



Indagine sulla salute, l'invecchiamento e le pensioni in Europa

2019

Questionario in autocompilazione

ID intervistato: - -

Nome/iniziali:

Data dell'intervista: / /

ID intervistatore:

Numero di serie:



Scopo del questionario

L'autodeterminazione è la capacità di poter decidere della propria vita e di agire. Questo concetto sta diventando sempre più importante, in particolare nel campo medico. Il/la paziente deve essere informato/a sui vantaggi e gli svantaggi che certi trattamenti medici potrebbero avere sul Suo stato di salute. Queste informative permettono al/la paziente di prendere autonomamente una decisione informata. È inoltre possibile prendere queste decisioni anticipatamente per mantenere il controllo nelle situazioni in cui la persona non è più capace di esprimere la propria volontà, come può succedere ad esempio in fin di vita. Ci piacerebbe capire come percepisce le informazioni sanitarie e mediche, e in particolare quelle che si riferiscono al fine vita. Vorremmo inoltre sapere se Lei ha mai preso delle decisioni in anticipo per delle situazioni di fine vita. Una migliore comprensione di questi argomenti ci è utile per informare le politiche sanitarie sulle aspettative della popolazione. La ringraziamo anticipatamente per il Suo prezioso contributo.

Modalità di compilazione del questionario

- Apponga una crocetta nella casella corrispondente alla risposta scelta: ☒
- Se si accorge di essersi sbagliato/a, annerisca tutta la casella barrata e faccia una nuova crocetta nella casella corrispondente alla risposta corretta: ☒ ☒
- Scelga una sola risposta per domanda, a meno che non sia esplicitamente precisata la possibilità di barrare più risposte.
- Risponda domanda per domanda. Salti una domanda solo se trova un'istruzione esplicita che dice di farlo.

ESEMPIO

73	È coniugato/a?	
	Sì.....	<input type="checkbox"/> 1
	No.....	<input type="checkbox"/> 2

> VADA ALLA DOMANDA 76

Se risponde «Sì»,
continui con la domanda
successiva **74**.

Se risponde «No»,
vada alla domanda
indicata **76**.

TUTTE LE SUE RISPOSTE RIMARRANNO STRETTAMENTE CONFIDENZIALI

Modalità di restituzione del questionario

La preghiamo di restituire personalmente il questionario all'intervistatore/trice. Se ciò non fosse possibile, la preghiamo di spedirlo quanto prima, utilizzando l'apposita busta preaffrancata, al seguente indirizzo:

LINK Institut
Spannortstrasse 7/9
6002 Luzern 2



1 Per prima cosa vorremmo chiederle in che misura si sente a Suo agio nella gestione delle informazioni che riguardano la Sua salute.
 Quanto è facile o difficile per Lei...

	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
trovare informazioni sui trattamenti delle malattie che la riguardano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sapere dove trovare un aiuto professionale quando è ammalato/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capire cosa le dice il medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capire il foglietto illustrativo allegato alla confezione dei Suoi farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capire le istruzioni del Suo medico o farmacista sull'assunzione dei farmaci prescritti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutare i vantaggi e gli svantaggi di diverse possibilità terapeutiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutare quando dovrebbe chiedere un secondo parere a un altro medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utilizzare le informazioni fornite dal Suo medico per prendere decisioni riguardo la Sua malattia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seguire le istruzioni del Suo medico o farmacista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trovare informazioni su come gestire problemi psichici come lo stress o la depressione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capire le avvertenze sui rischi per la salute in caso di determinati comportamenti come fumare, fare poca attività fisica o eccessivo consumo di alcol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continuazione della domanda 1)

Quanto è facile o difficile per Lei...

	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
capire perché deve fare delle visite mediche preventive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutare se le informazioni sui rischi per la salute fornite dai media sono affidabili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decidere come prevenire le malattie in base alle informazioni fornite dai media?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trovare informazioni su attività che giovano al Suo benessere mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trovare informazioni su cambiamenti politici e amministrativi che potrebbero influire sulla Sua salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capire i consigli sulla salute dati da familiari o amici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
capire le informazioni fornite dai media su come si può diventare più sani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valutare quali abitudini quotidiane sono in relazione con la Sua salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Nel campo medico si utilizzano spesso dei termini tecnici.
 Quanto è facile o difficile per Lei **capire cosa vogliono dire** i seguenti termini medici:

	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
Prognosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cure palliative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rianimazione cardiopolmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Immagini che **oggi** le si chieda di mettere per iscritto i trattamenti medici che vorrebbe o non vorrebbe ricevere in una situazione in cui non fosse **più capace** di decidere per sé stesso (direttive anticipate).
 Quanto è facile o difficile per Lei indicare **oggi** per iscritto se vorrebbe ricevere o rinunciare ai seguenti trattamenti **di fine vita**?

	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
Respirazione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasfusioni sanguigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rianimazione cardiopolmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

Vorremmo sapere in che misura si sente a Suo agio nelle situazioni seguenti. Quanto è facile o difficile per Lei...

	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
definire cos'è l'accanimento terapeutico secondo Lei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parlare delle Sue volontà di fine vita con una persona di fiducia, come ad esempio un familiare stretto o un amico/un'amica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
discutere con un medico o un altro professionista sanitario di questioni legate alle disposizioni anticipate di trattamento e alle cure di fine vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trovare informazioni e ottenere moduli o modelli di direttive anticipate di trattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
decidere se accettare o no un trattamento in base alle probabilità di successo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scegliere tra delle cure di conforto (che alleviano le sofferenze senza rallentare la malattia) e dei trattamenti aggressivi (chemioterapia, cure intensive con respirazione artificiale) per prolungare la vita nella fase terminale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
definire uno stato di salute specifico o delle situazioni nelle quali preferirebbe che la si lasci morire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Le persone hanno opinioni diverse su cosa considerano importante per trascorrere al meglio l'ultima fase della vita.
Pensando agli **ultimi sei mesi di vita**, indichi se **per Lei** i seguenti aspetti sono importanti o meno.

	Molto importante	Piuttosto importante	Poco importante	Per niente importante
Sentirsi utile per gli altri (offrire il proprio tempo, condividere la conoscenza ecc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non essere un peso per la famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Predisporre le formalità che seguiranno il Suo decesso (funerali, annuncio funebre ecc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scegliere dove morire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non morire da solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poter parlare delle proprie paure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficiare di un sostegno spirituale o religioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitare l'accanimento terapeutico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avere un contatto fisico (tenere la mano ecc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere in grado di parlare / comunicare con gli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere in grado di mangiare autonomamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricevere, fino alla fine, tutti i trattamenti disponibili per prolungare la vita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non soffrire fisicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essere pienamente cosciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

Le esperienze personali influenzano talvolta le nostre scelte.

Sì No

Ha già **preso decisioni di carattere medico** per una persona a Lei vicina che non era più in grado di esprimere la propria volontà?

Ha già **accompagnato** (presenza, visita, supporto morale) un familiare o un/a buon/a amico/a nel periodo di fine vita?

Ha già **prestato delle cure** (fare il bagno, somministrare una medicina, dare da mangiare) ad un familiare o ad un/a buon/a amico/a in fin di vita?

7

Immagini di essere vittima di un arresto cardiaco e/o respiratorio.

In questa situazione, Lei vorrebbe...

... **essere** rianimato/a

... **non essere** rianimato/a

8

Immagini che la Sua capacità di discernimento sia compromessa, ad esempio, per colpa di un incidente, un ictus o un infarto. Dopo aver ricevuto le cure di pronto soccorso e un esame medico approfondito, i medici dichiarano che molto probabilmente Lei non riacquisterà **mai più** la capacità di discernere.

In questa situazione, Lei preferirebbe...

... **rinunciare** a qualsiasi misura destinata unicamente a prolungarle la vita e le sue sofferenze.

... **ricevere** tutto ciò che è medicalmente possibile per provare a prolungarle la vita malgrado la prognosi negativa.

9 Immagini di soffrire di una malattia che provoca dei dolori e dei sintomi insopportabili come paura, agitazione, difficoltà respiratorie, nausea.

In questa situazione...

- ... Lei desidera che in ogni caso i Suoi dolori e i Suoi sintomi siano curati in modo ottimale e, per farlo, accetta **una perdita di coscienza momentanea** dovuta al trattamento (sedazione).
- ... **lo stato di presenza cosciente e la capacità di comunicare** sono per Lei più importanti che alleviare in modo ottimale i dolori o altri sintomi.

10 Certe persone si fidano completamente dei loro conoscenti, delle istituzioni e dei loro rappresentanti, mentre altre si mostrano più diffidenti.

Se pensa al periodo di fine vita, Lei in che misura si fida...

	Molto	Abbastanza	Piuttosto poco	Per niente
dei Suoi familiari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dei medici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delle casse malati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
del sistema sanitario svizzero in generale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
del sistema giuridico svizzero (giustizia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delle autorità religiose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 C'è chi desidera comunicare le proprie preferenze e aspettative riguardo all'ultimo periodo di vita, mentre c'è chi decide di non parlarne.

Ha già discusso con qualcuno dei Suoi desideri riguardo al fine vita?

- Sì
- No > **VADA ALLA DOMANDA 13**

12 Con chi ne ha discusso ? *Si possono segnare più risposte*

- Coniuge, compagno/a
- Figlio/a
- Fratello/sorella
- Amico/a
- Medico
- Altra persona (*per favore precisare*): _____

13 **Le direttive anticipate** sono un documento scritto nel quale una persona descrive i propri desideri in fatto di cure mediche e/o nel quale la persona designa chi prenderà le decisioni di carattere medico in sua vece in caso di necessità. Le direttive anticipate sono impiegate quando il/la paziente non è più in grado di esprimere la propria volontà. I medici e i familiari sono obbligati a rispettare quanto indicato nel documento. Ha un documento **scritto** che specifica i Suoi desideri riguardo determinate cure mediche (direttive anticipate)?

- Sì > **VADA ALLA DOMANDA 16**
- No

14 Perché **non** ha un documento scritto che specifica i Suoi desideri riguardo determinate cure mediche (direttive anticipate)?

Si possono segnare più risposte

- Finora non ne conoscevo l'esistenza.
- È troppo difficile sapere quello che desidero indicare in questo documento.
- Non penso di averne bisogno perché penso che la mia famiglia e il mio medico prenderebbero le decisioni giuste per me.
- È troppo presto per farlo.
- Non voglio rischiare di ricevere cure di inferiore qualità.
- È inutile pianificare in anticipo qualcosa di imprevedibile.
- Non ho ancora avuto il tempo di farlo.
- Altra ragione (*per favore precisare*): _____

15 Pensa che un giorno avrà un documento scritto che specifica i Suoi desideri riguardo determinate cure mediche (direttive anticipate)?

- Assolutamente sì
- Sì, molto probabilmente
- Probabilmente no
- Assolutamente no

16 Ha designato qualcuno **per iscritto** che prenda decisioni di carattere medico in Sua vece se non dovesse essere più in grado di esprimere la Sua volontà?

- Sì
- No > **VADA ALLA DOMANDA 18**

17 Chi è la persona da Lei designata? *Si possono segnare più risposte*

- Coniuge, compagno/a
- Figlio/a
- Fratello/sorella
- Amico/a
- Medico
- Altra persona (*per favore precisare*): _____

> **VADA ALLA DOMANDA 19**

18 Pensa che un giorno designerà **per iscritto** una persona autorizzata a prendere decisioni di carattere medico in Sua vece qualora Lei non fosse più in grado di esprimere la Sua propria volontà?

- Assolutamente sì
- Sì, molto probabilmente
- Probabilmente no
- Assolutamente no

19 Secondo Lei, il fatto che l'aiuto al suicidio sia legale in Svizzera è positivo?

- Sì
- No

20 Pensa che in determinate circostanze potrebbe ricorrere all'aiuto al suicidio?

- Sì
 No

21 In Svizzera esistono associazioni di aiuto al suicidio come «Exit» o «Dignitas». È membro di un'associazione di questo genere?

- Sì > **VADA ALLA DOMANDA 23**
 No

22 Pensa che un giorno sarà membro di un'associazione di aiuto al suicidio?

- Assolutamente sì
 Sì, molto probabilmente
 Probabilmente no
 Assolutamente no

23 Ha un marito/una moglie o un/a compagno/a?

- Sì
 No > **VADA ALLA DOMANDA 30 (pagina 17)**

24 In che misura Lei pensa di conoscere...

	Molto bene	Piuttosto bene	Piuttosto male	Per niente
i desideri di fine vita del Suo coniuge o compagno/a in generale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le preferenze del Suo coniuge o compagno/a per quanto riguarda le cure mediche per il periodo di fine vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 In che misura pensa che **il Suo coniuge o compagno/a** conosca...

	Molto bene	Piuttosto bene	Piuttosto male	Per niente
i Suoi desideri di fine vita in generale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le Sue preferenze per quanto riguarda le cure mediche per il periodo di fine vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26

Qui di seguito elenchiamo di nuovo alcuni aspetti legati al fine vita che possono essere importanti per trascorrere al meglio gli ultimi mesi di vita. Per ognuno di questi aspetti, la preghiamo di indicare quello che **il/la Suo/a compagno/a o coniuge** considera molto importante, piuttosto importante, poco importante o per niente importante per gli ultimi sei mesi della **sua vita**.

Se non sa con certezza, la preghiamo di dare una stima approssimativa.

Secondo Lei, quanto ritiene importante **il/la Suo/a compagno/a o coniuge** il fatto di...

	Molto importante	Piuttosto importante	Poco importante	Per niente importante
sentirsi utile per gli altri (offrire il proprio tempo, condividere la conoscenza ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non essere un peso per la famiglia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scegliere dove morire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non morire da solo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beneficiare di un sostegno spirituale o religioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
evitare l'accanimento terapeutico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essere in grado di parlare / comunicare con gli altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essere in grado di mangiare autonomamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ricevere, fino alla fine, tutti i trattamenti disponibili per prolungare la vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
non soffrire fisicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essere pienamente cosciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27

Immagini che **il/la Suo/a compagno/a o coniuge** sia vittima di un arresto cardiaco e/o respiratorio.

Secondo Lei, lui/lei vorrebbe...

- essere** rianimato/a.
- non essere** rianimato/a.
- Non saprei proprio.

28

Immagini che la capacità di discernimento **del/della Suo/a compagno/a o coniuge** sia compromessa, ad esempio, per colpa di un incidente, un ictus o un infarto. Dopo aver ricevuto le cure di pronto soccorso e un esame medico approfondito, i medici dichiarano che molto probabilmente non riacquisterà **mai più** la capacità di discernere. In questa situazione, **secondo Lei**, lui/lei preferirebbe...

- rinunciare** a qualsiasi misura destinata unicamente a prolungargli/le la vita e le sue sofferenze.
- ricevere** tutto ciò che è medicalmente possibile per prolungargli/le la vita malgrado la prognosi negativa.
- Non saprei proprio.

29

Immagini che **il/la Suo/a compagno/a o coniuge** soffra di una malattia che provoca dei dolori e dei sintomi insopportabili come paura, agitazione, difficoltà respiratorie, nausea.

In questa situazione, **secondo Lei**...

- lui/lei desidererebbe che in ogni caso i suoi dolori e i suoi sintomi siano curati in modo ottimale e, per farlo, accetterebbe **una perdita di coscienza momentanea** dovuta al trattamento (sedazione).
- lo stato di presenza cosciente e la capacità di comunicare** sarebbero per lui/lei più importanti che alleviare in modo ottimale i dolori o altri sintomi.
- Non saprei proprio.

30 Le persone hanno spesso delle idee sulla frequenza di certe situazioni mediche di fine vita. Ci piacerebbe conoscere le Sue.

Le chiediamo ora di indicare se, secondo Lei, le situazioni elencate riferite al fine vita sono molto improbabili (0-25%), piuttosto improbabili (26-50%), piuttosto probabili (51-75%) o molto probabili (76-100%).

Se non sa con certezza, la preghiamo di dare una stima approssimativa.

Esempio: «Secondo Lei, quanto è probabile che domani nevichi?»

Se sceglie l'opzione «molto probabile», ritiene che la probabilità che domani nevichi si situi tra il 76 e il 100%.

Secondo Lei, **in generale** quanto è probabile in Svizzera ...

	0-25% Molto improbabile	26-50% Piuttosto improbabile	51-75% Piuttosto probabile	76-100% Molto probabile
morire in una casa di cura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morire all'ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
morire a casa propria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soffrire di demenza a 75 anni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
che l'apporto artificiale di liquidi e l'alimentazione artificiale aiutino un paziente in punto di morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
che il dolore (di qualunque natura) possa essere trattato efficacemente in un paziente in punto di morte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
che il ricovero in ospedale per una pneumonia migliori la situazione di un paziente che vive in una casa di cura e che è in punto di morte a causa di demenza avanzata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
che una persona settantenne sopravviva fino alla dimissione dall'ospedale dopo esser stata sottoposta a rianimazione cardiopolmonare al di fuori dall'ospedale a causa di un attacco cardiaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continuazione della domanda 30)

Secondo Lei, in generale quanto è probabile in Svizzera ...

	0-25% Molto improbabile	26-50% Piuttosto improbabile	51-75% Piuttosto probabile	76-100% Molto probabile
che in assenza di direttive anticipate le si chieda di prendere decisioni mediche che riguardano il Suo coniuge/compagno/a qualora fosse incapace di esprimere la sua volontà?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soffrire di demenza a 95 anni ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
che una quarta chemioterapia aiuti un paziente con un tumore avanzato che tre chemioterapie diverse non sono riuscite a fermare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E nel Suo caso , quanto è probabile che accetti una quarta chemioterapia se fosse nella stessa situazione (tumore avanzato, la cui crescita non è stata arrestata da tre chemioterapie diverse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 Sono ...

- un uomo
- una donna

32 Sono nato/a nel ... (anno)

33 Quanto è stato difficile per Lei compilare il questionario?

- Molto facile
- Piuttosto facile
- Piuttosto difficile
- Molto difficile

34 Vorrebbe aggiungere un commento?



La ringraziamo per aver risposto alle domande del questionario.

Restituisca il questionario all'intervistatore o all'intervistatrice o lo spedisca per posta all'istituto di sondaggio utilizzando la busta preaffrancata:

LINK Institut
Spannortstrasse 7/9
6002 Luzern 2