



Guida alla preparazione della Disposizione Anticipata di Trattamento nell'Australia Occidentale



Si avvisano i lettori che il presente documento può contenere immagini di persone decedute successivamente alla pubblicazione

© Ministero della Salute, Stato dell'Australia Occidentale (2022)

Le informazioni e i materiali contenuti nel presente documento sono tutti protetti da Diritto d'Autore. L'autorità competente per il Diritto d'Autore è lo Stato dell'Australia Occidentale. Escludendo ogni uso permesso dalla *Legge sul Diritto d'Autore 1968 [Copyright Act 1968 (Cth)]*, le informazioni contenute in questo documento non possono essere pubblicate o riprodotte in alcun materiale senza l'esplicito permesso del Programma Assistenza di Fine Vita, Ministero della Salute dell'Australia Occidentale.

Lettura suggerita

Ministero della Salute, Australia Occidentale. *Guida alla preparazione della Disposizione Anticipata di Trattamento nell'Australia Occidentale*. Perth: Programma Assistenza di Fine Vita, Ministero della Salute, Australia Occidentale; 2022.

Dichiarazione esonerativa importante

La presente guida intende fornire una panoramica sulla preparazione di una Disposizione Anticipata di Trattamento nell'Australia Occidentale. Fornisce i link ad ulteriori informazioni e risorse. Non è da considerare come una consulenza professionale o legale sostitutiva. Per casi specifici che richiedono un parere legale o di altro professionista si dovrà richiedere una consulenza indipendente.

Per maggiori informazioni riguardo alle Disposizioni Anticipate di Trattamento contattare:

Ministero della Salute

Telefono: 9222 2300

E-mail: acp@health.wa.gov.au

Sito web: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning



Interpreter

Servizio di interpretariato

Qualora necessitate di aiuto per parlare con un servizio sanitario nella vostra lingua, si prega di richiedere un interprete.

Sommario

Come utilizzare questa guida 2

Sezione 1: Le Disposizioni Anticipate di Trattamento 3

Cos'è la Disposizione Anticipata di Trattamento? 3

Chi prenderà le decisioni relative alla vostra cura e assistenza qualora perdiate la capacità di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo? 4

Sezione 2: Guida passo per passo 6

Parti della Disposizione Anticipata di Trattamento 6

Parte 1: I miei dettagli personali 6

Parte 2: La mia salute 7

Parte 3: I miei valori e le mie preferenze 8

Parte 4: Le decisioni terapeutiche della mia Disposizione Anticipata di Trattamento 12

Parte 5: Le persone che mi hanno aiutato a completare la Disposizione Anticipata di Trattamento 18

Parte 6: Firma e testimonianza 20

Sezione 3: Informazioni utili 22

Domande più frequenti 22

Lista di controllo per la preparazione di una Disposizione Anticipata di Trattamento 30

Dove rivolgersi per maggiori informazioni 31

Terminologia comune 33

Esempio di una Disposizione Anticipata di Trattamento completa 36

Come utilizzare questa guida

La presente guida fornisce informazioni che aiutano a preparare e completare la vostra **Disposizione Anticipata di Trattamento**

La compilazione della **Disposizione Anticipata di Trattamento** richiede tempo. Non è necessario completarla in una sola volta. Può essere completata un po' alla volta.

Sezione 1: Le Disposizioni Anticipate di Trattamento

Questa sezione descrive cos'è la Disposizione Anticipata di Trattamento. Spiega perchè è utile, come viene utilizzata e chi prenderà decisioni per voi qualora perdiate la capacità di prendere o comunicare le vostre decisioni.

Sezione 2: Guida passo per passo

Questa sezione fornisce una guida passo per passo per la preparazione di una Disposizione Anticipata di Trattamento, con esempi utili.

Sezione 3: Informazioni utili

Questa sezione fornisce una lista di controllo per preparare, completare e conservare la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento. Spiega le parole utilizzate nella Disposizione Anticipata di Trattamento e fornisce risposte alle [Domande più frequenti](#). Fornisce inoltre i link per ottenere maggiori informazioni.

Esempio di una Disposizione Anticipata di Trattamento completa e Disposizione Anticipata di Trattamento in bianco

Alla fine di questa guida si trova un esempio di Disposizione Anticipata di Trattamento completa. Una versione in bianco della Disposizione Anticipata di Trattamento si può trovare nella guida sotto forma d'insero.

Per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento, riferirsi all'esempio del modulo completato.

Per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento potete chiedere aiuto. [La Sezione 3: Informazioni utili](#) contiene informazioni su come e dove rivolgersi per ottenere aiuto.



Sezione 1:

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento

Questa sezione descrive cos'è una **Disposizione Anticipata di Trattamento**. Spiega perchè è utile, come viene utilizzata e chi prenderà decisioni per voi qualora perdiate la capacità di prendere o comunicare le vostre decisioni.

Cos'è la Disposizione Anticipata di Trattamento?

La Disposizione Anticipata di Trattamento è un documento **legale** che vi permette di prendere decisioni oggi riguardo alle terapie e l'assistenza che vorrete o non vorrete ricevere in futuro.

La Disposizione Anticipata di Trattamento sarà utilizzata **soltanto** qualora doveste ammalarvi gravemente o subire un incidente e non essere in grado di prendere decisioni o comunicare i vostri desideri. Se ciò dovesse accadere, la Disposizione Anticipata di Trattamento diventa la vostra voce. Se volete cambiare la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento, dovrete revocare (o annullare) l'attuale Disposizione Anticipata di Trattamento e prepararne una nuova.

La Disposizione Anticipata di Trattamento è un documento disponibile nell'Australia Occidentale (WA) che può essere completato come parte del processo di pianificazione sanitaria anticipata.

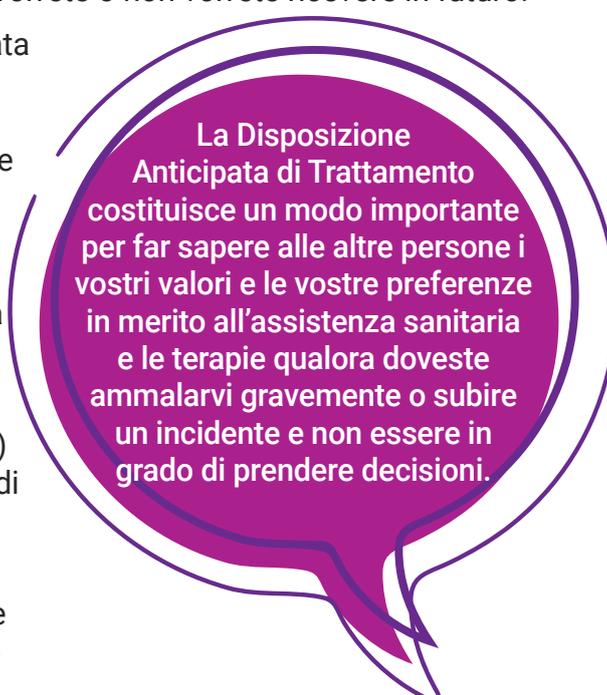
Avere una Disposizione Anticipata di Trattamento aiuta i vostri cari e i professionisti della salute a capire cosa è importante per voi riguardo alla vostra salute e assistenza sanitaria.

Si consiglia di parlare con familiari, badanti, amici a voi cari, medico curante o altri professionisti della salute che potranno aiutarvi a riflettere.

Altre risorse che potrete trovare utili sono:

- Sito MyValues – myvalues.org.au
- Sito del Ministero della Salute dell'Australia Occidentale sulla pianificazione sanitaria anticipata – healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Per ottenere maggiori informazioni sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento e sulla pianificazione sanitaria anticipata, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili



La Disposizione Anticipata di Trattamento costituisce un modo importante per far sapere alle altre persone i vostri valori e le vostre preferenze in merito all'assistenza sanitaria e le terapie qualora doveste ammalarvi gravemente o subire un incidente e non essere in grado di prendere decisioni.



La preparazione di una Disposizione Anticipata di Trattamento è facoltativa.

Pensare e parlare della salute futura e dei desideri di fine vita può essere difficile. Chiedete aiuto se necessitate di un sostegno per farlo.

Chi può preparare una Disposizione Anticipata di Trattamento?

Per preparare una Disposizione Anticipata di Trattamento, è necessario avere **almeno 18 anni** e avere **piena capacità giuridica** al momento in cui si prepara la Disposizione Anticipata di Trattamento.

Questo significa che voi:

- comprendete le informazioni o i consigli forniti per aiutarvi a prendere decisioni nella Disposizione Anticipata di Trattamento
- comprendete le possibili conseguenze delle decisioni prese nella vostra Disposizione Anticipata di Trattamento in relazione alla cura e assistenza future
- siete in grado di valutare gli eventuali pro e contro delle decisioni prese riguardo alla cura e assistenza future
- siete in grado di comunicare in qualche modo le decisioni prese in merito alla cura e assistenza sanitaria future.

Le persone adulte si considerano aventi capacità giuridica fino a quando dimostrano di non averla. Se avete dubbi riguardo alla vostra capacità di preparare una Disposizione Anticipata di Trattamento valida, chiedete al vostro medico di compiere un accertamento. Potete anche chiedere al vostro medico se vi è la possibilità che in futuro la vostra capacità di prendere decisioni possa essere messa in discussione.

Chi prenderà decisioni riguardo alla vostra cura e assistenza qualora perdiate la capacità di prendere o comunicare decisioni?

Qualora diventiate incapaci di prendere o comunicare decisioni riguardo alla vostra cura e assistenza, i professionisti della salute, al momento di prendere decisioni terapeutiche, dovranno seguire la [Gerarchia dei decisori delle terapie](#).

La Gerarchia dei decisori delle terapie, illustrata nella pagina seguente, spiega l'ordine dei decisori che i professionisti della salute devono seguire quando è necessario prendere una decisione in merito ad una cura. La Disposizione Anticipata di Trattamento è il primo posto a cui il professionista della salute accede al fine di prendere decisioni in merito all'assistenza da fornirvi in futuro.

Cosa succede se non preparo una Disposizione Anticipata di Trattamento?

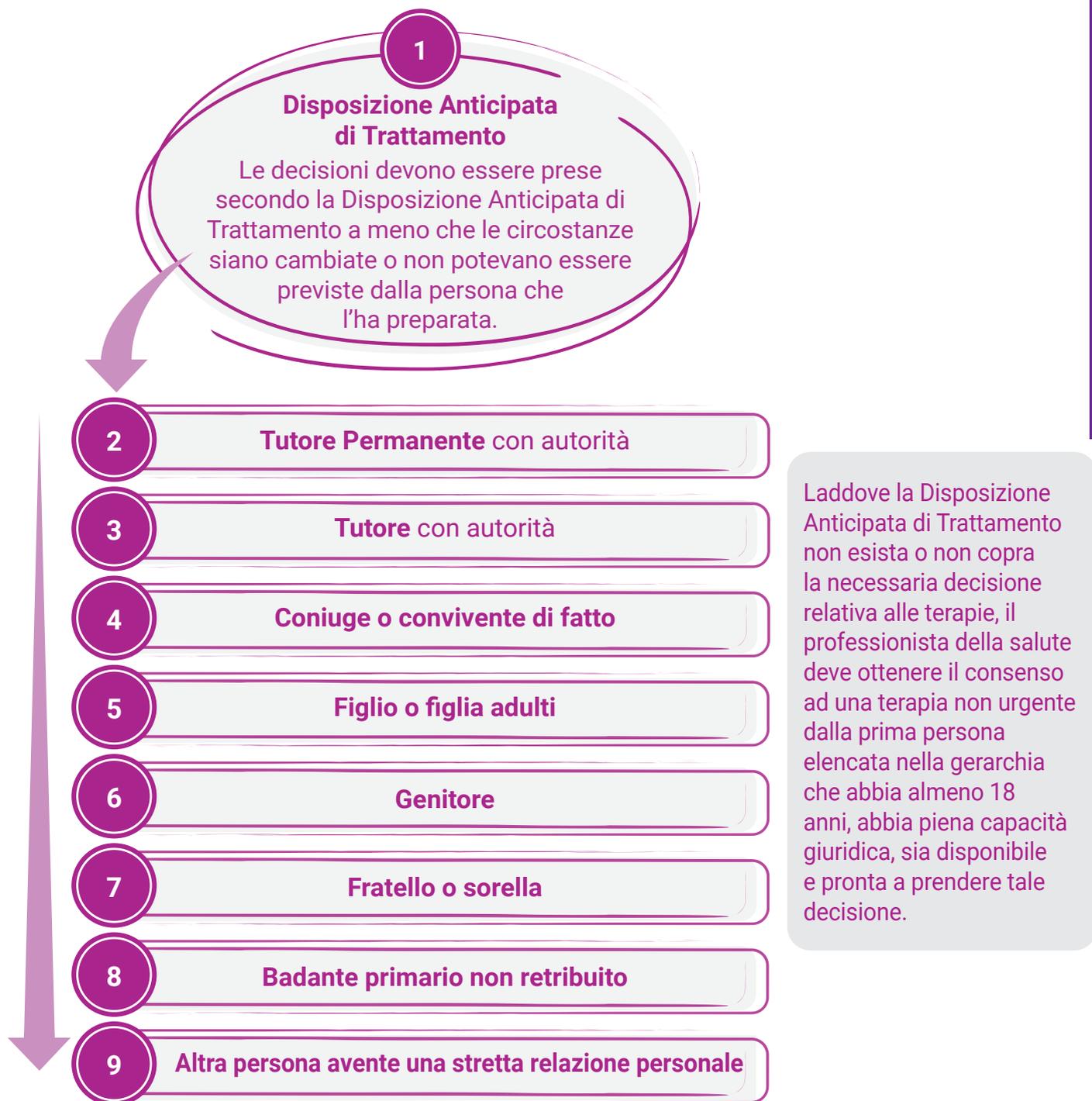
Qualora decidiate di non preparare una Disposizione Anticipata di Trattamento, il professionista della salute dovrà rivolgersi alla prima persona elencata nella gerarchia, che abbia almeno 18 anni, abbia piena capacità giuridica, sia disponibile e pronta a prendere una decisione sulla terapia.

