

ESTRATTO



Volume 37 - Numero 12
Dicembre 2024

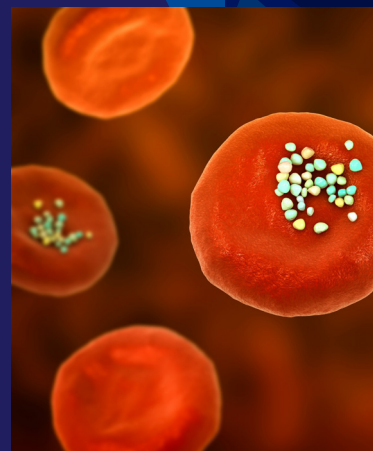
ISSN 0394-9303 (cartaceo)
ISSN 1827-6296 (online)

Notiziario

dell'Istituto Superiore di Sanità

Il dolore cronico in Italia: una priorità di salute pubblica

V. Toccaceli, I. Cascavilla, N. Francia, M. Tenti



www.iss.it

IL DOLORE CRONICO IN ITALIA: UNA PRIORITÀ DI SALUTE PUBBLICA



Virgilia Toccaceli¹, Isabella Cascavilla¹, Nadia Francia¹ e Michael Tenti²

¹Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, ISS

²Fondazione ISAL, Istituto di Scienze Algologiche, Rimini

RIASSUNTO - Il dolore cronico rappresenta un problema sanitario globale con un impatto significativo sulla qualità della vita e sui sistemi sanitari. Il Gruppo di lavoro sul “Dolore cronico e i suoi correlati psicosociali”, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, a cui partecipano Istat e Fondazione ISAL, ha pubblicato nel 2023 i risultati dell'indagine sul dolore cronico condotta in Italia dall'Istat nel 2019, nell'ambito della European Health Interview Survey. L'indagine ha permesso un aggiornamento delle stime di prevalenza, intervistando un ampio campione (di oltre 44.000 individui). La prevalenza del dolore cronico è al 24,1% nella popolazione adulta, cresce con l'età e in condizioni socioeconomiche più svantaggiate. Le donne sono più colpite (60% vs 40%). Le principali cause sono legate a malattie preesistenti (52%), traumi (21%) e interventi chirurgici (7%). Il 13% degli affetti presenta sintomi depressivi da moderati a gravi rispetto a meno del 2% della popolazione non affetta da dolore cronico. Sono necessari investimenti nella diagnosi, cura e riabilitazione per ridurre l'impatto bio-psico-sociale del dolore cronico, nonché nella ricerca psicosociale per investigare fenomeni come il “dolore inespresso” e le “mancate diagnosi”.

Parole chiave: dolore cronico; indagine nazionale; correlati psicosociali

SUMMARY (*Chronic pain in Italy: a public health priority*) - Chronic pain represents a global health problem with a high impact on quality of life and health care systems. The Working Group on “Chronic pain and its psychosocial correlates”, coordinated by the Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health in Italy, ISS), with the participation of Istat and ISAL Foundation, issued in 2023 the results of a survey on chronic pain in Italy, conducted by Istat in 2019 within the European Health Interview Survey, on a sample of more than 44,000 subjects. The survey, will be replicated during the years; it allowed to update the prevalence estimates of chronic pain which affects 24,1% of the adult population. Chronic pain increases with age and with lower socioeconomic conditions. Females are more affected than males (60% vs 40%). The underlying causes are: previously diagnosed diseases (52%), traumas (21%) and surgery (7%). Thirteen percent of the affected shows moderated up to serious depressive symptoms compared to the 2% of non-affected subjects. It is necessary to focus on investments for diagnosis, treatments and rehabilitation as well as to enhance psychosocial research to investigate factors influencing chronic pain, such as “unexpressed pain” and “missed diagnoses”.

Key words: chronic pain; national survey; psychosocial correlates

virgilia.toccaceli@iss.it

Il dolore cronico, definito come dolore che persiste o ricorre per più di tre mesi, rappresenta un problema sanitario globale che colpisce circa il 20% della popolazione mondiale, comportando disagio psicofisico, forte impatto sociale ed enormi costi a carico dei sistemi sanitari nazionali (1). Con “dolore cronico” si fa riferimento a sindromi diverse, ma accomunate dalla presenza di dolore fisico persistente: dal mal di schiena all'emicrania, dalla fibromialgia a complessi dolori neuropatici secondari a traumi o a interventi

chirurgici, per fornire solo alcuni dei possibili esempi. Data la globalità e la portata del problema, diversi autori, compresa l'accreditata task force di esperti del dolore cronico dell'International Association for the Study of Pain (IASP), hanno evidenziato la necessità di monitorare adeguatamente il fenomeno sanitario e soprattutto di farlo attraverso appropriati strumenti di indagine, validati e standardizzati (1-3). La nuova, recente classificazione nosologica del dolore cronico, confluita nell'ICD-11 (International Classification ►

of Diseases-11th Revision), realizzata dalla stessa task force internazionale (Figura), sottolinea l'importanza di distinguere e approfondire lo studio e il monitoraggio degli aspetti clinici, eziopatologici e psicosociali che le diverse sindromi presentano.

L'indagine epidemiologica sul dolore cronico in Italia dalla European Health Interview Survey 2019

Nel dicembre 2023, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha pubblicato in un Rapporto ISTISAN i risultati della prima indagine epidemiologica sulla prevalenza del dolore cronico in Italia (4), colmando un vuoto conoscitivo che, almeno in parte, perdurava dal 2003,

anno in cui è stata condotta anche in Italia una survey sul dolore cronico che ha coinvolto 14 Paesi europei e Israele (5). L'indagine è stata realizzata dal Gruppo di lavoro interistituzionale ISS-Istat-Fondazione ISAL sul dolore cronico e i suoi correlati psicosociali*, nell'ambito della più ampia indagine europea sulla salute (European Health Interview Survey, EHIS) condotta dall'Istat nel 2019. Nella EHIS 2019 è stato inserito un breve modulo dedicato al dolore cronico, il "Brief five-item chronic pain questionnaire", costruito e validato dallo stesso Gruppo di ricerca (6). Per l'elevato interesse pubblico nell'ambito della statistica ufficiale, questa rilevazione sul dolore cronico in Italia è stata inserita nel Programma Statistico Nazionale, a partire dal triennio 2020-2022.

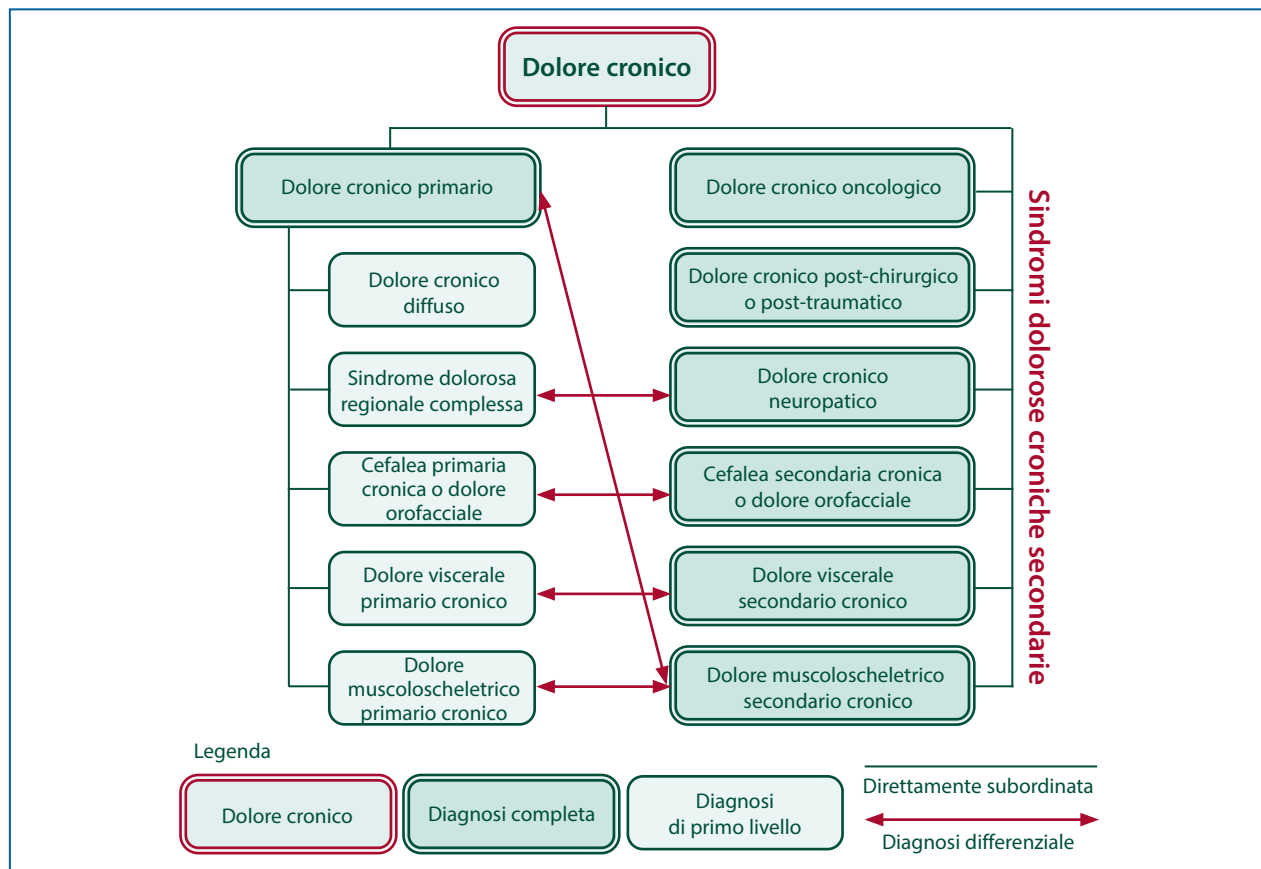


Figura - Struttura della classificazione dell'International Association for the Study of Pain (IASP) del dolore cronico. Nelle sindromi dolorose croniche primarie (a sinistra), il dolore può essere concepito come una malattia, mentre nelle sindromi dolorose croniche secondarie (a destra), il dolore si manifesta inizialmente come sintomo di un'altra malattia come il cancro al seno, la neuropatia diabetica o l'artrite reumatoide. La diagnosi differenziale tra condizioni dolorose primarie e secondarie può talvolta essere difficile (freccie), ma in entrambi i casi il dolore del paziente necessita di cure speciali quando è moderato o grave (modificata da Treede *et al.*, 2019) (2)

(*) L'elenco del Gruppo di lavoro interistituzionale ISS-Istat-ISAL per lo studio e la ricerca sul dolore cronico e i suoi correlati psicosociali è riportato a p. 8.

I risultati

L'indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana, che ha coinvolto oltre 44.000 partecipanti, conferma la rilevanza sanitaria del dolore cronico in Italia, fornendo una stima della prevalenza del 24,1% nella popolazione adulta (≥ 18 anni) residente. Circa 10,5 milioni di persone riferiscono di soffrire di un dolore fisico persistente da almeno tre mesi (Tabella). Un dato da ritenersi addirittura sottostimato, poiché calcolato al netto delle mancate risposte all'indagine, che ammontano a circa il 13% del totale. Questa nuova indagine conferma sia la stabilità epidemiologica del dolore cronico nel tempo, sia l'importanza che esso riveste tra le cause di maggiore impatto sui sistemi sociosanitari.

