



Scansionare il codice QR per
rispondere al questionario online.

La ringraziamo per il Suo contributo e per il tempo che dedicherà a rispondere al questionario. **La Sua partecipazione è preziosa e importante.**

La preghiamo di leggere attentamente ogni domanda e tutte le possibili risposte. La preghiamo di contrassegnare chiaramente la risposta più adatta al Suo punto di vista, utilizzando una penna nera o blu.

Corretto: ☒

La preghiamo di contrassegnare una sola risposta per domanda, a meno che non sia specificato che più risposte sono possibili; La preghiamo inoltre di rispondere a tutte le domande, a meno che le istruzioni non indichino di saltare una domanda.

È la Sua opinione che conta; non c'è una risposta giusta o sbagliata. È importante rispondere onestamente per riflettere la situazione reale. Non esiti a fornire i Suoi commenti alla fine del questionario.

La compilazione del questionario richiede dai 20 ai 30 minuti.

Le risposte alle domande devono essere date dalla persona indicata nella lettera d'invito allegata al presente questionario. Se questa persona ha bisogno di aiuto per completare il questionario, una persona cara può aiutarLa, ma le risposte devono corrispondere al punto di vista della persona invitata - non di quello della persona cara.

Dichiarazione di consenso

Restituendo il questionario completato, dichiaro di:

- ✓ Essere stato/a informato/a per iscritto degli obiettivi e delle modalità di svolgimento dell'inchiesta SCAPE-CH
- ✓ Partecipare volontariamente a quest'inchiesta e accettare il contenuto della scheda informativa che mi è stata data sull'inchiesta SCAPE-CH
- ✓ Aver avuto sufficiente tempo per prendere la mia decisione
- ✓ Aver ricevuto risposte soddisfacenti alle domande che ho posto in relazione alla mia partecipazione all'inchiesta SCAPE-CH
- ✓ Accettare che i membri della Commissione Etica competente possano consultare i miei dati non codificati per effettuare controlli, pur garantendo rigorosamente la riservatezza di questi dati
- ✓ Sapere che i dati forniti nel presente questionario saranno analizzati e conservati senza possibilità di identificarmi da Unisanté ; nessuna informazione che permetta di identificarmi sarà trasmessa a terzi
- ✓ Sapere che posso, fino al completamento dell'inchiesta (30.06.2024) e senza dovermi giustificare, revocare il mio consenso a partecipare all'inchiesta senza che ciò abbia alcuna ripercussione sul proseguimento della mia cura. I dati del questionario raccolti fino a quel momento saranno comunque analizzati in modo tale che non sia possibile identificarmi

**CONSULTAZIONI CON UN/UNA MEDICO DI
FAMIGLIA O GENERALISTA
prima della diagnosi di cancro**

*Per coloro che hanno avuto più tumori, si prega di
rispondere facendo riferimento all'ultimo cancro
diagnosticato.*

1. Quante volte ha consultato un/una medico di famiglia / generalista per i sintomi causati dal cancro prima di consultare un/una medico specialista?

- ☐ Mai – Sono andato/a direttamente da un/una medico specialista
- ☐ Mai - Non ho avuto sintomi e il cancro è stato individuato durante un esame di routine o durante esami di controllo (follow-up) o come parte di un programma di screening
- ☐ Ho consultato un/una medico 1 o 2 volte
- ☐ Ho consultato un/una medico 3 o 4 volte
- ☐ Ho consultato un/una medico 5 o più volte
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

2. Come giudica il periodo di attesa prima del primo appuntamento con un/una medico specialista?

- ☐ Sono stato/a visitato/a non appena mi è sembrato necessario
- ☐ Avrei dovuto essere visitato/a un po' prima
- ☐ Avrei dovuto essere visitato/a molto prima
- ☐ Non ho dovuto aspettare perché non ho preso un appuntamento (ad es. consultazione d'emergenza).
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

ESAMI DIAGNOSTICI

3. Negli ultimi 12 mesi, si è sottoposto/a a uno o più esami diagnostici per il cancro, come un'endoscopia, una biopsia, una mammografia o una TAC, all'ospedale menzionato nella lettera d'invito?

- ☐ Sì → **Vada alla domanda 4**
- ☐ No → **Vada alla domanda 7**

Pensando all'ultima volta che si è sottoposto/a a un esame diagnostico per il cancro all'ospedale menzionato nella lettera d'invito...