Se la prima persona non è disponibile e pronta a prendere la decisione, il professionista della salute si potrà rivolgere alla persona successiva nella gerarchia, e via dicendo.

Qual è la Gerarchia dei decisori delle terapie?

La Gerarchia dei decisori delle terapie è utilizzata dai professionisti della salute solo qualora perdiate la capacità di prendere e/o comunicare le decisioni riguardanti la vostra salute.

Gerarchia dei decisori delle terapie



Anche qualora abbiate nominato un tutore permanente, potrete sempre scegliere di preparare una Disposizione Anticipata di Trattamento per comunicare le vostre preferenze riguardo ad una terapia che vi sta particolarmente a cuore.

Per maggiori informazioni riguardo ai tutori permanenti, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili

Sezione 2: Guida passo per passo

Questa sezione fornisce una guida passo per passo per la preparazione di una **Disposizione Anticipata di Trattamento**, con esempi utili.

Parti della Disposizione Anticipata di Trattamento

Affinché la **Disposizione Anticipata di Trattamento** sia valida, dovrete completare le **Parti 1, 4 e 6**.

Parte 1 è dove scrivete i dati personali. La **Parte 1** **deve** essere completata.

Parte 2 è dove scrivete tutte le patologie principali di cui soffrite.

Parte 3 è dove scrivete cosa è importante per voi, i vostri valori e desideri rispetto all'assistenza futura.

Parte 4 è dove scrivete quali cure e assistenza (incluse le attività legate alla ricerca medica) vorrete o non vorrete ricevere in futuro. Affinché la **Disposizione Anticipata di Trattamento** sia valida, nella **Parte 4** **doвете** includere almeno una decisione relativa alle terapie.

Parte 5 è dove scrivete i dettagli relativi alle persone che vi hanno aiutato a completare la **Disposizione Anticipata di Trattamento**.

Parte 6 è dove firmate la **Disposizione Anticipata di Trattamento**. **Doвете** completare la **Parte 6** e **doвете** firmare davanti ad un testimone (i dettagli relativi alla firma davanti ad un testimone sono forniti nella [Parte 6](#)).

Parte 1: I miei dettagli personali

Questa parte della **Disposizione Anticipata di Trattamento** deve essere **completata**

Doвете compilare:

- la data in cui la **Disposizione Anticipata di Trattamento** è preparata
- il vostro nome completo, data di nascita e indirizzo in modo da poter essere identificati.

È **facoltativo** includere il vostro numero di telefono e indirizzo e-mail. Si consiglia di includere almeno uno dei due in modo da poter essere contattati se necessario.

Qualora il vostro indirizzo, numero di telefono o e-mail dovessero cambiare in futuro, la **Disposizione Anticipata di Trattamento** rimarrà valida.

Per maggiori informazioni riguardo al cambiamento dei contatti, vedere le [Domande più frequenti](#) nella **Sezione 3: Informazioni utili**



Parte 2: La mia salute

Potete scegliere di completare alcune, tutte o nessuna delle domande contenute nella Parte 2. Barrare le domande a cui non volete rispondere.

La Parte 2 può essere utilizzata per elencare tutte le preoccupazioni che avete e le patologie principali di cui soffrite. La Parte 2 può essere utilizzata anche per annotare le cose che sono importanti per voi riguardo alla salute.

2.1 Le mie patologie principali

Nella Parte 2.1 potete scrivere i dettagli relativi alle patologie principali di cui soffrite. Potete includere i disturbi fisici e/o mentali. Potete anche includere ogni malattia importante che avete avuto in passato.

Esempi

- Mi hanno diagnosticato un tumore all'intestino 6 anni fa. Ho subito un'operazione chirurgica e ricevuto la chemioterapia. Ora sono in remissione ma mi è stato detto che il tumore all'intestino potrebbe tornare in futuro.
- Ho avuto un incidente automobilistico 5 anni fa. Ho ancora un dolore cronico alla schiena. Mi è stato detto che difficilmente il dolore migliorerà.
- Di recente mi hanno diagnosticato una sclerosi laterale amiotrofica. Mi è stato detto che è probabile che la mia salute deteriori velocemente. Presto avrò bisogno di aiuto per fare le cose di tutti i giorni come fare la doccia e vestirmi.

2.2 Parlando con me riguardo alla mia salute, queste sono le cose per me importanti

Nella Parte 2.2 potete scrivere cosa è importante per voi quando parlate della vostra salute con i professionisti della salute. Ciò include la quantità di informazioni che vorrete ricevere prima di prendere decisioni. Include anche i dettagli relativi ai familiari/amici che vorrete avere vicino quando parlate con i professionisti della salute riguardo alle varie opzioni di cura e assistenza disponibili.

La storia di Trish

A Trish (65 anni) è appena stata fatta una diagnosi di tumore al seno allo stadio IV. Nella sua Disposizione Anticipata di Trattamento, Trish ha annotato che la sua cara amica Kay (un'infermiera), si reca a tutte le visite mediche con lei in quanto sa spiegare bene a Trish le informazioni ricevute.

Esempi

- Vorrei avere tutti i dettagli riguardanti il mio stato di salute e le varie opzioni terapeutiche, in modo da poter capire per bene cosa scegliere e cosa mi può succedere.
- L'inglese è la mia seconda lingua. Vorrei avere vicino mio figlio o mia figlia quando vado dal medico curante o dagli specialisti.

Nota: Potete anche preparare una Tutela Permanente se c'è qualcuno che conoscete bene e vi fidate possa prendere decisioni per voi.

Per maggiori informazioni riguardo alla nomina di un tutore permanente, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.

Parte 3: I miei valori e le mie preferenze

Potete scegliere di completare alcune, tutte o nessuna delle domande contenute nella Parte 3. Barrare le domande a cui non volete rispondere.

Nella Parte 3 potete scrivere cosa è più importante per voi riguardo alla salute e all'assistenza sanitaria. Potete anche includere cosa vi preoccupa riguardo alla vostra salute futura. Ciò farà capire alle persone a voi care e ai professionisti della salute coinvolti nella vostra assistenza sanitaria cosa è importante per voi qualora diventiate incapaci di prendere o comunicare decisioni.

Pensare e parlare di cosa è più importante riguardo alla salute futura e dei desideri di fine vita può essere difficile. Chiedete aiuto se necessitate di un sostegno per completare questa parte del modulo.

3.1 Queste cose sono importanti per me

La Parte 3.1 richiede di descrivere cosa significa per voi 'vivere bene'. Ad esempio, cosa vi mancherebbe di più qualora vi ammalaste e non possiate più vivere nel modo in cui vivete ora.

Questa parte del modulo include una lista delle cose che ritenete importanti. Potete selezionare tutte le opzioni possibili. Potete anche scrivere attività, interessi o hobbies che sono importanti per voi.

Esempi

- È importante per me poter trascorrere tempo con la famiglia e gli amici.
- È importante per me poter ricevere spesso le visite di mia figlia.
- È importante per me poter aver vicino i miei animali domestici o perlomeno vederli regolarmente.
- Per tutta la mia vita ho fatto parte della comunità di lesbiche e vorrei che questa connessione continuasse.
- Sono cinese e mi piace trascorrere tempo con persone che parlano il cantonese.

La storia di Rita

Rita (87 anni) visita regolarmente il Club dei Croati per vedere i suoi amici, parlare la lingua croata e giocare con i giochi tradizionali del suo paese d'origine. Rita ha scritto nella Disposizione Anticipata di Trattamento che, qualora diventasse incapace di parlare o muoversi facilmente, non vorrà più andare al Club.

3.2 Quando penso alla mia salute futura, queste sono le cose che mi preoccupano

La Parte 3.2 richiede di descrivere cosa vi preoccupa riguardo alla vostra salute e assistenza future. Ad esempio, gli esiti permanenti di una malattia o di un infortunio che non sono ottimali.

Qualora doveste ammalarvi o subire un incidente in futuro, terapia e assistenza potrebbero aiutarvi a guarire e recuperare la salute come era prima di ammalarvi. Tuttavia, è possibile che, a seconda della malattia o dell'infortunio, terapia e assistenza potrebbero aiutarvi solo in parte e potreste non essere in grado di vivere nello stesso modo.

Esempi

- Mi preoccupa il pensiero di avere dolore costantemente.
- Mi preoccupa il pensiero di non essere in grado di comunicare o di non essere capito/a dai miei familiari e amici.
- Sarei molto infelice al pensiero di non poter vivere in modo autonomo.
- Non potrei accettare il fatto di non potermi nutrire da solo/a.
- Sarebbe molto difficile accettare il fatto di non riconoscere più i miei familiari e amici.

La storia di Nicole

A Nicole (43 anni) è appena stata fatta la diagnosi del Morbo di Parkinson. Nella Disposizione Anticipata di Trattamento, ha scritto che non avrebbe potuto accettare il fatto di non potersi più nutrire da sola. Nicole vuole far sapere alla sua famiglia quali sono le cose che ritiene importanti poiché essi se ne potranno prendere cura qualora la malattia la portasse a perdere l'uso delle mani e altre parti del corpo.



3.3 Quando la morte si avvicina, qui è dove vorrei essere

La Parte 3.3 richiede di descrivere dove vorreste trascorrere gli ultimi giorni o le ultime settimane quando la morte si avvicina.

Questa parte del modulo fornisce 4 opzioni. Potete scegliere solo un'opzione. Potete includere maggiori dettagli riguardo all'opzione scelta nell'apposita casella.

Esempi:

- Per me è importante essere in mezzo alla natura. Vorrei essere in un posto che ha un giardino o vicino alla spiaggia.
- Familiari e amici sono una parte importante della mia vita. Preferirei essere vicino a loro il più a lungo possibile, così possono venire a trovarmi facilmente e regolarmente.
- Sono gay e per me è importante essere in un posto dove la mia sessualità è accettata e rispettata.

La storia di Raymond

Raymond (95 anni) viveva da 5 anni in una residenza sanitaria assistenziale. La residenza era diventata la sua casa. Raymond aveva preparato una Disposizione Anticipata di Trattamento in cui aveva scritto che voleva morire dove aveva vissuto, circondato dalla sua famiglia. La salute di Raymond deteriorò velocemente e i professionisti della salute utilizzarono la sua Disposizione Anticipata di Trattamento come guida per assisterlo durante le ultime settimane di vita. Morì sereno nella residenza sanitaria assistenziale circondato dai familiari.



3.4 Quando la morte si avvicina, queste sono le cose importanti per me

La Parte 3.4 richiede di scrivere cosa vi potrà dare conforto e chi vorreste avere vicino quando la morte si avvicina. Pensare ai desideri di fine vita può essere difficile. Cercate di pensare cosa potrebbe essere importante per voi in quel momento. Pensate quali tradizioni spirituali, religiose o culturali sono importanti per voi o cosa può portarvi un senso di conforto e pace.

Potete selezionare tutte le opzioni possibili. Potete includere maggiori dettagli nell'apposita casella.

Esempi:

- Sono un Anziano Aborigeno. È importante che la mia famiglia e la comunità possano effettuare le pratiche sacre tradizionali della mia cultura, prima, durante e dopo la mia morte.
- Quando la morte si avvicina, vorrei che la mia stanza avesse una luce diffusa e ci fosse una musica meditativa di sottofondo. Questo è l'ambiente che trovo rassicurante.
- Quando la morte si avvicina, non voglio andare in ospedale a meno che non possa mantenere agio e dignità a casa.
- Sono un/una indù e vorrei avere vicino tutta la mia famiglia in modo che essi possano svolgere una serie di rituali tradizionali.

La storia di Aunty

Aunty (64 anni) ha problemi di salute, come ad esempio il diabete, da diversi anni. I suoi familiari vivono a Turkey Creek. Se dovesse ammalarsi gravemente, vorrebbe che sua figlia, Carol, la riporti alla propria terra d'origine, sempre che sia in grado di viaggiare e non sia un peso per la sua famiglia. L'aver scritto tutto ciò nella Disposizione Anticipata di Trattamento le ha dato la sicurezza che i propri desideri sono chiari.



Parte 4: Le decisioni terapeutiche della mia Disposizione Anticipata di Trattamento

Affinché la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento sia valida, la Parte 4 deve contenere almeno una decisione relativa alle terapie da ricevere. Barrare le parti che non volete completare.

La Parte 4 può essere utilizzata per le decisioni da prendere in relazione alle terapie che vorrete o non vorrete ricevere in futuro. Ciò include terapie ed interventi che possono essere utilizzati per mantenervi in vita. Queste sono definite 'terapie di sostegno vitale'. Potete anche prendere decisioni riguardo alla futura partecipazione in attività legate alla ricerca medica.

I professionisti della salute dovranno seguire la lista delle decisioni elencate nella Parte 4.

Per terapia si intende qualunque procedura medica o chirurgica, incluse le cure palliative e i provvedimenti di sostegno vitale, le cure dentali, o altre terapie mediche.

Le decisioni contenute nella Disposizione Anticipata di Trattamento sono decisioni relative all'acconsentire o al rifiutare l'inizio o la continuazione di una cura.

Prima di completare una Disposizione Anticipata di Trattamento, è fortemente consigliabile discutere tali decisioni con il vostro medico.

Il medico e altri professionisti della salute possono raccomandare quali terapie sono più o meno adatte a voi.

4.1 Decisioni relative alle terapie di sostegno vitale

Barrare questa domanda se non volete rispondere. Nota: Affinché la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento sia valida, la Parte 4 deve contenere almeno una decisione relativa alle terapie.

La Parte 4.1 richiede di decidere quali terapie o interventi per tenervi in vita volete o non volete in futuro. Queste informazioni saranno utilizzate solo qualora non siate in grado di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo.

Quando prendete decisioni riguardo a quali terapie di sostegno vitale volete o non volete, pensate alle cose che avete elencato come importanti nella [Parte 3: I miei valori e le mie preferenze](#).

Per aiutarvi a completare questa parte del modulo, parlate con il vostro medico e/o altri professionisti della salute riguardo a:

- quali sono le varie terapie di sostegno vitale di cui potreste avere bisogno in futuro
- rischi ed effetti collaterali di eventuali terapie di sostegno vitale
- in che modo la vostra salute e qualità di vita potrebbero essere condizionate a lungo termine dalle varie terapie di sostegno vitale.



Fatte salve alcune limitate eccezioni, i professionisti della salute dovranno seguire le disposizioni da voi date in merito alle terapie di sostegno vitale. Tuttavia, il fatto che completiate la Parte 4.1 non implica che necessiterete o riceverete per certo le terapie prescelte. Se una terapia non si addice alle vostre circostanze, il medico non sarà obbligato ad effettuarla.

Per maggiori informazioni riguardo alle terapie di sostegno vitale, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.

Nella Parte 4.1 vi sono 5 opzioni. Potrete scegliere solo una opzione.

- **Opzione 1:** Acconsento a tutte le terapie volte a sostenere o prolungare la mia vita.
- **Opzione 2:** Acconsento a tutte le terapie volte a sostenere o prolungare la mia vita a meno che non sia evidente che la mia malattia o infortunio siano così gravi da non potersi ragionevolmente aspettare che io guarisca senza ricevere ininterrottamente le terapie di sostegno. In tale situazione, ritiro il mio consenso a ricevere terapie di sostegno vitale.
- **Opzione 3:** Rifiuto di acconsentire a qualunque terapia volta a sostenere o prolungare la mia vita.
- **Opzione 4:** Prendo le seguenti decisioni riguardo a specifiche terapie di sostegno vitale, come elencato nella tabella qui sotto.
- **Opzione 5:** Non sono in grado di decidere al momento.

Le decisioni nella Parte 4.1 si riferiscono soltanto alle terapie di sostegno vitale. I professionisti della salute daranno comunque assistenza al fine di minimizzare il dolore e farvi sentire il più possibile a vostro agio (ad es. con le cure palliative), anche qualora decidiate di rifiutare ogni terapia di sostegno vitale.

Se non volete ricevere alcuna cura palliativa, dovrete specificarlo nella Parte 4.2.

Qualora scegliate l'Opzione 4, dovrete prendere decisioni riguardo a quali tipi di terapie di sostegno vitale vorrete o non vorrete ricevere tra i vari tipi disponibili.



Ognuno ha la propria opinione riguardo a quali terapie vuole o non vuole ricevere. Gli esempi sottostanti aiuteranno a valutare le varie opzioni disponibili. Potete anche scegliere di fornire più dettagli. Se non siete pronti a prendere una decisione riguardo alle terapie di sostegno vitale che vorrete o non vorrete ricevere in futuro, potete scegliere l'Opzione 5

Esempi

Esempio: Opzione 1 – La storia di Nathan

- Nathan ha avuto un attacco cardiaco 5 settimane fa. Il suo medico curante gli ha detto che probabilmente dovrà sottoporsi ad un intervento al cuore. Nathan vuole tutte le terapie che potranno sostenere o prolungare la sua vita.
- **Nathan ha scelto: Opzione 1 – Acconsento a tutte le terapie volte a sostenere o prolungare la mia vita.**

Esempio: Opzione 2 – La storia di Linda

- A Linda è stata diagnosticata una malattia renale. Sua madre morì a causa di un'insufficienza renale. Linda ricorda che la madre aveva molta nausea quando era in fin di vita. Si ricorda che la nausea era peggiorata con le terapie effettuate per combattere tale malattia, nonostante non vi fosse una ragionevole aspettativa che potesse guarire. Linda non vuole che questo succeda anche a lei.
- **Linda ha scelto: Opzione 2 – Acconsento a tutte le terapie volte a sostenere o prolungare la mia vita a meno che non sia evidente che la mia malattia o infortunio siano così gravi da non potersi ragionevolmente aspettare che io guarisca senza ricevere ininterrottamente le terapie di sostegno. In tale situazione, ritiro il mio consenso a ricevere terapie di sostegno vitale.**

Esempio: Opzione 3 – La storia di Mia

- Mia è stata curata precedentemente per un cancro al seno. Le è appena stato detto che il tumore è tornato e che probabilmente la terapia non potrà prolungare la vita più di qualche mese.
- L'amica di Mia ha avuto un tumore al seno e Mia ritiene che la chemioterapia che ha effettuato le abbia prolungato la vita ma anche la sofferenza. Mia ha deciso che questa volta non vuole alcuna terapia che possa ritardare il decesso e vuole che i professionisti della salute si concentrino a mantenerla il più possibile a proprio agio e senza dolore.
- **Mia ha scelto: Opzione 3 – Rifiuto di acconsentire a qualunque terapia volta a sostenere o prolungare la mia vita.**

Esempio: Opzione 4 – La storia di Peter

- A Peter è stata diagnosticata una bronco pneumopatia cronica ostruttiva (una malattia cronica dei polmoni). Ha 70 anni e sa che la sua malattia può solo peggiorare. Sebbene sappia di poter avere una buona qualità di vita vivendo a casa, anche sapendo che ciò significa utilizzare ossigeno, non vuole utilizzare un respiratore artificiale **permanentemente** in una casa di riposo o in ospedale.
- **Peter ha scelto: Option 4 – Prendo le seguenti decisioni riguardo a specifiche terapie di sostegno vitale, come elencato nella tabella qui sotto.**
 - **Ha selezionato la casella (B) per la ventilazione assistita e fornisce i seguenti dettagli:** Solo temporaneamente e se mi consente di ritornare a casa, anche se con l'ossigeno. Non voglio dover utilizzare il respiratore artificiale permanentemente in ospedale o nella casa di riposo.
 - **Ha selezionato la casella (C) per tutte le altre terapie:** Rifiuto tutte le altre terapie volte a sostenere la mia vita.

Esempio: Opzione 5 – La storia di William

- William ha 25 anni e non ha mai vissuto l'esperienza di veder morire un parente stretto o di avere un parente stretto che necessita di una terapia di sostegno vitale.
- **William ha scelto: Opzione 5 – Non sono in grado di decidere al momento.**

4.2 Decisioni riguardo ad altre terapie

Barrare questa domanda se non volete rispondere. Nota: Affinché la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento sia valida, la Parte 4 deve contenere almeno una decisione relativa alle terapie.

La Parte 4.2 richiede di prendere decisioni riguardo a quali altre terapie (a parte le terapie per il sostegno vitale della Parte 4.1) volete o non volete ricevere in futuro. Queste informazioni saranno utilizzate solo qualora in futuro non siate in grado di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo.

Per altre terapie si intendono i medicinali utilizzati per prevenire certe patologie (es. aspirina, cure per il colesterolo), o trasfusioni di sangue.

Qualora elenchiaste la vostra decisione riguardo ad una particolare terapia, dovrete indicare le circostanze in cui volete o non volete quella terapia.

Ad esempio, se non volete prendere l'aspirina, sarà per ogni circostanza o solo per una circostanza specifica?

I dettagli possono essere forniti nelle apposite caselle. Se necessitate di più spazio, completate le pagine aggiuntive per la [Parte 4.2 – Decisioni riguardo ad altre terapie](#) fornite all'interno di questa guida e unitele alla Parte 4.2 della vostra Disposizione Anticipata di Trattamento.

Per maggiori informazioni riguardo a come aggiungere pagine alla vostra Disposizione Anticipata di Trattamento, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.

Esempi

Condizioni di salute	Le mie decisioni sulle terapie
Ho il colesterolo molto alto	Non somministratemi inibitori dell'assorbimento del colesterolo. Non tollero gli effetti collaterali.
Tutte le circostanze	Non effettuate trasfusioni di sangue o di altri prodotti emoderivati. È contrario alla mia fede.
Soffro regolarmente di emicrania	Non somministratemi l'aspirina. Mi causa dolore allo stomaco.

4.3 Ricerca medica

Barrare questa domanda se non volete rispondere. Nota: Affinché la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento sia valida, la Parte 4 deve contenere almeno una decisione relativa alle terapie.

La Parte 4.3 richiede di decidere se partecipare alla ricerca medica. Queste informazioni saranno utilizzate solo qualora in futuro non siate in grado di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo.

Partecipare alla ricerca medica può aiutare a far progredire la conoscenza medico-scientifica al fine di prevenire, diagnosticare e/o curare una malattia. La Parte 4.3 elenca vari tipi di attività di ricerca medica. Potete selezionare la/e circostanza/e in cui acconsentite o non acconsentite di far parte delle attività elencate nella ricerca medica. La tabella qui di seguito fornisce esempi relativi ad ogni ricerca medica elencata nella Parte 4.3.

La ricerca medica deve essere condotta osservando rigorose linee guida e con l'approvazione di un comitato di esperti sulla ricerca che coinvolge soggetti umani (il Comitato Etico per la Sperimentazione Umana [*Human Research Ethics Committee*] che è conforme alla Dichiarazione Nazionale sulla Condotta Etica nella Ricerca Umana [*National Statement on Ethical Conduct in Human Research*]).

Il vostro consenso a partecipare alla ricerca medica futura vale solo per la ricerca che è stata approvata dal Comitato Etico per la Sperimentazione Umana e che osserva le linee guida della ricerca nazionale. Per maggiori informazioni sulla ricerca medica, visitare il sito del Public Advocate all'indirizzo publicadvocate.wa.gov.au. Ulteriori informazioni sono fornite nella [Terminologia comune](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.



Attività di ricerca	Esempio di questo tipo di ricerca
L'uso di un'apparecchiatura o di un dispositivo	Verificare l'efficacia di un nuovo tipo di maschera di ossigeno o di pacemaker
Fornire assistenza sanitaria che non ha ancora ottenuto il sostegno di un numero sostanziale di medici che operano in quel settore assistenziale	Sperimentare un nuovo medicinale o tipo di apparecchiatura che fino ad ora è stata utilizzata in una ricerca con un numero limitato di pazienti.
Fornire assistenza sanitaria per svolgere una valutazione comparativa	Uno studio che confronta gli effetti di 2 diversi tipi di medicinali o terapie su una malattia. In questo tipo di ricerca, un gruppo di pazienti riceve una terapia e l'altro gruppo di pazienti riceve una terapia diversa.
Fare prelievi di sangue	Ricerca che coinvolge prelievi di sangue in modo da poterlo esaminare in laboratorio per verificare eventuali variazioni, es. variazioni nel numero o nel tipo di cellule ematiche.
Prelevare campioni di tessuto o fluidi corporei, ad esempio dalla bocca, gola, cavità nasale, occhi o orecchie	Fare una biopsia ad un neo o lentiggine (dove una parte del neo o della lentiggine è rimossa con anestesia locale) per cercare tracce di tumore della pelle. Fare un tampone interno al naso per verificare la presenza di un virus o batterio.
Qualsiasi tipo di esame non intrusivo della bocca, gola, cavità nasale, occhi o orecchie	Farsi proiettare una luce nelle orecchie, negli occhi o nella bocca per cercare tracce di qualche malattia.
Esame non intrusivo dell'altezza, del peso o della vista	Usare una bilancia pesa persone. Fare un esame della vista.
Rimanere sotto osservazione	Test in cui viene esaminata la capacità respiratoria o di movimento di una persona mentre svolge vari tipi di attività.
Partecipare ad un sondaggio, colloquio o focus group	Rispondere a sondaggi cartacei o online con domande relative alla terapia o all'assistenza. Partecipare a colloqui o piccoli incontri di gruppo per scambiare idee riguardo a come migliorare l'esperienza assistenziale.
Raccogliere, utilizzare o divulgare informazioni, incluse le informazioni personali	Studio in cui le informazioni derivanti dalla cartella clinica di un paziente possono essere condivise (col permesso del paziente) con i ricercatori, insieme con le informazioni derivanti dalle cartelle di altri pazienti, per capire le differenze e le affinità tra gruppi di pazienti, ad esempio la frequenza con cui le persone affette da una certa patologia sono ammesse in ospedale nell'arco di un periodo di 10 anni.
Considerare o valutare campioni o informazioni raccolti tramite un'attività tra quelle elencate qui sopra	Ricerca volta a confrontare i risultati degli esami del sangue di vari pazienti cercando le affinità e le differenze per capire una patologia e la sua cura.

Parte 5: Le persone che mi hanno aiutato a completare la Disposizione Anticipata di Trattamento

Potete scegliere di completare alcune, tutte o nessuna delle domande contenute nella Parte 5. Barrare le domande a cui non volete rispondere.

Per alcune domande della Disposizione Anticipata di Trattamento potranno essere necessarie ulteriori informazioni (es. la Dichiarazione del Traduttore).

La Parte 5 può essere utilizzata per elencare le persone che vi hanno aiutato a completare la Disposizione Anticipata di Trattamento.

5.1 Per la compilazione di questo modulo, avete utilizzato il servizio di un traduttore?

Nella Parte 5.1 indicate se avete richiesto il servizio di un traduttore per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento.

Per questa domanda vi sono 3 opzioni:

- **Opzione 1: L'inglese è la mia prima lingua – Non ho dovuto richiedere il servizio di un traduttore.**

Scegliere questa opzione se vi sentite sicuri a parlare l'inglese e non avete dovuto richiedere il servizio di un traduttore per completare questo modulo.

- **Opzione 2: L'inglese non è la mia prima lingua – ho richiesto il servizio di un traduttore per completare la mia Disposizione Anticipata di Trattamento e ho allegato la dichiarazione del traduttore.**

Scegliere questa opzione se avete utilizzato il servizio di un traduttore per avere la traduzione del modulo. Completare la [dichiarazione del traduttore](#) inclusa in questa guida e allegarla alla Parte 5.1 della Disposizione Anticipata di Trattamento.

- **Opzione 3: L'inglese non è la mia prima lingua – non ho richiesto il servizio di un traduttore per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento.**

Scegliere questa opzione se l'inglese non è la vostra prima lingua ma avete completato questo modulo senza l'aiuto di un traduttore.

Selezionare solo una casella o barrare la domanda se non volete rispondere.

Se scegliete l'Opzione 2 e per maggiori informazioni su come reperire un traduttore, è consigliabile che entrambi voi ed il traduttore facciate riferimento alle [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.

Se scegliete l'Opzione 2 – sia voi sia il traduttore dovrete completare la dichiarazione del traduttore inclusa in questa guida ed allegarla alla Disposizione Anticipata di Trattamento.



5.2 Avete preparato una Tutela Permanente (EPG)?

La Parte 5.2 richiede di elencare le informazioni relative alla Tutela Permanente qualora sia stata preparata.

La Tutela Permanente è un documento legale che permette di scegliere e legalmente nominare una o più persone a prendere decisioni per vostro conto sullo stile di vita ed il tipo di assistenza sanitaria qualora non siate più in grado di prendere o comunicare tali decisioni in modo autonomo. Se preparate una Tutela Permanente, si raccomanda vivamente di includere i dettagli nella Disposizione Anticipata di Trattamento.

La persona che nominate per prendere decisioni per vostro conto si chiama tutore permanente.

Il tutore permanente non può cambiare le decisioni prese nella Disposizione Anticipata di Trattamento, eccetto in circostanze speciali (es. se nuove opzioni terapeutiche che non esistevano al momento in cui avete completato la Disposizione Anticipata di Trattamento diventano disponibili).

Selezionare solo una casella o barrare la domanda se non volete rispondere. Se scegliete l'Opzione 2, dovrete includere i dettagli relativi alla Tutela Permanente e al tutore permanente.

Per maggiori informazioni riguardo a come aggiungere pagine alla Tutela Permanente e come nominare un tutore permanente, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.

5.3 Per completare la presente Disposizione Anticipata di Trattamento avete ottenuto una consulenza medica e/o legale?

La Parte 5.3 richiede di fornire i dettagli relativi a qualsiasi consulenza medica e/o legale ricevuta per il completamento della Disposizione Anticipata di Trattamento.

Potrete trovare utile avere una consulenza medica e/o legale per essere sicuri/e e per rassicurare i vostri cari che le decisioni prese nella Disposizione Anticipata di Trattamento sono nel vostro interesse e sono appropriate alle vostre condizioni di salute.

Selezionare solo una casella relativamente alla consulenza medica e solo una casella relativamente alla consulenza legale. Barrare la domanda se non volete rispondere.



Siete incoraggiati (ma non obbligati) ad ottenere una consulenza medica e/o legale per il completamento della Disposizione Anticipata di Trattamento.



Parte 6: Firma e testimonianza

Questa parte della Disposizione Anticipata di Trattamento deve essere completata assicurandosi che i criteri relativi alla testimonianza siano rispettati.

Affinché la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento sia valida, assicurarsi che i criteri relativi alla firma e alla testimonianza della Disposizione Anticipata di Trattamento siano rispettati.

- Dovete firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento in presenza di 2 testimoni. Entrambi i testimoni devono guardarvi mentre firmate la Disposizione Anticipata di Trattamento.
- Anche i testimoni devono firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento. Dovrete guardare entrambi i testimoni mentre firmano la Disposizione Anticipata di Trattamento. Ogni testimone deve guardare l'altro testimone mentre firma la Disposizione Anticipata di Trattamento.
- I 2 testimoni devono avere almeno 18 anni e avere piena capacità giuridica.
- Uno dei testimoni deve essere una persona autorizzata a testimoniare una dichiarazione giurata.

La lista di persone autorizzate a testimoniare una dichiarazione giurata nell'Australia Occidentale può essere reperita nella Legge sui Giuramenti, Affidavit e Dichiarazioni Giurate 2005 [*Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005*], Prospetto 2 al sito wa.gov.au/government/publications/authorised-witnesses-statutory-declarations.

La lista di persone autorizzate include:

- Accademico (istituto post-secondario)
- Ragioniere
- Architetto
- Funzionario Consolare australiano
- Funzionario Diplomatico australiano
- Ufficiale Giudiziario
- Direttore di Banca
- Segretario/a di società
- Farmacista
- Chiropratico/a
- Revisore Aziendale o Liquidatore
- Funzionario del Tribunale
- Ufficiale delle Forze di Difesa
- Dentista
- Dottore
- Funzionario Elettorale di un Membro del Parlamento Statale
- Ingegnere
- Segretario/a di Organizzazione Industriale
- Broker Assicurativo
- Giudice di Pace
- Funzionario di Landgate
- Avvocato
- Dirigente di Amministrazione Comunale o Vice Dirigente di Amministrazione Comunale
- Consigliere di Amministrazione Comunale
- Perito Liquidatore
- Celebrante di Matrimonio
- Membro del Parlamento
- Ostetrico/a
- Ministro di Culto
- Infermiere/a
- Optometrista
- Paramedico
- Procuratore Permanente di Brevetti
- Fisioterapista
- Podologo/a
- Agente di Polizia
- Titolare di Ufficio Postale
- Psicologo/a
- Notaio
- Pubblico Impiegato (Statale o del Commonwealth)
- Agente Immobiliare
- Agente di Regolamento
- Sceriffo o Vice Sceriffo
- Geometra
- Insegnante
- Funzionario del Tribunale
- Veterinario.

Quando fornite l'indirizzo dei testimoni, usare l'indirizzo postale, non una Casella Postale. L'indirizzo può essere un indirizzo aziendale, del luogo di lavoro o l'indirizzo di casa del testimone.

Per maggiori informazioni riguardo a ruolo e responsabilità dei testimoni, vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.

Cosa succede se non sono in grado di firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento?

Se non siete in grado di firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento che avete completato, potete apporre un segno qualunque, inclusa un'iniziale, una croce o l'impronta del pollice.

Se usate un segno che non è la firma, dovrete completare la *marksman clause* inclusa nella presente guida e allegarla alla Parte 6 della Disposizione Anticipata di Trattamento. Se includete la *marksman clause* è consigliabile ottenere una consulenza legale (avvocato o servizio comunitario di assistenza legale).

Per maggiori informazioni riguardo a come completare una Disposizione Anticipata di Trattamento se siete non vedenti o non potete leggere e/o scrivere vedere le [Domande più frequenti](#) nella Sezione 3: Informazioni utili.



Sezione 3: Informazioni utili

Questa sezione fornisce le domande più frequenti e una lista di controllo per preparare, completare e conservare la **Disposizione Anticipata di Trattamento**. Include inoltre la terminologia comune e dove rivolgersi per maggiori informazioni.

Domande più frequenti

Questa sezione fornisce risposte alle domande più comuni su come preparare una **Disposizione Anticipata di Trattamento**.

Domande generiche

Quando sarà usata la mia **Disposizione Anticipata di Trattamento**?

La **Disposizione Anticipata di Trattamento** sarà usata solo qualora voi doveste non essere in grado di prendere o comunicare decisioni riguardo alle terapie e l'assistenza sanitaria e qualora sia in relazione alla terapia a cui dovette sottoporvi.

Per quanto tempo vale la mia **Disposizione Anticipata di Trattamento**?

Le decisioni prese nella **Disposizione Anticipata di Trattamento** sono valide:

- fino alla morte, oppure
- fino a che la **Disposizione Anticipata di Trattamento** viene da voi revocata (annullata), oppure
- fino a che le opzioni terapeutiche elencate nella **Disposizione Anticipata di Trattamento** si addicono al vostro caso. La **Disposizione Anticipata di Trattamento** non sarà applicata alle nuove opzioni terapeutiche che diventano disponibili dopo che la **Disposizione Anticipata di Trattamento** è stata completata.

La **Disposizione Anticipata di Trattamento** è valida se ho utilizzato un vecchio modulo?

Sì. Se avete completato la **Disposizione Anticipata di Trattamento** utilizzando una vecchia versione del modulo prima del 4 febbraio 2023 e avete seguito tutte le modalità legali per il completamento del modulo, esso continua ad essere valido.

Devo registrare la **Disposizione Anticipata di Trattamento**?

No. Non siete legalmente obbligati a registrare la vostra **Disposizione Anticipata di Trattamento**. È consigliabile dire alle persone a voi care e a quelle coinvolte nella vostra assistenza sanitaria che avete completato una **Disposizione Anticipata di Trattamento** e condividerla con loro. Per maggiori informazioni vedere [Cosa fare con la **Disposizione Anticipata di Trattamento** che ho completato?](#)

I professionisti della salute che mi curano seguiranno sempre le decisioni contenute nella Disposizione Anticipata di Trattamento?

Sì. Nella maggior parte dei casi, se non sarete in grado di prendere o comunicare decisioni riguardo alle terapie e all'assistenza, i professionisti della salute dovranno seguire le decisioni contenute nella vostra Disposizione Anticipata di Trattamento, tranne in alcune limitate eccezioni. Una limitata eccezione può verificarsi se:

- Le circostanze sono cambiate dopo che le decisioni relative alle terapie sono state prese, e
- non avreste potuto ragionevolmente prevedere tali cambiamenti al momento in cui avete completato la Disposizione Anticipata di Trattamento, e
- è verosimile pensare che una persona dotata di buon senso che sia a conoscenza del cambiamento di circostanze cambi parere riguardo alla decisione relativa alle terapie.

Quando e quanto spesso dovrei rivedere la mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

È consigliabile rivedere la Disposizione Anticipata di Trattamento ogni 2 - 5 anni, o se le circostanze cambiano. Ad esempio, se viene diagnosticata una nuova patologia cronica e/o che può accorciare la vita, è possibile dover rivedere la Disposizione Anticipata di Trattamento prima di 2 - 5 anni.

Qual è la differenza tra la pianificazione sanitaria anticipata, il Modulo Valori e Preferenze, il Piano Sanitario Anticipato e la Disposizione Anticipata di Trattamento?

La pianificazione sanitaria anticipata è un processo volontario di pianificazione della salute e assistenza personale future in cui sono resi noti i vostri valori, credenze e preferenze per guidare il processo decisionale nel momento in cui non sarete più in grado di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo.

Parte di questo processo prevede che scegliate di completare il documento di pianificazione sanitaria anticipata per registrare valori, credenze, preferenze e le decisioni relative alle terapie. Nell'Australia Occidentale, il documento di pianificazione sanitaria anticipata include quanto segue:

- **Il Modulo Valori e Preferenze: Pianificare la mia assistenza futura**, è un documento in cui potete registrare le cose a cui date valore e le vostre scelte riguardo all'assistenza futura, incluso dove vorrete vivere e altre cose che sono importanti per voi. Questo modulo può essere riconosciuto come Direttiva di Diritto Comune (per maggiori informazioni, vedere qui sotto [Qual è la differenza tra una Direttiva di Diritto Comune e una Disposizione Anticipata di Trattamento?](#)).
- **Il Piano Sanitario Anticipato per coloro che hanno un'insufficiente capacità decisionale** è un documento scritto per vostro conto da un decisore riconosciuto che ha una relazione continuativa con voi (es. la persona più in alto nella gerarchia dei decisori delle terapie che sia disponibile e pronta a prendere tali decisioni). Questo documento può essere utilizzato per guidare i decisori e i professionisti della salute al momento di prendere decisioni per vostro conto in merito a terapie mediche, qualora non aveste una Disposizione Anticipata di Trattamento o un Modulo Valori e Preferenze validi. Dovrebbe essere utilizzato solo quando una persona ha perso la capacità di prendere decisioni e non può completare un Modulo Valori e Preferenze o una Disposizione Anticipata di Trattamento. Questo è un documento non giuridico e non è un documento con cui una persona può legalmente dare o rifiutare consenso ad una terapia. I documenti non giuridici non sono riconosciuti da alcuna legislazione specifica.
- La **Disposizione Anticipata di Trattamento** è un registro legale delle decisioni prese in merito alle terapie che volete o non volete ricevere qualora vi ammalaste o doveste subire un incidente in futuro. Può essere completata solo da una persona che abbia almeno 18 anni e sia in grado di comunicare le proprie decisioni. La Disposizione Anticipata di Trattamento è un documento giuridico riconosciuto dalla legislazione. I documenti giuridici sono il modo più accurato e formale in cui sia possibile registrare i propri desideri.

