

## RICERCA SUI BISOGNI INSODDISFATTI NELLE PERSONE CON DOLORE CRONICO

Vi invitiamo a partecipare a una ricerca promossa da Fondazione ISAL in collaborazione con Università di Firenze e Centro Studi e Ricerca Synthesis e approvata dal Comitato Etico dell'Università di Firenze.

La ricerca ha un duplice obiettivo:

- a) indagare quali siano i bisogni delle persone con dolore cronico attualmente insoddisfatti dal sistema di cura;
- b) costruire un questionario che consenta di rilevare i bisogni insoddisfatti nelle persone con dolore cronico, in modo da ottenere uno strumento capace di fornire alla singola persona risposte più efficaci nella soluzione di specifiche problematiche (ad esempio: fornire informazioni specifiche sul controllo dei sintomi, dare un supporto psicologico, promuovere servizi entro il sistema sanitario) e individuare soggetti con livelli particolarmente alti di bisogni per intervenire precocemente e in modo mirato.

# Indagine sui bisogni insoddisfatti nelle persone con dolore cronico



## Dati anagrafici

Sesso

- Femmina
- Maschio
- Altro

Età

Inserire la propria età in formato numerico (es. 48)

La tua risposta

Regione di residenza

Scegli

Situazione abitativa

- Vivo da solo
- Vivo con la mia famiglia di origine
- Vivo con la mia attuale famiglia
- Vivo con altre persone

Scolarità

- Elementare/media/triennio professionale
- Diploma di scuola superiore
- Laurea
- Post-laurea

Occupazione

- Impiegato/lavoratore autonomo
- Disoccupato
- Casalinga
- Studente
- Pensionato

[Indietro](#)

[Avanti](#)

Pagina 2 di 5 [Cancella modulo](#)

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google. [Segnala abuso](#) - [Termini di servizio](#) - [Norme sulla privacy](#)

## Indagine sui bisogni insoddisfatti nelle persone con dolore cronico



### Indagine sul dolore cronico

Le seguenti domande indagano la presenza di dolore cronico, le sue conseguenze e le sue caratteristiche associate.

Lei soffre da almeno 3 mesi di un dolore fisico persistente, in una o più parti del corpo?

- No
- Sì

Se ha risposto Sì alla domanda precedente, da quanto tempo soffre di dolore fisico persistente?

- Da meno di 1 anno
- Da 1 a 3 anni
- Da 4 a 5 anni
- Da 6 a 10 anni
- Più di 10 anni

Quanto è intenso questo dolore fisico persistente?

- Molto lieve
- Lieve
- Moderato
- Forte
- Molto forte

Lei ritiene che questo dolore fisico persistente sia iniziato dopo:

*Fornire una sola risposta. Indicare l'evento prevalente*

- Un intervento chirurgico
- Un trauma (da incidente stradale, domestico, sul lavoro o nel tempo libero)
- Un tumore
- Una malattia (inclusi reumatismi, artriti, artrosi, infezioni, ecc.) diagnosticata da un medico
- Una malattia non ben definita che non ha ancora ricevuto una diagnosi

Se ha risposto che la sua malattia è stata diagnosticata da un medico, quale diagnosi ha ricevuto?

- Dolore articolare oppure reumatismi articolari (es. osteoartrite, artrite reumatoide ecc.)
- Emicrania/cefalea
- Fibromialgia
- Vulvodinia
- Mal di schiena o lombalgia
- Endometriosi
- Dolori di tipo neuropatico (es. nevralgia del trigemino, nevralgia post-erpetica ecc.)
- Altro:

A causa di questo dolore fisico persistente, Lei assume farmaci o effettua terapie mediche, fisiatriche, riabilitative, ecc.?

- Sì, con continuità
- Sì, a cicli
- Sì, al bisogno
- No

Se assume farmaci o effettua terapie per il suo dolore fisico persistente, per questi trattamenti Lei è seguito/a da:

- Centro di terapia del dolore o medico specialista in terapia del dolore
- Medico di base
- Altro specialista

Se assume farmaci o effettua terapie per il suo dolore fisico persistente, Lei ritiene che questi trattamenti:

- Le permettano di tornare a star bene
- Le tolgano solo una parte del suo dolore
- Non abbiano alcun successo

Indichi il numero di giorni, nel corso degli ultimi 6 mesi, nei quali il dolore Le ha impedito di svolgere le sue abituali attività (scuola, lavoro retribuito, lavori domestici)

- 0-6 giorni
- 7-14 giorni
- 15-30 giorni
- 31 o più giorni

Indichi in che misura, nel corso degli ultimi 6 mesi, il dolore ha interferito con lo svolgimento delle sue attività quotidiane

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non ha interferito             Ha reso impossibile lo svolgimento

Indichi in che misura, nel corso degli ultimi 6 mesi, il dolore ha interferito con le sue attività sociali, con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non ha interferito             Ha reso impossibile lo svolgimento

Indichi in che misura, nel corso degli ultimi 6 mesi, il dolore ha interferito con le sue capacità di lavorare (lavoro retribuito o lavori domestici)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non ha interferito             Ha reso impossibile lo svolgimento

Indietro

Avanti

Pagina 3 di 5 Cancellazione modulo

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google. Segnala abuso - Termini di servizio - Norme sulla privacy

Google Moduli

## Indagine sui bisogni insoddisfatti nelle persone con dolore cronico



### Indagine sui bisogni insoddisfatti

Le domande elencate qui sotto riguardano i suoi bisogni attuali e la qualità del Suo stato d'animo. Non esiti troppo prima di decidere sulla risposta; è infatti probabile che la risposta più spontanea sia la più autentica.

1. Ho bisogno di avere più informazioni sulla mia diagnosi

- Sì  
 No

2. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sulle mie condizioni future

- Sì  
 No

3. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sugli esami che mi stanno facendo

- Sì  
 No

4. Ho bisogno di avere maggiori spiegazioni sui trattamenti

- Sì  
 No

5. Ho bisogno di essere più coinvolto nelle scelte terapeutiche

- Sì  
 No

6. Ho bisogno che i medici e gli infermieri mi diano informazioni più comprensibili

- Sì  
 No

7. Ho bisogno che i medici siano più sinceri con me

- Sì  
 No

8. Ho bisogno di avere un dialogo maggiore con i medici

- Sì  
 No

9. Ho bisogno che alcuni dei miei disturbi (stanchezza, calo dell'umore, nausea, insonnia ecc.) siano maggiormente controllati

- Sì  
 No

10. Ho bisogno di maggiore aiuto per mangiare, vestirmi e andare in bagno

- Sì  
 No

11. Ho bisogno di maggiore rispetto della mia intimità

- Sì  
 No

12. Ho bisogno di maggiore rispetto da parte del personale infermieristico

- Sì  
 No

13. Ho bisogno di essere più rassicurato dai medici

- Sì  
 No

14. Ho bisogno che i servizi offerti dall'ospedale (bagni, pasti, pulizia) siano migliori

- Sì  
 No

15. Ho bisogno di avere maggiori informazioni economiche, previdenziali e assicurative legate alla mia malattia

- Sì  
 No

16. Ho bisogno di aiuto economico

- Sì  
 No

17. Ho bisogno di parlare con uno psicologo

- Sì  
 No

18. Ho bisogno di parlare con un assistente spirituale

- Sì  
 No

19. Ho bisogno di parlare con persone che hanno avuto la mia stessa esperienza

- Sì  
 No

20. Ho bisogno di essere maggiormente rassicurato dai miei familiari

- Sì  
 No

21. Ho bisogno di sentirmi maggiormente utile in famiglia

- Sì  
 No

22. Ho bisogno di sentirmi meno abbandonato a me stesso

- Sì  
 No

23. Ho bisogno di essere meno commiserato dagli altri

- Sì  
 No

24. Ho bisogno di aiuto nei trasferimenti tra casa e ospedale

- Sì  
 No

25. Ho bisogno che ci sia un dialogo maggiore tra i medici dell'ospedale ed il mio "medico di famiglia"

- Sì  
 No

26. Ho bisogno di aiuto per affrontare problemi nella sfera sessuale

- Sì  
 No

27. Ho bisogno di un maggiore aiuto per mantenere, quanto più possibile, le mie normali attività quotidiane

- Sì  
 No

28. Ho bisogno che i professionisti sanitari che mi seguono (specialista di terapia del dolore, medico di famiglia, fisioterapisti, psicologi ecc.) dialoghino di più tra loro

- Sì  
 No



29. Ho bisogno di professionisti sanitari più formati sulla terapia del dolore

Sì

No

30. Ho bisogno di essere seguito da un solo medico terapeuta del dolore, per maggiore continuità nella relazione di cura

Sì

No

31. Ho bisogno che la mia condizione di dolore mi permetta di prenotare visite ed esami con minori tempi di attesa

Sì

No

32. Ho bisogno che la disabilità indotta dal dolore sia più riconosciuta nel mondo del lavoro

Sì

No

33. Ho bisogno di ricevere esenzioni per esami e cure mediche per la mia condizione di dolore

Sì

No

34. Ho bisogno di centri di terapia del dolore più vicini a dove abito

Sì

No

35. Ho bisogno di avere maggiori informazioni sui centri di terapia del dolore e sugli specialisti che possono aiutarmi per il dolore cronico