4. Prima dell'esame, ha ricevuto tutte le informazioni di cui aveva bisogno riguardo all'esame?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No

5. Nel complesso, cosa pensa del periodo di attesa tra la prescrizione e l'esecuzione dell'esame?

- ☐ Era adeguato
- ☐ Era un po' troppo lungo
- ☐ Era eccessivamente lungo

6. I risultati di questo esame le sono stati spiegati in modo comprensibile?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, non ho capito le spiegazioni
- ☐ Non ho avuto spiegazioni ma ne avrei volute
- ☐ Non ho avuto bisogno di spiegazioni

ANNUNCIO DELLA MALATTIA

Per coloro che hanno avuto più tumori, si prega di rispondere facendo riferimento all'ultimo cancro diagnosticato.

7. Quando le è stato annunciato il cancro per il quale è stato/a trattato/a o seguito/a nel 2023?

- ☐ Meno di 1 anno fa
- ☐ Tra 1 e 5 anni fa
- ☐ Più di 5 anni fa
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

8. Chi è stata la prima persona ad annunciarle che aveva il cancro? (Sono possibili più risposte)

- ☐ Un/una medico di famiglia o generalista
- ☐ Un/una medico specialista (ad es. oncologo/a, ginecologo/a, urologo/a, chirurgo/a)
- ☐ Un/una infermiere/a
- ☐ Altra persona
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

9. Le è stato detto che poteva essere accompagnato/a da un/una membro della sua famiglia o da una persona cara, al momento dell'annuncio del cancro?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Il cancro mi è stato annunciato per telefono o per posta
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

10. Cosa pensa del modo in cui le è stato annunciato che aveva il cancro?

- ☐ È stato fatto con tatto
- ☐ Avrebbe dovuto essere fatto con un po' più di tatto
- ☐ Avrebbe dovuto essere fatto con molto più tatto
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

11. Ha capito le spiegazioni su ciò che le accadeva?

- ☐ Sì, ho capito perfettamente
- ☐ Sì, ho capito in parte
- ☐ No, non ho capito
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

12. Al momento dell'annuncio del cancro, le sono state fornite informazioni scritte sul tipo di cancro che aveva?

- ☐ Sì, ed è stato facile da capire
- ☐ Sì, ma era difficile da capire
- ☐ No, ma avrei voluto riceverne
- ☐ Non ho avuto bisogno d'informazioni scritte
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

13. Le è stato proposto di consultare un/una professionista della salute per rispondere alle sue preoccupazioni e paure dopo l'annuncio del cancro?

- ☐ Sì → ☐ infermiere/a
- ☐ psicologo/a
- ☐ medico
- ☐ assistente sociale
- ☐ altro/a professionista
- ☐ No, ma l'avrei voluto
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

DECISIONE DEL TRATTAMENTO MIGLIORE PER LEI

14. Le sono state spiegate le opzioni di trattamento prima di iniziare il suo trattamento contro il cancro?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ C'era solo un tipo di trattamento adatto alla mia situazione
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

15. I possibili effetti collaterali del o dei trattamenti le sono stati spiegati in modo comprensibile?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, non ho capito le spiegazioni
- ☐ Non ho avuto spiegazioni ma ne avrei volute
- ☐ Non ho avuto bisogno di spiegazioni
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

16. È stato/a informato/a anche degli effetti collaterali possibili che potrebbero verificarsi in seguito e non solo nell'immediato futuro?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, ma avrei voluto esserne informato
- ☐ Non c'era bisogno che me lo dicessero
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

17. È stato/a coinvolto/a quanto desiderava nelle decisioni relative alle sue cure e ai suoi trattamenti?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, avrei voluto essere più coinvolto/a
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

18. La sua famiglia e/o i suoi cari sono stati coinvolti quanto lei desiderava nelle decisioni relative alle sue cure e trattamenti?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, avrei voluto che fossero più (o meno) coinvolti
- ☐ Non interessato/a
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

19. Il suo stile di vita e la sua situazione familiare e/o professionale sono stati presi in considerazione nelle decisioni relative alle sue cure e ai suoi trattamenti?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, ma l'avrei voluto
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

20. Le sono state fornite o ha avuto modo di scambiare informazioni sull'impatto del cancro riguardo alle sue attività quotidiane (ad es. riguardo alla sua vita professionale, ai suoi hobby)?