Qual è la differenza tra una Direttiva di Diritto Comune e una Disposizione Anticipata di Trattamento?

Le Direttive di Diritto Comune sono comunicazioni scritte o verbali che esprimono i desideri relativi alla salute e all'assistenza personale che una persona desidera ricevere o non ricevere in specifiche circostanze future. Le Direttive di Diritto Comune non sono legate a condizioni formali. Può essere sostanzialmente difficile stabilire se una particolare Direttiva di Diritto Comune è valida giuridicamente e può essere seguita. Per questa ragione non sono raccomandate per prendere decisioni riguardo alle terapie.

La Disposizione Anticipata di Trattamento è un documento legale che raccoglie le decisioni riguardo alle terapie che volete o non volete ricevere qualora vi ammalaste o subiste un infortunio in futuro. Può essere completata solo da una persona che abbia almeno 18 anni che sia in grado di prendere e comunicare le proprie decisioni. La Disposizione Anticipata di Trattamento è un documento giuridico riconosciuto dalla legislazione. I documenti giuridici sono il modo più accurato e formale in cui sia possibile registrare i propri desideri.

Testimonianze, firme e condivisione

Posso essere forzato/a a firmare una Disposizione Anticipata di Trattamento contro la mia volontà?

No. Tutte le decisioni riguardo alle terapie contenute nella Disposizione Anticipata di Trattamento devono essere prese volontariamente. Una decisione relativa alle terapie presa sotto forzatura/contro la vostra volontà sotto l'effetto di istigazione o di coercizione non è valida.

Qualora un membro della famiglia o un professionista della salute sospetti che la Disposizione Anticipata di Trattamento non sia stata completata volontariamente o sia stata influenzata tramite istigazione o coercizione, è possibile presentare una domanda di accertamento di validità/invalidità presso il Tribunale Amministrativo Statale ai sensi della Legge sulla Tutela e l'Amministrazione del 1990 [*Guardianship and Administration Act 1990*].

Posso chiedere al mio medico di fungere da testimone della mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

Sì. È possibile chiedere al proprio medico di fungere da testimone della vostra Disposizione Anticipata di Trattamento. Il medico dovrà firmare in qualità di testimone, in presenza di un altro testimone (il/la quale deve avere almeno 18 anni).

Posso chiedere ad un familiare di fungere da testimone della mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

Sì. Tuttavia, si consiglia di scegliere un testimone indipendente piuttosto che un familiare.

Posso chiedere al traduttore di fungere da testimone della mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

No. Se utilizzate il servizio di un traduttore per la compilazione della Disposizione Anticipata di Trattamento, il traduttore non può fungere da testimone della firma che mettete sulla Disposizione Anticipata di Trattamento.

Devo comunicare ad altri il fatto che ho completato una Disposizione Anticipata di Trattamento?

Si consiglia di dire ai vostri cari e alle persone coinvolte nella vostra assistenza sanitaria che avete completato una Disposizione Anticipata di Trattamento e di condividere una copia con loro. Dite loro dove conservate la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento, in modo che possano averne accesso in futuro, se necessario.

Aggiunte, cambiamenti, inclusioni e revoche (annullamenti)

Posso includere alla mia Disposizione Anticipata di Trattamento delle pagine aggiuntive?

Sì. Potete aggiungere informazioni alla Disposizione Anticipata di Trattamento purché ciò sia fatto prima della firma davanti ai testimoni. Non potrete aggiungere alcuna pagina dopo che la Disposizione Anticipata di Trattamento è stata firmata davanti ai testimoni.

Come faccio ad aggiungere pagine alla mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

Per aggiungere pagine alla Disposizione Anticipata di Trattamento assicurarsi di:

- utilizzare un formato consistente con la relativa sezione della Disposizione Anticipata di Trattamento a cui aggiungete le pagine
 - se aggiungete pagine alla Parte 4.2, potete utilizzare le [pagine aggiuntive per la Parte 4.2 – Altre decisioni terapeutiche](#) fornite all'interno di questa guida
 - se aggiungete una dichiarazione del traduttore, utilizzate la [dichiarazione del traduttore](#) inclusa in questa guida e allegatela alla Parte 5.1
 - qualora aggiungete una *marksman clause*, utilizzate la [marksman clause](#) inclusa in questa guida e allegatela alla Parte 6
- allegate fisicamente (es. pinzate) le pagine aggiuntive alla relativa sezione della Disposizione Anticipata di Trattamento
- quando firmate la Disposizione Anticipata di Trattamento (Parte 6) davanti al testimone, firmate e inserite la data in fondo alle pagine aggiuntive.

Assicuratevi che i testimoni:

- firmino in fondo ad ogni pagina aggiuntiva allegata alla Disposizione Anticipata di Trattamento nello stesso momento in cui firmano la Parte 6.



Posso fare aggiunte e/o cambiamenti alle decisioni elencate nella mia Disposizione Anticipata di Trattamento dopo che è stata firmata davanti ai testimoni?

No. Non è possibile fare aggiunte e/o cambiamenti alle decisioni elencate nella Disposizione Anticipata di Trattamento dopo che è stata firmata davanti ai testimoni.

Se dovete effettuare dei cambiamenti alla Disposizione Anticipata di Trattamento dovrete revocare (o annullare) la corrente Disposizione Anticipata di Trattamento e completarne una nuova.

Cosa succede se cambio indirizzo o altri contatti dopo aver firmato la mia Disposizione Anticipata di Trattamento davanti ai testimoni?

La Disposizione Anticipata di Trattamento rimane valida se cambiate l'indirizzo e/o altri contatti. Non è necessario revocare (annullare) la Disposizione Anticipata di Trattamento se l'unica cosa che cambia sono i dettagli personali. Semplicemente fate sapere i nuovi dettagli personali a coloro che hanno una copia della Disposizione Anticipata di Trattamento.

Come revoco (o annullo) la mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

Per revocare una Disposizione Anticipata di Trattamento occorre avere piena capacità giuridica. La legge assicura che una Disposizione Anticipata di Trattamento non può essere completata, cambiata o revocata se la persona non ha piena capacità giuridica.

La Disposizione Anticipata di Trattamento contiene una dichiarazione che consente di indicare la revoca della versione precedente.

La raccomandazione del Ministero della Salute è di scrivere a tutti coloro che sono coinvolti (persone ed organizzazioni) per far sapere che avete revocato (annullato) la Disposizione Anticipata di Trattamento. Tra questi, il vostro medico curante, altri professionisti della salute, operatori sanitari, familiari e/o amici che hanno una copia della vostra Disposizione Anticipata di Trattamento.

Tutti coloro che hanno una copia della vostra Disposizione Anticipata di Trattamento dovranno restituirla e voi dovrete distruggere tutte le vecchie copie esistenti.

La Disposizione Anticipata di Trattamento può includere il permesso relativo alla donazione di organi e tessuti?

No. La Disposizione Anticipata di Trattamento non può essere utilizzata formalmente per registrare il proprio interesse e donare organi e tessuti. La donazione di organi e tessuti deve essere formalmente registrata presso donatelife.gov.au. È anche importante parlare con i familiari riguardo a tali decisioni di donare organi e tessuti, poiché ad essi verrà chiesto dopo il vostro decesso se sono d'accordo.

Posso dare consenso ad una morte volontaria assistita nella mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

No. La morte volontaria assistita (health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying) è una scelta legale per gli abitanti dell'Australia Occidentale che soddisfano i criteri di ammissibilità necessari. Non è possibile includere la morte volontaria assistita in una Disposizione Anticipata di Trattamento, ma se desiderate considerarla come un'opzione, potrete parlarne con gli operatori sanitari o contattare il Servizio di Navigazione Assistenziale Statale per una Morte Volontaria Assistita dell'Australia Occidentale [WA VAD Statewide Care Navigator Service]. I navigatori assistenziali che lavorano per questo servizio sono professionisti della salute qualificati, con un patrimonio di conoscenza nel campo della morte volontaria assistita come scelta di fine vita. Hanno una vasta esperienza nel sostegno di pazienti, familiari e professionisti della salute.

La Disposizione Anticipata di Trattamento è disponibile in altre lingue, oltre all'inglese?

No. La Disposizione Anticipata di Trattamento è disponibile solo in inglese e le risposte per essere valide devono essere scritte in inglese. La presente guida e altre informazioni sulla pianificazione sanitaria anticipata sono disponibili in varie lingue. Per maggiori informazioni, visitare il sito healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives.

Posso richiedere l'aiuto di un traduttore per completare la mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

Sì, potete utilizzare il servizio di un traduttore per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento. È raccomandabile scegliere un traduttore qualificato e/o che abbia le credenziali per tradurre. [Vedere la Parte 5.1 nella Sezione 2: Guida passo per passo](#). La sezione [Dove rivolgersi per maggiori informazioni](#) di questa guida include dettagli riguardo a dove reperire i servizi traduzioni.

Posso richiedere al mio medico di reperire un interprete in modo da discutere la mia Disposizione Anticipata di Trattamento?

Sì. Se volete discutere la Disposizione Anticipata di Trattamento con il vostro medico (o qualsiasi altro professionista della salute coinvolto nell'assistenza sanitaria) potete richiedere di utilizzare il servizio interpreti. L'interprete potrà essere nella stanza con voi oppure potrà interpretare la discussione via telefono.

Cosa dobbiamo fare il traduttore ed io per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento?

Voi ed il vostro traduttore dovrete completare la [dichiarazione del traduttore](#) inclusa in questa guida ed allegarla alla Parte 5.1 della Disposizione Anticipata di Trattamento che avete completato.

Come faccio a completare una Disposizione Anticipata di Trattamento se sono non vedente, o se non sono in grado di leggere e/o scrivere?

Non essere in grado di leggere e/o scrivere, e/o di firmare con il vostro nome non vi impedisce di completare una Disposizione Anticipata di Trattamento. Potete chiedere a qualcuno di leggervi la Disposizione Anticipata di Trattamento (e questa guida) e potete anche chiedere aiuto per completare una Disposizione Anticipata di Trattamento.

Se non siete in grado di firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento che avete completato, potete chiedere a qualcuno di firmarla a nome vostro. La persona che firma per voi dovrà aver completato la seconda opzione nella pagina in cui va apposta la firma nella Parte 6.

Se desiderate 'firmare' la Disposizione Anticipata di Trattamento facendo un segno di qualunque tipo, anziché la firma, potete completare la [marksman clause](#) inclusa in questa guida ed allegarla alla Parte 6 della Disposizione Anticipata di Trattamento. Le condizioni relative alla testimonianza della firma vanno applicate anche quando si utilizza la *marksman clause*.

Se includete la *marksman clause*, si consiglia di richiedere la consulenza legale di un avvocato o di un servizio comunitario di assistenza legale. La sezione [Dove rivolgersi per maggiori informazioni](#) di questa guida fornisce i dettagli di dove rivolgersi per una consulenza legale.

Le terapie di sostegno vitale

Cos'è la terapia di sostegno vitale?

La terapia di sostegno vitale è l'assistenza sanitaria che mira a mantenere una persona in vita e/o a farla vivere se corre il rischio di morire. Esempi di terapie di sostegno vitale includono:

- La rianimazione cardiopolmonare [CPR] (es. Il trattamento utilizzato per far sì che il cuore continui a pompare anche quando ha smesso di battere)
- La ventilazione assistita (es. la macchina che aiuta a respirare tramite maschera facciale o tubo per la respirazione)
- L'idratazione artificiale (es. fluidi somministrati tramite un tubo inserito in una vena, nei tessuti o nello stomaco)
- La nutrizione artificiale (es. una sonda inserita nel naso o nello stomaco)
- Il ricevere prodotti emoderivati (es. una trasfusione di sangue)
- Antibiotici (es. medicinali somministrati tramite iniezione, per via orale o fleboclisi al fine di eliminare infezioni).

Tutela Permanente

Cos'è la Tutela Permanente?

La Tutela Permanente (EPG) è un documento legale che autorizza una persona a vostra scelta a prendere importanti decisioni personali, terapeutiche e sullo stile di vita per vostro conto, qualora non siate più in grado di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo.

