iscritto.

Le istruzioni del Dipartimento della salute dello Stato e le checklist dei requisiti legali per i pazienti adulti sono disponibili su:

www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/.

Pazienti adulti

Per i pazienti adulti esistono cinque distinte checklist del Dipartimento della salute dello Stato. La checklist più appropriata deve essere scelta in base alla capacità decisionale del paziente e al contesto.

- **Checklist n. 1** Pazienti adulti con capacità decisionale in ambito sanitario - in qualsiasi contesto
- **Checklist n. 2** Pazienti adulti senza capacità decisionale in ambito sanitario che dispongono di una delega per l'assistenza sanitaria - in qualsiasi contesto
- **Checklist n. 3** Pazienti adulti ricoverati in ospedale, in hospice o in casa di cura privi di capacità decisionale in ambito sanitario e sprovvisti di delega per l'assistenza sanitaria: il soggetto con potere decisionale è il Sostituto decisionale ai sensi della FHCDA
- **Checklist n. 4** Pazienti adulti ricoverati in ospedale, in hospice o in casa di cura privi di capacità decisionale in ambito sanitario, sprovvisti di delega per l'assistenza sanitaria e per i quali non è disponibile alcun sostituto decisionale ai sensi della FHCDA tra quelli presenti nell'elenco
- **Checklist n. 5** Pazienti adulti residenti sul territorio privi di capacità decisionale in ambito medico e sprovvisti di una delega per l'assistenza sanitaria

Pazienti minorenni assistiti da Sostituto decisionale ai sensi della FHCDA

- **Checklist n. 6** per pazienti minorenni – Pazienti minorenni per i quali le decisioni vengono prese ai sensi della FHCDA

*ISTRUZIONI PER LE DISPOSIZIONI MEDICHE RIGUARDANTI PAZIENTI ADULTI O MINORENNI CON DISABILITÀ INTELLETTUALI O DELLO SVILUPPO (I/ DD)

La **Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD** è **OBBLIGATORIA** per i pazienti di qualsiasi età con I/DD incapaci di decidere e che non dispongano di delega per l'assistenza sanitaria, indipendentemente dal contesto residenziale in cui si trovano. **Per i pazienti con I/DD, ai fini della validità del modulo MOLST, la Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD, una volta compilata, deve rimanere allegata al modulo MOLST cartaceo/stampato.**

La normativa che disciplina il processo decisionale varia a seconda che si tratti di pazienti adulti o minorenni con I/DD. Quando si deve prendere una decisione per conto di un paziente adulto o minorenne con I/DD che sia stato dichiarato incapace e che non disponga di procura per l'assistenza sanitaria, è necessario attenersi alla sezione 1750-b della Legge sulle procedure dei tribunali tutelari (SCPA).

- **Le Sezioni E ed H del presente modulo devono essere firmate esclusivamente da un medico**, e non da un infermiere specializzato o assistente medico.
- Nelle sezioni D e G del presente modulo, **uno dei testimoni deve essere il medico curante del soggetto interessato.**
- **Le revisioni della Sezione I del presente modulo devono essere effettuate esclusivamente da un medico**, e non da un infermiere specializzato o da un assistente medico.

Prima di compilare un modulo MOLST è obbligatorio completare la Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD per i soggetti con I/DD, compresa la notifica a specifici interlocutori e la risoluzione di eventuali obiezioni.

- Sia la Checklist dei requisiti legali per il MOLST dell'OPWDD relativi ai soggetti con I/DD, sia la procedura ai sensi della sezione 1750-b della SCPA si applicano ai pazienti adulti e minorenni con I/DD, **indipendentemente dall'età o dal contesto residenziale.**
- **Le decisioni relative alla sospensione o alla revoca dei trattamenti di sostegno vitale (life sustaining treatment, LST) per pazienti adulti e minorenni con I/DD** devono essere espressamente elencate e descritte nella fase 2 della Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD per i soggetti con I/DD e possono essere prese solo dopo che il sostituto decisionale abbia consultato il medico curante del soggetto interessato in merito alle condizioni cliniche dello stesso, alle possibili opzioni terapeutiche e agli obiettivi di cura. La sezione 1750-b della SCPA prevede inoltre che le due medici accertino che le condizioni del paziente soddisfino specifici criteri clinici **al momento in cui viene presentata la richiesta di sospendere o interrompere il trattamento**, compreso il fatto che la somministrazione di trattamenti di sostegno vitale comporterebbe un onere troppo gravoso per l'interessato. Tali requisiti sono inclusi nella fase 4 della Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD per i soggetti con I/DD. Ai fini della richiesta di sospensione o interruzione dei LST, **le condizioni cliniche del paziente non devono mai essere influenzate dalla disabilità intellettiva o dello sviluppo dello stesso.**
- **Sperimentazioni cliniche su pazienti adulti o minorenni con I/DD:** La necessità o meno di una nuova checklist a seguito di tentativi infruttuosi di LST dipende dai parametri della sperimentazione, come specificato nella fase 2 della Checklist dei requisiti legali MOLST dell'OPWDD per i soggetti con I/DD. **Se il periodo di sperimentazione è a tempo indeterminato e il sostituto decisionale autorizzato decide in un secondo momento di richiedere la revoca dei trattamenti di sostegno vitale (LST), è necessario procedere a una nuova checklist.**
- Se il paziente risiede in una struttura dell'OPWDD o è stato trasferito da una di esse, per la sottoscrizione di una procura per l'assistenza sanitaria sono previsti ulteriori requisiti relativi alla presenza di testimoni.

Le checklist relative alle istruzioni particolareggiate e ai requisiti legali previsti per i pazienti adulti o minorenni con disabilità intellettuali o dello sviluppo sono reperibili su: www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions.