

## DOLORE CRONICO E Percorsi ASSISTENZIALI

### QUESTIONARIO RIVOLTO AI PAZIENTI CON PATOLOGIA CRONICA

Gentilissimo/a,

Cittadinanzattiva, e in particolare il Tribunale per i diritti del malato e il Coordinamento nazionale associazioni malati cronici sulla base dell'esperienza maturata in tema di dolore cronico ha avvertito come necessaria la realizzazione di un'indagine sui percorsi assistenziali per la presa in carico del paziente afflitto da dolore cronico<sup>1</sup>.

Le informazioni che deciderà di fornirci tramite questo questionario **anonimo** saranno raccolte ed elaborate da Cittadinanzattiva in osservanza delle vigenti norme sulla privacy. Ci aiuterà così a costruire un quadro della situazione del sistema sanitario nazionale per i pazienti affetti da dolore sintetizzato in un rapporto che sarà presentato e pubblicizzato al fine di stimolare interventi per il miglioramento di tale assistenza.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:  
Giuseppe Berardino  
e-mail: [g.berardino@cittadinanzattiva.it](mailto:g.berardino@cittadinanzattiva.it)

Grazie per la collaborazione

---

<sup>1</sup> Caratteristica del lavoro è la collaborazione di diversi soggetti, a vario titolo coinvolti nei percorsi assistenziali del paziente affetto da dolore cronico non oncologico come:

AIC - Associazione Italiana per la lotta contro le Cefalee;  
AISD - Associazione Italiana per lo Studio del Dolore;  
ANMAR - Associazione Nazionale Malattie Reumatiche;  
Associazione Pazienti BPCO;  
Azione Parkinson;  
FAND - Associazione Italiana Diabetici;  
FederDolore;  
FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale;  
SIMG - Società Italiana di Medicina Generale.

Associazione di appartenenza \_\_\_\_\_

**1. Qual è la sua regione di residenza?**

- Calabria
- Campania
- Lazio
- Liguria
- Sicilia

**2. Dopo le prime manifestazioni di dolore, quanto tempo ha atteso prima di decidere di rivolgersi ad un medico?**

- Giorni
- Settimane
- Mesi

**2.1 Se ha atteso mesi, per quale motivo ha lasciato trascorrere tanto tempo?**

- Il dolore fa parte dell'esistenza, va accettato
- Ho sottovalutato il problema
- Mi curavo da solo con il ricorso ad antidolorifici
- Non ho ritenuto opportuno consultare il medico di famiglia
- Altro (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Dopo le prime manifestazioni di dolore a chi si è rivolto?**

- Medico di famiglia
- Medico specialista
- Centro di riferimento per la cura della propria patologia
- Centro di terapia del dolore
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

**3.1. Se si è rivolto al Medico di famiglia, è stato informato sui servizi esistenti per la cura del dolore?**

- Sì
- No

**4. Quando ha riferito la prima volta i sintomi, il consulto con il medico di famiglia è durato**

- Meno di 5 min
- Tra 5 e 10 min
- Tra 10 e 15 min
- Più di 15 min
- Ne ho parlato telefonicamente

**5. Quando ha esposto il suo problema / sintomi, ha avuto l'impressione che il suo medico di famiglia:**

- Prestasse ascolto e comprendesse immediatamente il problema
- Facesse la diagnosi senza ascoltare fino in fondo quello che aveva da raccontare
- Ascoltasse, ma desse la sensazione di minimizzare il problema
- Non desse credito a quanto riferito
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

**6. Quando il medico di famiglia le prescrive la terapia (farmaci, fisioterapia , etc.) ritiene che usi una terminologia**

- Chiara ed esauriente
- Tecnica, ma semplice e comprensibile
- Troppo tecnica, di difficile comprensione

**6.1. La informa su (è possibile dare più di una risposta):**

- Scopo della terapia
- Modalità di corretta assunzione
- Durata del trattamento
- Come auto gestire la terapia
- Controindicazioni
- Effetti indesiderati
- Eventuali rischi di assuefazione
- Cosa fare in caso di eventi avversi
- Possibili e reali benefici attesi dalla terapia

**7. Le sono stati prescritti farmaci per contrastare il dolore?**

- No
- Sì

**7.1 Che tipologia di farmaci le sono stati prescritti?**

- Oppiacei (morfina, codeina, etc.)
- Non oppiacei (anti-infiammatori, antidolorifici, etc.)
- Non so

**7.2 Se sì, sono stati utili a risolvere il suo problema?**

- No
- Sì
- In parte

**8. A causa del dolore Lei ha avuto (è possibile dare più di una risposta)**

- Peggioramento della qualità di vita
- Costi elevati da parte della famiglia
- Paure
- Ripercussioni sulla capacità lavorativa
- Incapacità più o meno grave di fare le cose di tutti i giorni
- Alterazione del sonno
- Limitazioni nei divertimenti e negli svaghi
- Necessità di richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile
- Necessità di richiedere il riconoscimento dell'handicap (legge 104/92)
- Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

**9. A causa del dolore legato alla sua patologia ha ottenuto il riconoscimento di**

- Invalidità civile
- Handicap (legge 104/92)
- Entrambe

10. Provi a quantificare i giorni di lavoro persi a causa del dolore in un anno:
- Meno di 10 giorni
  - Da 11 a 30 giorni
  - Da 31 a 60 giorni
  - Più di 60 giorni
  - Non so
11. Il medico di famiglia l'ha indirizzata ad un medico specialista (diabetologo, ortopedico, neurologo, etc.) per diagnosticare e trattare il suo dolore?
- Sì
  - No
- 11.1 Se sì, c'è stata comunicazione tra i due medici (specialista e medico di famiglia) sul percorso di cura?
- Sì
  - No
  - Non so
12. Il medico di famiglia l'ha indirizzata ad un centro di cura del dolore per diagnosticare e trattare il suo dolore?
- Sì
  - No
- 12.1 Se sì, c'è stata comunicazione tra i due medici (specialista e medico di famiglia) sul percorso di cura?
- Sì
  - No
  - Non so
13. Nello studio del medico di famiglia è presente materiale informativo sul dolore?
- Sì
  - No
  - Presente ma poco visibile
  - Non so
14. Il medico specialista (diabetologo, ortopedico, neurologo, etc.) in relazione alla gestione del suo dolore, l'ha informata in maniera:
- Esauriente
  - Buona
  - Sufficiente
  - Insufficiente
15. Il medico specialista del centro di cura del dolore in relazione alla gestione del suo dolore, l'ha informata in maniera:
- Esauriente
  - Buona
  - Sufficiente
  - Insufficiente
16. Ha avuto informazioni utili sui canali da attivare per affrontare il problema del dolore da:
- Il suo Medico di Famiglia
  - Infermiere

- Il Medico Specialista
- Un'associazione di pazienti
- ASL/distretto
- Amici e parenti
- Farmacista
- Internet
- Mezzi di informazione (tv, giornali, etc.)
- Altro

**INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003**

*La compilazione del questionario è anonima e non comporta la raccolta di dati identificativi del compilatore.*

*Le informazioni saranno utilizzate per fini esclusivi del progetto e saranno cancellate subito dopo.*

*Titolare del trattamento dati è Cittadinanzattiva, Via Flaminia 53, 00196 Roma.*

**CONSENSO**

*Dichiaro di aver appreso l'informativa ed acconsento al trattamento dei dati.*

- Sì
  - No
-