- ☐ Sì
- ☐ No, ma avrei voluto parlarne o esserne informato
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

CURE E TRATTAMENTI IN OSPEDALE (durata superiore a 24 ore)

21. Negli ultimi 12 mesi, è stato/a ricoverato/a in ospedale almeno una notte per cure o trattamenti legati al cancro all'ospedale menzionato nella lettera d'invito?

- ☐ Sì → **Vada alla domanda 22**
- ☐ No → **Vada alla domanda 35**

Pensando all'ultima volta che è stato/a ricoverato/a in ospedale per cure e trattamenti legati al cancro all'ospedale menzionato nella lettera d'invito...

22. I/le medici e infermieri/e hanno parlato davanti a lei come se non fosse presente?

- ☐ Sì, spesso
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No

23. Aveva fiducia nei/nelle medici che si sono presi cura di lei?

- ☐ Sì, in tutti/e
- ☐ Sì, in alcuni/e di loro
- ☐ No, in nessuno di loro

24. Quando un/una membro della sua famiglia o una persona cara voleva parlare con un/una medico, è stato possibile?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ La mia famiglia o i miei cari non hanno voluto parlare con un/una medico | non interessato/a

25. Aveva fiducia negli/nelle infermieri/e che si sono presi/e cura di lei?

- ☐ Sì, in tutti/e
- ☐ Sì, in alcuni/e di loro
- ☐ No, in nessuno di loro

26. Ha avuto abbastanza privacy durante le discussioni riguardo alla sua malattia o al suo trattamento?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No

27. Una figura del personale è stata disponibile quando ne ha avuto bisogno?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No
- ☐ Non ho avuto bisogno di aiuto

28. Durante il suo ricovero, ha trovato una figura del personale con cui parlare delle sue preoccupazioni e paure?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No
- ☐ Non ho avuto preoccupazione o paura

29. Pensa che il personale ospedaliero abbia fatto tutto il possibile per aiutarla a gestire il suo dolore?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non ho avuto dolore

30. Nel complesso, ritiene di essere stato/a trattato/a con rispetto e dignità durante il suo ricovero?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No

31. Le sono state fornite informazioni scritte su cosa fare o non fare dopo aver lasciato l'ospedale?

- ☐ Sì, ed è stato facile da capire
- ☐ Sì, ma era difficile da capire
- ☐ No, ma avrei voluto riceverne
- ☐ Non ho avuto bisogno d'informazioni scritte
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

32. Una figura del personale le ha spiegato i segnali d'allarme relativi alla sua malattia o alla sua operazione, a cui deve prestare attenzione una volta tornato/a a casa?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

33. Una figura del personale ospedaliero le ha detto chi contattare in caso di preoccupazione riguardo alla sua malattia o riguardo al suo trattamento dopo aver lasciato l'ospedale?

- ☐ Sì
- ☐ No, ma mi sarebbe piaciuto
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

34. L'organizzazione della sua uscita dall'ospedale è andata bene?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No

**CURE E TRATTAMENTI AMBULATORIALI IN
OSPEDALE O CURE IN DAY HOSPITAL/
OSPEDALE DI GIORNO
(durata inferiore a 24 ore)**

35. Negli ultimi 12 mesi, è stato/a seguito/a o trattato/a per il cancro come paziente ambulatoriale o in day hospital all'ospedale menzionato nella lettera d'invito?

- ☐ Sì → **Vada alla domanda 36**
- ☐ No → **Vada alla domanda 39**

36. Durante le consultazioni o i trattamenti ambulatoriali, ha trovato una figura del personale con cui parlare delle sue preoccupazioni e paure?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No
- ☐ Non ho avuto preoccupazione o paura

37. Globalmente, come giudica il tempo trascorso nella sala d'attesa durante gli appuntamenti per una consultazione o un trattamento legato al cancro in ambulatorio in ospedale?

- ☐ È stato accettabile
- ☐ È stato un po' troppo lungo
- ☐ È stato eccessivamente lungo

38. Quando ha posto delle domande importanti all/alla medico durante le consultazioni o i trattamenti ambulatoriali, ha ottenuto risposte comprensibili?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No
- ☐ Non ho posto domande

CONSULENZA INFERMIERISTICA

Alcuni centri oncologici offrono consulenze infermieristiche con un infermiere/a specializzato/a per accompagnare i/le pazienti e i loro cari e aiutarli/le ad affrontare il cancro.

39. Ha ricevuto una consulenza infermieristica all'ospedale menzionato nella lettera d'invito per aiutarla ad affrontare il cancro e per consigliarla?

- ☐ Sì → **Vada alla domanda 40**
- ☐ No, ma l'avrei voluto
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

**Vada alla
domanda 42**

40. Quanto è stato facile o difficile contattare un infermiere/a della consulenza infermieristica?

- ☐ Molto facile
- ☐ Piuttosto facile
- ☐ Piuttosto difficile
- ☐ Non ho cercato di contattare un infermiere/a della consulenza infermieristica

41. Quando ha posto delle domande importanti all'infermiere/a durante la consulenza infermieristica, ha ottenuto risposte comprensibili?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No
- ☐ Non ho posto domanda

TRATTAMENTI

42. Negli ultimi 12 mesi, che tipo(tipi) di trattamento ha ricevuto contro il cancro? (*Spuntare tutte le caselle applicabili.*)

☐Chirurgia ☐Chemioterapia ☐Radioterapia ☐Terapia ormonale ☐Immunoterapia ☐Terapia mirata

☐ Altro: _____

☐ Ho ricevuto il/i trattamento/i più di 12 mesi fa

☐ Non ho ancora ricevuto alcun trattamento ☐ Non lo so

}

**Vada alla
domanda 46**

Per le tre domande successive, la preghiamo di rispondere per ogni trattamento ricevuto negli ultimi 12 mesi.

43. Prima dell'inizio del trattamento, ha avuto tutte le informazioni di cui aveva bisogno al riguardo?

	Chirurgia	Chemioterapia	Radioterapia	Terapia ormonale	Immunoterapia	Terapia mirata
Sì, assolutamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, in una certa misura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Le sono stati offerti consigli pratici e/o supporto per affrontare gli effetti collaterali dei trattamenti?

	Chirurgia	Chemioterapia	Radioterapia	Terapia ormonale	Immunoterapia	Terapia mirata
Sì, assolutamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, in una certa misura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, ma avrei voluto che mi fossero offerti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non è stato necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Una volta iniziato il trattamento, ha ricevuto informazioni comprensibili sui risultati?

	Chirurgia	Chemioterapia	Radioterapia	Terapia ormonale	Immunoterapia	Terapia mirata
Sì, assolutamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sì, in una certa misura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, non ho capito le informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No, non ho avuto informazioni, ma avrei voluto riceverne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non ho avuto bisogno di informazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È troppo presto per sapere se il mio trattamento sta dandorisultati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURE E SUPPORTO A DOMICILIO

46. Una figura del personale dell'ospedale menzionato nella lettera d'invito si è assicurata che lei avesse a casa l'aiuto (ad es. cure a domicilio) e le attrezzature (ad es. sedia a rotelle) necessarie per aiutarla nelle attività quotidiane?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non è stato necessario

47. La sua famiglia o i suoi cari hanno ricevuto tutte le informazioni di cui avevano bisogno per aiutarli a prendersi cura di lei a domicilio?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non interessato/a

48. Le sono stati offerti abbastanza consigli pratici e/o sostegno per gestire i suoi sintomi (ad es. dolori, nausea, stanchezza, ansia)?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non è stato necessario

49. Ha ricevuto abbastanza cure e supporto dai servizi sanitari o sociali (ad es. infermiere/a a domicilio, assistente sociale)?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non è stato necessario

VIVERE CON E DOPO IL CANCRO

Questa sezione si riferisce al periodo di controllo (follow-up), dopo la fine dei trattamenti iniziati in seguito alla diagnosi di cancro o recidiva. Se è ancora sotto trattamento di chemioterapia o radioterapia, vada alla domanda 54.

50. Le sono stati offerti abbastanza consigli pratici e/o sostegno per gestire gli effetti a lungo termine del cancro o dei trattamenti (ad es. stanchezza, dolori, ansia)?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non è stato necessario

51. Alla fine dei trattamenti, aveva tutte le informazioni di cui aveva bisogno riguardo al periodo di controllo (follow-up)?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

52. È in contatto regolare con una persona di riferimento (ad es. medico, infermiere/a, assistente sociale) per il periodo di controllo (follow-up)?