Sì

No

36. Ho bisogno che venga svolta più ricerca scientifica sul dolore cronico

Sì

No

37. Ho bisogno di assistenza domiciliare

Sì

No

38. Ho bisogno di sentirmi più compreso dagli altri (familiari, colleghi di lavoro, professionisti sanitari)

- Sì  
 No

39. Ho bisogno di incontri formativi sul dolore cronico

- Sì  
 No

40. Ho bisogno di avere un contatto telefonico del team di terapia del dolore che mi segue per una maggiore continuità nella relazione di cura

- Sì  
 No

Quale altro bisogno sente particolarmente in questo momento?

La tua risposta

[Indietro](#)

[Avanti](#)

[Pagina 4 di 5](#)

[Cancella modulo](#)

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google. Segnala abuso - Termini di servizio - Norme sulla privacy

Google Moduli



# Indagine sui bisogni insoddisfatti nelle persone con dolore cronico



## Indagine sul benessere e lo stato d'animo

La preghiamo di indicare il grado di benessere che nel periodo di vita attuale sperimenta in ciascuno dei quattro ambiti sotto indicati. Le chiediamo poi di indicare il grado di benessere complessivo da lei percepito. Può fare una crocetta su ciascuna linea in un punto compreso tra 1 e 10 dove 1 indica uno stato di assoluto malessere e 10 uno stato di completo benessere.

### Benessere fisico

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assoluto malessere           Completo benessere

### Benessere psicologico

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assoluto malessere           Completo benessere

### Benessere nella relazione con gli altri

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assoluto malessere           Completo benessere

### Benessere spirituale

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assoluto malessere           Completo benessere

### Benessere complessivo nel momento attuale di vita

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assoluto malessere           Completo benessere

Le domande che seguono intendono valutare cosa Lei pensa della Sua salute, come si sente e come riesce a svolgere le Sue attività consuete. Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando con una crocetta la risposta che ritiene più opportuna. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

- Eccellente
- Molto buona
- Buona
- Passabile
- Scadente

2. La sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta, ecc.)?

- Sì, mi limita parecchio
- Sì, mi limita parzialmente
- No, non mi limita per nulla

3. La sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale?

- Sì, mi limita parecchio
- Sì, mi limita parzialmente
- No, non mi limita per nulla

4. Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

- Sì
- No

5. Nelle ultime 4 settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica?

- Sì
- No

6. Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

- Sì
- No

7. Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

- Sì
- No

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

- Per nulla
- Molto poco
- Un po'
- Molto
- Moltissimo

10. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito pieno di energia?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

9. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e sereno?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

11. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

12. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- Sempre
- Quasi sempre
- Molto tempo
- Una parte del tempo
- Quasi mai
- Mai

Per favore, legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni. Esprima la sua valutazione facendo un segno sul numero 0, 1, 2 o 3 secondo la scala di valutazione seguente. Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere a ciascuna affermazione, spesso la prima risposta è la più accurata.

1. Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

2. Mi sono accorto di avere la bocca secca

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

3. Non riesco proprio a provare delle emozioni positive

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

4. Mi sono sentito molto in affanno con difficoltà a respirare (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico)

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

5. Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

6. Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

7. Ho avuto tremori (per es. alle mani)

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

8. Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

9. Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

10. Non vedevo nulla di buono nel mio futuro

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

11. Mi sono sentito stressato

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

12. Ho avuto difficoltà a rilassarmi

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

13. Mi sono sentito scoraggiato e depresso

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

14. Non riesco a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impediscono di portare avanti ciò che stavo facendo

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

15. Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

16. Non c'era nulla che mi dava entusiasmo

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre



17. Sentivo di valere poco come persona

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

18. Mi sono sentito piuttosto irritabile

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

19. Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (per es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito)

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

20. Mi sono sentito spaventato senza ragione

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

21. Sentivo la vita priva di significato

- Non mi è mai accaduto
- Mi è capitato qualche volta
- Mi è capitato con una certa frequenza
- Mi è capitato quasi sempre

Indietro

Invia

Pagina 5 di 5

Cancella modulo

Non inviare mai le password tramite Moduli Google.

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google. [Segnala abuso](#) - [Termini di servizio](#) - [Norme sulla privacy](#)

Google Moduli