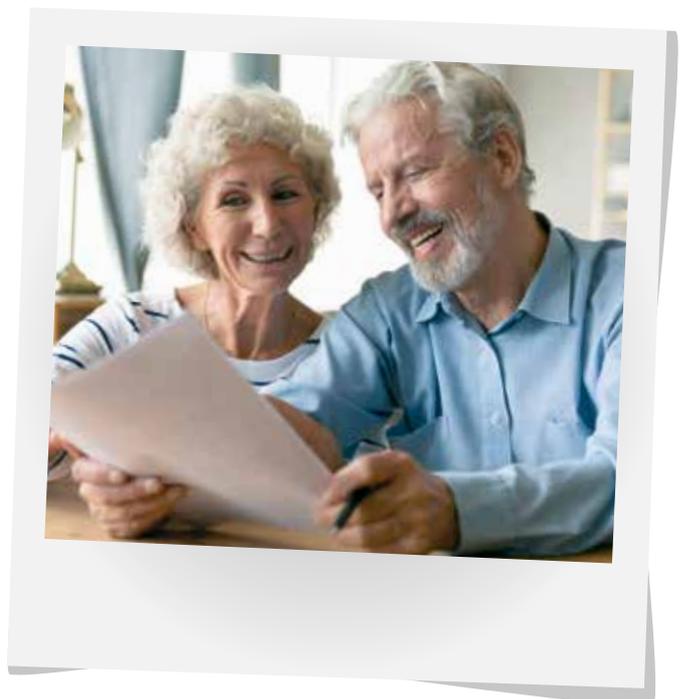
Questa/e persona/e prende/prendono il nome di tutore/i permanente. Potete autorizzare il tutore permanente a prendere decisioni in merito a dove vivere, i servizi di sostegno a cui volete accedere e le terapie che volete ricevere. Non potete autorizzare il tutore permanente a prendere decisioni in merito alle vostre proprietà o questioni finanziarie. Potete scegliere di avere più di un tutore, ma essi devono agire in modo congiunto, che significa devono essere d'accordo su ogni decisione presa per vostro conto.

Per maggiori informazioni riguardo alla Tutela Permanente e i tutori permanenti, visitare il sito dell'Ufficio del Difensore Pubblico [Office of the Public Advocate] justice.wa.gov.au/epg.

Se completo una Disposizione Anticipata di Trattamento devo anche completare una Tutela Permanente?

No. Solo perchè avete completato una Disposizione Anticipata di Trattamento non avete l'obbligo di completare una Tutela Permanente.

Tuttavia, nominando un tutore permanente, aumentate la probabilità che le decisioni prese per vostro conto riflettano i vostri valori, credenze e preferenze, qualora non siate più in grado di comunicare tali decisioni in modo autonomo.



Copie autenticate e loro conservazione

Come posso autenticare una copia della Disposizione Anticipata di Trattamento?

La copia autenticata è una fotocopia di un documento che è stata autenticata come copia diretta del documento originale da un testimone autorizzato. Non vi è alcuna legislazione nell'Australia Occidentale che dichiara come autenticare la copia di un documento e/o chi può farlo.

Tuttavia, è prassi comune far autenticare un documento da una persona autorizzata a testimoniare le dichiarazioni giurate ai sensi del Prospetto 2 della Legge sui Giuramenti, Affidavit e Dichiarazioni Giurate 2005 [*Oaths, Affidavits and Statutory Declarations Act 2005*]. Per maggiori informazioni sulle copie autenticate della Disposizione Anticipata di Trattamento, visitare il sito dell'Ufficio del Difensore Pubblico [*Office of the Public Advocate*] publicadvocate.wa.gov.au o la Scheda Informativa del Ministero di Giustizia – Copie Autenticate di Documenti – justice.wa.gov.au.

Cosa devo fare con la Disposizione Anticipata di Trattamento che ho completato?

Dovete conservare l'originale della Disposizione Anticipata di Trattamento in un luogo sicuro.

Potete conservare una copia della Disposizione Anticipata di Trattamento online utilizzando My Health Record [*Cartella Clinica Elettronica*]. Per caricare la Disposizione Anticipata di Trattamento su My Health Record visitare il sito digitalhealth.gov.au.

Si consiglia di dire alle persone a voi care e a coloro coinvolti nella vostra assistenza che avete completato una Disposizione Anticipata di Trattamento. Se volete, potete condividere una copia della Disposizione Anticipata di Trattamento con più di una persona tra quelle a voi vicino. Ad esempio:

- familiari, amici e badanti
- tutore/i permanente/i
- medico curante/medico locale
- altri specialisti e/o altri professionisti della salute
- residenza sanitaria assistenziale
- ospedale locale
- professionisti legali.



Fare una lista delle persone che hanno una copia della Disposizione Anticipata di Trattamento e di altri documenti relativi alla pianificazione sanitaria anticipata. Ciò aiuterà a ricordarvi chi contattare qualora decidiate di revocare (annullare) il/i documento/i in futuro.

Per far sapere agli altri che avete completato una Disposizione Anticipata di Trattamento potete anche usare le seguenti modalità:

- tenere una tessera di emergenza della Disposizione Anticipata di Trattamento nel portafoglio o nella borsa – potete ordinare una tessera di emergenza contattando la linea informativa sulla Pianificazione Sanitaria Anticipata presso il Ministero della Salute al numero 9222 2300 o tramite e-mail acp@health.wa.gov.au.
- indossare un braccialetto MedicAlert (medicalert.org.au).

Lista di controllo per completare una Disposizione Anticipata di Trattamento

Le azioni in grassetto sono necessarie affinché la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento sia valida.

- Leggere la Disposizione Anticipata di Trattamento e utilizzare la presente guida alla Disposizione Anticipata di Trattamento per preparare e capire cosa va considerato quando si completa una Disposizione Anticipata di Trattamento.
- Pensare a cosa è importante riguardo ai vostri valori, la salute e l'assistenza sanitaria e cosa sarà più importante qualora vi ammalaste o subiste un infortunio in futuro.
- Parlare con i familiari e gli amici più stretti riguardo a cosa è importante per voi e riguardo a valori e preferenze relative all'assistenza sanitaria, inclusa l'assistenza di fine vita.
- Chiedere al proprio medico di spiegarvi le varie opzioni di terapie di sostegno vitale elencate nella Disposizione Anticipata di Trattamento.
- Pensare se volete nominare un tutore permanente che sia responsabile di prendere decisioni relative alla vostra salute e allo stile di vita. Se desiderate fare ciò, pensate chi volete nominare e parlate con loro dei vostri desideri.
- Considerare quanto il completare una Disposizione Anticipata di Trattamento possa influenzare altri documenti relativi alla pianificazione sanitaria anticipata che avete completato.
- Completare i dettagli della Disposizione Anticipata di Trattamento scrivendo a mano o compilando il modulo elettronico in formato PDF tramite computer.
- Completare la Parte 1 – I Miei Dettagli Personali.**
- Elencare almeno una decisione relativa alle terapie nella Parte 4 – Le decisioni terapeutiche della mia Disposizione Anticipata di Trattamento.**
- Se avete richiesto il servizio di un traduttore per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento, completate la Parte 5.1 e completate la dichiarazione del traduttore inclusa in questa guida, allegandola alla Parte 5.1 della Disposizione Anticipata di Trattamento.
- Completare la Parte 6 firmando la Disposizione Anticipata di Trattamento in presenza di 2 testimoni che abbiano almeno 18 anni, uno/a dei quali sia autorizzato/a a testimoniare le dichiarazioni giurate nell'Australia Occidentale.**
- Se avete utilizzato un segno, anziché la firma, per firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento, completate la *marksman clause* inclusa in questa guida e allegatela alla Parte 6 della Disposizione Anticipata di Trattamento.**
- Preparare le copie autenticate e caricarle su My Health Record [*Cartella Clinica Elettronica*] al sito [My Health Record \(myhealthrecord.gov.au\)](http://myhealthrecord.gov.au) per assicurarsi che la Disposizione Anticipata di Trattamento sia disponibile ai professionisti della salute, se necessario.
- Conservare l'originale della Disposizione Anticipata di Trattamento in un posto sicuro.
- Condividere le copie autenticate della Disposizione Anticipata di Trattamento con i familiari e amici più stretti coinvolti nella vostra assistenza.
- Pianificare il momento (tra 2 - 5 anni) in cui revisionare la Disposizione Anticipata di Trattamento o farlo non appena le condizioni di salute cambiano.

Dove rivolgersi per maggiori informazioni

Questa sezione fornisce una lista delle organizzazioni che possono aiutare a capire e completare una **Disposizione Anticipata di Trattamento**.

Disposizioni Anticipate di Trattamento

Linea informativa sulla Pianificazione Sanitaria Anticipata - Ministero della Salute dell'Australia Occidentale

Per domande generiche e per ordinare le risorse gratuite relative alla pianificazione sanitaria anticipata (es. Disposizioni Anticipate di Trattamento)

Telefono: 9222 2300

E-mail: acp@health.wa.gov.au

Sito web: healthywa.wa.gov.au/AdvanceCarePlanning

Linea di Assistenza Telefonica (Helpline) per le Cure Palliative

Informazioni e sostegno per questioni relative alla pianificazione sanitaria anticipata, alle cure palliative, al dolore e al lutto.

Telefono: 1800 573 299 (Ogni giorno dalle 9:00 alle 17:00)

Sito web: palliativecarewa.asn.au

Cure Palliative dell'Australia Occidentale [*Palliative Care WA*]

Domande generiche, risorse ed informazioni sui seminari sulla pianificazione sanitaria anticipata che sono gratuiti per la comunità

Telefono: 1300 551 704 (dal lunedì al giovedì)

Sito web: palliativecarewa.asn.au

Servizio di Sostegno Gratuito per la Pianificazione Sanitaria Anticipata in Australia

Domande generiche che professionisti della salute e consumatori possono avere quando completano i documenti relativi alla pianificazione sanitaria anticipata

Telefono: 1300 208 582 (dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 17:00 AEST)

Sito web: advancecareplanning.org.au

Tutela Permanente

Office of the Public Advocate [*Ufficio del Difensore Pubblico*]

Informazioni sulla Tutela Permanente, sui tutori permanenti e accertamento della capacità giuridica

Telefono: 1300 858 455

E-mail: opa@justice.wa.gov.au

Sito web: publicadvocate.wa.gov.au

Consulenza medica

Per una consulenza, parlare con il vostro medico curante, specialista o medico locale

healthdirect Australia

Servizio telefonico privato per consulenze sanitarie. Può mettervi in contatto con il medico locale o potete parlare con un/una infermiere/a professionale

Telefono: 1800 022 222 (Disponibile ad ogni ora, ogni giorno dell'anno)

Sito web: healthdirect.gov.au

Consulenza legale

Per una consulenza, parlare con il vostro avvocato o consulente legale

Law Society dell'Australia Occidentale

Telefono: 9324 8600

Sezione richieste Come Trovare un Avvocato: lawsocietywa.asn.au/find-a-lawyer

Citizens Advice Bureau [Ufficio Assistenza per i Cittadini]

Telefono: 9221 5711

Sito web: cabwa.com.au

Centri Legali Comunitari

Telefono: 9221 9322

Sito web: communitylegalwa.org.au

Legal Aid WA [Ufficio Assistenza Legale dell'Australia Occidentale]

Telefono: 1300 650 579

Sito web: legalaid.wa.gov.au

Domande sul funzionamento della Tutela Permanente e delle Disposizioni Anticipate di Trattamento

Tribunale Amministrativo di Stato (SAT)

Telefono: 1300 306 017

Sito web: sat.justice.wa.gov.au

Se necessitate di un traduttore o interprete

Se avete difficoltà a capire il contenuto di questa guida e desiderate averla tradotta in un'altra lingua, l'Istituto per Traduttori e Interpreti dell'Australia Occidentale [Western Australian for Translators and Interpreters – WAITI] e l'Ente Nazionale di Certificazione per Traduttori e Interpreti [National Accreditation Authority for Translators and Interpreters – NAATI] hanno gli elenchi online di traduttori ed interpreti qualificati e con le credenziali necessarie per assistervi. Potete anche contattare il servizio Interpreti Aborigeni dell'Australia Occidentale [Aboriginal Interpreting WA].

Interpreti Aborigeni dell'Australia Occidentale

Telefono: 0439 943 612

Sito web: aiwaac.org.au

Se siete non udenti o affetti da disabilità dell'udito o della vista

Per chiamare una qualsiasi delle agenzie elencate in questa sezione, utilizzare il Servizio Nazionale di Relè [National Relay Service]. Per maggiori informazioni, visitare il sito:

communications.gov.au/accesshub



Terminologia comune

Questa sezione fornisce le definizioni della terminologia comune utilizzata nella Disposizione Anticipata di Trattamento

Pianificazione sanitaria anticipata

Un processo volontario di pianificazione della salute e assistenza personale future in cui sono resi noti i valori, credenze e preferenze di una persona per guidare il processo decisionale nel momento in cui tale persona non sarà più in grado di prendere o comunicare decisioni in modo autonomo.

Documenti della pianificazione sanitaria anticipata

Un nome generico che comprende i documenti (sia giuridici che non giuridici) legati alla pianificazione sanitaria anticipata. Nell'Australia Occidentale, include le Disposizioni Anticipate di Trattamento, il Modulo Valori e Preferenze: Pianificare la mia assistenza futura, le Tutele Permanenti e il Piano Sanitario Anticipato per coloro che hanno un'Insufficiente Capacità Decisionale.

Piano Sanitario Anticipato

Documenti che raccolgono le credenze, valori e preferenze relative a decisioni terapeutiche future, ma che non soddisfano i requisiti per essere riconosciuti giuridicamente o dal diritto comune a causa della mancata competenza della persona, dell'insufficiente capacità decisionale o dalla mancanza di formalità (come ad esempio inadeguata identificazione, firma o data). Il Piano Sanitario Anticipato può essere orale o scritto, sebbene la preferenza è che sia scritto.

Disposizione Anticipata di Trattamento.

Un documento volontario guidato dalla persona e completato da un adulto con piena capacità giuridica che focalizza sui valori e le preferenze di una persona in merito a decisioni riguardo alle terapie future, inclusi i risultati e il tipo di assistenza voluti.

Specifica le terapie per le quali viene dato o negato il consenso secondo le circostanze specifiche e che ha effetto solo se la persona non è più in grado di comunicare i propri desideri.