- ☐ Sì →
 - ☐ oncologo/a o medico specialista
 - ☐ medico di famiglia o generalista
 - ☐ infermiere/a
 - ☐ assistente sociale
 - ☐ altro/a professionista

- ☐ No, ma mi piacerebbe
- ☐ Non è necessario
- ☐ Non lo so

**Vada alla
domanda 54**

53. Questa persona di riferimento le ha fornito un piano di sorveglianza che indica i suoi bisogni, le soluzioni per soddisfarli e che fissa degli appuntamenti regolari per rivalutarli?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non è stato necessario

CURE PRESSO LO STUDIO DEL/DELLA MEDICO DI FAMIGLIA O GENERALISTA

54. Ritiene che il/la suo/a medico di famiglia o generalista e il suo team abbiano fatto tutto il possibile per sostenerla durante il suo trattamento contro il cancro?

- ☐ Sì, assolutamente
- ☐ Sì, in una certa misura
- ☐ No, avrebbero potuto fare di più
- ☐ Lo studio del/della mio/a medico di famiglia o generalista non è stato coinvolto
- ☐ Non ho un/una medico di famiglia o generalista

55. Il/la suo/sua medico di famiglia o generalista ha parlato con lei del suo trattamento contro il cancro?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non desidero che il/la mio/mia medico di famiglia sia coinvolto/a
- ☐ Non ho un/una medico di famiglia o generalista

SUPPORTO PER LE PERSONE AFFETTE DA CANCRO

56. Le sono state fornite informazioni sui gruppi di sostegno o di aiuto reciproco per le persone affette da cancro?

- ☐ Sì
- ☐ No, ma avrei voluto qualche informazione
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

57. Le sono state fornite informazioni sulle possibilità di aiuto e di sostegno per aiutarla a gestire il suo stato emotivo (ad es. stress, ansia, tristezza)?

- ☐ Sì
- ☐ No, ma avrei voluto qualche informazione
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

58. Le sono state fornite informazioni su come ottenere l'aiuto finanziario o le prestazioni a cui potrebbe avere diritto?

- ☐ Sì
- ☐ No, ma avrei voluto qualche informazione
- ☐ Non è stato necessario
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

LA SUA CURA NEL COMPLESSO

59. Le diverse persone che l'hanno trattato/a e curato/a (come medico di famiglia, oncologo/a, medici e infermieri/e dell'ospedale, cure a domicilio) hanno collaborato bene per offrirle la migliore assistenza possibile?

- ☐ Sì, sempre
- ☐ Sì, a volte
- ☐ No
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

60. Le è stato fornito un piano di cure? *(È un documento scritto che delinea i suoi bisogni e i suoi obiettivi per curare il cancro. Si tratta di un piano o di un accordo tra lei e i/le professionisti/e della salute per aiutarla a raggiungere questi obiettivi.)*

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so o non capisco cosa sia un piano di cure
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

61. Durante il suo percorso di cura, le è capitato che i risultati di un test o la sua cartella clinica non siano stati disponibili al momento dell'appuntamento per le cure?

- ☐ Sì, spesso
☐ Sì, a volte
☐ No
☐ Non lo so o non mi ricordo

62. Durante il percorso di cura, le è capitato che le sono state fornite informazioni confuse o contraddittorie sul suo stato di salute o sui suoi trattamenti?

- ☐ Sì, spesso
☐ Sì, a volte
☐ No
☐ Non lo so o non mi ricordo

63. Durante il suo percorso di cura, c'è stato un momento in cui ha avuto la sensazione che i test o altre valutazioni venissero ripetuti inutilmente?