La stabilità delle stime è accompagnata sia da un documentato ruolo dell'influenza di fattori genetici responsabili di una suscettibilità stabile al tratto (come riportato da uno studio gemellare dell'ISS che ha stimato al 36% il contributo genetico al manifestarsi del dolore cronico) (7), sia da una sensibile difficoltà ad attuare pienamente le disposizioni della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 (8), che garantisce l'accesso alla rete di terapia del dolore a tutti, ma non è ancora applicata in modo omogeneo sul territorio nazionale. Inoltre, la scarsa sensibilizzazione socio-culturale sul tema del dolore e, soprattutto, sul tema della sua possibile cura possono avere un effetto conservativo che ostacola una corretta prevenzione e un'appropriata presa in carico del paziente sin dagli esordi.

L'indagine ha mostrato come la prevalenza del dolore cronico aumenti con l'aumentare dell'età: è pari all'8% tra i giovani (18-34 anni), al 21,3% tra

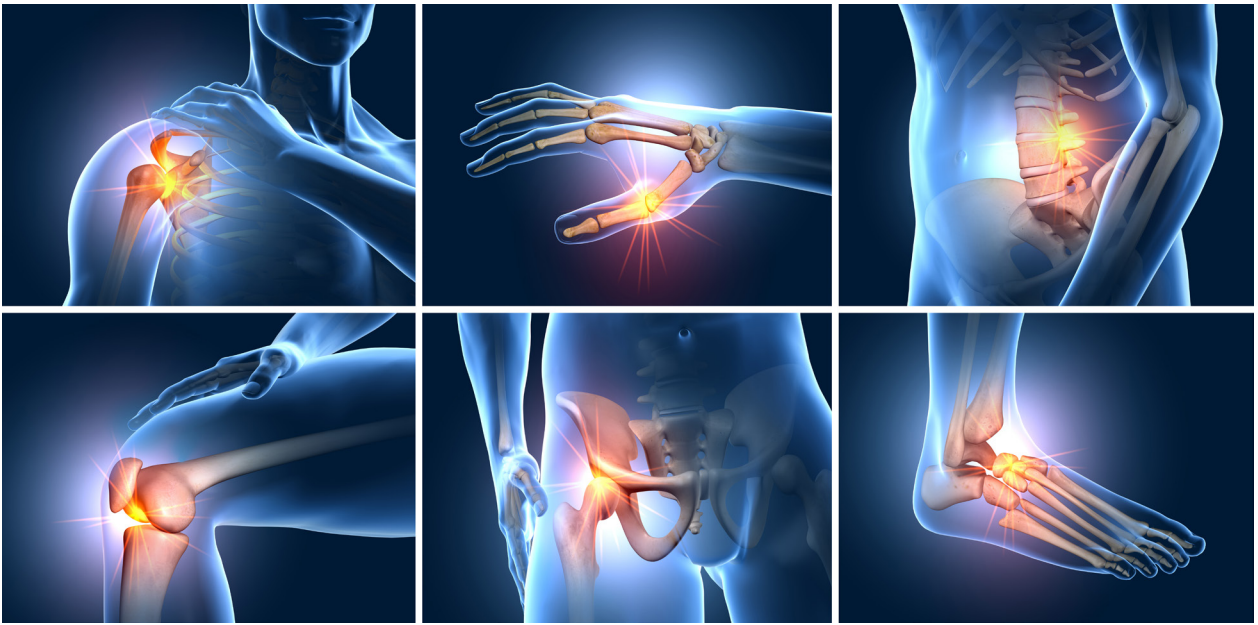


i 45-54 anni, raggiunge il 35,1% tra i cosiddetti "giovani anziani" (65-74 anni) e supera il 50% tra gli ultra-ottantacinquenni. Anche i livelli di intensità del dolore cronico differiscono sia in funzione dell'età che del sesso. La percentuale di popolazione adulta che dichiara un dolore forte o molto forte quadruplica nei soggetti di 85 anni e più, soprattutto di sesso femminile. In accordo con quanto riportato in letteratura, l'aumento della prevalenza del dolore cronico con l'età è influenzato da diversi fattori che spaziano dai cambiamenti neurobiologici delle vie nervose coinvolte nella percezione del dolore, alla maggiore presenza di comorbidità (artrosi, diabete ecc.), che, negli stadi avanzati, sono caratterizzate da dolore fisico persistente (9). ►

Tabella - Popolazione adulta suddivisa per presenza di dolore cronico, per sesso e classe di età. Dato campionario*. European Health Interview Survey Italia 2019 (modificata da Toccaceli *et al.*, 2023) (4)

Classe d'età (anni)	Maschi			Femmine			Totale		
	Sì	No	Totale	Sì	No	Totale	Sì	No	Totale
18-34	263	3.300	3.563	95	1.348	1.443	358	4.648	5.006
35-44	294	2.330	2.624	390	2.465	2.855	684	4.795	5.479
45-54	643	2.933	3.576	963	2.911	3.874	1.606	5.844	7.450
55-64	857	2.443	3.300	1.121	2.383	3.504	1.978	4.826	6.804
65-74	816	1.973	2.789	1.272	1.835	3.107	2.088	3.808	5.896
75-84	698	1.184	1.882	1.287	1.118	2.405	1.985	2.302	4.287
85 e più	318	296	614	756	421	1.177	1.074	717	1.791
Totale	3.889	14.459	18.348	5.884	12.481	18.365	9.773	26.940	36.713

(*) Escluse le mancate risposte



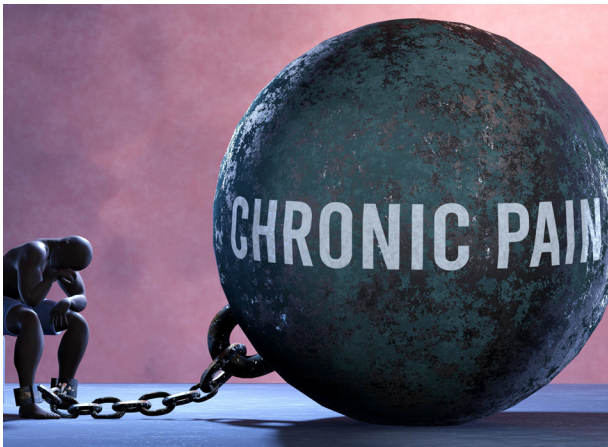
Le ben note diseguaglianze di genere nel dolore cronico vengono confermate: il divario tra maschi e femmine inizia già all'età di 35 anni, e va man mano ampliandosi a sfavore delle persone di sesso femminile con percentuali superiori di oltre 15 punti tra gli anziani di 65 anni e più. Nel complesso, il 60% delle persone adulte con dolore cronico in Italia è di sesso femminile. Questa disparità legata al sesso sembra essere favorita da fattori biologici, genetici e ormonali, da quelli psicosociali come ansia depressione e da fattori culturali come gli stereotipi di genere (10).

Coerentemente con la letteratura disponibile, dall'indagine emerge che il dolore cronico è una "patologia con un gradiente sociale", poiché se ne registra

una maggiore prevalenza tra le persone in condizioni socioeconomiche più svantaggiate. Tuttavia, da questa tendenza non può essere tratta, al momento, alcuna inferenza causale. Infatti, se da un lato è possibile che bassi livelli di istruzione e reddito aumentino la probabilità di sperimentare dolore, perché verosimilmente associati a lavori più usuranti e a minori possibilità di cura, dall'altro è possibile che la severità del dolore sperimentato aumenti le difficoltà lavorative, compromettendo il reddito o le possibilità di raggiungere un'istruzione elevata.

Rispetto alle possibili cause, il 52% della popolazione affetta da dolore cronico riferisce che il dolore è iniziato dopo una malattia che ha ricevuto una diagnosi certa. La maggior parte di queste persone (39,3%) si sottopone regolarmente a terapia; solo una minoranza (9,1%) non ricorre ad alcun tipo di trattamento. Questo dato può suggerire che nella maggioranza dei casi il dolore sia stato ben inquadrato e che, di conseguenza, sia stata effettuata una presa in carico terapeutica. Il 21% delle persone con dolore cronico ha dichiarato che il dolore è iniziato dopo un trauma e vale la pena evidenziare come questa percentuale sia ben maggiore di quella riscontrata in altri Paesi occidentali come, ad esempio, il Portogallo (12,6%) (11) e gli Stati Uniti (9%) (12). Il 7% degli affetti da dolore cronico ha riferito l'insorgenza del dolore successivamente a un intervento chirurgico; dato sensibilmente inferiore





a quello riscontrato in altri Paesi come, ad esempio, la Norvegia (18,3%) (13) e in linea con quello osservato in uno studio nella popolazione generale portoghese (6%) (11). La patologia tumorale è invece stata indicata come fattore scatenante dal 3% degli affetti da dolore cronico. Esiste, infine, una quota non irrilevante di persone con dolore cronico (13%) che ha dichiarato come fattore scatenante una malattia che non ha ancora ricevuto una diagnosi certa; oltretutto, questo sottogruppo riporta intensità elevate o molto elevate di dolore nel 23% dei casi. Si può prefigurare, qualora queste percentuali dovessero essere confermate negli anni, l'esistenza di un cluster di sofferenza inespressa e quindi "trasparente" al sistema sanitario, o che non trova ancora risposte di cura e presa in carico.

Infine, nell'ambito della salute mentale, ben il 13% di coloro che soffrono di dolore cronico presenta sintomi depressivi da moderati a gravi rispetto a meno del 2% nella popolazione non affetta. Esiste una condizione di co-morbidità tra dolore cronico e depressione a sfavore delle persone di sesso femminile e delle persone con un più basso livello di istruzione. Al netto delle principali caratteristiche socio-demografiche, le persone affette da dolore cronico hanno un rischio di depressione grave cinque volte più alto rispetto alle altre.

Conclusioni

L'indagine sul dolore cronico in Italia offre un quadro epidemiologico prezioso per l'individuazione dei bisogni di diagnosi, cura e riabilitazione e per la definizione di modelli di prevenzione. I risultati

evidenziano la necessità di investimenti nella costituzione di una rete di terapia del dolore e nella ricerca biomedica e psicosociale sul tema, per favorire l'emersione dei fattori che permangono dietro il fenomeno, ad esempio, del dolore "inespresso", di molte mancate diagnosi, come pure del rilevante gradiente sociale del dolore cronico.

I risultati portano, inoltre, a considerare, da un lato, la presenza di una difficoltà di penetrazione in ambito sanitario di una "cultura della cura del dolore", dall'altro la mancanza a oggi di cure efficaci per molte sindromi dolorose.

Infine, molto importante sarà approfondire il fenomeno delle "mancate diagnosi" che possono essere correlate a ritardi nell'erogazione delle prestazioni diagnostiche da parte dei servizi sanitari, come pure alla complessità della diagnosi stessa, come nel caso di patologie difficili da inquadrare quali la fibromialgia o la vulvodinia. A questo scopo la rilevazione sarà ancora più dettagliata nella raccolta dati e verrà rilevata anche la durata del dolore dall'esordio.

La survey verrà replicata nell'ambito dell'indagine EHIS nel 2025, e in seguito ogni sei anni. Dal 2022, inoltre, fa parte anche dell'indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana", per la quale si prevede una rilevazione biennale e, quindi, un'alternanza con l'indagine EHIS. Il monitoraggio costante si auspica possa arricchire la conoscenza di questo importante fenomeno sanitario e favorire la migliore applicazione della Legge 38/2010 (8), considerata a livello internazionale un esempio di civiltà, chiave di volta per poter rispondere ai bisogni della popolazione affetta da dolore cronico. ■

Ringraziamenti

Il presente contributo è stato realizzato nell'ambito delle iniziative di divulgazione previste dall'Accordo Quadro di collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto di Scienze Algologiche (Fondazione ISAL), e dall'Accordo Quadro di collaborazione tra l'ISS e l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Si ringraziano i componenti del Gruppo di lavoro interistituzionale (ISS-Istat-Fondazione ISAL) per il contributo alle attività di studio e di ricerca sul dolore cronico e i suoi correlati psicosociali.

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156(6):1003-7.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19-27.
3. Steingrimsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, et al. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2017;158(11):2092-107.
4. Toccaceli V, Francia N, Cascavilla I, Tenti M (Ed.). *Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dalla "Indagine europea sulla salute" (European Health Interview Survey) 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023 (Rapporti ISTISAN 23/28).
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *EJP* 2006; 10(4):287-333.
6. Toccaceli V, Tenti M, Stazi MA, et al. Development and validation of the Italian "Brief five-item chronic pain questionnaire" for Epidemiological Studies. *J Pain Res* 2022; 8(15):1897-913.
7. Fagnani C, Toccaceli V, Tenti M, et al. An Italian Twin Study of Non-Cancer Chronic Pain as a Wide Phenotype and Its Intensity. *Medicina* 2022; 58(11):1522.
8. Italia. Decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 65, 19 marzo 2010.
9. Mullins S, Hosseini F, Gibson W, et al. Physiological changes from ageing regarding pain perception and its impact on pain management for older adults. *Clin Med* 2022; 22(4):307.
10. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):52-8.
11. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, et al. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain* 2012;13(8):773-83.
12. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults - United States, 2016. *MMWR* 2018; 67(36): 1001-6.
13. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* 2012;153(7):1390-6.

TAKE HOME MESSAGES

- Il dolore cronico è un problema sanitario diffuso. Colpisce circa un quarto della popolazione adulta, con un aumento significativo con l'età e in condizioni di svantaggio socioeconomico. Le donne sono più colpite rispetto agli uomini.
- Il dolore cronico ha un impatto significativo sulla qualità della vita. Al netto delle principali caratteristiche socio-demografiche, le persone affette da dolore cronico hanno un rischio di depressione grave cinque volte più alto rispetto alle non affette.
- Bisogna fare maggiori sforzi per la diagnosi, cura e riabilitazione del dolore cronico. Sono necessari investimenti nella ricerca per comprendere meglio le cause del dolore cronico e sviluppare trattamenti efficaci. È, inoltre, importante migliorare l'accesso alla terapia del dolore e promuovere una "cultura della cura del dolore" all'interno del sistema sanitario.
- Il Gruppo di lavoro interistituzionale ISS-Istat-ISAL, attraverso le survey condotte da Istat e con ulteriori approfondimenti riguardo allo strumento di indagine, ha istituito un monitoraggio del dolore cronico e dei suoi correlati psicosociali tra la popolazione adulta nel Paese.

(*) Componenti del Gruppo di lavoro interistituzionale (ISS-Istat-ISAL) per lo studio e la ricerca sul dolore cronico e i suoi correlati psicosociali

Istituto Superiore di Sanità, Roma: Isabella Cascavilla, Corrado Fagnani, Maurizio Ferri, Nadia Francia, Antonio Maione, Emanuela Medda, Valeria Oliva, Virgilia Toccaceli (Coordinatrice) (Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale); Alice Maraschini, Giada Minelli (Servizio di Statistica); Letizia Sampaolo (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute); Iuliia Urakcheeva (Servizio Formazione).

Istituto Nazionale di Statistica, Roma: Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo, Laura Iannucci (Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza e Previdenza); Emanuela Bologna (Direzione Centrale per gli Studi e la Valorizzazione tematica nell'area delle Statistiche Sociali e Demografiche).

Fondazione ISAL, Istituto di Scienze Algologiche, Rimini: Antonello Bonci, Valentina Malafoglia, Mery Paroli, William Raffaelli (Presidente), Michael Tenti.