

# Delega per assistenza sanitaria

---

## *Nomina di un fiduciario per la salute nel New York State*

*La New York Health Care Proxy Law (Legge in materia di direttive di delega sanitaria) vi permette di nominare una persona di fiducia — ad esempio, un familiare o un amico intimo — affinché assuma decisioni in materia sanitaria per vostro conto, nel caso in cui non siate più in grado di farlo da soli. Nominando un fiduciario per la salute, potete essere certi che gli operatori sanitari rispetteranno le volontà da voi espresse. Il fiduciario può anche decidere in che modo vadano applicate le vostre volontà con il mutare delle vostre condizioni mediche. Gli ospedali, i medici e gli altri operatori sanitari sono tutti tenuti a rispettare le decisioni del vostro fiduciario come se fossero le vostre. Potete conferire alla persona scelta come vostro fiduciario i poteri che preferite, più o meno ampi. Potete autorizzarlo ad assumere tutte le decisioni in materia sanitaria oppure soltanto alcune. Potete anche impartirgli istruzioni da seguire. Il presente modulo può inoltre essere utilizzato per documentare le vostre volontà oppure per impartire istruzioni sulla donazione di organi e/o tessuti.*

# Informazioni sul modulo di delega per assistenza sanitaria

Questo è un documento importante con valore legale. Prima di firmare, è necessario che siate consapevoli di quanto segue:

1. Il presente modulo conferisce alla persona che scegliete come vostro fiduciario il diritto di assumere per vostro conto tutte le decisioni in materia di assistenza sanitaria, inclusa la decisione di interrompere o fornire trattamenti di sostentamento vitale, a meno che non abbiate dichiarato altrimenti nel presente modulo. Per “assistenza sanitaria” si intende qualsiasi trattamento, servizio o procedura utile alla diagnosi o alla cura delle vostre condizioni fisiche o mentali.
2. A meno che il fiduciario non sia a conoscenza in misura ragionevole delle vostre volontà in merito a idratazione e nutrizione artificiali (somministrazione di alimenti e acqua attraverso un tubo di alimentazione o per via intravenosa), non sarà autorizzato a rifiutare o autorizzare detti interventi per vostro conto.
3. Il fiduciario inizierà ad assumere decisioni per vostro conto nel momento in cui il medico stabilirà che non siete più in grado di decidere autonomamente in materia di assistenza sanitaria.
4. Potete indicare nel presente modulo esempi di tipi di trattamenti che non vorreste ricevere e/o di trattamenti che vorreste invece ricevere. Le istruzioni possono essere utili per limitare il potere decisionale del fiduciario. Il fiduciario è tenuto a seguire le vostre indicazioni, quando assume decisioni per vostro conto.
5. Non avete bisogno di consultare un avvocato per compilare il presente modulo.
6. Potete scegliere come fiduciario una persona adulta (di almeno 18 anni di età), che può anche essere un familiare o un amico intimo. Se scegliete come vostro fiduciario un medico, quest'ultimo dovrà decidere se agire in qualità di fiduciario o di medico curante, perché un medico non può ricoprire entrambi i ruoli allo stesso tempo. Inoltre, se siete un paziente o risiedete in un ospedale, casa di cura o centro di igiene mentale, esistono particolari restrizioni per la nomina di un dipendente della struttura quale vostro fiduciario. Chiedete chiarimenti in merito al personale della struttura.
7. Prima di nominare una persona quale vostro fiduciario per la salute, consultatela per assicurarvi che sia davvero disposta ad agire in tale veste. Comunicate alla persona designata che sarà il vostro fiduciario per la salute. Parlate con il vostro fiduciario del presente modulo ed esponete le vostre volontà in merito all'assistenza sanitaria. Assicuratevi di aver consegnato al fiduciario una copia firmata del modulo. Il vostro fiduciario non è perseguibile per le decisioni in materia di assistenza sanitaria assunte in buona fede.
8. Se avete nominato il coniuge quale vostro fiduciario e poi avete divorziato o vi siete legalmente separati, l'ex coniuge non potrà più essere legalmente vostro fiduciario, a meno che non abbiate stabilito altrimenti. Se desiderate che l'ex coniuge rimanga vostro fiduciario, potete annotarlo nel presente modulo (indicando la data), oppure potete compilare un nuovo modulo nominando l'ex coniuge.
9. Anche se avete firmato il presente modulo, avete il diritto di decidere autonomamente in merito all'assistenza sanitaria finché siete in grado di farlo: il trattamento non può essere somministrato o interrotto se vi opponete e nemmeno il vostro fiduciario ha il potere di opporsi alla vostra volontà.
10. Potete revocare i poteri conferiti al fiduciario, comunicandolo al fiduciario stesso o all'operatore sanitario a voce o per iscritto.
11. La nomina di un fiduciario per la salute è effettuata su base volontaria. Nessuno può pretendere che lo nominiate.
12. Nel presente modulo potete indicare le vostre volontà o istruzioni in merito alla donazione di organi e/o tessuti.

# Domande frequenti

## **Perché scegliere un fiduciario per la salute?**

Nel caso in cui si diventi incapaci, anche temporaneamente, di assumere da soli decisioni in materia di assistenza sanitaria, spetta a qualcun altro decidere. Per sapere come comportarsi, gli operatori sanitari spesso si rivolgono ai familiari, che possono esprimere quelle che ritengono essere le vostre volontà in relazione a un trattamento specifico. La nomina di un fiduciario vi permette di assumere il controllo delle vostre cure mediche:

- autorizzando il fiduciario ad assumere decisioni in materia di assistenza sanitaria per vostro conto secondo le volontà da voi espresse;
- scegliendo una persona affinché assuma decisioni in materia di assistenza sanitaria perché ritenete che quella determinata persona assumerebbe le decisioni migliori per voi;
- scegliendo una persona per evitare controversie o confusione tra i familiari e/o altri soggetti coinvolti.

Potete anche nominare un fiduciario sostitutivo autorizzato ad assumere le decisioni per vostro conto nel caso in cui il fiduciario scelto originariamente non possa farlo.

## **Chi può essere nominato fiduciario per la salute?**

Chiunque abbia compiuto 18 anni di età può essere nominato fiduciario per la salute. La persona nominata fiduciario o fiduciario sostitutivo non può firmare il modulo di delega per assistenza sanitaria in qualità di testimone.

## **Come si nomina un fiduciario per la salute?**

Tutti gli adulti capaci di intendere e di volere di almeno 18 anni d'età possono nominare un fiduciario per la salute, firmando il modulo di delega per assistenza sanitaria. Non è necessario rivolgersi a un avvocato o a un notaio. Sono sufficienti due testimoni adulti. Il fiduciario non può firmare in qualità di testimone. Potete utilizzare il presente modulo stampato oppure un altro modulo.

## **Quando inizierà ad assumere decisioni per mio conto il fiduciario per la salute?**

Il vostro fiduciario inizierà ad assumere decisioni in materia sanitaria per vostro conto soltanto dopo che il vostro medico avrà stabilito che non siete più in grado di farlo da soli. Finché sarete in grado di assumere le decisioni da soli, avrete il diritto di farlo.

## **Quali decisioni può assumere il mio fiduciario per la salute?**

A meno che non abbiate posto restrizioni ai poteri del vostro fiduciario, quest'ultimo potrà assumere tutte le decisioni in materia sanitaria che avreste assunto voi stessi se foste stati in grado di farlo da soli. Il fiduciario può accettare che riceviate il trattamento, scegliere tra trattamenti di diverso tipo o decidere che un trattamento non venga somministrato, sempre nel rispetto delle vostre volontà e dei vostri interessi. Tuttavia, il fiduciario può assumere decisioni relative all'idratazione e alla nutrizione artificiali (somministrazione di alimenti e acqua attraverso un tubo di alimentazione o per via intravenosa) soltanto se è al corrente delle vostre volontà sulla base di quanto avete detto o lasciato scritto. Il modulo di delega per assistenza sanitaria non autorizza il vostro fiduciario ad assumere per vostro conto decisioni relative ad ambiti diversi dall'assistenza sanitaria, ad esempio, decisioni di carattere finanziario.