- ☐ Sì, spesso
☐ Sì, a volte
☐ No
☐ Non lo so o non mi ricordo

64. Come giudica la sua cura nel complesso?

Molto male												Molto buona
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

IL SUO STATO DI SALUTE

65. Qual è il principale tipo di cancro per il quale è stato/a trattato/a o seguito/a negli ultimi 12 mesi? (Selezionare una sola risposta)

- ☐ Bocca / gola
☐ Cervello
☐ Colon / retto / coloretale
☐ Esofago
☐ Fegato
☐ Leucemia
☐ Linfoma
☐ Melanoma della pelle
☐ Mieloma
☐ Ovaia
☐ Pancreas
☐ Polmone / bronchi / trachea
☐ Prostata
☐ Rene
☐ Seno
☐ Stomaco
☐ Testicolo
☐ Tiroide
☐ Utero
☐ Vescica
☐ Altro: _____
☐ Non lo so

66. Il cancro riportato sopra è:

- ☐ Un primo cancro
☐ Una recidiva di un cancro trattato in passato (cancro diagnosticato, trattato e guarito in precedenza, ma che è riapparso)
☐ Un secondo o terzo cancro (completamente diverso da un cancro precedentemente diagnosticato)

67. Il cancro riportato sopra si era già diffuso ad altri organi o parti del corpo (cancro metastatico) quando le è stata annunciata la diagnosi di cancro?

- ☐ Sì
- ☐ No, ma il cancro si è diffuso in seguito
- ☐ No, e il cancro non si è diffuso
- ☐ Non lo so o non mi ricordo

68. Ha seguito una o più terapie di medicina complementare per il trattamento del cancro o la gestione dei sintomi? (Sono possibili più risposte)

- ☐ Nessuna
- ☐ Aromaterapia, fiori di Bach, fitoterapia (compresi prodotti a base di CBD)
- ☐ Ayurveda, medicina tradizionale cinese (compresa l'agopuntura)
- ☐ Omeopatia, medicina antroposofica (compreso vischio), naturopatia
- ☐ Ipnosi, meditazione, sofrologia
- ☐ Kinesiologia, reiki, biorisonanza
- ☐ Osteopatia, massaggi terapeutici, riflessologia, shiatsu
- ☐ Altro: _____

69. Ha ricevuto un trattamento medico negli ultimi 12 mesi o è attualmente in cura per un problema di salute cronico diverso dal cancro?

- ☐ Sì, ho almeno un'altra malattia cronica (ad es. depressione, diabete, ipertensione, malattia cardiovascolare, malattia polmonare)
- ☐ No, non ho altre malattie croniche
- ☐ Non lo so

70. In generale, direbbe che la sua salute è:

Eccellente Molto buona Buona Discreta Insoddisfacente

- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

71. FACT-G7 (Version 4)

Sotto abbiamo elencato delle affermazioni ritenute importanti da persone con la sua stessa malattia. La preghiamo di indicare la sua risposta in riferimento agli ultimi 7 giorni.

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo
Mi manca l'energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho dolori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi preoccupa che le mie condizioni possano peggiorare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormo bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesco a godermi la vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al momento, sono soddisfatto/a della qualità della mia vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Italian (Universal), Copyright 1987, 1997 by David Cella, Ph.D.

72. Nelle ultime 2 settimane, con quale frequenza è stato/a disturbato/a dai seguenti problemi?

	Mai	Alcuni giorni	Per più della metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Nell'ultimo mese,...

Sì No

... si è sentito/a spesso triste, depresso/a, disperato/a? ☐ ☐

...ha sentito spesso una mancanza di interesse e di piacere nella maggior parte delle attività che di solito le piacciono? ☐ ☐

74. Quanto è preoccupato/a attualmente rispetto a...

	Per niente	Un po'	Abbastanza	Molto	Moltissimo	Non lo so non interessato/a
La progressione del cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sua situazione professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sua situazione finanziaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il suo futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Quando riceve informazioni scritte su un trattamento medico o sul suo stato di salute, ha problemi a comprenderle?

- ☐ Sempre
- ☐ Spesso
- ☐ Talvolta
- ☐ Occasionalmente
- ☐ Mai

76. In generale, come preferisce prendere le decisioni mediche riguardo al cancro?

- ☐ Preferisco prendere le decisioni da solo/a
- ☐ Preferisco prendere le decisioni insieme al/alla mio/a medico
- ☐ Preferisco che sia il/la mio/a medico a prendere le decisioni