Capacità giuridica

Una persona ha capacità giuridica quando:

- capisce tutte le informazioni che le vengono date al fine di poter prendere decisioni nella Disposizione Anticipata di Trattamento.
- capisce le probabili conseguenze delle decisioni prese nella Disposizione Anticipata di Trattamento in merito a terapie ed assistenza future
- è in grado di valutare i possibili pro e contro delle decisioni prese in merito a terapie ed assistenza future
- è in grado in qualche modo di comunicare le proprie decisioni prese in merito a terapie ed assistenza sanitaria future.

Copia autenticata

La fotocopia di una Disposizione Anticipata di Trattamento adeguatamente firmata davanti ad un testimone, che è stata autenticata come copia del documento originale da un testimone autorizzato.

Fine vita

Il periodo di tempo in cui una persona vive con una malattia che può accorciare la vita o essere potenzialmente fatale. Una persona che probabilmente morirà entro 12 mesi si ritiene a fine vita.

Procura Permanente

Il documento in cui una persona nomina qualcuno (chiamato agente) a gestire i propri affari finanziari.

Tutela Permanente (EPG)

La Tutela Permanente è un documento legale in cui una persona nomina un tutore per prendere decisioni riguardo alle terapie, decisioni personali e di stile di vita in suo nome, qualora tale persona non sia più in grado in futuro di effettuare valutazioni ragionevoli rispetto a tali decisioni.

Tutore Permanente

La persona nominata nella Tutela Permanente per prendere decisioni terapeutiche, personali, di stile di vita ed in merito alla partecipazione alla ricerca medica in nome della persona che lo/la ha nominato/a.

Assistenza sanitaria

L'assistenza sanitaria include terapie mediche, cure per il sostegno vitale, chirurgia, terapie per la salute mentale, farmaci, cure dentali, trattamenti legate alla maternità, cure di emergenza, assistenza infermieristica, podologia, fisioterapia, optometria, terapia psicologica, assistenza sanitaria per Aborigeni, terapia occupazionale e altri servizi offerti da professionisti della salute qualificati, come ad esempio la medicina tradizionale cinese.

Professionista della Salute

Professionisti qualificati che praticano una disciplina o professione nel settore sanitario che comporta l'applicazione di un corpo di apprendimento, incluse le persone che appartengono ad una professione specificatamente riconosciuta dalla legislazione.

Persone LGBTQIA+

Persone che si identificano come lesbiche, omosessuali, bisessuali, transessuali, intersessuali, *queer/questioning*, asessuali e/o di vari orientamenti e identità sessuali

Misure o terapie di sostegno vitale

Terapie mediche, chirurgiche e infermieristiche che sostituiscono una funzione corporea vitale incapace di funzionare indipendentemente.

Include la ventilazione assistita e la rianimazione cardiopolmonare.

Ricerca medica

Ricerca condotta nel campo della medicina o della salute con o su alcune persone, o i loro dati o tessuti, e che include attività svolte ai fini di tale ricerca.

Cure palliative

Assistenza sanitaria volta a migliorare la qualità della vita di persone che hanno una malattia o patologia potenzialmente letali, inclusi i loro familiari e badanti.

La cura palliativa riconosce la persona in quanto tale e riconosce l'importanza e unicità dei suoi familiari e badanti. Considera tutte le cause di sofferenza, siano esse fisiche, sociali, finanziarie, emotive e spirituali, che possono influenzare l'esperienza di una persona e gli esiti delle terapie.

Public Advocate

Funzionario giuridico nominato ai sensi della Legge sulla Tutela e l'Amministrazione del 1990 [*Guardianship and Administration Act 1990*] per proteggere e promuovere i diritti degli adulti che non sono in grado di prendere decisioni in modo autonomo.

Tribunale Amministrativo di Stato (SAT)

Organo giudiziario competente in materia di Tutele Permanenti e Disposizioni Anticipate di Trattamento, ai sensi della Legge sulla Tutela e l'Amministrazione del 1990 [*Guardianship and Administration Act 1990*].

Decisione riguardo alle terapie

La decisione presa per acconsentire o rifiutare l'inizio o la continuazione di una cura.

Cure urgenti

Cure necessarie urgentemente al fine di salvare la vita di un paziente, prevenire gravi danni alla sua salute o prevenire il dolore o il prolungamento dell'angoscia e della sofferenza.

Terminologia utilizzata nella Disposizione Anticipata di Trattamento

Antibiotici

Un tipo di medicinale utilizzato per il trattamento di infezioni.

Idratazione artificiale

Fluidi somministrati tramite un tubo inserito in una vena, nei tessuti o nello stomaco.

Nutrizione artificiale

Cibo somministrato tramite una sonda inserita nel naso o nello stomaco.

Prodotti del sangue

Il sangue contiene globuli rossi, globuli bianchi, piastrine, anticorpi e proteine addette al sostegno vitale, come ad esempio quelle che fermano il sanguinamento. Il termine 'prodotti del sangue' include tutti i prodotti derivati da un componente ematico.

Trasfusione di sangue

Il sangue o i prodotti del sangue iniettati nei vasi sanguigni del paziente

Rianimazione cardiopolmonare

Misure di emergenza per mantenere il battito cardiaco (tramite compressione del petto e/o l'uso di un defibrillatore) e ventilazione assistita quando il cuore e/o la respirazione si fermano.

Chemioterapia

Medicinali utilizzati per il trattamento di tumori. La chemioterapia implica l'uso di farmaci per eliminare o fermare la diffusione di cellule cancerogene nel corpo.

Dialisi

La procedura solitamente effettuata nei pazienti affetti da insufficienza renale per rimuovere i prodotti di scarto dal sangue e correggere gli squilibri tra fluidi e elettroliti

Malattia

Disturbo o malessere con sintomi specifici e ben definiti.

Terapia intensiva

La branca della medicina che si occupa di fornire supporto vitale o supporto degli organi di coloro che sono malati gravemente e richiedono un monitoraggio intensivo. Conosciuta anche con il nome di medicina di assistenza critica.

Intubazione e ventilazione

Processi medici utilizzati quando una persona non è in grado di respirare in modo autonomo. L'intubazione consiste nel far passare un tubo nei polmoni (solitamente attraverso la bocca di una persona). La ventilazione è l'atto di far passare aria attraverso il tubo.

Endovenosa

Parola che significa "dentro ad una vena". Ad esempio, i fluidi endovenosi sono i fluidi somministrati tramite iniezione o fleboclisi nelle vene di una persona.

Malattia/patologia che può accorciare la vita

Malattia, patologia o infortunio che possono portare al decesso, ma non limitatamente alla fase terminale quando il decesso è imminente.

Farmaci per l'attenuazione del dolore

Qualsiasi farmaco somministrato allo scopo di attenuare il dolore. Tali farmaci possono essere somministrati in vari modi, tra cui per bocca, tramite iniezione o tramite cerotto applicato sulla pelle.

Paziente

Ogni persona che necessita di cure.

Paralisi

La perdita della capacità di utilizzare o controllare certi muscoli del corpo. La paralisi è spesso causata da lesioni nervose.

Sepsi

La patologia potenzialmente letale che si verifica quando il corpo danneggia i propri organi e tessuti come risposta ad una infezione. Se non è diagnosticata e curata per tempo, la sepsi può condurre ad uno shock settico, insufficienza di organi e persino al decesso.

Ictus

Improvvisa mancanza di funzionalità cerebrale causata da un blocco o dalla rottura di un vaso sanguigno nel cervello, caratterizzata dalla perdita di controllo muscolare, diminuzione o perdita della sensibilità o coscienza, giramenti di testa, disartria, o altri sintomi che possono variare a seconda della gravità o entità del danno al cervello.

Esempio di una Disposizione Anticipata di Trattamento completa

Le pagine seguenti fornisco l'esempio di una Disposizione Anticipata di Trattamento completa. Potete usarle come riferimento per aiutarvi a preparare e completare la vostra Disposizione Anticipata di Trattamento.

Ricordatevi che completare una Disposizione Anticipata di Trattamento richiede tempo. Non è necessario completarla in una sola volta. Può essere completata un po' alla volta.

Inserti inclusi in questa guida

Inclusa in questa guida vi è una Disposizione Anticipata di Trattamento in bianco.

Sono incluse anche alcune pagine aggiuntive da utilizzare se:

- necessitate di spazio aggiuntivo per completare la Parte 4.2 – Altre decisioni terapeutiche
- avete richiesto i servizi di un traduttore per completare la Disposizione Anticipata di Trattamento
- utilizzate un segno di qualunque tipo, anziché la firma, per firmare la Disposizione Anticipata di Trattamento.

Questi documenti sono disponibili anche al sito healthywa.wa.gov.au/AdvanceHealthDirectives.



XY310580

Advance Health Directive

This form is for people who want to make an Advance Health Directive in Western Australia.

To make an Advance Health Directive, you **must be 18 years or older and have full legal capacity.** Your Advance Health Directive is about your future treatment. It will only come into effect if you are unable to make reasonable judgements or decisions at a time when you require treatment.



Part 4 marked with this symbol, contains your treatment decisions. If you choose not to make any treatment decisions in Part 4, then the document is not considered a valid Advance Health Directive under the *Guardianship and Administration Act 1990*.

Please tick the box below to indicate that by making this Advance Health Directive you revoke all prior Advance Health Directives completed by you.

In making this Advance Health Directive, I revoke all prior Advance Health Directives made by me.

This form includes instructions to help you complete your Advance Health Directive. For more information on how to complete the form and to see examples, please read the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia*.

Before you make your Advance Health Directive, you are encouraged to seek medical and/or legal advice, and to discuss your decisions with family and close friends. It is important that people close to you know that you have made an Advance Health Directive and where to find it. Once you complete your Advance Health Directive, it is recommended that you:

- store the original in a safe and accessible place
- tell your close family and friends that you have made an Advance Health Directive and where to find it
- upload a copy of your Advance Health Directive to My Health Record – this will ensure that your Advance Health Directive is available to your treating doctors if it is needed
- give a copy of your Advance Health Directive to health professionals regularly involved in your healthcare (for example, your General Practitioner (GP), a hospital you attend regularly, and/or other health professionals involved in your care).

If English is not your first language, you may choose to engage a translator. Western Australian Institute of Translators and Interpreters (WAITI) and National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (NAATI) have online directories which list qualified and credentialed translators able to assist you.

Advance Health Directive

Part 1: My personal details

You must complete this section

You **must** complete this section.

You **must** include the date, your full name, date of birth and address.

This Advance Health Directive is made under the **Guardianship and Administration Act 1990 Part 9B** on the:

of:	15th	(day)
	October	(month)
	2021	(year)
by:	Marie Catherine Richards	(name)

Full name	Marie Catherine Richards		
Date of birth	3rd October 1951		
Address	5 Richmond Street		
	Canning Vale	WA	6155
	Suburb	State	Postcode
Phone number	9000 0000		
Email	marierichards@gmail.com.au		

Part 2: My health

2.1 My major health conditions

Use Part 2.1 to list details about your major health conditions (physical and/or mental).

Cross out Part 2.1 if you do not want to complete it.

Please list any major health conditions below:

I was diagnosed with bowel cancer 7 years ago. I had surgery and chemotherapy.

I am in remission but have been told there is a chance the cancer may come back.

I also have high blood pressure and cholesterol. I am on medication for the blood pressure.

2.2 When talking with me about my health, these things are important to me

Use Part 2.2 to provide information about what is important to you when talking about your treatment.

This might include:

- How much do you like to know about your health conditions?
- What do you need to help you make decisions about treatment?
- Would you like to have certain family members with you when receiving information from your health professionals?

Cross out Part 2.2. if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you when talking to health professionals about your treatment:

I like to know as much as I can about all my health conditions.

It takes me a long time to understand what my GP and health professionals tell me in appointments. I like to take my son with me to appointments – he knows how best to explain everything to me.

Part 3: My values and preferences

This part encourages you to think about your values and preferences relating to your health and care now and into the future. This may help you to decide what future treatment decisions you want to make in Part 4: My Advance Health Directive Treatment Decisions.

In this part, you are not making decisions about your future treatment. Use Part 4 to make decisions about your future treatments.

Cross out any parts that you do not want to complete.

3.1 These things are important to me

Use Part 3.1 to provide information about what 'living well' means to you now and into the future.

This might include:

- What are the most important things in your life?
- What does 'living well' mean to you?

Cross out Part 3.1 if you do not want to complete it.

Please describe what 'living well' means to you now and into the future. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe:

My family and friends are the most important thing in my life. I also like to go to my local lawn bowls at the community centre where I have a regular group of friends that I bowl with every week. I would like to keep visiting them and bowling for as long as I can.

- Spending time with family and friends
- Living independently
- Being able to visit my home town, country of origin, or spending time on country
- Being able to care for myself (e.g. showering, going to the toilet, feeding myself)
- Keeping active (e.g. playing sport, walking, swimming, gardening)
- Enjoying recreational activities, hobbies and interests (e.g. music, travel, volunteering)
- Practising religious, cultural, spiritual and/or community activities (e.g. prayer, attending religious services)
- Living according to my cultural and religious values (e.g. eating halal, kosher foods only)
- Working in a paid or unpaid job

Part 3: My values and preferences

3.2 These are things that worry me when I think about my future health

Use Part 3.2 to provide information about things that worry you about your future health.

This might include:

- Being in constant pain.
- Not being able to make your own decisions.
- Not being able to care for yourself.

Cross out Part 3.2 if you do not want to complete it.

Please describe any worries you have about the outcomes of future illness or injury:

I have occasional aches and pains that come with being 70 years old but I really worry about constant pain. I don't think I could cope if I was always in pain.

I also worry about my family and friends not being able to understand me and about not being able to communicate as I have always done.

3.3 When I am nearing death, this is where I would like to be

Use Part 3.3 to indicate where you would like to be when you are nearing death.

When you are nearing death, do you have a preference of where you would like to spend your last days or weeks?

Cross out Part 3.3. if you do not want to complete it.

Please indicate where you would like to be when you are nearing death. Tick the option that applies you. You can provide more detail about the option you choose in the space below.

- I want to be at home – where I am living at the time
- I do not want to be at home – provide more details below
- I do not have a preference – I would like to be wherever I can receive the best care for my needs at the time
- Other – please specify:

Please provide more detail about your choice:

I would really like to stay at home for as long as possible. If my family find it too hard to look after me at home, then I understand it will be best if I move into a nursing home. I trust them to choose a home that is right for me.

Part 3: My values and preferences

3.4 When I am nearing death, these things are important to me

Use Part 3.4 to provide information about what is important to you when you are nearing death.

This might include:

- What would comfort you when you are dying?
- Who would you like around you?

Cross out Part 3.4 if you do not want to complete it.

Please describe what is important to you and what would comfort you when you are nearing death. Use the space below and/or tick which boxes are important for you.

Please describe: *I grew up on a farm in the country so I would really like to visit the countryside and be near open spaces as I am nearing death.*

- I do not want to be in pain, I want my symptoms managed, and I want to be as comfortable as possible. (Please provide details of what being comfortable means to you)

- I want to have my loved ones and/or pets around me (Please provide details of who you would like with you)

I would like my sister, my children, grandchildren and my dog, Abbey, to be with me.

- It is important to me that cultural or religious traditions are followed (Please provide details of any specific traditions that are important for you)

- I want to have access to pastoral/spiritual care (Please provide details of what is important for you)

- My surroundings are important to me (e.g. quiet, music, photographs) (Please provide details of what is important for you.)

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions

This part of your Advance Health Directive contains treatment decisions in respect of your future treatment. A **treatment** is any medical or surgical treatment including palliative care and life-sustaining measures (such as assisted ventilation and cardiopulmonary resuscitation), dental treatment, or other healthcare.

A **treatment decision** in an Advance Health Directive is a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of any treatment and includes a decision to consent or refuse consent to the commencement or continuation of the person's participation in medical research. This decision applies at any time you are unable to make reasonable judgements in respect of that treatment.

Treatment to which you consent in this Advance Health Directive can be provided to you. Treatment to which you refuse consent to in this Advance Health Directive cannot be provided to you. Your enduring guardian or guardian or another person cannot consent or refuse consent on your behalf to any treatment to which this Advance Health Directive applies.

It is recommended that you discuss your treatment decisions with your doctor before completing this part.

Cross out any parts if you do not want to complete them.

Note: You MUST make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions

Use Part 4.1 to indicate your instructions for future life-sustaining treatments.

You can give an overall instruction or list individual treatments that you consent or refuse consent to receiving in future. You can also list circumstances in which you consent or refuse consent to a particular treatment.

Life-sustaining treatments are treatments used to keep you alive or to delay your death.

Read all options before making a decision. The options are over 2 pages.

Cross out Part 4.1 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

If I do not have the capacity to make or communicate treatment decisions about my healthcare in the future, I make the following decisions about life-sustaining treatment:

Tick only one of the following options. If you choose Option 4, complete the table overleaf.

Option 1 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 2 **I consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life unless it is apparent that I am so unwell from injury or illness that there is no reasonable prospect that I will recover to the extent that I can survive without continuous life-sustaining treatments. In such a situation, I withdraw consent to life-sustaining treatments.**

Or

Option 3 **I refuse consent to all treatments aimed at sustaining or prolonging my life.**

Or

Option 4 **I make the following decisions about specific life-sustaining treatments as listed in the table below. (Tick a box in each row of the table).**

Or

Option 5 **I cannot decide at this time.**

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

**Please complete this table if you have ticked Option 4 above.
If you have ticked Option 1, 2, 3 or 5, do not complete this table.**

This table lists some common life-sustaining treatments. Use the boxes to indicate which treatments you consent to or refuse consent to receiving. You can also list circumstances in which you consent to treatment. There is also space for you to add any life-sustaining treatments not listed here.

Tick one box per row in the table below.

If you choose Option B for any treatments, please specify the circumstances in which you consent to the treatment.

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
CPR Cardiopulmonary resuscitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Assisted ventilation A machine that helps you breathe using a face mask or tube	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment? <i>Only if this treatment was temporary and if I could then return home, even with oxygen. I do not want to be permanently on a breathing machine in hospital or in a nursing home.</i>			
Artificial hydration Fluids given via a tube into a vein, tissues or the stomach	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Artificial nutrition A feeding tube through the nose or stomach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.1 Life-sustaining treatment decisions *continued*

Life-sustaining treatment	A. I consent to this treatment in all circumstances	B. I consent to this treatment in the following circumstances	C. I refuse consent to this treatment in all circumstances	D. I cannot decide at this time
Receiving blood products such as a blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Antibiotics Drugs given to help fight infection, given by mouth, injection or by drip tube	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?				
Use the boxes below to list any other life-sustaining treatments you do/do not consent to receive:				
Other life-sustaining treatment (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			
Other life-sustaining treatment (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
State the treatment: _____ _____ _____	Option B only: In which circumstances do you consent to this treatment?			

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.2 Other treatment decisions

Use Part 4.2 to indicate your decisions for other (non-life-sustaining) treatments.

There are a range of other treatments that may be options for you in future.

Examples include treatments for mental health (e.g. electroconvulsive therapy) and drugs used to prevent certain health conditions (e.g. aspirin, cholesterol treatments).

When making the treatment decision, list the circumstances in which you want your decision to apply (e.g. in all circumstances, or specify particular circumstances).

A treatment decision only applies in the circumstances you specify.

Please ensure you indicate in the 'My treatment decisions' column whether you consent or refuse consent to any treatment you refer to.

If you need more space, use the blank My Advance Health Directive treatment decisions form provided as an insert with the Advance Health Directive form.

Cross out Part 4.2 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Health circumstances	My treatment decisions
<i>I have very high cholesterol</i>	<p><i>Do not give me cholesterol absorption inhibitors.</i></p> <p><i>I cannot tolerate the side effects.</i></p>

I have made more treatment decisions using the template and attached _____ (specify number of pages) additional pages.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research

Use Part 4.3 to provide treatment decisions about the types of medical research you consent or refuse consent to take part in, and any circumstances in which these decisions apply.

Taking part in medical research may be an option for you even if you are unable to make or communicate decisions.

A treatment decision may include deciding whether to start or continue to take part in medical research. Your involvement in medical research, and any treatments you receive as part of the medical research, must be consistent with what you have agreed in your Advance Health Directive. The decisions you make in your Advance Health Directive about participating in medical research only operate while you are alive.

If you do not make a decision about participation in medical research, Part 9E of the *Guardianship and Administration Act 1990* will operate as to how decisions will be made about participation in medical research.

Cross out Part 4.3 if you do not want to complete it.

Note: You must make at least one treatment decision within Part 4 to make a valid Advance Health Directive.

Please tick a box showing whether you consent to taking part in the listed medical research activities and the circumstances in which you would consent. You may tick more than one circumstance for each research activity.

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions 

4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
The administration of pharmaceuticals or placebos (inactive drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
The use of equipment or a device	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Providing health care that has not yet gained the support of a substantial number of practitioners in that field of health care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing health care to carry out a comparative assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions



4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Taking blood samples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taking samples of tissue or fluid from the body, including the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Any non-intrusive examination of the mouth, throat, nasal cavity, eyes or ears	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A non-intrusive examination of height, weight or vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Being observed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Undertaking a survey, interview or focus group	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part 4: My Advance Health Directive treatment decisions 

4.3 Medical research *continued*

Research Activities	I consent to taking part in the following circumstance(s):				I do not consent
	Where I require urgent treatment to save my life, or to prevent serious damage to my health, or to prevent me suffering or continuing to suffer significant pain and distress.	Where the medical research may improve my condition or illness.	Where the medical research may not improve my condition or illness but may lead to a better understanding of my condition or illness in the future.	Where there are no other treatment options.	
Collecting, using or disclosing information, including personal information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considering or evaluating samples or information taken under an activity listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Any other medical research not listed above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Part 5: People who helped me complete this form

5.1 Did you use the services of a translator when completing this form?

Use Part 5.1 to show whether you engaged a translator in completing this form.

If English is not your first language, you can engage a translator when completing this form.

If you engaged a translator when making this Advance Health Directive, you and your translator should complete the translator statement provided in the *A Guide to Making an Advance Health Directive in Western Australia* and attach it to your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.1 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input checked="" type="checkbox"/>	English is my first language – I did not need to engage a translator.
Option 2	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I engaged a translator when making this Advance Health Directive and I have attached a translator statement.
Option 3	<input type="checkbox"/>	English is not my first language – I did not engage a translator when making this Advance Health Directive.

Part 5: People who helped me complete this form

5.2 Have you made an Enduring Power of Guardianship (EPG)?

Use Part 5.2 to indicate whether you have made an Enduring Power of Guardianship (EPG) and provide details if relevant.

An Enduring Power of Guardianship (EPG) allows you to name and legally appoint one or more people to make decisions about your lifestyle and healthcare if you lose capacity.

A person you appoint to make decisions on your behalf is called an enduring guardian.

An enduring guardian cannot override decisions made in your Advance Health Directive.

Cross out Part 5.2 if you do not want to complete it.

Tick the option that applies to you:

Option 1	<input type="checkbox"/> I have not made an Enduring Power of Guardianship.
Option 2	<input checked="" type="checkbox"/> I have made an Enduring Power of Guardianship.

My EPG was made on:

10th	(day)
of: March	(month)
2015	(year)

My EPG is kept in the following place (be as specific as possible):

The top drawer of my office drawers with my birth certificate.

I appointed the following person/s as my enduring guardian:

Name: Anna Falkner	Phone: 9222 0000
--------------------	------------------

Joint Enduring Guardian (if appointed):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Substitute enduring guardian/s (if any):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Other substitute enduring guardian (if more than one):

Name: <input type="text"/>	Phone: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

Part 5: People who helped me complete this form

5.3 Did you seek medical and/or legal advice about making this Advance Health Directive?

Use Part 5.3 to indicate whether you obtained medical and/or legal advice before making this Advance Health Directive and provide details if relevant.

You are encouraged (but not required) to seek medical and/or legal advice to make an Advance Health Directive.

Cross out Part 5.3 if you do not want to complete it.

Medical advice

Option 1

I did **not** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

I **did** obtain medical advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained medical advice from:

Name:

Dr Alan Ng

Phone:

9000 0000

Practice:

Shepperton Road Family Practice

Legal advice

Option 1

I did **not** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

Option 2

I **did** obtain legal advice about the making of this Advance Health Directive.

I obtained legal advice from:

Name:

Phone:

Practice:

Part 6: Signature and witnessing

You must complete this section

- You **must** sign this Advance Health Directive in the presence of 2 witnesses. If you are physically incapable of signing this Advance Health Directive, you can ask another person to sign for you. You must be present when the person signs for you.
- 2 witnesses must be present when you sign this Advance Health Directive or when another person signs for you.
- Each of the witnesses must be 18 years of age or older and cannot be you or the person signing for you (if applicable).
- At least one of the witnesses must be authorised by law to take statutory declarations.
- The witnesses must also sign this Advance Health Directive. Both witnesses must be present when each of them signs. You and the person signing for you (if applicable) must also be present when the witnesses sign.

You must sign this form in the presence of 2 witnesses. Both witnesses must be present when you sign this form. The witnesses must sign in each other's presence.

Signed by: (signature of person making this Advance Health Directive)

[Handwritten signature]

Date: (dd/mm/year) 04/08/2022

Or

Signed by: (name of person who the maker of Advance Health Directive has directed to sign)

[Empty box for name]

Date: (dd/mm/year) [Empty box for date]

In the presence of, and at the direction of: (insert name of maker of Advance Health Directive)

[Empty box for name]

Date: (dd/mm/year) [Empty box for date]

Witnessed by a person authorised by law to take statutory declarations:

Authorised witness's signature:	<i>[Handwritten signature]</i>
Authorised witness's full name:	Georgina Tulloch
Address:	16 Wallock Street, West Leederville, WA 6007
Occupation of authorised witness:	Teacher
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

And witnessed by another person:

Witness's signature:	<i>[Handwritten signature]</i>
Witness's full name:	Robert Williams
Address:	45 Fort Avenue, Wembley, WA 6014
Date: (dd/mm/year)	04/08/2022

Le persone con disabilità possono richiedere il presente documento in formati alternativi (contattare 9222 2300 o acp@health.wa.gov.au).

© Ministero della Salute 2022

L'autorità competente per il Diritto d'Autore è lo Stato dell'Australia Occidentale, tranne dove indicato diversamente. Escludendo ogni corretto uso relativo a studio privato, ricerca, critica o revisione, come permesso dalla Legge sul Diritto d'Autore 1968 [*Copyright Act 1968 (Cth)*], nessuna parte può essere riprodotta o riutilizzata per alcun motivo senza l'esplicito permesso dello Stato dell'Australia Occidentale.