## **Perché dovrei nominare un fiduciario per la salute, se sono ancora giovane e in buona salute?**

Nominare un fiduciario per la salute è una buona idea anche se non siete anziani o malati terminali, perché potrà agire per vostro conto nel caso in cui diveniate incapaci, anche temporaneamente, di assumere da soli decisioni in materia sanitaria (ad esempio, se doveste trovarvi sotto anestesia generale o in stato di coma a seguito di un incidente). Quando avrete recuperato la capacità di decidere da soli, il fiduciario non sarà più autorizzato ad agire per vostro conto.

## **In che modo assumerà le decisioni il mio fiduciario per la salute?**

Il fiduciario è tenuto a rispettare le vostre volontà, oltre alle vostre convinzioni morali e religiose. Potete

## Domande frequenti, *(continua)*

indicare le vostre istruzioni per iscritto servendovi del modulo di delega per assistenza sanitaria oppure discuterne semplicemente con il fiduciario, una volta selezionato.

### **Come farà il mio fiduciario per la salute a conoscere le mie volontà?**

Discutere con il fiduciario delle proprie volontà in maniera aperta e sincera lo metterà nelle condizioni migliori per fare i vostri interessi. Se il fiduciario non è a conoscenza delle vostre volontà e convinzioni, è tenuto per legge ad agire nel vostro interesse. Poiché la responsabilità attribuita alla persona nominata fiduciario per la salute è notevole, si consiglia di discutere con lui/lei dei tipi di trattamento a cui desiderate essere o non essere sottoposti in determinate circostanze, ad esempio:

- se desiderate che il trattamento di sostentamento vitale venga iniziato/proseguito/interrotto in caso di coma permanente;
- se desiderate che le cure vengano iniziate/proseguite/interrotte in caso di malattia allo stadio terminale;
- se desiderate che l'idratazione e la nutrizione artificiali vengano iniziate/interrotte, oppure proseguite o interrotte; e in quali circostanze specifiche.

### **Il mio fiduciario per la salute ha il diritto di non tenere conto delle volontà o istruzioni relative ai trattamenti da me espresse in precedenza?**

No. Il vostro fiduciario ha l'obbligo di assumere le decisioni sulla base delle volontà da voi espresse. Se avete espresso le vostre volontà o avete fornito istruzioni relative ai trattamenti in modo chiaro e specifico, il fiduciario ha il dovere di rispettarle, a meno che non abbia motivo di ritenere, in buona fede, che le volontà da voi espresse siano cambiate o non siano applicabili in determinate circostanze.

### **Chi presterà ascolto al mio fiduciario?**

Gli ospedali, le case di cura, i medici e gli altri operatori sanitari sono tutti tenuti per legge a comunicare al vostro fiduciario le stesse informazioni che comunicherebbero a voi e a rispettare le decisioni assunte dal vostro fiduciario come se fossero state assunte da voi. Se un ospedale

o una casa di cura si oppone a determinate opzioni terapeutiche (ad esempio la sospensione di un determinato trattamento), deve informare voi o il vostro fiduciario IN ANTICIPO o al momento del ricovero, se possibile.

### **Cosa succede se il mio fiduciario non è disponibile nel momento in cui va assunta una decisione?**

Potete nominare un fiduciario sostitutivo affinché decida per vostro conto, nel caso in cui il vostro fiduciario sia impossibilitato, non intenzionato o non disponibile ad agire al momento di assumere una decisione. Altrimenti saranno gli operatori sanitari ad assumere le decisioni sulla vostra salute, in base alle istruzioni che avevate fornito quando eravate ancora in grado di farlo. In questo caso, gli operatori sanitari faranno affidamento alle istruzioni riportate sul modulo di delega per assistenza sanitaria.

### **Cosa succede se cambio idea?**

È semplice annullare la delega per assistenza sanitaria, cambiare la persona scelta come fiduciario per la salute, oppure modificare le istruzioni o le restrizioni indicate nel modulo. Basta compilare un nuovo modulo. Potete inoltre specificare che la vostra delega per assistenza sanitaria scadrà in una determinata data o al realizzarsi di determinate condizioni. Altrimenti la delega per assistenza sanitaria resterà valida a tempo indeterminato. Se nominate il coniuge quale vostro fiduciario o fiduciario sostitutivo e in seguito divorziate o vi separate legalmente, la nomina verrà automaticamente annullata. Tuttavia, se desiderate che l'ex coniuge rimanga vostro fiduciario, potete annotarlo nel presente modulo (indicando la data) oppure potete compilare un nuovo modulo nominando l'ex coniuge.

### **Il mio fiduciario per la salute può essere ritenuto legalmente responsabile per le decisioni assunte per mio conto?**

No. Il vostro fiduciario non sarà ritenuto responsabile per le decisioni assunte in buona fede per vostro conto in merito alla vostra salute; allo stesso modo, non sarà ritenuto responsabile per i costi da sostenere per la vostra assistenza sanitaria nella sua qualità di fiduciario.

## Domande frequenti, (*continua*)

### **La delega per assistenza sanitaria è uguale al testamento biologico?**

No. Il testamento biologico è un documento nel quale vengono fornite istruzioni specifiche in merito alle decisioni in materia sanitaria. È possibile inserire queste istruzioni nella propria delega per assistenza sanitaria. Questa delega vi permette di scegliere una persona di fiducia affinché assuma le decisioni in materia di assistenza sanitaria per vostro conto. Diversamente dal testamento biologico, la delega per assistenza sanitaria non impone di indicare o conoscere in anticipo tutte le decisioni che potrebbe essere necessario assumere. Sarà il fiduciario a interpretare le vostre volontà con il mutare delle condizioni cliniche, arrivando ad assumere decisioni che voi stessi non prevedevate di dover assumere.

### **Dove posso conservare il modulo di delega per assistenza sanitaria, una volta firmato?**

Consegnatene una copia al vostro fiduciario, al vostro medico, al vostro avvocato e a tutti i familiari o amici intimi che volete. Tenetene una copia nel portafoglio oppure riponetelo insieme ad altri documenti importanti, ma non in un luogo inaccessibile, ad esempio, una cassetta di sicurezza. In caso di ricovero in ospedale portatene una copia con voi, anche se si tratta di un intervento di routine o ambulatoriale.

### **Posso utilizzare il modulo di delega per assistenza sanitaria per esprimere le mie volontà in merito alla donazione di organi e/o tessuti?**

Sì. Basta utilizzare la sezione facoltativa relativa alla donazione di organi e tessuti presente nel modulo stesso. È importante però che siano presenti due testimoni. Potete indicare il desiderio che i vostri organi e/o tessuti siano utilizzati per trapianti, ricerche o scopi didattici. Ogni eventuale restrizione attinente alle vostre volontà va annotata in questa sezione della delega. **Il mancato inserimento delle vostre volontà e istruzioni nel modulo di delega per assistenza sanitaria non verrà interpretato come una vostra intenzione di non donare organi e/o tessuti.**

### **Il mio fiduciario può assumere decisioni per mio conto sulla donazione di organi e/o tessuti?**

Sì. A partire dal 26 agosto 2009 il fiduciario per la salute è autorizzato ad assumere decisioni successivamente al vostro decesso, ma soltanto in merito alla donazione di organi e/o tessuti. È tenuto ad assumere tali decisioni sulla base delle indicazioni riportate nel modulo di delega per assistenza sanitaria.

### **Chi ha il diritto di autorizzare una donazione, se io decido di non indicare le mie volontà in questa occasione?**

È importante comunicare le proprie volontà sulla donazione di organi e/o tessuti al fiduciario per la salute, alla persona nominata quale fiduciario del defunto (se nominata) e ai familiari. La legislazione del New York State indica alcune figure che hanno il diritto di autorizzare la donazione di organi e/o tessuti per vostro conto. Tali persone sono elencate in ordine di priorità: il fiduciario per la salute, il fiduciario del defunto, il coniuge, se non siete legalmente separati, o il convivente, un figlio o una figlia di almeno 18 anni di età, uno dei vostri genitori, un fratello o una sorella di almeno 18 anni di età, un tutore nominato dal tribunale prima della morte del donatore.

# Istruzioni per il modulo di delega per assistenza sanitaria

## **Punto (1)**

Scrivete nome, indirizzo dell'abitazione e numero di telefono della persona che scegliete come vostro fiduciario.

## **Punto (2)**

Se desiderate nominare un fiduciario sostitutivo, scrivete nome, indirizzo dell'abitazione e numero di telefono della persona che scegliete come vostro fiduciario sostitutivo.

## **Punto (3)**

La vostra delega per assistenza sanitaria rimane valida a tempo indeterminato, a meno che non stabiliate una data di scadenza o non indichiate circostanze che ne determinino la scadenza. Questa sezione è facoltativa e va compilata solo se volete che la vostra delega per assistenza sanitaria abbia una scadenza.

## **Punto (4)**

Se avete particolari istruzioni per il vostro fiduciario, scrivetele qui. Inoltre, se desiderate stabilire alcune restrizioni ai poteri del vostro fiduciario, potete indicarle qui oppure discuterne con il vostro fiduciario per la salute. Se non stabilite alcuna restrizione, il vostro fiduciario sarà autorizzato ad assumere tutte le decisioni in materia di assistenza sanitaria che voi stessi avreste assunto, compresa la decisione di autorizzare o rifiutare il trattamento di sostentamento vitale.

Se volete che il vostro fiduciario goda di ampi poteri, avete la possibilità di dare disposizioni in tal senso utilizzando questo modulo. Scrivete semplicemente quanto segue: *Ho discusso delle mie volontà con il mio fiduciario per la salute e con il fiduciario sostitutivo: essi sono a conoscenza delle mie volontà, anche in materia di idratazione e nutrizione artificiali.*

Se desiderate impartire ulteriori istruzioni specifiche, potete esprimervi come segue:

*Se fossi malato terminale, voglio/non voglio ricevere i seguenti tipi di trattamento: ...*

*Se fossi in coma o avessi una capacità di coscienza molto limitata, senza speranza di guarigione, voglio/non voglio ricevere i seguenti tipi di trattamento: ...*

*Se avessi malattie o danni cerebrali che mi impedissero di riconoscere le persone o di parlare, senza alcuna speranza di miglioramento delle mie condizioni, voglio/non voglio ricevere i seguenti tipi di trattamento: ...*

*Ho discusso con il mio fiduciario delle mie volontà in merito a \_\_\_\_\_ e voglio che il mio fiduciario assuma tutte le decisioni relative a questi interventi.*

Nell'elenco sottostante sono riportati alcuni esempi di trattamenti medici sui quali avete la possibilità di fornire particolari istruzioni al vostro fiduciario. L'elenco non è completo:

- respirazione artificiale
- idratazione e nutrizione artificiali (somministrazione di alimenti e acqua attraverso un tubo di alimentazione)
- rianimazione cardiopolmonare (CPR)
- medicinali antipsicotici
- elettroshock
- antibiotici
- interventi chirurgici
- dialisi
- trapianti
- trasfusioni di sangue
- aborto
- sterilizzazione

## **Punto (5)**

Dovete apporre data e firma sul modulo di delega per assistenza sanitaria. Se siete impossibilitati a firmare, potete chiedere ad un'altra persona di firmare in vostra presenza. Indicate sempre il vostro indirizzo.

## **Punto (6)**

Nel presente modulo potete indicare le vostre volontà o istruzioni in merito alla donazione di organi e/o tessuti. La legislazione del New York State indica alcune figure, in ordine di priorità, che hanno il diritto di autorizzare la donazione di organi e/o tessuti per vostro conto: il fiduciario per la salute, il fiduciario del defunto, il coniuge, se non siete legalmente separati, o il convivente, un figlio o una figlia almeno 18 anni di età, uno dei vostri genitori, un fratello o una sorella di almeno 18 anni di età, un tutore nominato dal tribunale prima della morte del donatore.

## **Punto (7)**

Due testimoni di almeno 18 anni di età devono firmare il presente modulo di delega per assistenza sanitaria. La persona nominata quale vostro fiduciario o fiduciario sostitutivo non può firmare come testimone.

# Delega per assistenza sanitaria

**(1) Io sottoscritto/a,** \_\_\_\_\_

con il presente documento nomino \_\_\_\_\_  
(nome, indirizzo abitazione e numero di telefono)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

come mio fiduciario per la salute affinché assuma tutte le decisioni in materia di assistenza sanitaria per mio conto, tranne ove da me stabilito altrimenti. La presente delega sarà efficace solo quando e nel caso in cui io sia incapace di assumere per mio conto decisioni in materia di assistenza sanitaria.

**(2) Facoltativo: Fiduciario sostitutivo**

Qualora la persona da me nominata sia impossibilitata, non intenzionata o non disponibile ad agire in veste di mio fiduciario per la salute, io sottoscritto/a con il presente documento

nomino \_\_\_\_\_  
(nome, indirizzo abitazione e numero di telefono)

\_\_\_\_\_

come mio fiduciario per la salute affinché assuma tutte le decisioni in materia di assistenza sanitaria per mio conto, tranne ove da me stabilito altrimenti.

**(3)** A meno che io non la revochi o non stabilisca una data di scadenza o circostanze che ne determinino la scadenza, la presente delega rimarrà valida a tempo indeterminato. *(Facoltativo: se desiderate che la presente delega abbia una scadenza, indicatene la data o le condizioni qui di seguito).* La presente delega scade *(specificate data o condizioni):* \_\_\_\_\_

**(4) Facoltativo:** Ordino al mio fiduciario per la salute di assumere decisioni in materia di assistenza sanitaria conformi alle restrizioni e alle volontà da me espresse, che il fiduciario conosce o che sono stabilite qui di seguito. *(Se desiderate limitare i poteri del vostro fiduciario ai fini dell'assunzione di decisioni in materia di assistenza sanitaria per vostro conto o se volete fornirgli istruzioni specifiche, potete esprimere qui di seguito le vostre volontà o restrizioni).* Ordino al mio fiduciario per la salute di assumere in materia di assistenza sanitaria decisioni conformi alle seguenti restrizioni e/o istruzioni *(allegate pagine aggiuntive, se necessario):* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Affinché il vostro fiduciario assuma per vostro conto decisioni in materia di assistenza sanitaria in merito a idratazione e nutrizione artificiali *(somministrazione di alimenti e acqua attraverso un tubo di alimentazione e per via intravenosa)*, il fiduciario deve, nei limiti del possibile, essere a conoscenza delle vostre volontà. Avete la possibilità di comunicare al vostro fiduciario le vostre volontà o di includerle nella presente sezione. Consultate le istruzioni relative agli esempi di possibili formulazioni da adottare se decidete di includere in questa sezione le vostre volontà, comprese le volontà in merito a idratazione e nutrizione artificiali.

**(5) I vostri dati identificativi** *(in stampatello)*

Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**(6) Facoltativo: Donazione di organi e/o tessuti**

Con il presente documento, effettivo a decorrere dalla mia morte, eseguo una donazione di:  
(spuntare la casella o le caselle appropriate)

Qualsiasi organo e/o tessuto necessario

I seguenti organi e/o tessuti \_\_\_\_\_

Restrizioni \_\_\_\_\_

Se non indicate le vostre volontà o istruzioni in merito alla donazione di organi e/o tessuti nel presente modulo, ciò non indica che intendete rifiutare la donazione o vietare a una persona autorizzata per legge di acconsentire a una donazione per vostro conto.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**(7) Dichiarazione dei testimoni** *(I testimoni devono avere almeno 18 anni di età e non possono essere fiduciari per la salute né fiduciari sostitutivi).*

Dichiaro che la persona che ha firmato il presente documento è da me personalmente conosciuta, risulta essere sana di mente ed è in grado di agire in piena autonomia. Detta persona ha firmato (o chiesto ad altri di firmare per suo conto) il presente documento in mia presenza.

Data \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome del Testimone 1 *(in stampatello)* \_\_\_\_\_ Nome del Testimone 2 *(in stampatello)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_



**Department  
of Health**