INFORMAZIONI PERSONALI

77. Lei è:

- ☐ Una donna
- ☐ Un uomo
- ☐ Non binario/a
- ☐ Altro: _____

78. Quanti anni ha? _____

79. Qual è la sua lingua principale, cioè la lingua in cui pensa e che conosce meglio?

- ☐ Italiano
- ☐ Francese
- ☐ Tedesco (o svizzero tedesco)
- ☐ Altro

80. Qual è la sua nazionalità? (Sono possibili più risposte)

- ☐ Svizzera
- ☐ Europea
- ☐ Extraeuropea

81. Qual è il suo stato civile?

- ☐ Celibe/nubile
- ☐ Sposato/a o unione registrata
- ☐ Divorziato/a o unione sciolta
- ☐ Vedovo/a

82. Quale affermazione descrive meglio la sua situazione di vita attuale?

- ☐ Vivo da solo/a
- ☐ Vivo da solo/a con uno o più figli in casa
- ☐ In coppia senza figli in casa
- ☐ In coppia con uno o più figli in casa
- ☐ Vivo con altre persone (ad es. genitori, coinquilini)
- ☐ Altro (ad es. in un istituto)

83. Qual è il più alto livello di formazione che ha completato?

- ☐ Nessuna scolarizzazione / scuola dell'obbligo
- ☐ Scuola di cultura generale / maturità liceale o professionale / scuola magistrale o scuola pedagogica
- ☐ Tirocinio (AFC/CFP) / scuola professionale a tempo pieno / formazione professionale di base
- ☐ Maestria, attestato professionale federale o diploma federale / scuola tecnica o specializzata superiore
- ☐ Università, scuola universitaria professionale o alta scuola pedagogica, politecnico (ETH, EPFL)
- ☐ Altro: _____

84. Cosa descrive meglio la sua attuale situazione professionale?

- ☐ Attività professionale a tempo pieno (80%-100%)
- ☐ Attività professionale a tempo parziale (<80%)
- ☐ In formazione (studente/essa, apprendista)
- ☐ In cerca di lavoro (disoccupato/a registrato/a o meno)
- ☐ Casalingo/a
- ☐ In invalidità (ad es. beneficiario/a di rendita AI) o in congedo prolungato per malattia
- ☐ In pensione (AVS, altre pensioni) o beneficiario/a di un'altra rendita (al di fuori della pensione d'invalidità)
- ☐ Altro: _____

85. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto difficoltà a pagare le fatture domestiche (tasse, assicurazioni, telefono, elettricità, carta di credito, ecc.)?

- ☐ Sì
- ☐ No

86. Negli ultimi 12 mesi, ha rinunciato a determinati trattamenti a causa dei costi da pagare?

- ☐ Sì
- ☐ No

IMPATTO FINANZIARIO DEL CANCRO

87. Lei o la sua famiglia avete dovuto fare sacrifici finanziari a causa del cancro, dei suoi trattamenti o dei suoi effetti a lungo termine? *(Sono possibili più risposte)*

- ☐ Riduzione delle spese per vacanze o tempo libero
- ☐ Rinuncia ad acquisti importanti (ad es. automobile)
- ☐ Riduzione delle spese di base (ad es. alimentazione o abbigliamento)
- ☐ Utilizzo dei risparmi previsti per altri scopi (ad es. pensionamento, istruzione)
- ☐ Altro: _____
- ☐ Nessun sacrificio finanziario

88. Ha mai avuto paura di perdere il suo lavoro e il suo reddito, o di avere un reddito limitato in futuro a causa del cancro?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Nessuna attività professionale retribuita al momento della diagnosi del cancro

89. Un/una membro della sua famiglia o una persona cara ha mai preso un congedo non retribuito o ridotto le ore di lavoro per sostenerla?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Persona cara senza attività professionale o non interessato/a

C'è qualcosa che apprezza o che ha apprezzato particolarmente durante la cura del suo cancro?

C'è qualcosa che potrebbe essere migliorato?

Altri commenti

Ha completato questo questionario: ☐ Da solo/a ☐ Con l'aiuto di una persona

Nota bene: Questo questionario non viene trasmesso ai/alle professionisti/e della salute. In caso di domande mediche o sintomi, si consiglia di consultare un/una professionista della salute.

I risultati principali di quest'inchiesta saranno pubblicati sul sito web www.scape-enquete.ch.

La ringraziamo per aver dedicato del tempo a rispondere alle nostre domande e apprezziamo il Suo feedback.

La preghiamo per favore di restituire il questionario utilizzando la busta preaffrancata al seguente indirizzo:
Unisanté – SCAPE, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne