



RAPPORTI ISTISAN 23|28

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dalla "Indagine europea sulla salute" (*European Health Interview Survey*) 2019

A cura di

V. Toccaceli, N. Francia, I. Cascavilla, M. Tenti
per il Gruppo di Lavoro Interistituzionale ISS-ISTAT-ISAL
per lo studio e la ricerca sul dolore cronico



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali
dalla “Indagine europea sulla salute”
(*European Health Interview Survey*) 2019**

A cura di
Virgilia Toccaceli (a), Nadia Francia (a), Isabella Cascavilla (a), Michael Tenti (b)
per il Gruppo di Lavoro Interistituzionale ISS-ISTAT-ISAL
per lo studio e la ricerca sul dolore cronico

(a) *Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Fondazione ISAL, Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche, Rimini*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN
23/28**

Istituto Superiore di Sanità

Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dalla “Indagine europea sulla salute” (*European Health Interview Survey*) 2019.

A cura di Virgilia Toccaceli, Nadia Francia, Isabella Cascavilla, Michael Tenti per il Gruppo di Lavoro Interistituzionale (ISS-ISTAT-ISAL) per lo studio e la ricerca sul dolore cronico
2023, iii, 60 p. Rapporti ISTISAN 23/28

Il dolore cronico rappresenta un problema prioritario di salute pubblica a livello globale. In Italia, le stime di prevalenza e la grandezza dell'impatto psicosociale del fenomeno sono molto datate. Il presente studio ha stimato la prevalenza del dolore cronico nella popolazione italiana adulta (18 anni e più), mediante un breve questionario costruito e validato dallo stesso Gruppo di lavoro, somministrato a un campione di oltre 44.000 individui (età ≥ 18), nell'ambito della sezione italiana della “Indagine europea sulla salute” (*European Health Interview Survey*, EHIS - wave 3), condotta dall'ISTAT nel 2019. Le informazioni raccolte sul dolore cronico, quali occorrenza e intensità, cause scatenanti, trattamenti farmacologici/riabilitativi, loro frequenza ed efficacia percepita sono declinate secondo fattori demografici, socioeconomici e in relazione allo stato di salute mentale. I risultati dell'indagine forniscono dati importanti per un'adeguata analisi dei bisogni e per una più efficiente organizzazione dei servizi specialistici.

Parole chiave: Dolore cronico; Prevalenza; Indagine nazionale; Depressione; Ansia; Correlati psicosociali; Multimorbidity; Limitazioni funzionali

Istituto Superiore di Sanità

Chronic pain in Italy and its psycho-social correlates from the European Health Interview Survey 2019.

Edited by Virgilia Toccaceli, Nadia Francia, Isabella Cascavilla, Michael Tenti for the Interinstitutional Working Group (ISS-ISTAT-ISAL) for the study and research on chronic pain
2023, iii, 60 p. Rapporti ISTISAN 23/28 (in Italian)

Chronic pain is a priority public health problem worldwide. In Italy, chronic pain prevalence and related psycho-social impact were quite dated. The present study was conducted in the framework of a multidisciplinary collaboration among the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy), the ISTAT (Italian National Institute of Statistics) and ISAL Foundation. Chronic pain among the general population was estimated by means of a short questionnaire designed and validated by the same Working group. The questionnaire was administered to a representative sample of more than 44,000 subjects (≥ 18 yrs), within the Italian section of the European Health Interview Survey (EHIS, wave 3), conducted by ISTAT in 2019. Chronic pain dimensions such as occurrence, intensity, causes/triggers, therapies/treatments and their perceived effectiveness are described according to demographic and social factors. Moreover, mental health correlates are analyzed as well. Findings from this survey may be used for a thorough healthcare and social needs assessment and for improving chronic pain public health services.

Key words: Chronic pain; Prevalence estimates; National survey; Depression; Anxiety; Psychosocial correlates; Multimorbidity; Functional limitations

Il presente rapporto tecnico-scientifico è stato realizzato nell'ambito dell'Accordo Quadro di collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche (Fondazione ISAL), e l'Accordo Quadro di collaborazione tra ISS e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

Si ringraziano: per ISTAT, *Emanuela Bologna* per il rilevante contributo nella validazione dei risultati; per il Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'ISS *Debora Del Re* per la revisione del manoscritto, *Sabrina Alvitì, Cristina d'Ippolito, Stella Falsini, Irene Pistella e Miriam Salemi* per il supporto tecnico-amministrativo alle attività degli Accordi.

Per informazioni su questo documento scrivere a: virgilia.toccaceli@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Toccaceli V, Francia N, Cascavilla I, Tenti M per il Gruppo di Lavoro Interistituzionale (ISS-ISTAT-ISAL) per lo studio e la ricerca sul dolore cronico (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).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

**Gruppo di lavoro interistituzionale (ISS-ISTAT-ISAL)
per lo studio e la ricerca sul dolore cronico**

Il Gruppo di lavoro interistituzionale per lo studio e la ricerca sul dolore cronico è composto da:

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale

Isabella CASCIVILLA, Corrado FAGNANI, Maurizio FERRI, Nadia FRANCIA,
Antonio MAIONE, Emanuela MEDDA, Virgilia TOCCACELI (Coordinatrice)

Servizio di Statistica

Alice MARASCHINI, Giada MINELLI

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute

Letizia SAMPAOLO

Istituto Nazionale di Statistica, Roma

*Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza e
Previdenza*

Alessandra BURGIO, Lidia GARGIULO, Laura IANNUCCI

*Direzione Centrale per gli Studi e la Valorizzazione tematica nell'area delle Statistiche Sociali e
Demografiche*

Emanuela BOLOGNA

Fondazione ISAL, Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche, Rimini

Antonello BONCI, Valentina MALAFOGLIA, Mery PAROLI, William RAFFAELI (Presidente),
Michael TENTI

INDICE

Introduzione

<i>Virgilia Toccaceli, Gemma Calamandrei</i>	1
--	---

Capitolo 1. Metodologia e materiali

<i>Laura Iannucci, Lidia Gargiulo, Virgilia Toccaceli, Corrado Fagnani, William Raffaeli, Michael Tenti, Alessandra Burgio</i>	4
--	---

Capitolo 2. Dolore cronico in Italia

<i>Lidia Gargiulo, Virgilia Toccaceli, Alessandra Burgio, Laura Iannucci, Michael Tenti, Corrado Fagnani, Emanuela Medda, Giada Minelli, Alice Maraschini, Gianmarco Giacomini, William Raffaeli</i>	20
--	----

Capitolo 3. Correlati psicosociali del dolore cronico

<i>Alice Maraschini, Michael Tenti, Emanuela Medda, Corrado Fagnani, Antonella Gigantesco, William Raffaeli, Giada Minelli, Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo, Laura Iannucci, Virgilia Toccaceli</i>	38
---	----

INTRODUZIONE

Virgilia Toccaceli, Gemma Calamandrei

Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il dolore cronico, definito come dolore che persiste o ricorre per più di 3 mesi (1), rappresenta un problema prioritario di salute pubblica a livello globale, sia per la sua ampia prevalenza (si stima ne sia colpito circa un individuo su 5 in tutto il mondo), sia per le sue conseguenze psicofisiche e per il grande impatto economico che determina sui sistemi sociosanitari (2). Non a caso, alcune sindromi dolorose croniche come il mal di schiena e l'emicrania sono fra le principali cause di anni vissuti con disabilità (3). Il dolore cronico può favorire l'insorgenza di compromissioni del sistema muscolo-scheletrico, insonnia, sindromi depressive, nonché difficoltà relazionali e lavorative (4). Un individuo con dolore cronico su 5 perde il lavoro (5), con importanti ripercussioni psicologiche e sociali. L'impatto economico del dolore cronico, considerando sia i costi diretti che quelli indiretti, determina una pressione estremamente significativa. Per fare un esempio relativamente al mondo occidentale, negli Stati Uniti questa pressione è stata stimata tra i 560 e i 635 miliardi di dollari (6).

Come suggerito da diversi autori (7) e dalla *task force* di esperti per la classificazione del dolore cronico nella nuova classificazione delle malattie (*International Classification of Diseases 11th Revision*, ICD-11) (8), l'ampia prevalenza del dolore cronico e il suo elevato impatto sugli individui e le società colpite richiedono monitoraggi adeguati del fenomeno, da eseguire mediante strumenti validati.

Le stime presentate in questo rapporto tecnico hanno un valore estremamente significativo, poiché riempiono un vuoto conoscitivo e forniscono dati in grado di orientare lo sviluppo di appropriati piani di prevenzione nell'ambito della salute pubblica.

Prima della presente indagine, infatti, gli unici dati epidemiologici riguardanti il dolore cronico in Italia erano riscontrabili in una *survey* telefonica condotta in Europa da Breivik e colleghi nel lontano 2003 (5). Altri studi avevano fornito stime di prevalenza in anni relativamente più recenti, ma si tratta di stime non generalizzabili all'intera popolazione italiana, poiché ricavate o attraverso campioni non rappresentativi a livello nazionale (9) o campioni di pazienti per specifici sub-fenotipi di dolore cronico (10).

Questo lavoro nasce dal felice incontro tra clinici del dolore cronico, epidemiologi e statistici. L'interesse multidisciplinare per lo studio del dolore cronico, quale malattia ad alto impatto biopsicosociale, si è concretizzato in una proficua collaborazione, attiva dal 2017, tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la Fondazione ISAL e l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica).

Nel 2022 è stato formalizzato un Gruppo di lavoro a cui partecipano le tre istituzioni e che ha il suo coordinamento presso il Centro per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'ISS. I ricercatori, i tecnologi e i tecnici, coinvolti in base alle diverse *expertise*, si occupano dei diversi ambiti dello studio e della ricerca sul dolore cronico: la sua diffusione e il suo monitoraggio, *in primis*, grazie soprattutto al contributo delle indagini nazionali periodiche dall'ISTAT; lo studio del dolore cronico come fenotipo complesso, grazie all'approccio dell'epidemiologia genetica e all'infrastruttura del Registro Nazionale Gemelli dell'ISS; e, infine, la ricerca sugli aspetti psicosociali che sono i principali correlati del dolore cronico. Più recentemente, con il coordinamento dei clinici della Fondazione ISAL, il gruppo partecipa anche alla ricerca su possibili biomarcatori diagnostici e predittivi.

L'indagine presentata in questo primo rapporto è stata realizzata attraverso l'adozione di uno specifico questionario, denominato "Brief five-item chronic pain questionnaire", nella indagine europea sulla salute (*European Health Interview Survey*, EHIS) condotta dall'ISTAT in Italia nel 2019. Il questionario è stato costruito e validato dagli stessi autori del presente rapporto (11). L'indagine EHIS verrà replicata nel 2025 e in seguito ogni sei anni. Dal 2022, il modulo è entrato a far parte anche di un'altra rilevazione nazionale ISTAT denominata "Aspetti della vita quotidiana", per la quale si prevede una somministrazione con cadenza biennale e, quindi, un'alternanza con l'indagine EHIS, in modo da avere una regolare copertura informativa sul dolore cronico nel Paese. A queste periodiche indagini nazionali verranno dedicati ulteriori rapporti tecnici.

Infine, per l'elevato interesse pubblico nell'ambito della statistica ufficiale, la rilevazione sul dolore cronico in Italia è stata inserita nel Programma Statistico Nazionale (PSN), a partire dal triennio 2020-2022, grazie all'Ufficio di Statistica dell'ISS che ha presentato il lavoro all'organismo interistituzionale preposto, il Circolo di Qualità "Sanità, salute e assistenza sociale", sulla base di una positiva valutazione dell'ISS, ente titolare dell'indagine. Il "dolore cronico" è quindi tra le "grandi aree tematiche" del monitoraggio epidemiologico dell'ISS, dal Piano Triennale delle Attività 2023-2025.

Il rapporto tecnico è articolato in tre Capitoli:

– *Metodologia e materiali*

È dedicato a tutti gli aspetti metodologici: la metodologia della EHIS 2019, i suoi contenuti informativi, il campionamento, il calcolo delle stime, la formazione degli intervistatori. Viene illustrato, quindi, il processo di costruzione e validazione dello specifico questionario sul dolore cronico e l'analisi dei dati, ivi compresa la costruzione di una serie di indicatori sintetici ISTAT, per descrivere il dolore cronico in maniera rapida ma efficace.

– *Dolore cronico in Italia*

Descrive la diffusione del dolore cronico in Italia tra la popolazione generale adulta dai 18 anni in su, così come emerge da questa prima indagine nazionale 2019, per le principali caratteristiche socio-demografiche della popolazione in esame. Le analisi descrivono, in particolare, le sub-dimensioni del dolore cronico: l'intensità del dolore misurata su una scala nominale, i possibili eventi, traumi o patologie sottostanti l'instaurarsi della cronicità del dolore, l'approccio alle terapie e ai trattamenti da parte degli affetti, e la loro percezione del successo di queste terapie e/o trattamenti nell'alleviare o risolvere il dolore. Un focus particolare viene dedicato alle disuguaglianze sociali, attraverso analisi descrittive che illustrano la distribuzione del dolore cronico – e i suoi diversi gradi di intensità – per sesso, livello di istruzione, area di residenza, quinti di reddito e presenza di co-morbidità. In relazione alla particolare condizione di dolore cronico che caratterizza la malattia oncologica, il capitolo propone varie descrittive al netto del "dolore oncologico" il quale, proprio per il suo profilo clinico e psicosociale, merita una trattazione a parte che non è oggetto del presente lavoro.

– *Correlati psicosociali del dolore cronico*

È dedicata agli aspetti più salienti di salute mentale e di condizione sociale correlati al dolore cronico. Per la sfera mentale, in particolare, viene descritta, declinandola per le maggiori caratteristiche socio-demografiche, la distribuzione dei disturbi depressivi e dell'ansia grave, nonché, attraverso alcuni indici sintetici, il gradiente di benessere/malessere psicologico e il *discomfort* psicofisico negli affetti da dolore cronico. Vengono presentati alcuni approfondimenti che descrivono la salute mentale in base all'intensità del dolore, poiché l'intensità risulta tra i fattori maggiormente d'impatto sulla sfera psicosociale. Sono, inoltre, proposti per i singoli correlati dei confronti sulla loro

distribuzione tra popolazione affetta e non affetta da dolore cronico. Per i correlati di tipo sociale, un focus è dedicato alle limitazioni funzionali dell'autonomia della persona con dolore cronico relative alle difficoltà motorie, nelle attività della vita domestica e nelle cure personali, e alla percezione del bisogno di aiuto che scaturisce da queste difficoltà. Anche per le limitazioni funzionali viene proposto un confronto tra persone affette e non affette da dolore cronico. Il capitolo si chiude con una analisi descrittiva della condizione lavorativa delle persone con dolore cronico, per evento/patologia scatenante la condizione e per fasce d'età; segue un confronto, relativamente agli occupati tra gli intervistati, tra popolazione affetta da dolore cronico e popolazione non affetta, in termini di assenze dal lavoro per motivi di salute negli ultimi 12 mesi, e di numero di giorni di tali assenze.

Bibliografia

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. 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.
2. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 2011;11(1):1-5.
3. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(9995):743-800.
4. Niv D, Devor M. Position paper of the European Federation of IASP Chapters (EFIC) on the subject of pain management. *European Journal of Pain* 2007;11(5):487-9.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006;10(4):287-333.
6. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *Journal of Pain* 2012;13:715-24.
7. Steingrimsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2017 Nov;158(11):2092-2107.
8. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156(6):1003-7.
9. Del Giorno R, Frumento P, Varrassi G, Paladini A, Coaccioli S. Assessment of chronic pain and access to pain therapy: a cross-sectional population-based study. *Journal of Pain Research* 2017;10:2577-84.
10. Raffaelli W, Minella CE, Magnani F, Sarti D. Population-based study of central post-stroke pain in Rimini district, Italy. *Journal of Pain Research* 2013;6:705-11.
11. Toccaceli V, Tenti M, Stazi MA, Fagnani C, Medda E, Gargiulo L, Burgio A, Sampaolo L, Ferri M, Raffaelli W. Development and validation of the Italian “Brief five-item chronic pain questionnaire” for Epidemiological Studies. *Journal of Pain Research* 2022;8(15):1897-1913.

Capitolo 1

METODOLOGIA E MATERIALI

Laura Iannucci (a), Lidia Gargiulo (a), Virgilia Toccaceli (b), Corrado Fagnani (b), William Raffaeli (c), Michael Tenti (c), Alessandra Burgio (a)

(a) *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza e Previdenza, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*

(b) *Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Fondazione ISAL, Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche, Rimini*

L'indagine europea sulla salute (*European Health Interview Survey*, EHIS), prevista da Regolamenti comunitari¹, viene condotta in tutti i Paesi dell'Unione Europea (UE), con l'obiettivo di costruire indicatori di salute confrontabili a livello europeo sui principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione, il ricorso ai servizi sanitari e i determinanti di salute (1).

L'Italia ha partecipato attivamente, sin dall'inizio degli anni 2000, al lungo processo di armonizzazione per la definizione degli strumenti di rilevazione e attualmente fa parte della *Task Force* (TF) appositamente costituita in ambito europeo per la realizzazione della terza rilevazione (*wave 3*) condotta nel 2019 e per la progettazione della futura *wave 4*, che sarà realizzata nel 2025. Nella rilevazione 2019 è stato inserito il modulo sul dolore cronico oggetto di questo rapporto tecnico.

Nei paragrafi seguenti verranno illustrati gli aspetti metodologici della rilevazione nel suo complesso, quelli relativi alla progettazione e validazione del modulo sul dolore cronico, l'inquadramento della rilevazione nel contesto delle attività dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e della statistica ufficiale.

Contenuti informativi di EHIS 2019

Le tematiche trattate nell'indagine riguardano tre macroaree: lo stato di salute, i determinanti di salute e l'accesso e utilizzo dei servizi sanitari (Tabella 1). Oltre ai moduli stabiliti dal Regolamento comunitario, su iniziativa del nostro Paese sono stati aggiunti alcuni quesiti, per soddisfare bisogni informativi nazionali.

La selezione dei quesiti è stata effettuata al fine di poter monitorare aspetti specifici del nostro Paese o per dare continuità informativa, ove possibile, ad alcuni temi indagati nelle precedenti indagini sulla salute: il fenomeno dell'*out of pocket* nel ricorso ai servizi sanitari (visite specialistiche, visite odontoiatriche, accertamenti diagnostici e prestazioni di riabilitazione),

¹ L'indagine è prevista nei Regolamenti dell'Unione Europea (UE) che attuano il Regolamento (CE) 1338/2008 relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica e di salute e sicurezza sul luogo di lavoro. In particolare, la *wave 2*, condotta in Italia nel 2015, è normata dal Regolamento (UE) 141/2013 del 19/02/2013, la *wave 3*, effettuata nel 2019, è prevista nel Regolamento (UE) 255/2018 del 19/02/2018, mentre è in corso di approvazione il Regolamento (UE) per la *wave 4* che sarà realizzata nel 2025. L'indagine, inoltre, è inserita in tutte le edizioni del Programma Statistico Nazionale dal 2017-2019 a quello attualmente in vigore (PSN 2020-2022, aggiornamento 2021-2022), con il codice IST-02565.

la storia pregressa delle persone di sesso femminile che effettuano la prevenzione dei tumori femminili, il ricorso a metodi contraccettivi, la prevalenza di alcune patologie particolarmente diffuse nella popolazione molto anziana (demenze senili, Parkinson, ecc.), nonché alcuni aspetti della salute nei bambini (diffusione dell'allattamento, eccesso di peso nei minori, livelli adeguati di attività fisica).

Tabella 1. Contenuti informativi per macroaree - EHIS Italia 2019*

Macroarea	Contenuto informativo
Condizioni di salute	Condizioni generali di salute Salute orale (anche ricorso ai servizi) Malattie e condizioni croniche Infortuni e lesioni Limitazioni funzionali fisiche e sensoriali Attività di cura della persona Attività domestiche Dolore Benessere psicologico Sostegno sociale Assenze dal lavoro per motivi di salute Stato di salute percepito (IT) Dolore cronico (IT) Partecipazione sociale (IT)
Determinanti di salute	Peso e altezza Consumo di frutta e verdura Attività fisica Consumo di bevande Consumo di tabacco Allattamento al seno (IT)
Servizi sanitari	Assistenza ospedaliera Visite mediche generiche e specialistiche Accertamenti Diagnostici (IT) Assistenza domiciliare e altri servizi Consumo di farmaci Cure o assistenza fornite Ricorso ai servizi di prevenzione Difficoltà di accesso a prestazioni e cure sanitarie Contraccezione (IT) Valutazione delle prestazioni sanitarie (IT)

* Gli argomenti indicati con (IT) non fanno parte dei moduli stabiliti dal Regolamento europeo, ma sono stati aggiunti su iniziativa del nostro Paese.

Tutti i temi dell'indagine possono essere indagati in relazione al contesto socio-demografico di ciascun individuo e alle caratteristiche delle famiglie intervistate.

Popolazione di interesse e domini di studio

La *popolazione di interesse* dell'indagine europea è costituita da individui di 15 anni e più. Tuttavia, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), in analogia con le altre indagini campionarie presso le famiglie, ha incluso tutti gli individui appartenenti alla *famiglia di fatto*, ossia un insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi. L'insieme delle unità statistiche da rilevare è costituito, pertanto, dalle famiglie residenti in Italia e dai membri che le compongono; sono esclusi i membri permanenti delle convivenze

anagrafiche (insieme di persone normalmente coabitanti per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena e simili).

Per soddisfare i bisogni informativi a livello territoriale e consentire stime regionali utili alla programmazione sanitaria locale, nonché, ove possibile, stime sub-regionali, i domini di studio, ossia gli ambiti territoriali ai quali sono riferiti i parametri di popolazione oggetto di stima, sono:

- le cinque ripartizioni geografiche (Italia Nord-Occidentale, Italia Nord-Orientale, Italia Centrale, Italia Meridionale, Italia Insulare);
- le Regioni (ad eccezione del Trentino-Alto Adige le cui stime sono prodotte distintamente per le Province Autonome di Bolzano e Trento).

I domini sub-regionali, indicati come Aree Vaste², costituiti da aggregati territoriali di interesse per la programmazione sanitaria a livello locale e definiti in relazione allo specifico contesto informativo dell'indagine sulle condizioni di salute, sono utilizzati per la stratificazione del campione. Questi ultimi domini sono stati definiti partendo dalla considerazione che, sebbene le unità amministrative territoriali di prevalente interesse per la programmazione sanitaria siano le Aziende Sanitarie Locali (ASL), tuttavia non potendo progettare, per vincoli di costo, un disegno campionario che garantisse stime attendibili a tale livello di dettaglio, si è provveduto a considerare tali aggregati di ASL nella stratificazione del campione. In tal modo risulta più agevole calcolare, eventualmente, stime indirette riferite alle ASL e alle Aree Vaste. La dimensione media di popolazione delle Aree Vaste è pari a circa 850.000 abitanti.

Campione

Il disegno campionario è a due stadi (comuni-famiglie), con stratificazione dei comuni. I comuni campione (837) sono stati selezionati dal *Master Sample* utilizzato per il Censimento della popolazione nel 2018 (campione di 2.850 comuni)³.

Nell'ambito di ogni Area Vasta i comuni universo sono stati suddivisi in due sottoinsiemi: i comuni di maggiore dimensione demografica costituiscono strato a sé stante e vengono definiti Auto Rappresentativi (AR); i rimanenti comuni sono definiti Non Auto Rappresentativi (NAR) e sono suddivisi, sulla base della dimensione demografica, in strati di uguale ampiezza; da tali strati i comuni campione (due per ogni strato) sono stati selezionati con probabilità proporzionali alla loro dimensione.

Le unità di secondo stadio sono le famiglie, estratte con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche per i comuni campione con meno di 1.000 abitanti e dalla lista delle famiglie selezionate per il Censimento della popolazione del 2018 per i comuni campione con 1.000 abitanti e oltre, in modo da costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione residente. Per ogni famiglia inclusa nel campione vengono rilevate le caratteristiche oggetto di indagine di tutti i componenti appartenenti alla famiglia di fatto. Il campione finale teorico adottato per l'indagine europea EHIS 2019 comprende, quindi, 837 comuni e 30.142 famiglie (Tabella 2).

² L'Area Vasta è stata costruita come aggregazioni di ASL all'interno di ciascuna Regione, ad eccezione di alcune Regioni, che nel tempo hanno concentrato tutti i distretti sanitari delle singole ASL in una sola ASL (Marche, Molise e Sardegna). A livello nazionale sono state individuate 67 aree vaste.

³ Per approfondimenti sugli aspetti metodologici dell'indagine si veda la "Nota Metodologica" disponibile alla pagina <https://www.istat.it/it/archivio/167485>.

Tabella 2. Distribuzione regionale di comuni, famiglie e individui nell'universo e nel campione - EHIS Italia 2019

Regioni	Comuni			Famiglie			Individui	
	U	CS	CE	U (a)	CS	CE	U (a)	CE
Piemonte	1.197	61	60	2.019.357	2.475	1.722	4.312.064	3.678
Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste	74	22	22	59.027	798	621	124.575	1.338
Liguria	234	27	27	764.819	1.458	1.095	1.535.091	2.245
Lombardia	1.516	86	86	4.335.560	3.088	2.182	9.995.199	4.973
Trentino-Alto Adige	292	48	48	444.127	1.691	1.233	1.059.996	2.852
Bolzano - Bozen	116	24	24	209.708	844	581	524.308	1.344
Trento	176	24	24	234.420	847	652	535.688	1.508
Veneto	574	55	55	2.047.541	1.652	1.332	4.866.504	3.128
Friuli Venezia Giulia	217	31	31	538.803	1.089	846	1.205.068	1.815
Emilia-Romagna	331	48	48	1.959.349	1.697	1.330	4.426.195	2.912
Toscana	274	53	53	1.625.724	1.922	1.473	3.704.651	3.358
Umbria	92	22	21	370.966	841	580	874.547	1.321
Marche	229	35	35	631.523	1.141	903	1.516.308	2.201
Lazio	378	33	33	2.566.713	2.304	1.434	5.836.692	3.142
Abruzzo	305	35	35	536.496	1.100	819	1.306.975	1.885
Molise	136	20	20	122.517	661	535	302.640	1.261
Campania	550	55	55	2.136.736	1.683	1.403	5.774.695	3.787
Puglia	258	47	47	1.599.910	1.436	1.228	4.013.977	2.947
Basilicata	131	25	25	228.354	737	620	559.321	1.419
Calabria	405	41	41	776.114	1.236	1.029	1.937.913	2.486
Sicilia	390	53	53	2.015.104	1.870	1.454	4.970.108	3.515
Sardegna	377	40	40	707.147	1.263	957	1.632.299	2.179
Italia	7.960	837	835	25.485.888	30.142	22.796	59.954.817	52.442

U: Universo; CS: Campione Selezionato; CE: Campione Effettivo

(a) Stima da indagine europea sulla salute (EHIS 2019).

Calcolo delle stime

Le stime prodotte dall'indagine sono essenzialmente stime di frequenze assolute e relative, riferite alle famiglie e agli individui. Le stime sono ottenute mediante uno stimatore di ponderazione vincolata, che è il metodo di stima adottato per la maggior parte delle indagini ISTAT sulle imprese e sulle famiglie.

Il principio su cui è basato ogni metodo di stima campionaria è che le unità appartenenti al campione rappresentino anche le unità della popolazione che non sono incluse nel campione. Questo principio viene realizzato attribuendo a ogni unità campionaria un peso (coefficiente di riporto all'universo) che indica il numero di unità della popolazione rappresentata dall'unità medesima. Il peso da attribuire alle unità campionarie è ottenuto per mezzo di una procedura complessa, che corregge l'effetto distorsivo della mancata risposta totale dovuta all'impossibilità di intervistare alcune delle famiglie selezionate per irreperibilità o per rifiuto all'intervista, e tiene conto della conoscenza di totali noti di importanti variabili ausiliarie (disponibili da fonti esterne all'indagine). Pertanto, le stime campionarie dei totali noti delle variabili ausiliarie devono coincidere con i valori noti degli stessi.

Livello di precisione delle stime e presentazione sintetica degli errori campionari

Le principali statistiche di interesse per valutare la variabilità campionaria delle stime prodotte da un'indagine sono l'errore di campionamento assoluto e l'errore di campionamento relativo.

Indicando con $\hat{Var}(\hat{Y}_d)$ la stima della varianza della generica stima $\hat{Y}_d$, la stima dell'errore di campionamento assoluto di $\hat{Y}_d$ si può ottenere mediante la seguente espressione:

$$\hat{\sigma}(\hat{Y}_d) = \sqrt{\hat{Var}(\hat{Y}_d)} \quad (A)$$

e la stima dell'errore di campionamento relativo di $\hat{Y}_d$ è invece definita dall'espressione:

$$\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d) = \frac{\hat{\sigma}(\hat{Y}_d)}{\hat{Y}_d} \quad (B)$$

Ad ogni stima $\hat{Y}_d$ corrisponde un errore di campionamento relativo $\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d)$; ciò significa che per consentire una lettura corretta delle tabelle pubblicate sarebbe necessario presentare per ogni stima pubblicata il corrispondente errore di campionamento relativo. Ciò, tuttavia, non è possibile sia per limiti di tempo e di costi di elaborazione, sia perché le tavole della pubblicazione risulterebbero appesantite e di non facile consultazione per l'utente finale. Inoltre, non sarebbero comunque disponibili gli errori delle stime non pubblicate, che l'utente può ricavare in modo autonomo.

Per le ragioni sopra esposte, si ricorre frequentemente a una presentazione sintetica degli errori relativi, basata sul *metodo dei modelli regressivi*. Questo metodo si basa sulla determinazione di una funzione matematica che mette in relazione ciascuna stima con il proprio errore relativo.

Nella presente indagine, il modello utilizzato per le stime di frequenze assolute e relative è del tipo seguente:

$$\log(\hat{\varepsilon}^2(\hat{Y}_d)) = a + b \log(\hat{Y}_d) \quad (C)$$

dove i parametri a e b vengono stimati utilizzando il metodo dei minimi quadrati.

Nella Tabella 3 sono riportati i valori dei coefficienti a e b e dell'indice di determinazione R^2 del modello utilizzato per l'interpolazione degli errori campionari di stime di frequenze assolute e relative, per totale Italia, ripartizione geografica e Regione.

Sulla base delle informazioni contenute in tale prospetto, è possibile calcolare la stima dell'errore di campionamento relativo di una determinata stima di frequenza assoluta $\hat{Y}_d$ mediante la formula:

$$\hat{\varepsilon}(\hat{Y}_d) = \sqrt{\exp(a + b \log(\hat{Y}_d))} \quad (D)$$

che si ricava facilmente dalla (C).

Se, per esempio, la stima $\hat{Y}_d$ si riferisce agli individui dell'Italia Nord-occidentale, l'errore relativo corrispondente si ottiene introducendo nella (D) i valori dei parametri a e b riportati nella prima riga della Tabella 3.

Le Tabelle 4a e 4b, presentate in aggiunta con riferimento agli individui, consentono di rendere più agevole il calcolo degli errori campionari. Esse contengono gli errori di campionamento relativo, per ciascun dominio territoriale di interesse, calcolati mediante la formula (D), corrispondenti alle stime di frequenze assolute. Le informazioni contenute permettono di calcolare l'errore relativo di una generica stima di frequenza assoluta (o relativa) mediante due procedimenti che risultano di facile applicazione, anche se conducono a risultati meno precisi di quelli ottenibili mediante l'espressione (D). Il primo metodo consiste nell'individuare il livello di stima (riportato in colonna) che più si avvicina alla stima di interesse e nel considerare come errore relativo il valore che si trova sulla riga corrispondente al dominio territoriale di riferimento.

A partire dagli errori assoluti e relativi è possibile costruire gli intervalli di confidenza che, con un prefissato livello di fiducia, contengono al loro interno il valore “vero”, ma ignoto, del parametro oggetto di stima. L’intervallo di confidenza (calcolato aggiungendo e sottraendo alla stima puntuale il suo errore campionario assoluto, moltiplicato per un coefficiente che dipende dal livello di fiducia fissato) ci consente di affermare che il valore “vero” che si vuole stimare con il campione è compreso tra il limite inferiore e il limite superiore dell’intervallo così calcolato, con una probabilità pari al 95% (livello utilizzato comunemente, oltre al 90% o 99%). Più stretto è tale intervallo, più la stima campionaria puntuale si avvicina al valore “vero”, con un margine di errore pari al restante 5%.

Tabella 3. Valori dei coefficienti a, b e dell'indice di determinazione R^2 (%) delle funzioni utilizzate per le interpolazioni degli errori campionari delle stime a livello nazionale, per ripartizione geografica e Regione - EHIS Italia 2019

Territorio	a	b	R^2 (%)
Italia	8,268	-1,072	98,1
Nord-Ovest	8,290	-1,076	97,9
Nord-Est	8,492	-1,109	97,3
Centro	7,995	-1,061	97,3
Sud	7,275	-1,006	97,4
Isole	7,466	-1,024	96,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	5,22	-1,09	95,5
Lombardia	8,51	-1,08	97,8
Trentino-Alto Adige			
Bolzano- Bozen	5,98	-1,01	95,7
Trento	6,01	-1,02	95,1
Veneto	8,46	-1,11	97,7
Friuli Venezia Giulia	6,96	-1,05	96,7
Liguria	7,06	-1,05	96,8
Emilia-Romagna	8,36	-1,09	96,6
Toscana	7,51	-1,04	97,4
Umbria	7,03	-1,06	95,2
Marche	6,65	-1,00	96,0
Lazio	8,20	-1,06	96,9
Abruzzo	7,30	-1,07	96,1
Molise	5,42	-0,98	93,8
Campania	7,22	-0,98	96,6
Puglia	7,40	-1,02	97,2
Basilicata	6,53	-1,06	96,3
Calabria	6,72	-0,99	96,7
Sicilia	7,72	-1,03	96,5
Sardegna	6,88	-1,02	97,1

Tabella 4a. Valori interpolati degli errori campionari delle stime per ripartizione geografica - EHIS Italia 2019

Territorio	Valori della stima – frequenza assoluta									
	25000	50000	75000	100000	250000	500000	750000	1000000	2500000	5000000
Italia	27,4	18,9	15,2	13,0	8,0	5,5	4,4	3,8	2,3	1,6
Nord-Ovest	27,2	18,7	15,1	12,9	7,9	5,4	4,4	3,7	2,3	1,6
Nord-Est	25,5	17,3	13,8	11,8	7,1	4,8	3,9	3,3	2,0	1,4
Centro	25,3	17,5	14,1	12,1	7,5	5,2	4,2	3,6	2,2	1,5
Sud	23,3	16,4	13,4	11,6	7,3	5,2	4,2	3,6	2,3	1,6
Isole	23,5	16,4	13,4	11,5	7,2	5,1	4,1	3,6	2,2	1,6

Tabella 4b. Valori interpolati degli errori campionari delle stime per Regione - EHIS Italia 2019

Regione	Valori della stima – frequenza assoluta									
	10000	25000	50000	75000	100000	250000	500000	750000	1000000	2500000
Piemonte	37,1	22,6	15,5	12,4	10,6	6,5	4,4	3,6	3,1	1,9
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	8,8	5,3	3,7	2,9	2,5	1,5	1,0	0,8	0,7	0,4
Lombardia	48,7	29,7	20,4	16,4	14,0	8,6	5,9	4,7	4,0	2,5
Trentino-Alto Adige										
Bolzano - Bozen	19,3	12,2	8,6	7,0	6,1	3,8	2,7	2,2	1,9	1,2
Trento	18,3	11,4	8,0	6,5	5,6	3,5	2,5	2,0	1,7	1,1
Veneto	41,9	25,3	17,2	13,7	11,7	7,1	4,8	3,8	3,3	2,0
Friuli Venezia Giulia	25,4	15,7	10,9	8,8	7,6	4,7	3,2	2,6	2,3	1,4
Liguria	27,2	16,8	11,7	9,5	8,1	5,0	3,5	2,8	2,4	1,5
Emilia-Romagna	42,7	25,9	17,7	14,2	12,1	7,4	5,0	4,0	3,5	2,1
Toscana	34,9	21,6	15,1	12,2	10,5	6,5	4,5	3,7	3,2	2,0
Umbria	25,5	15,7	10,9	8,8	7,5	4,6	3,2	2,6	2,2	1,4
Marche	27,3	17,3	12,2	9,9	8,6	5,4	3,8	3,1	2,7	1,7
Lazio	46,1	28,4	19,7	15,9	13,6	8,4	5,8	4,7	4,0	2,5
Abruzzo	27,9	17,1	11,8	9,5	8,1	5,0	3,4	2,8	2,4	1,5
Molise	16,7	10,7	7,6	6,2	5,4	3,5	2,5	2,0	1,8	1,1
Campania	41,2	26,3	18,8	15,4	13,4	8,6	6,1	5,0	4,3	2,8
Puglia	37,7	23,7	16,7	13,6	11,7	7,4	5,2	4,2	3,7	2,3
Basilicata	20,0	12,3	8,6	6,9	5,9	3,7	2,5	2,0	1,8	1,1
Calabria	30,3	19,2	13,7	11,2	9,7	6,2	4,4	3,6	3,1	2,0
Sicilia	40,9	25,5	17,8	14,5	12,5	7,8	5,4	4,4	3,8	2,4
Sardegna	28,2	17,7	12,4	10,1	8,7	5,5	3,8	3,1	2,7	1,7

Rilevazione 2019

In Italia, l'indagine EHIS (*wave 3*) è stata condotta dall'ISTAT nel 2019, suddividendo il campione di famiglie in due periodi di rilevazione: il primo da aprile a giugno e il secondo da settembre a dicembre (anche per ottemperare al Regolamento europeo che richiede almeno un mese autunnale nel periodo di rilevazione).

Per la gran parte dei quesiti le interviste sono state condotte secondo la tecnica *Paper And Pencil Interview* (PAPI) (2), tecnica di rilevazione che prevede l'utilizzo delle interviste faccia-a-faccia da parte di un rilevatore, selezionato dai comuni del campione. Nell'intervista diretta è stato somministrato un questionario familiare e tante schede individuali quanti sono i membri della famiglia. Per un'altra parte di quesiti, più esigua, è stata prevista l'auto-compilazione del questionario, tra questi quesiti vi è anche il modulo sul dolore cronico.

Per prendere visione della varietà di informazioni e della formulazione degli specifici quesiti contenuti nei questionari, si suggerisce di consultare la pagina dedicata all'indagine sul sito internet dell'ISTAT (3). La maggior parte delle sezioni dei modelli di rilevazione fa riferimento alla popolazione di 15 anni e oltre, come richiesto dal Regolamento europeo, fanno eccezione le prime sezioni del questionario per intervista, dove si raccolgono informazioni anche sui minori di 15 anni, per soddisfare bisogni informativi nazionali, rilasciate su base volontaria da un genitore o un adulto di riferimento della famiglia. Il campione realizzato è di circa 22.800 famiglie residenti in 835 comuni di diversa ampiezza demografica, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Il tasso di risposta, al netto delle famiglie non eleggibili (927 famiglie; quelle, ad esempio, che si sono trasferite in un'altra città) è stato del 78%.

Formazione degli intervistatori e sistema di monitoraggio dell'indagine

Gli intervistatori per l'indagine sono stati appositamente reclutati dagli Uffici di Statistica dei Comuni del campione in base a requisiti forniti dall'ISTAT. Generalmente, vengono selezionate persone preparate e capaci di instaurare con le famiglie rapporti di fiducia, requisiti essenziali per garantire la collaborazione degli intervistati. In molti casi sono professionisti che hanno già svolto altre indagini dell'ISTAT, mentre vengono esclusi quei rilevatori rispetto ai quali siano state riscontrate irregolarità in precedenti esperienze.

Tra gli elementi da considerare in fase di selezione, vi è la disponibilità agli spostamenti per raggiungere i domicili delle famiglie da intervistare, le capacità comunicative e la disponibilità alla collaborazione. La buona riuscita della fase di rilevazione dei dati dipende in parte dalla fase di selezione degli intervistatori, ma anche dagli interventi formativi che sono stati realizzati prima dell'avvio della rilevazione sul campo.

Il percorso formativo è avvenuto in due fasi: il personale del Servizio RDA - Formazione reti di rilevazione dell'ISTAT, responsabile dell'indagine, ha formato i colleghi degli uffici territoriali dell'ISTAT che hanno una lunga esperienza nella realizzazione di indagini campionarie e nel coordinamento delle attività degli intervistatori; successivamente questo personale ha formato sia i referenti dei Comuni del campione, sia gli intervistatori. La formazione, in entrambi i casi, si è svolta in aula, in presenza, con l'utilizzo di diapositive sui contenuti informativi dei questionari, le linee guida, i vincoli normativi, il processo di rilevazione sul campo e il monitoraggio della rilevazione. Le linee guida contengono indicazioni e spiegazioni su come contattare la famiglia per le interviste, come comportarsi per garantire la collaborazione e la partecipazione all'indagine dei membri della famiglia, come condurre l'intervista, le regole da rispettare per le risposte in *proxy* e gli aspetti legati alla *privacy* e alla tutela dei dati personali. Inoltre, vengono fornite informazioni dettagliate per ogni variabile del questionario.

Il monitoraggio dell'andamento della rilevazione sul campo è stato effettuato mediante un'applicazione web cui si poteva accedere con apposite credenziali. L'accesso era consentito ai referenti comunali, al personale degli uffici territoriali dell'ISTAT e al personale del Servizio RDA - Formazione reti di rilevazione dell'ISTAT, per controllare quotidianamente l'andamento della rilevazione. Gli intervistatori dovevano quotidianamente inserire i dati relativi ai contatti e alle interviste (numero di contatti, esito provvisorio o finale dell'intervista, durata, data e ora dell'intervista; mancata risposta e motivo della mancata risposta; difficoltà nei contatti; ecc.). Per monitorare le *performance* degli intervistatori, i supervisori (referenti comunali, personale degli uffici territoriali dell'ISTAT e personale del Servizio dell'ISTAT) hanno analizzato gli indicatori di qualità per intervenire tempestivamente in caso di situazioni critiche.

Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico

L'indagine EHIS, come illustrato all'inizio di questo contributo, rileva una molteplicità di temi legati alla salute. Il principale valore aggiunto di questo tipo di indagini è di poter, da un lato, interpretare i risultati secondo le caratteristiche individuali e familiari della popolazione *target* e, dall'altro, di poter mettere in relazione i diversi aspetti indagati (es. studiare le condizioni di salute in relazione ai fattori di rischio o interpretare i comportamenti in funzione delle condizioni di salute). Tuttavia, alcuni argomenti sono rilevati mediante una batteria di quesiti che risulta complesso considerare singolarmente e, pertanto, possono essere utilizzati per il calcolo di indicatori sintetici. Tali indicatori rendono più fruibile la descrizione e l'interpretazione dei dati e si prestano ad essere utilizzati per studiare singoli fenomeni in relazione a diversi aspetti della salute e dei determinanti di salute.

Una parte degli indicatori sintetici sono stati condivisi a livello europeo e definiti da Eurostat (Ufficio statistico dell'Unione europea inserito nella Commissione europea) in collaborazione con i Paesi della UE. Per ogni indicatore è stata predisposta una scheda che riporta la definizione, la popolazione di riferimento, la rilevanza nel contesto europeo, il metodo di calcolo, le variabili di stratificazione ed eventuali annotazioni.

Altri indicatori sono calcolati dall'ISTAT con criteri già utilizzati in precedenti edizioni dell'indagine.

Si riportano di seguito i principali indicatori sintetici, riferiti alle condizioni di salute e ai determinanti di salute, di interesse per l'analisi dei dati relativi al dolore cronico:

- *Multimorbilità - Tre o più malattie croniche autoriferite*
Individua le persone che soffrono di tre o più malattie croniche, tra le 22 malattie croniche rilevate nel questionario: asma; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; infarto del miocardio o conseguenze croniche dell'infarto del miocardio; malattia coronaria o angina pectoris; ipertensione; altre malattie del cuore; ictus o conseguenze croniche dell'ictus; artrosi; patologia lombare o altra affezione cronica a carico della schiena; patologia cervicale o altra affezione cronica del collo; diabete; allergia; cirrosi epatica; incontinenza urinaria, problemi di controllo della vescica; problemi renali; insufficienza renale cronica; depressione; ansietà cronica grave; tumore maligno; Alzheimer, demenze senili; parkinsonismo; altra malattia cronica. Poiché l'indicatore risente del numero di patologie rilevate non è confrontabile con le stime pubblicate in occasione di altre indagini sulla salute.
- *Almeno una malattia cronica grave autoriferita*
Individua le persone che soffrono di almeno una malattia cronica grave. Si definiscono gravi le seguenti malattie: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; bronchite cronica, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno; parkinsonismo; Alzheimer; insufficienza renale cronica.
- *Difficoltà nelle attività di cura personali*
L'indicatore "difficoltà nelle attività di cura della persona" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (*Activities of Daily Living*, ADL), quali: mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione.
- *Necessità di aiuto nelle attività di cura personali*
Bisogno di aiuto espresso dalle persone che hanno dichiarato difficoltà nelle attività di cura personali (ADL). L'aiuto da persone o il supporto da ausili viene giudicato: non necessario, sufficiente, oppure non sufficiente (ossia mancanza di aiuto) nel caso in cui chi già ne riceve avrebbe bisogno di ulteriore aiuto o nel caso in cui non ne riceve affatto.
- *Difficoltà nelle attività della vita domestica*
Riferito solo alle persone di 65 anni e più. L'indicatore "difficoltà nelle attività domestiche" deriva dalla scala utilizzata per misurare il grado di autosufficienza nelle attività strumentali (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADL), ovvero quelle attività necessarie per vivere in modo autonomo, quali: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche. L'indicatore esclude i casi di persone che non svolgono tali attività perché non hanno necessità di farlo.

– *Necessità di aiuto nelle attività della vita domestica*

Bisogno di aiuto espresso dalle persone che hanno dichiarato difficoltà nelle attività della vita domestica (IADL). Tale aiuto (riferito a persone o anche ausili) viene giudicato: non necessario, sufficiente, oppure non sufficiente (ossia mancanza di aiuto) nel caso in cui chi già ne riceve avrebbe bisogno di ulteriore aiuto o nel caso in cui non ne riceve affatto.

– *Sintomatologia depressiva*

Si utilizza un questionario per lo screening della depressione composto da otto quesiti⁴ (*Patient Health Questionnaire 8 items*, PHQ-8) che indagano la severità della sintomatologia depressiva (4). Si tratta di uno strumento psicometrico che tende a ricalcare i criteri condivisi in ambito internazionale per la diagnosi dei disturbi depressivi (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*, DSM-IV) (5).

In base alla presenza di una serie di sintomi, tra cui l'umore depresso e/o la perdita di interesse o piacere, nonché alla loro frequenza nelle ultime due settimane, viene calcolato un punteggio totale che indica la severità della sintomatologia depressiva. In questo lavoro è stato scelto di utilizzare un indice di gravità a 5 livelli (8-12: nessun sintomo; 13-17: sintomi lievi; 18-22: sintomi moderati; 23-27: sintomi moderati-severi; 28-32: sintomi severi) o il *cut-off* di 10 (che nel presente lavoro corrisponde al valore "18")⁵, che indica la presenza di una sintomatologia depressiva moderata e che è riconosciuto, a livello internazionale, come il *cut-off* con i migliori livelli di sensibilità e specificità, anche in pazienti con dolore cronico (6).

– *Indice di salute mentale*

L'indice di salute mentale (MH), con valori che variano tra 0 e 100, deriva dal questionario SF-36⁶ (*36-Item Short Form Health Survey*) (7) e sintetizza la sofferenza psicologica nelle 4 settimane precedenti l'intervista, con riferimento ad aspetti negativi e positivi, collegati alla salute mentale, quali agitazione, umore depresso, tristezza e abbattimento, calma e serenità, felicità. Valori molto bassi indicano sensazioni di nervosismo e depressione, mentre valori molto alti indicano sensazioni di pace, felicità e calma.

– *Indice di vitalità*

L'indice di vitalità, con valori che variano tra 0 e 100, deriva da quattro items del questionario SF-36 e misura il livello di energia e affaticamento nelle 4 settimane precedenti l'intervista. Valori molto bassi indicano sensazione di stanchezza e spossatezza; valori molto alti indicano sensazioni di energia, vivacità e brillantezza.

⁴ Lo strumento PHQ nella sua versione originale si compone di nove quesiti. L'ISTAT, anche tenuto conto del questionario armonizzato a livello europeo, ha deciso di includere nell'indagine EHIS otto quesiti, escludendo l'ultimo relativo alle intenzioni suicide. Si è ritenuto, infatti, che l'introduzione di un quesito molto sensibile nel questionario per intervista in un'indagine di popolazione avrebbe potuto restituire un numero elevato di mancate risposte o di risposte non veritiere, inficiando in molti casi l'utilizzo dell'intero strumento.

⁵ Il *cut-off* di "10" corrisponde al *cut-off* di "18" in quanto, nella EHIS, la scala di risposte del PHQ-8 è associata a valori che vanno da 1 a 4, mentre nel questionario originale è associata a valori da 0 a 3.

⁶ Il questionario SF-36 è composto da 36 *items* raggruppabili in otto dimensioni: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. I valori medi degli indici sintetici si prestano a confronti per sottogruppi di popolazione e sono da leggere in termini di differenze relative. Al crescere del valor medio degli indici corrispondono migliori condizioni di salute psicofisica.

Modulo sul dolore cronico: costruzione e validazione

Il fenomeno del dolore cronico in Italia è stato indagato per la prima volta nell'indagine EHIS 2019 mediante un modulo breve, inserito nel questionario per auto-compilazione destinato alle persone di 15 anni e più.

Il modulo breve sul dolore cronico è stato progettato e validato dall'ISS in collaborazione con l'ISTAT e l'Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche (Fondazione ISAL), previa una approfondita analisi della letteratura internazionale per verificare l'esistenza di un questionario snello che fosse adatto ad uno studio di prevalenza del dolore cronico in popolazione generale e capace di rilevare alcune dimensioni ritenute interessanti da una prospettiva di salute pubblica (es. la percezione dell'efficacia dei trattamenti e loro modalità di assunzione).

L'analisi della letteratura non ha restituito un questionario con tali caratteristiche (8) e il processo di costruzione e validazione del nuovo modulo è stato oggetto di una pubblicazione internazionale da parte del gruppo di ricerca interistituzionale ISS-ISTAT-Fondazione ISAL (9).

In sintesi, il modulo, denominato per la sua presentazione a livello internazionale come “Brief five-item chronic pain questionnaire”, è stato sviluppato attraverso varie fasi, descritte sinteticamente nella Figura 1 (9).

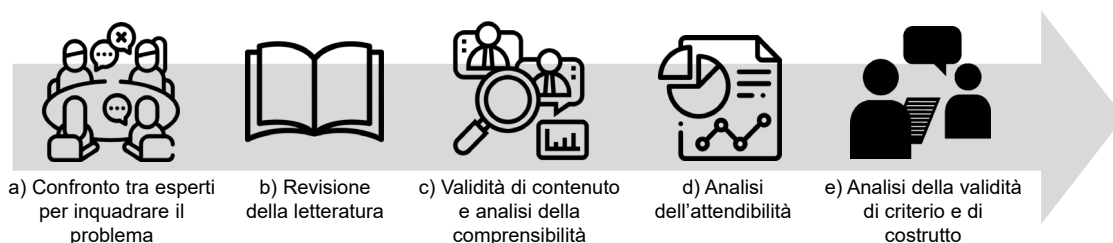


Figura 1. Fasi per la costruzione e la validazione del “Brief five-item chronic pain questionnaire” (modulo breve sul dolore cronico) somministrato nella EHIS Italia 2019

In particolare, una serie di consultazioni nel gruppo di lavoro multidisciplinare istituito *ad hoc* – comprendente clinici e psicologi del dolore cronico, epidemiologi, sociologi, statistici e matematici – ha permesso di valutarne la validità di “contenuto” (*content validity*).

Ancor prima, il gruppo di lavoro ha identificato sia quali dimensioni fosse necessario indagare per rilevare aspetti chiave del dolore cronico da un punto di vista di salute pubblica, sia il numero di item necessario per ogni dimensione, tenuto conto delle restrizioni imposte dai parametri della EHIS 2019.

È stata, quindi, progettata una misura breve, per favorire sia la qualità della rilevazione, sia il tasso di risposta, riducendo il più possibile il *burden* per gli intervistati (10-12).

Per la valutazione della sua “comprensibilità” (*understandability*) è stato condotto uno studio pilota con il nuovo strumento somministrato a un campione di convenienza di soggetti affetti e non affetti da dolore cronico; per la valutazione della sua “affidabilità” (*reliability*), è stata condotta un'indagine online in due fasi, su un campione di gemelli adulti (non selezionati per presenza di dolore cronico), arruolati nel Registro Nazionale Gemelli dell'ISS (13). Infatti, la popolazione gemellare non si differenzia dalla popolazione generale e per molti fenotipi, soprattutto di tipo psicosociale, la generalizzabilità dei risultati è stata ampiamente dimostrata (14-16).

Per la validazione di “criterio” e di “costrutto” (*criterion and construct validity*) dello strumento, è stata usata la stessa rilevazione EHIS 2019, con il suo campione rappresentativo della popolazione italiana. In particolare, per verificare la validità di costrutto, sono state

individuare una serie di ipotesi sulla correlazione tra dolore cronico e fattori socio-demografici (es. età, livello di istruzione) e alcune comorbidità (es. cancro, depressione), ipotesi per le quali la presenza o l'assenza di correlazione fossero presenti in letteratura. Sono stati eseguiti test del chi-quadro per l'associazione del dolore cronico con la depressione e il cancro, nonché con età e livello di istruzione. Poiché i dati auto-riferiti sulle malattie possono essere talvolta sovrastimati o sottostimati, l'analisi di associazione del dolore cronico con la depressione e il cancro è stata effettuata considerando solo gli individui che hanno riferito che queste patologie sono state diagnosticate da un medico.

La comprensibilità del modulo è risultata buona. Le analisi di *Test-retest* hanno mostrato una adeguata affidabilità dello strumento (con valori di K almeno “moderati” e valori superiori per le dimensioni “presenza del dolore cronico” e “intensità del dolore cronico”). Le correlazioni tra presenza del dolore cronico e comorbidità note, presenza del dolore cronico e variabili socio-demografiche, “efficacia percepita dei trattamenti” e “interferenza del dolore nelle attività della vita quotidiana” (variabile rilevata EHIS) hanno confermato una buona validità di costrutto, mentre le correlazioni osservate tra gradi di intensità del dolore cronico e “dolore e sua intensità nelle ultime 4 settimane” (ulteriore variabile rilevata dalla EHIS, tratta dalla SF-36) hanno confermato una buona validità di criterio. Per approfondimenti sul processo e i risultati della validazione si rimanda alla pubblicazione di Toccaceli *et al.* (9).

Dimensioni investigate con il modulo sul dolore cronico

Il modulo breve sul dolore cronico, nella sua versione finale (Figura 2), esplora le seguenti dimensioni: (i) presenza del dolore cronico sulla base della persistenza e della durata temporale (domanda 4.1); (ii) intensità del dolore cronico descritta con una scala verbale a cinque livelli (domanda 4.2); (iii) eventi scatenanti (intervento chirurgico, trauma, tumore, malattia diagnosticata, malattia ancora non diagnosticata) il dolore cronico (domanda 4.3); (iv) uso di farmaci o altri trattamenti e relativa frequenza di assunzione (domanda 4.4); (v) autopercezione dell'efficacia di questi farmaci/trattamenti (domanda 4.5).

OCCORRENZA

4.1 Lei soffre da almeno 3 mesi di un dolore fisico persistente, in una o più parti del corpo?
 SÌ.....1 ☐
 NO.....2 ☐ → andare a sezione 5

INTENSITÀ

4.2 Quanto è intenso questo dolore fisico persistente?
 Molto lieve.....1 ☐
 Lieve.....2 ☐
 Moderato.....3 ☐
 Forte.....4 ☐
 Molto forte.....5 ☐

POSSIBILI CAUSE

4.3 Lei ritiene che questo dolore fisico persistente sia iniziato dopo:
 (una sola risposta, indicare la causa prevalente)
 Un intervento chirurgico.....1 ☐
 Un trauma (da incidente stradale, domestico, sul lavoro o nel tempo libero).....2 ☐
 Un tumore.....3 ☐
 Una malattia (inclusi reumatismi, artriti, artrosi, infezioni, ecc.) diagnosticata da un medico.....4 ☐
 Una malattia non ben definita che non ha ancora ricevuto una diagnosi.....5 ☐

EFFICACIA

4.5 Lei ritiene che questi trattamenti...
 Le permettano di tornare a star bene.....1 ☐
 Le tolgano solo una parte del suo dolore.....2 ☐
 Non abbiano alcun successo.....3 ☐

TRATTAMENTI E TERAPIE

4.4 A causa di questo dolore fisico persistente, Lei ha assunto/assume farmaci o ha effettuato/effettua terapie mediche, fisiatriche, riabilitative, ecc.?
 SÌ, con continuità.....1 ☐
 SÌ, a cicli.....2 ☐
 SÌ, al bisogno.....3 ☐
 NO.....4 ☐

Figura 2. Modulo sul dolore cronico somministrato nella EHIS Italia 2019

Analisi dei dati

I quesiti relativi al dolore cronico sono stati inseriti nel questionario per auto-compilazione rivolto alle persone di 15 anni e più. Tuttavia, le analisi presentate in questa pubblicazione si riferiscono alla popolazione adulta (persone di 18 anni e più). Il numero di rispondenti di 18 anni e più al modulo sul dolore cronico è stato di 38.775 individui, su un numero complessivo di soggetti intervistati pari a 44.492. Pertanto, il tasso di risposta è dell'87%. Un'analisi delle caratteristiche dei rispondenti e dei non rispondenti ha evidenziato che non si evincono distorsioni tali da inficiare i risultati al netto delle mancate risposte. In relazione all'età, le distribuzioni percentuali dei rispondenti e dei non rispondenti sono molto simili nelle femmine, mentre nei maschi le mancate risposte sono più frequenti tra i giovanissimi, per i quali il fenomeno è però più raro (Figura 3).

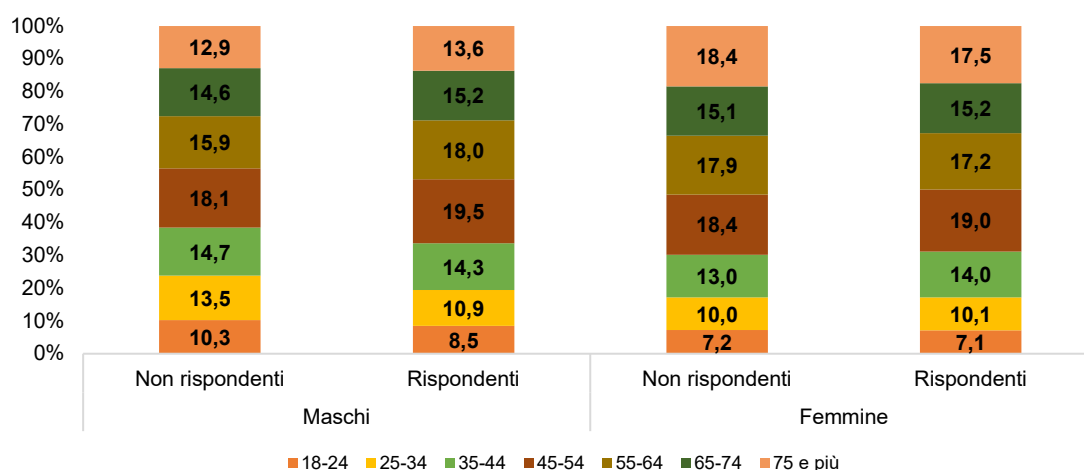


Figura 3. Rispondenti e non (%) per classi di età e sesso - EHIS Italia 2019

Considerando anche il titolo di studio, per le femmine si conferma una sostanziale sovrapposibilità delle distribuzioni percentuali dei rispondenti e dei non rispondenti, mentre nei maschi si osserva tra i non rispondenti una quota maggiore di individui di 25-44 anni rispetto ai rispondenti, in particolare in corrispondenza delle persone con basso titolo di studio (Figura 4).

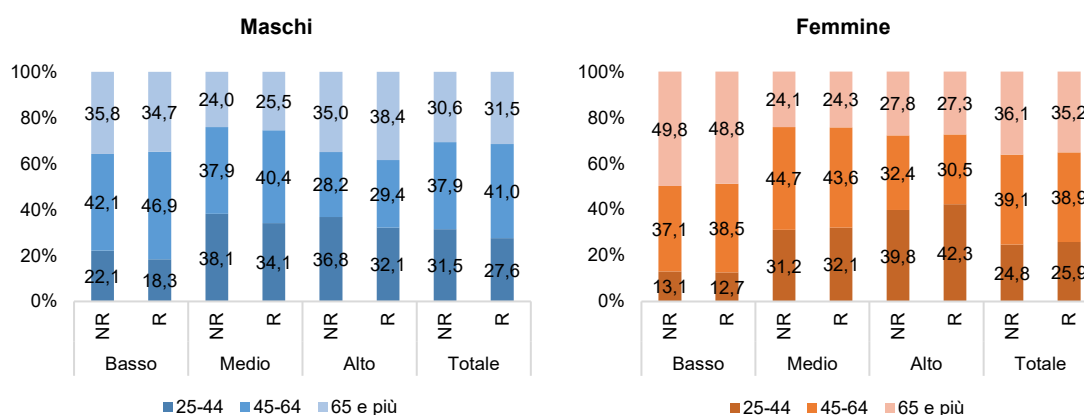


Figura 4. Rispondenti (R) e non rispondenti (NR) (%) per classi di età, sesso e titolo di studio (Basso, Medio, Alto) - EHIS Italia 2019

Nella Tabella 5 si riporta la distribuzione dei rispondenti per presenza di dolore cronico per sesso e classi di età (dati campionari non pesati).

Tabella 5. Popolazione adulta per presenza di dolore cronico, per sesso e classe di età. Dato campionario* - EHIS Italia 2019

Età (in anni)	Maschi			Femmine			Totale		
	Si	No	Totale	Si	No	Totale	Si	No	Totale
18-34	263	3.300	3.563	95	1.348	1.443	176	2.829	3.005
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	6.061	14.366	20.427	9.950	28.825	38.775

*escluse le mancate risposte di sezione.

Analisi descrittiva dei quesiti del modulo sul dolore cronico

Nel capitolo 2 del presente rapporto verranno illustrati i principali risultati emersi dall'indagine sul dolore cronico mediante analisi descrittive dei singoli quesiti del modulo.

Tutte le analisi sono declinate per età, in considerazione del fatto che il dolore cronico presenta prevalenze molto diverse nelle varie fasi della vita, e per sesso, essendo un fenomeno con caratteristiche demografiche molto variabili. Un accenno viene fatto anche alle disuguaglianze del dolore cronico in relazione allo status socioeconomico (rappresentato mediante il titolo di studio e i quinti di reddito⁷) e all'area geografica di residenza.

Nel capitolo 2 verranno descritte anche le relazioni tra le diverse dimensioni del dolore cronico indagate dal modulo, come i possibili eventi che ne hanno preceduto l'instaurarsi rispetto all'intensità, nonché l'intensità del dolore cronico rispetto al ricorso e alla cadenza dei trattamenti o terapie effettuati. Per quanto riguarda i possibili eventi scatenanti, si presenta un focus sulle malattie non diagnosticate ("una malattia non ben definita che non ha ancora ricevuto una diagnosi"), con analisi declinate per età, sesso e ricorso a trattamenti, che illustra quali gruppi di popolazione più frequentemente soffrono di dolore cronico e non hanno ancora ricevuto una diagnosi.

Poiché il dolore cronico da cancro ha connotazioni diverse rispetto al dolore cronico scatenato da altri eventi, si è scelto di presentare alcune descrittive al netto della quota di dolore cronico oncologico. Per il dolore cronico iniziato dopo un tumore, si è quindi analizzata esclusivamente la prevalenza e l'intensità riferita. Le successive analisi dell'efficacia dei trattamenti e la relazione tra efficacia e frequenza dei trattamenti viene presentata sul sottogruppo di persone che soffrono di dolore cronico originato da eventi diversi dai tumori, ovvero dolore cronico non-oncologico.

⁷ Per individuare i gruppi di popolazione economicamente più svantaggiati, il collettivo dei rispondenti all'indagine è stato diviso in 5 gruppi di uguale numerosità (ognuno composto dal 20% del collettivo di riferimento) ordinati per livelli crescenti di reddito mensile equivalente. Per reddito equivalente si intende il reddito calcolato dividendo il reddito netto familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza "OCSE modificata", utilizzata anche a livello europeo) che consente di confrontare i livelli di reddito di famiglie diversamente composte e attribuisce a tutti i membri di una stessa famiglia lo stesso reddito (individuale) equivalente netto, il reddito che dovrebbe avere ciascun componente dell'unità familiare qualora visse da solo mantenendo lo stesso standard di vita.

Analisi descrittiva dei correlati psicosociali del dolore cronico

Nel capitolo 3 verranno presentate le analisi descrittive relative agli aspetti di salute mentale che, congiuntamente a fattori socio-demografici, connotano il dolore cronico. Anche in questo capitolo si precisa che tutte le analisi sono svolte escludendo il sottogruppo di persone affette da dolore cronico oncologico. Inoltre, benché nell'indagine EHIS siano presenti molte variabili relative all'ambito psicosociale, nel presente rapporto ne sono analizzate solo alcune ritenute tra le più significative. Ulteriori analisi e modellizzazioni saranno oggetto di prossime pubblicazioni in forma di articoli scientifici. Il capitolo descrive, quindi, per quanto riguarda la salute mentale, la presenza di depressione (intensa come sintomi depressivi nelle ultime 2 settimane rispetto la somministrazione dell'intervista), di ansia grave (diagnosticata da un medico) e l'andamento degli indici di salute mentale e di vitalità (si veda il paragrafo "Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico" di questo capitolo), illustrando il confronto tra persone affette da dolore cronico e persone non affette. Le descrittive sono variamente declinate per intensità del dolore cronico, evento scatenante il dolore cronico, per età, sesso, livello di istruzione (in termini di titolo di studio conseguito) e quinti di reddito. Sul versante sociale, vengono illustrate e confrontate le prevalenze dei soggetti affetti e non affetti da dolore cronico relativamente alle difficoltà dichiarate nello svolgimento di attività motorie, nelle attività quotidiane di cure personali e nella vita domestica (queste ultime solo per le persone 65enni e oltre) e la necessità di aiuto espressa dai rispondenti per lo svolgimento di tali attività. Il confronto viene analizzato attraverso il *test del chi-quadro* e il *test T*. Infine, viene presentata una ulteriore analisi descrittiva relativa alla sfera lavorativa.

Bibliografia

1. Eurostat. *European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual*. Luxembourg: European Union; 2018. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-02-18-240>; last visited 01/12/2023.
2. Tinto A. Implementing the instrument in the survey and procedures for analysis. In: Eurostat. *Guidelines for the development and criteria for the adoption of Health Survey instruments*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2005. P. 35-6. Disponibile all'indirizzo: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-cc-05-003> ultima consultazione 01/12/2023
3. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine europea sulla salute (EHIS). Informazioni sulla rilevazione*. Roma: ISTAT; 2021. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/167485>; ultima consultazione 01/12/2023.
4. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders* 2009;114(1-3):163-73.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.
6. Choi Y, Mayer TG, Williams MJ, Gatchel RJ. What is the best screening test for depression in chronic spinal pain patients? *Spine Journal* 2014;14(7):1175-82.
7. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30(6):473-83.
8. Steingrimsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2017;158(11):2092-2107.

9. Toccaceli V, Tenti M, Stazi MA, Fagnani C, Medda E, Gargiulo L, Burgio A, Sampaolo L, Ferri M, Raffaelli W. Development and Validation of the Italian “Brief Five-Item Chronic Pain Questionnaire” for Epidemiological Studies. *Journal of Pain Research* 2022;15:1897-1913.
10. Iglesias C, Torgerson D. Does length of questionnaire matter? A randomised trial of response rates to a mailed questionnaire. *Journal of Health Services Research & Policy* 2000;5(4):219-21.
11. Galesic M, Bosnjak M. Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. *Public Opinion Quarterly* 2009;73(2):349–60.
12. Rolstad S, Adler J, Rydén A. Response burden and questionnaire length: is shorter better? A review and meta-analysis. *Value Health* 2011;14(8):1101-8.
13. Medda E, Toccaceli V, Fagnani C, Nisticò L, Brescianini S, Salemi M, Ferri M, D’Ippolito C, Alviti S, Arnofì A, Stazi MA. The Italian Twin Registry: An Update at 18 Years From Its Inception. *Twin Research and Human Genetics* 2019;22(6):572-78.
14. Klemmensen R, Hobolt SB, Dinesen PT, Skytthe A, Nørgaard AS. The Danish political twin study: political traits in Danish twins and the general population. *Twin Research and Human Genetics* 2012;15(1):74-8.
15. Kyvik KO. Generalisability and assumptions of twin studies. In: Spector TD, Snieder H, MacGregor AJ (Ed.). *Advances in Twin and Sib-Pair Analysis*. London, United Kingdom: Greenwich Medical Media; 2000. p. 67–77.
16. Öberg S, Cnattingius S, Sandin S, Lichtenstein P, Morley R, Iliadou AN. Twinship influence on morbidity and mortality across the lifespan. *International Journal of Epidemiology* 2012;41(4):1002-9.

Capitolo 2

DOLORE CRONICO IN ITALIA

*Lidia Gargiulo (a), *Virgilia Toccaceli (b), Alessandra Burgio (a), Laura Iannucci (a), Michael Tenti (c), Corrado Fagnani (b), Emanuela Medda (b), Giada Minelli (d), Alice Maraschini (d), Gianmarco Giacomini (e), William Raffaeli (c)

(a) *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza e Previdenza, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*

(b) *Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(c) *Fondazione ISAL, Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche, Rimini*

(d) *Servizio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(e) *Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

*Le autrici hanno contribuito egualmente al lavoro

L'analisi dei dati relativi al modulo sul dolore cronico, somministrato nella EHIS 2019, mostra che la sua diffusione in Italia interessa il 24,1% della popolazione adulta (18 anni e più). Si tratta di circa 10,5 milioni di persone che riferiscono di soffrire di un dolore fisico persistente da almeno 3 mesi (precedenti l'intervista), in una o più parti del corpo. La stima varia tra 10,3 e 10,8 mln (Tabella 1). Questo dato è da ritenersi sottostimato poiché calcolato al netto delle mancate risposte all'indagine, che ammontano a circa il 13% del totale. In termini assoluti, ciò potrebbe comportare un aumento di circa 1 mln di individui adulti affetti da dolore cronico.¹

Tabella 1. Popolazione adulta che ha dichiarato di soffrire da almeno 3 mesi di dolore cronico per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC 95% (a)	%	IC 95% (a)	%	IC 95% (a)
18-34	8,0	7,0-9,0	8,0	7,0-9,0	8,0	7,3-8,7
35-44	10,8	9,5-12,1	14,2	12,7-15,7	12,5	11,5-13,5
45-54	17,6	16,1-19,0	25,0	23,4-26,6	21,3	20,3-22,4
55-64	25,2	23,4-27	31,3	29,5-33,2	28,4	27,1-29,6
65-74	28,6	26,5-30,7	41,0	38,8-43,1	35,1	33,7-36,6
75-84	37,9	35,1-40,7	53,7	51,2-56,1	46,9	45,1-48,8
85 e più	49,6	44,5-54,8	63,1	59,6-66,7	58,5	55,6-61,4
Totale	19,7	19,1-20,4	28,1	27,5-28,8	24,1	23,6-24,6
Totale VA*	4,1 mln	4,0-4,3 mln	6,4 mln	6,2-6,6 mln	10,5 mln	10,3-10,8 mln

(a) IC = Intervallo di Confidenza. Per approfondimenti si veda il paragrafo "Livello di precisione delle stime e la presentazione sintetica degli errori campionari" del capitolo 1.

*VA = Valori Assoluti; stime in milioni, esclusa la mancata risposta totale.

La prevalenza ha un andamento crescente con l'età: è pari all'8% tra i più giovani (dai 18 ai 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 ultraottantacinquenni. Oltre la metà delle persone che soffrono di dolore cronico sono anziani, per un ammontare complessivo che supera i 5 milioni di persone di 65 anni e più.

¹ Si precisa che non emergono effetti distorsivi delle stime in percentuale (come già trattato nella parte metodologica del capitolo 1), essendo stata controllata la coerenza delle distribuzioni dei casi (rispondenti e non rispondenti) per diverse variabili strutturali (classe di età, sesso, titolo di studio).

Le differenze di genere si evidenziano già a partire dalla fascia di età 35-44 anni: in tale classe, la quota di persone con dolore cronico è pari al 10,8% tra i maschi e sale al 14,2% tra le femmine (Figura 1). All'aumentare dell'età il divario si amplifica, e diventa sempre più netto lo svantaggio delle femmine: tra gli anziani di 65-74 anni, il divario è di oltre 12 punti percentuali (pp) e tra i 75-84 anni è di quasi 16 pp, tra gli over84 la prevalenza raggiunge il picco della distribuzione per entrambi i sessi con 63,1% per le femmine e 49,6% per i maschi (elevato è il divario tra i sessi, quasi 14 pp). Complessivamente le femmine rappresentano il 60% degli adulti con dolore cronico.

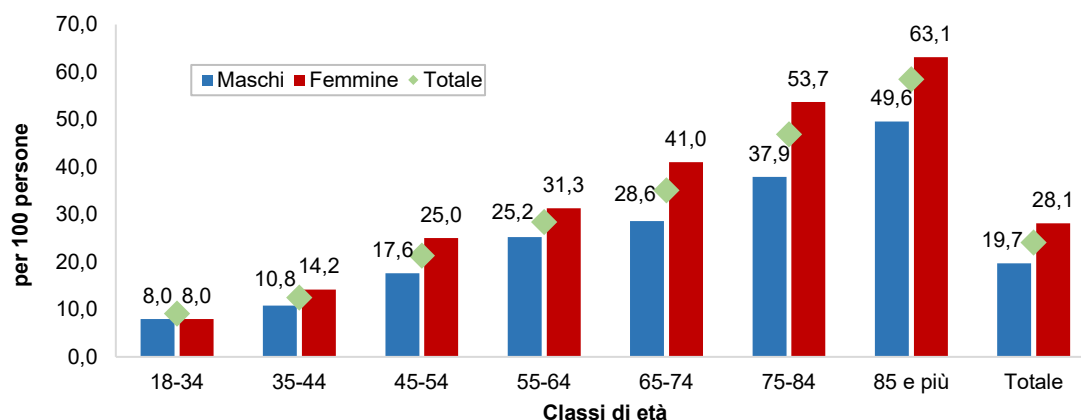


Figura 1. Popolazione adulta che dichiara dolore cronico, per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Il livello d'intensità con cui il dolore cronico viene percepito è stato valutato mediante una scala verbale a 5 modalità, da "molto lieve" a "molto forte". La maggioranza degli adulti affetti da dolore cronico (51,7%) riferisce di avvertire un dolore di intensità moderata, il 23,6% riporta un dolore forte, il 5,4% lo ritiene molto forte. Il 14% degli affetti riferisce un dolore di intensità lieve, mentre il 4% dichiara di soffrirne in modo molto lieve (Figura 2).

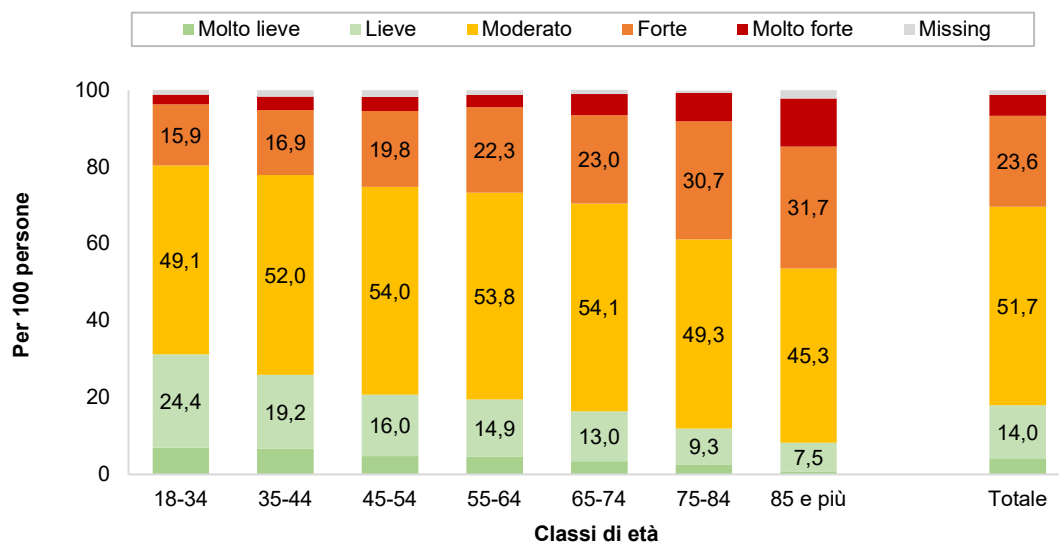


Figura 2. Intensità del dolore cronico nella popolazione adulta che ne soffre, per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

La Figura 2 evidenzia in modo immediato che all'aumentare dell'età cresce la quota di coloro che riferiscono un dolore forte o molto forte (da circa il 18% tra i 18-34 anni al 40% tra gli over75), mentre diminuisce la quota di chi ne soffre in modo lieve o molto lieve (dal 30% a circa il 10%, progressivamente).

L'analisi congiunta del livello di intensità con la prevalenza per classe di età e sesso evidenzia che non solo il dolore cronico è maggiormente diffuso tra le femmine, ma anche che, a parità di età, le femmine riferiscono livelli di intensità del dolore maggiori rispetto ai maschi (Figura 3).

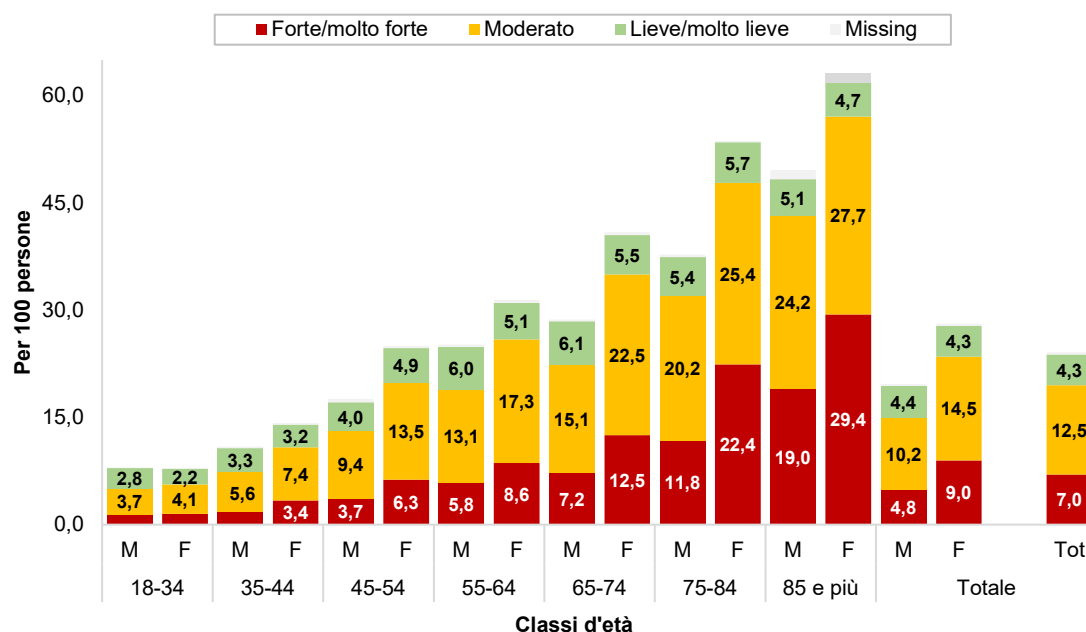


Figura 3. Popolazione adulta per livello di intensità del dolore cronico, per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

L'analisi per area geografica evidenzia al Nord la maggiore prevalenza grezza, pari al 24,7%, rispetto al 23,0% del Centro e al 23,9% del Mezzogiorno.

Osservando le classi d'età, la prevalenza registra valori più alti fra i grandi anziani del Mezzogiorno che rappresentano la più elevata quota in Italia di persone con dolore cronico: tra gli over84 del Sud ne è affetto il 67,1%, a fronte del 58,5% del Centro e del 52,5% del Nord (dati non mostrati).

I tassi delle tre ripartizioni geografiche, standardizzati per sesso ed età, restituiscono una fotografia molto omogenea sul territorio (22,9% al Nord, 20,9% al Centro e 22,7% nel Mezzogiorno). Tra gli anziani di 65 anni e più persiste il gradiente territoriale che vede svantaggiato il Mezzogiorno, oltre a evidenziare che in tutte le aree si accentuano le differenze tra i sessi che penalizzano le femmine, soprattutto se residenti nel Mezzogiorno (Figura 4).

I confronti tra le Regioni a parità di età (utilizzando, cioè, i tassi standardizzati per età) mostrano prevalenze più elevate nelle Marche (28,3%), in Basilicata (28,2%) e in Umbria (28,0%), mentre le prevalenze più basse si rilevano nella Provincia Autonoma di Bolzano (20,3%), nel Lazio (21,0%) e in Liguria (21,5%). Rispetto al sesso, i valori più elevati si rilevano tra le femmine residenti in Basilicata (33,1%) e in Emilia-Romagna (31,8%), mentre i più bassi si riscontrano tra i maschi residenti in Campania (16,5%) e nel Lazio (16,8%) (Figura 5).

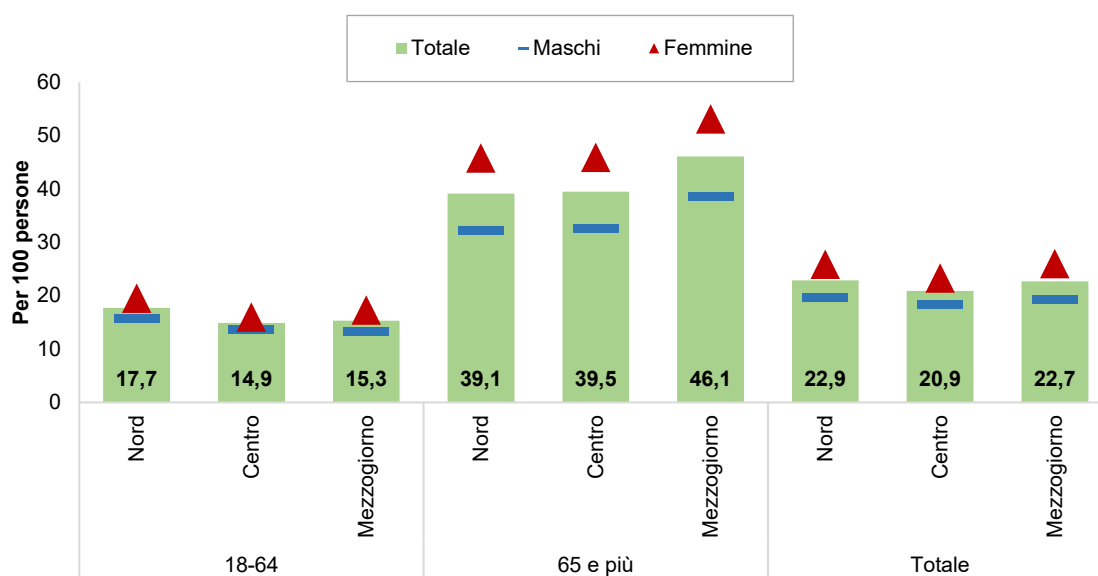


Figura 4. Popolazione adulta che dichiara dolore cronico, per sesso, classe di età e ripartizione geografica. Tassi standardizzati per sesso ed età - EHIS Italia 2019

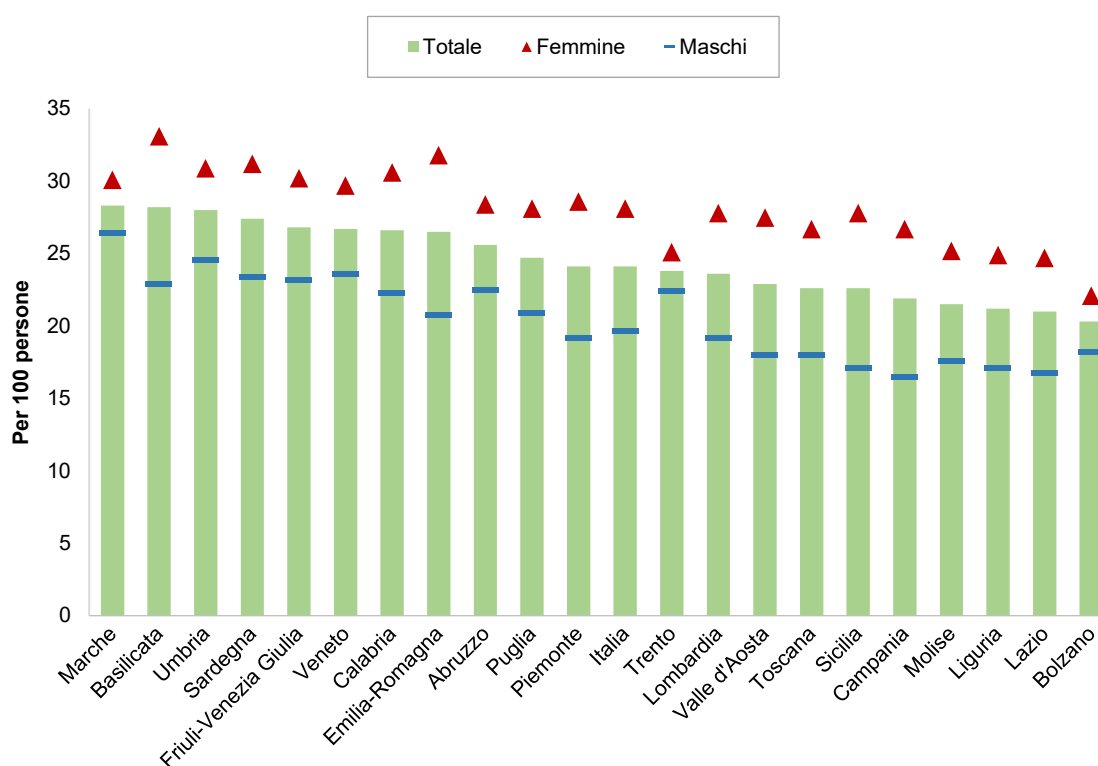


Figura 5. Popolazione adulta che dichiara dolore cronico, per sesso e Regione. Tassi standardizzati per sesso ed età - EHIS Italia 2019

Eventi che hanno preceduto l'instaurarsi del dolore cronico

La maggioranza della popolazione adulta (52%) riporta quale evento “scatenante” il dolore cronico una condizione patologica diagnosticata da un medico (inclusi reumatismi, artriti, artrosi, infezioni, ecc.). Il 21% della popolazione riporta, invece, un trauma (da incidente stradale, domestico, sul lavoro o nel tempo libero), mentre il 13% una malattia non ancora ben definita, per la quale non si è ancora pervenuti a una diagnosi certa. Meno diffuso nel complesso della popolazione adulta il dolore cronico iniziato a seguito di un intervento chirurgico (7%) o dopo l'insorgenza di un tumore (3%). L'evento scatenante il dolore cronico si differenzia per età e per sesso. Tra i più giovani, dai 18 ai 34 anni, l'evento prevalente è di origine traumatica, in particolare tra i maschi raggiunge il 54% a fronte del 32% tra le coetanee. In questa fascia d'età, la quota di persone con dolore cronico insorto a seguito di una malattia diagnosticata, tra le femmine è pari al 32%, mentre tra i maschi scende al 19%. Assume rilievo anche la quota di dolore cronico di chi non è riuscito ancora ad avere una diagnosi della malattia che può essere alla sua origine, ovvero il 23% tra le femmine e il 16% tra i maschi. Considerando gli adulti di 35-44 anni, tra i maschi l'origine traumatica scende al 45% e tra le femmine al 24%, e per le patologie diagnosticate si registra un aumento al 28% per i maschi e al 37% per le femmine, mentre resta ancora elevata e quasi stabile la quota di chi aspetta di ricevere una diagnosi della patologia che può aver scatenato il dolore cronico (17% tra i maschi e 25% tra le femmine). Al crescere dell'età questa dinamica si accentua, al punto che tra gli anziani over64 il dolore scatenato da patologie diagnostiche raggiunge il 63% (56,1% per i maschi e 66,7% per le femmine) e tra le ultra84enni arriva al livello massimo del 70% (Figura 6).

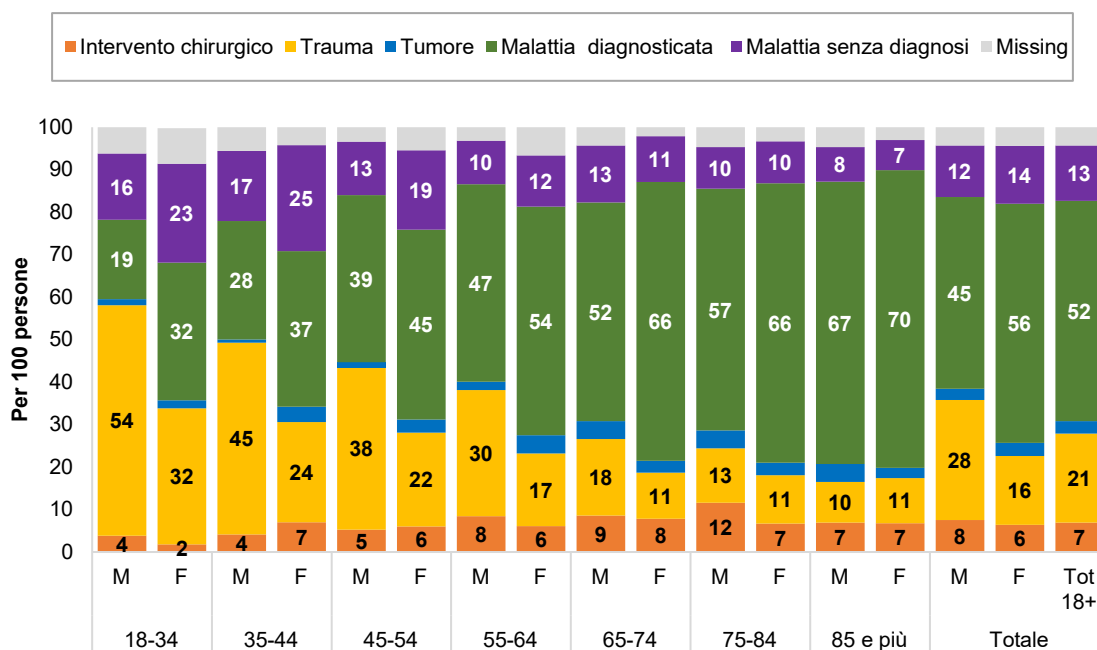


Figura 6. Popolazione adulta per evento scatenante il dolore cronico, per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Se si combinano le informazioni sull'evento "scatenante" con l'intensità del dolore, la prevalenza di persone che riferiscono una intensità lieve o molto lieve è maggiore tra coloro che hanno indicato come evento scatenante una malattia non ben definita (23%), mentre è notevolmente più bassa (9,6%) tra chi ha dichiarato come evento scatenante un tumore. Di contro, in caso di tumore si registra la più elevata frequenza di dolore forte o molto forte, pari al 40,6%, che scende al 23,7% (valore percentuale dell'intensità elevata più basso tra tutti gli eventi riportati) tra chi non conosce ancora a cosa attribuire l'insorgenza e la persistenza del dolore. L'intensità moderata si aggira mediamente intorno al 50% per i vari eventi "scatenanti", variando dal 49% nel caso del tumore, al 54,3% in caso di dolore iniziato dopo un intervento chirurgico. Dato il numero relativamente contenuto di casi originati da causa oncologica rispetto all'insieme degli altri possibili eventi scatenanti, le due distribuzioni totali (escludendo o includendo il tumore) restano complessivamente simili in termini di intensità (Figura 7).

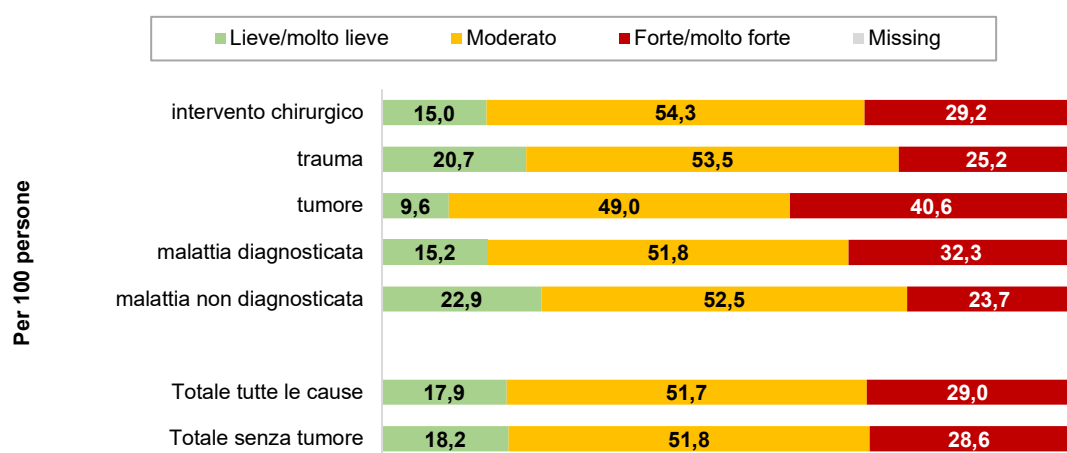


Figura 7. Popolazione adulta per evento scatenante il dolore cronico e per intensità del dolore - EHIS Italia 2019

Trattamenti e terapie per il dolore cronico: modalità nel ricorso ed efficacia percepita

L'analisi del ricorso ai trattamenti/farmaci e i benefici derivanti da questi o da altre terapie atte a mitigare o risolvere le conseguenze acute del dolore cronico viene svolta escludendo i casi che riportano un tumore come evento scatenante. Numerose evidenze indicano, infatti, che il dolore oncologico è spesso sottotrattato o trattato in modo non ottimale rispetto al dolore derivante da qualsiasi altro evento scatenante e che, pertanto, merita un'attenzione e una trattazione distinta (1).

Considerando l'insieme della popolazione adulta, esclusi quindi i soggetti che hanno dichiarato un tumore come evento scatenante, l'83% degli affetti da dolore cronico assume farmaci o effettua trattamenti (terapie mediche, fisiatriche, riabilitative, ecc.). In particolare, quasi una persona su tre (30,7%) assume farmaci o effettua trattamenti con continuità, il 15,9% fa cicli di trattamenti e il 36,4% si sottopone a tali trattamenti o assume farmaci quando si rende necessario (al bisogno). Invece, il 14,6% non ricorre ad alcun rimedio. Tra coloro che non ricorrono a trattamenti/farmaci, il 32,6% dichiara di soffrire in modo lieve o molto lieve di dolore cronico e solo l'11,2% in modo forte o molto forte. Di contro, tra chi ricorre in modo continuativo a farmaci o terapie, la quota del

dolore forte o molto forte raggiunge il 47%, e tra chi ricorre a cicli di terapie, quasi uno su tre giudica forte o molto forte il dolore cronico di cui soffre (dati non mostrati).

La Figura 8 evidenzia la netta relazione tra l'età e le modalità di ricorso ai trattamenti. Tra gli anziani over74, il 47,7% esegue terapie con continuità. La percentuale decresce al diminuire dell'età, raggiungendo il 15,4% nella classe 35-44 anni e risale al 20% tra i giovani di 18-34 anni. Tra i molto anziani, solo un 10% dichiara di non curare il dolore cronico da cui è affetto, a fronte del doppio tra i più giovani.

La modalità di ricorso ai trattamenti risente anche dell'evento scatenante il dolore: infatti, nel caso di intervento chirurgico e di malattia diagnosticata, la continuità del trattamento è molto diffusa e riguarda, rispettivamente, il 43,2% e il 39,3% degli affetti nelle due categorie. In caso di dolore cronico scatenato da traumi e da patologie che non hanno ancora ricevuto una diagnosi, invece, è più frequente una terapia al bisogno, che riguarda rispettivamente il 44,5% e il 41,7%. La maggiore quota di chi non si sottopone ad alcun trattamento si registra fra le persone con dolore cronico in assenza di una diagnosi (28,2%), la minor quota (9,1%) tra chi soffre di dolore cronico a seguito di una precisa patologia diagnosticata (Figura 9).

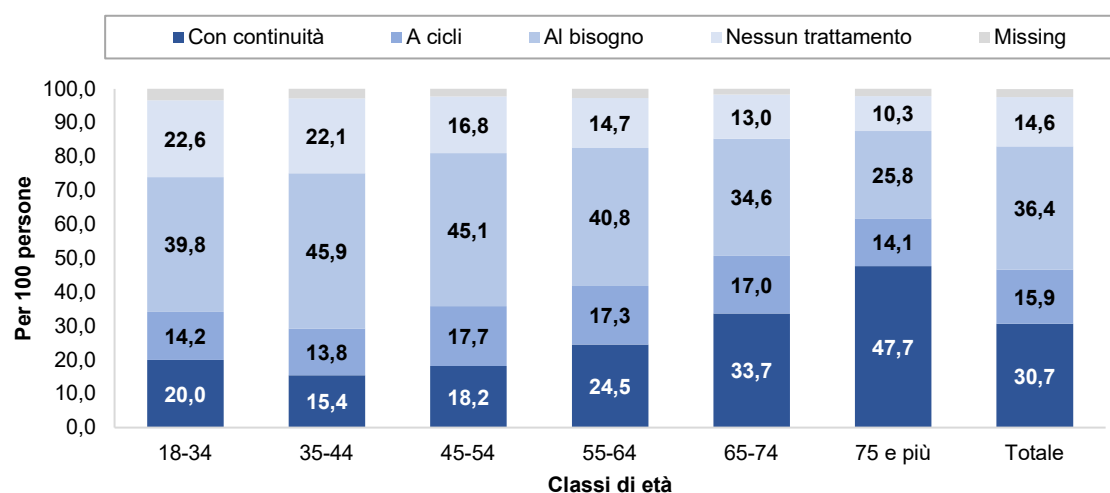


Figura 8. Popolazione adulta con dolore cronico per modalità di trattamento (esclusi i casi originati da tumore) - EHIS Italia 2019

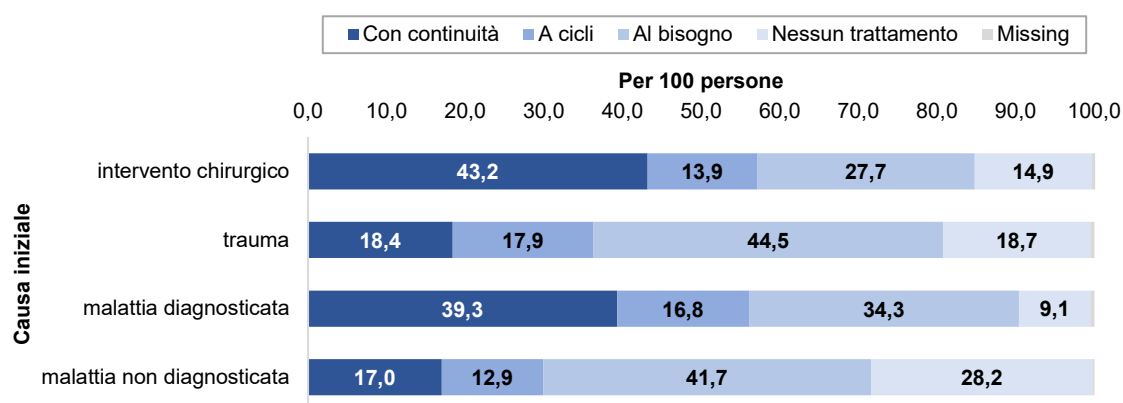


Figura 9. Popolazione adulta con dolore cronico per modalità di trattamento e evento scatenante il dolore (escluso i casi originati da tumore) - EHIS Italia 2019

Per meglio comprendere l'approccio alla cura del dolore cronico delle persone che non hanno ancora ricevuto una diagnosi, sono state approfondite le analisi per sesso e età. Tra i maschi, quasi uno su tre (32,4%) dichiara di non sottoporsi ad alcun trattamento, mentre tra le femmine più di una su quattro (25,8%). Le differenze di genere del mancato trattamento sono maggiori tra i 18-44 anni (per i maschi la quota è pari al 33% e per le femmine al 23%), riducendosi a circa 5 punti percentuali di distanza tra le persone anziane. Tra le persone over64, al contrario, in entrambi i sessi sono elevate le quote di coloro che si sottopongono a trattamenti con continuità (25%), anche in caso di dolore cronico scatenato da una malattia che non ha ancora ricevuto una diagnosi. Elevata è anche la quota delle giovani di 18-44 anni che fanno trattamenti continui (19%), più che doppia rispetto a quella dei loro coetanei (8%). Maschi e femmine con patologie non ancora diagnosticate ricorrono a trattamenti al bisogno entrambi nel 41-42% dei casi (Figura 10).

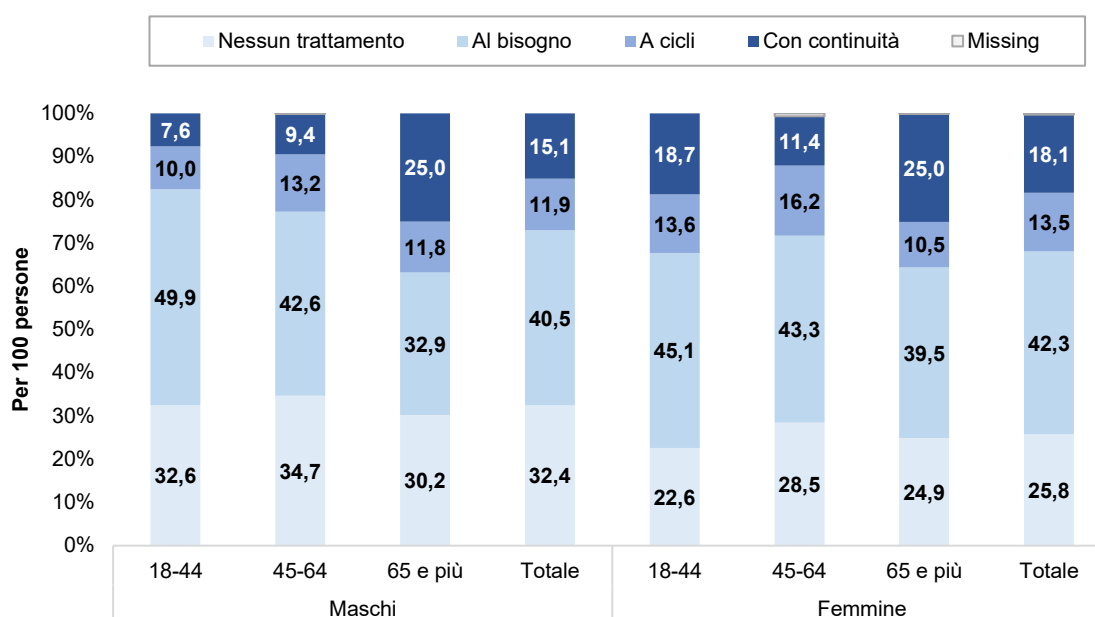


Figura 10. Popolazione adulta con dolore cronico da una malattia non ancora diagnosticata, per modalità di trattamento - EHIS Italia 2019

Nel giudizio reso sulle cure e i trattamenti effettuati, complessivamente il 67% degli adulti che si sottopone a qualche trattamento trova un beneficio che attenua in parte il dolore, il 23% li giudica efficaci perché fanno tornare in forma e solo il 7% li ritiene del tutto inefficaci. La valutazione che ne danno i maschi è più positiva rispetto a quella delle femmine, almeno nella fascia di età adulta (45-64 anni) e ancor più tra i giovani di 18-34 anni, per i quali la quota di chi li ritiene efficaci tra i maschi è pari al 42% (valore massimo) e scende al 31% tra le coetanee. Tra i giovani anziani 65-74enni le differenze si riducono, con valori tra le femmine lievemente superiori (25% vs. 22% dei coetanei). Tra le femmine più anziane di 75 anni solo il 12% trova efficaci le cure (rispetto al 18% dei maschi), mentre prevale di gran lunga un beneficio parziale (77% delle femmine vs. 68% dei maschi); invece, uno su dieci non le ritiene efficaci (quota pressoché analoga per ambo i sessi) (Figura 11).

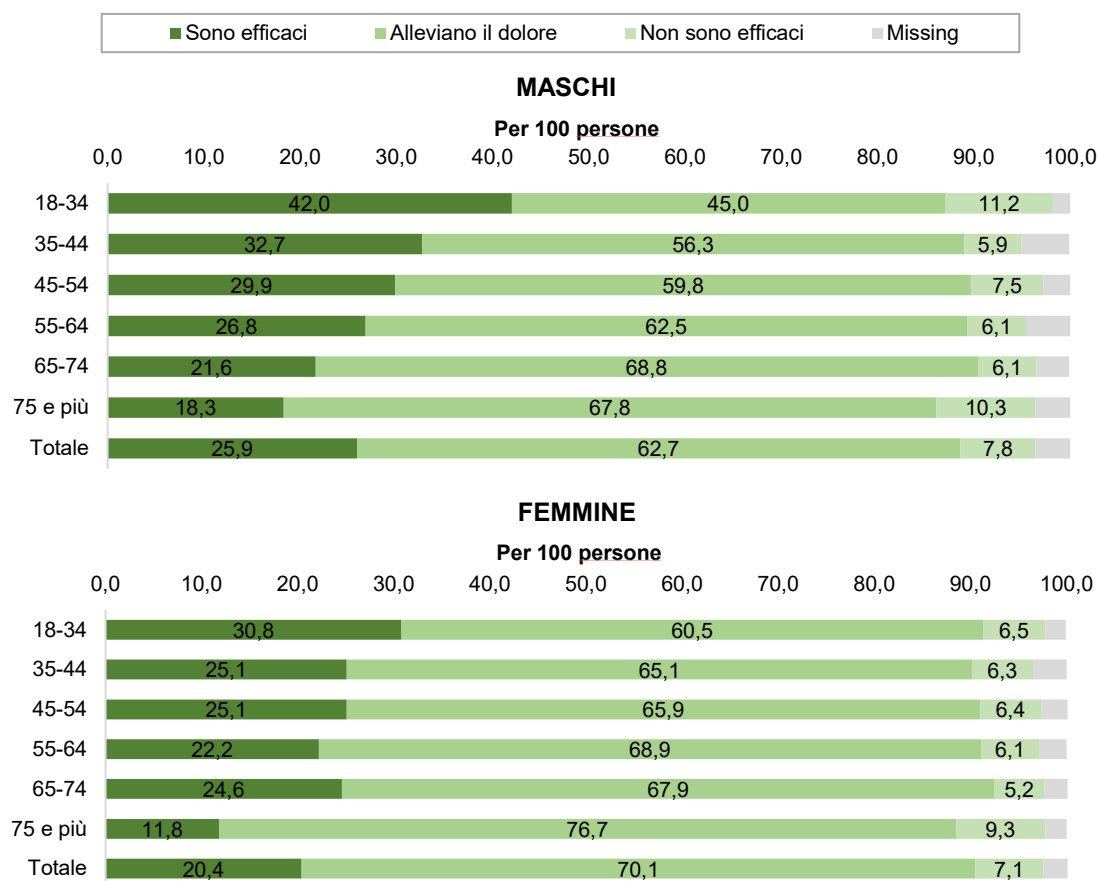


Figura 11. Popolazione adulta con dolore cronico per giudizio sui benefici ottenuti dai trattamenti e cure per sesso e classe di età (esclusi i casi originati dai tumori) - EHIS Italia 2019

Disuguaglianze sociali nel dolore cronico

Il dolore cronico mostra un chiaro gradiente sociale: ne sono generalmente più colpite le persone meno abbienti. La relazione si conferma sia utilizzando come indicatore di status socioeconomico il livello di istruzione conseguito, sia utilizzando la distribuzione della popolazione per quinti di reddito² (secondo la distribuzione del reddito mensile familiare).

Le disuguaglianze sociali diventano più marcate all'aumentare dell'età: tra i più giovani (25-44 anni) non sono rilevanti le lievi differenze tra i più istruiti con dolore cronico (9,3%) rispetto a coloro che si sono fermati dopo la scuola dell'obbligo (11,9%). Nella fascia adulta dei 45-64enni, tra chi ha conseguito almeno una laurea la prevalenza si attesta al 19% e aumenta al 27,9%

² Quinti di reddito: per misurare le disuguaglianze nella distribuzione dei redditi, è possibile ordinare le famiglie dal reddito equivalente più basso a quello più alto (si veda anche la nota 7 nel paragrafo "L'analisi descrittiva dei quesiti del modulo sul dolore cronico" del capitolo 1) e classificarle in cinque gruppi (quinti; da I = reddito più basso a V = reddito più alto). Il primo quinto comprende il 20 per cento delle famiglie con i redditi equivalenti più bassi, il secondo quelle con redditi medio-bassi e così via fino all'ultimo quinto, che comprende il 20% di famiglie con i redditi più alti.

tra chi ha al massimo la licenza media inferiore. Nella popolazione anziana si passa dal 32% al 48%, ovvero la prevalenza aumenta addirittura del 50% tra gli anziani poco istruiti rispetto a quelli con un titolo di studio elevato (Figura 12).

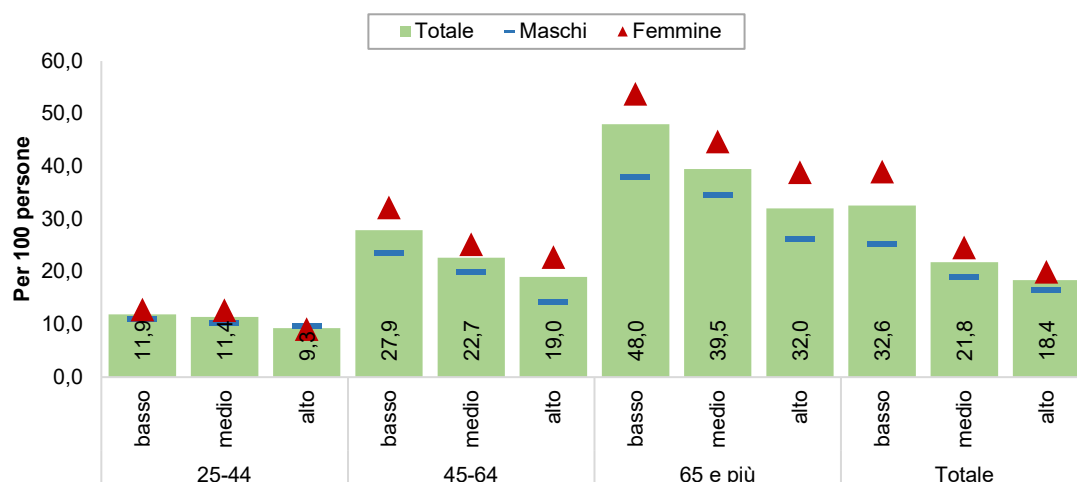


Figura 12. Persone di 25 anni e più con dolore cronico per livello di istruzione conseguito, classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

Molto simile è la relazione che si evidenzia nella Figura 13 relativa ai quinti di reddito, con una sostanziale assenza di differenze tra i giovani adulti fino a 44 anni, la presenza di disuguaglianze nella classe di età successiva con livelli di prevalenza un po' più elevati nei primi quinti di reddito, ossia tra le persone con maggior disagio economico, ed evidenti differenze in base alle condizioni economiche tra gli anziani. Tra gli over64, infatti, nel primo quinto di reddito circa un anziano su due lamenta la presenza di dolore cronico, mentre tra gli anziani che appartengono all'ultimo quinto, quindi i più agiati, la prevalenza scende al 35%, ossia poco più di uno su 3. Si conferma anche lo svantaggio delle femmine, i cui livelli di prevalenza del dolore cronico sono nettamente superiori a quelli dei maschi.

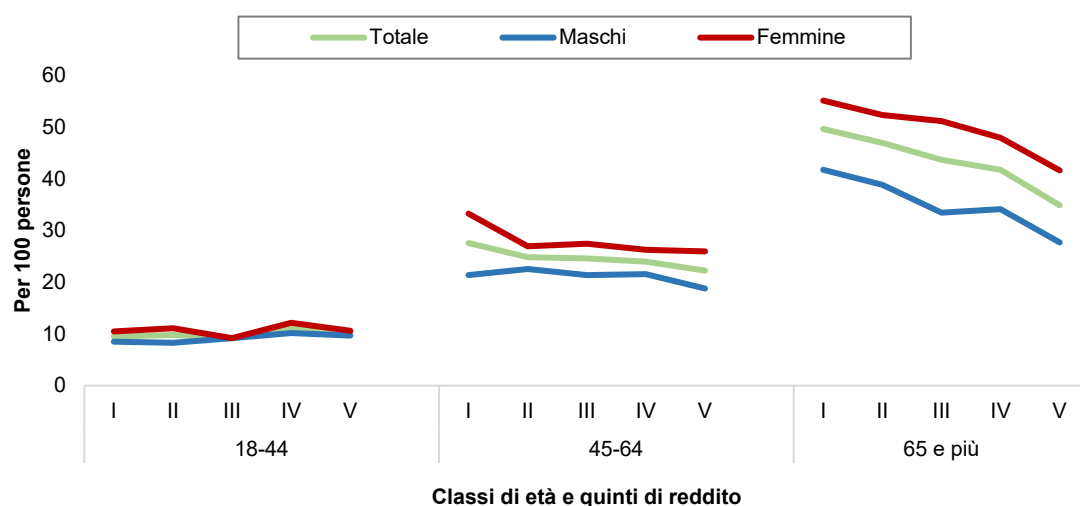


Figura 13. Popolazione adulta con dolore cronico per quinti di reddito, classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

Presenza del dolore cronico nella popolazione affetta da multimorbilità

Sebbene fosse attesa la possibile associazione tra dolore cronico e presenza di multimorbilità, ovvero la compresenza di almeno tre patologie croniche (selezionate da una lista di 22 patologie escludendo il tumore), emerge che, misurandone il livello, l'associazione può giudicarsi non ottima ma buona (la statistica della V di Cramer è pari a 0,43 e $p < ,0001$).

Dall'analisi per classe di età si osserva che le persone con multimorbilità presentano prevalenze del dolore cronico molto più elevate rispetto a chi non ha multimorbilità. Il divario rispetto alla presenza o meno di multimorbilità è più elevato nelle fasce dei giovani adulti e tende a ridursi all'aumentare dell'età: a 35-44 anni la quota di dolore cronico tra le persone affette da almeno tre patologie croniche è cinque volte più elevata rispetto a chi non ha problemi di multimorbilità (48,3% vs. 9,5%); invece tra gli ultra settantacinquenni è doppia (63,5% vs. 30,2%) (Figura 14).

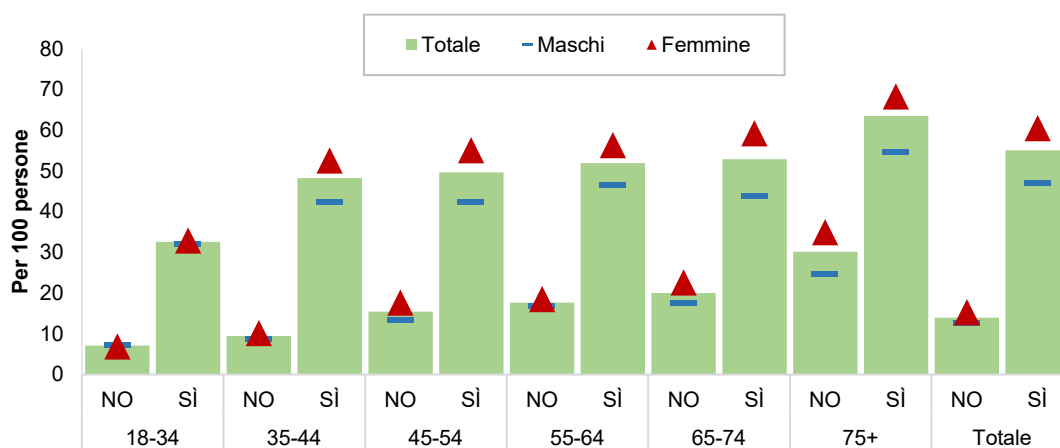


Figura 14. Popolazione adulta con dolore cronico, per presenza di multimorbilità, sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Inoltre, come mostrato nella Figura 15, l'intensità del dolore tra le persone con multimorbilità è più frequentemente forte o molto forte, rispetto a chi non soffre di più patologie croniche.

Dai 45 anni in su le femmine con multimorbilità lamentano dolore cronico in misura maggiore dei maschi nella stessa condizione. In assenza di multimorbilità, lo svantaggio femminile è statisticamente significativo solo tra le ultrasettantacinquenni, mentre rispetto all'intensità del dolore tale svantaggio si manifesta già dai 65 anni (Figura 15).

Tra i soggetti che hanno riportato dolore cronico, i dati della EHIS registrano le seguenti patologie con una prevalenza superiore al 60%: cirrosi epatica, angina pectoris, ictus, insufficienza renale, patologie mentali e del sistema nervoso (ansia e depressione, demenze o Alzheimer e Parkinsonismo), patologie dell'apparato muscoloscheletrico come l'artrosi (dati non mostrati).

Analizzando quelle patologie che fanno registrare prevalenze maggiori di dolore giudicato forte o molto forte, che quindi mostrano un maggior impatto dell'intensità del dolore, si conferma l'effetto rilevante dell'insufficienza renale, con oltre il 40% di adulti affetti da tale condizione che dichiara un dolore forte o molto forte. Anche chi è stato colpito da ictus dichiara di provare un forte dolore in oltre il 30% dei casi. Similmente, oltre il 30% delle persone con problemi di salute

mentale, in particolare ansia e depressione, come già noto in letteratura, dichiara i massimi livelli di intensità del proprio dolore (forte o molto forte). Approfondimenti sul tema della salute mentale verranno affrontati nel capitolo 3 di questo rapporto. Prevalenze altrettanto elevate si registrano anche per le demenze, la malattia di Alzheimer e il Parkinsonismo (dati non mostrati).

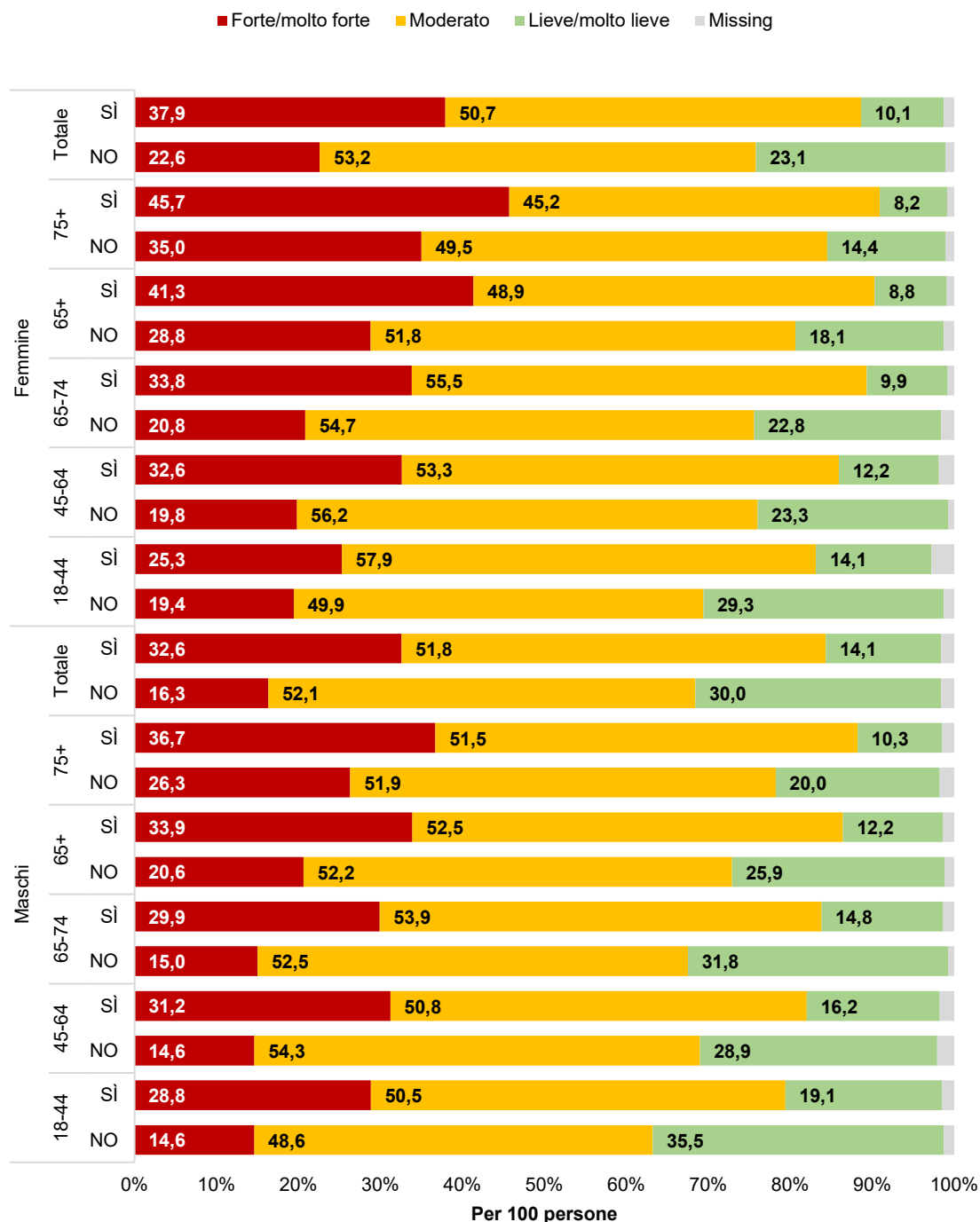


Figura 15. Popolazione adulta con dolore cronico, per intensità del dolore, presenza di multimorbilità, sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Conclusioni

Il dolore cronico rappresenta un problema prioritario di salute pubblica a livello globale, sia per la sua ampia prevalenza (si stima ne sia colpito circa un individuo su 5 in tutto il mondo), sia per le sue conseguenze psicofisiche e per il grande impatto economico che determina sui sistemi sociosanitari (2).

Il quadro che emerge da questa prima analisi descrittiva conferma la rilevanza sanitaria del dolore cronico anche nel nostro Paese, con una prevalenza del 24,1% nella popolazione adulta residente.

La stima di prevalenza del dolore cronico è lievemente inferiore a quella riscontrata, per il nostro Paese, da Breivik e colleghi nella già menzionata indagine europea del 2003 (3), che forniva una stima del 26%. È anche inferiore alla prevalenza del 28,4% riscontrata in un'indagine su persone di 18 anni e più residenti a Narni, in Umbria (4), e alla prevalenza media europea del 27% osservata da Leadley e colleghi (2012) in una revisione della letteratura (5). Essa coincide, invece, con quella recentemente rilevata su un campione gemellare arruolato dal Registro Nazionale Gemelli dell'Istituto Superiore di Sanità in uno studio sulle componenti genetiche e ambientali (cosiddetta "heritability")³ del dolore cronico (6).

Nonostante le oscillazioni mostrate sopra, l'aggiornamento delle stime prodotte con questo studio 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 (7).

La stabilità delle stime è coerente con il documentato ruolo delle influenze genetiche in grado di favorire una suscettibilità stabile al tratto "dolore cronico". A tale proposito lo studio gemellare sopra citato di Fagnani e colleghi (6) ha stimato al 36% il contributo genetico al dolore cronico nel nostro Paese. Un'altra ragione della stabilità epidemiologica del dolore cronico può risiedere nella difficoltà ad attuare pienamente le disposizioni previste dalla Legge n. 38 del 15 marzo 2010⁴, che garantisce l'accesso alla rete di terapia del dolore a tutti, ma che è ancora applicata in modo disomogeneo sul territorio nazionale. Un ulteriore elemento, che sicuramente incide sulle stime di prevalenza del dolore cronico, è la scarsa sensibilizzazione sociale sul tema e sulla cura del dolore, che potrebbe ostacolare una corretta prevenzione e un'appropriata presa in carico del paziente sin dagli esordi.

Come indicato in questo capitolo, la prevalenza del dolore cronico aumenta all'aumentare dell'età, e tra i grandi anziani raddoppia. L'aumento della prevalenza del dolore cronico con l'età è ampiamente documentato in letteratura (8-11). Ciò può essere dovuto a cambiamenti neurobiologici delle vie nervose deputate alla percezione del dolore e alla concomitanza, in età avanzata, di numerose patologie quali artrosi, diabete, ecc. che, negli stadi avanzati, sono caratterizzate dalla persistente presenza di dolore (12, 13).

Inoltre la prevalenza del dolore cronico è maggiore anche nelle persone che presentano multimorbidità, dove supera il 50%. Questa stima appare coerente con quelle rilevate da altri studi. Esaminando oltre 500 mila partecipanti alla UK Biobank (14), si è, ad esempio, riscontrata una prevalenza di dolore cronico del 55,6% in persone con multimorbidità.

La nostra indagine ha inoltre riscontrato una maggiore prevalenza di dolore cronico e una maggiore intensità di tale dolore nelle femmine, in coerenza con quanto evidenziato da un'ampia mole di studi epidemiologici e sperimentali (15-20). Questa disparità legata al sesso sembra

³ Definita come la proporzione della varianza fenotipica dovuta ai fattori genetici, e quindi misura del contributo dei geni alla variabilità inter-individuale osservata.

⁴ "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (*Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19.3.2010).

favorita da numerosi fattori biologici, genetici e ormonali, e da fattori psicosociali come l'ansia, la depressione e gli stereotipi di genere (21, 22).

I livelli di intensità del dolore cronico differiscono anche in funzione dell'età. Infatti, la percentuale di popolazione adulta che dichiara un dolore forte o molto forte quadruplica tra le grandi anziane di 85 anni e più. Con la sola eccezione delle più giovani dai 18 ai 34 anni in cui non emergono differenze di genere, si può tranquillamente affermare che le femmine sono sempre più colpite da dolore cronico rispetto ai loro coetanei. La maggiore prevalenza di dolore cronico giudicato forte o molto forte in età avanzata può essere legata a molte ragioni, dai maggiori infortuni a cui le persone anziane possono essere esposte a una minore tolleranza del dolore di intensità elevate che si verifica in età senile (13).

In generale, è inoltre significativo notare come in quasi 1 caso su 3 il dolore cronico venga riferito con un'intensità da forte a molto forte. Si tratta di una prevalenza elevata, che richiederà necessariamente adeguati approfondimenti. Un dolore forte o molto forte può infatti determinare un impatto anche molto grave sulle persone affette, a livello sia fisico sia psicosociale. Sarà particolarmente rilevante individuare le difficoltà di cura della popolazione con dolore cronico ad alta intensità, specie considerando che la già citata Legge 38/2010 e i successivi decreti sanciscono la necessità di una presa in carico delle persone con dolore cronico capillare e continuativa sul territorio, con una speciale attenzione alla valutazione dell'intensità del dolore.

L'ampia prevalenza del dolore forte o molto forte può suggerire, da un lato, la difficoltà di penetrazione, in tutti gli ambiti sanitari, di una "cultura della cura del dolore", che per questo motivo può essere sottovalutata e sottotrattata. Dall'altro lato, può evidenziare come per molte sindromi dolorose croniche ancora oggi non esistano cure efficaci, e quindi la necessità di potenziare la ricerca scientifica per queste sindromi che ancora oggi sono orfane di cura.

Il problema del dolore forte o molto forte è particolarmente importante negli anziani, non solo perché più frequente all'aumentare dell'età, ma anche perché determina ulteriori costi indiretti. Ad esempio per i caregivers, e in termini di burden sia emotivo che economico (23).

I risultati della presente indagine suggeriscono anche la necessità di una maggiore attenzione al problema del dolore cronico in ambito oncologico. La maggiore prevalenza di dolore forte o molto forte, infatti, si riscontra proprio nei casi di dolore scatenato a seguito di tumori. Questo è un dato di particolare rilievo, specie considerando che da oltre trent'anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito indicazioni specifiche sul trattamento del dolore oncologico. Ed è un dato che fa ancor più riflettere sulla difficoltà di penetrazione di una "cultura della cura del dolore" in ambito sanitario, che sembra viepiù lacunosa in quello oncologico ove è ampiamente riconosciuto quanto il dolore sia prevalente e incida sulla vita delle persone già provate dal cancro (1).

I risultati confermano anche il dolore cronico come "patologia con un gradiente sociale", dal momento che interessa in modo maggiore le persone in condizioni socioeconomiche più svantaggiate. Diversi studi, sebbene più datati, hanno approfondito l'associazione tra dolore cronico e condizioni di svantaggio socioeconomico, specie considerando il livello di istruzione. In particolare, la minore prevalenza di dolore cronico al crescere del livello di istruzione riscontrata dal nostro gruppo di ricerca è in linea coi risultati di studi epidemiologici condotti in Inghilterra (24), Norvegia (25), Danimarca (11), Portogallo (10) e Stati Uniti (26). Parimenti, considerando invece il reddito, un'indagine tedesca ha evidenziato che la prevalenza del dolore e la percentuale di persone che riferisce un dolore severo tendono a diminuire con l'aumento del reddito familiare (27). Ovviamente, da queste tendenze non può essere tratta alcuna inferenza causale. Da un lato è infatti possibile che bassi livelli di educazione e reddito influenzino negativamente il dolore in quanto associati a lavori più usuranti e a minori possibilità di cura, dall'altro è possibile che la severità del dolore aumenti le difficoltà lavorative, compromettendo il reddito e le possibilità di raggiungere un'istruzione elevata.

Rispetto agli eventi scatenanti, la maggior parte della popolazione affetta da dolore cronico (52%) riferisce che il proprio dolore sia iniziato dopo una malattia che ha ricevuto una diagnosi chiara. In questo sottogruppo si riscontrano un'alta prevalenza di cure effettuate con continuità (39,3%) e la minore prevalenza di persone affette che non si sottopongono ad alcun trattamento (9,1%). Questo dato suggerisce che nella maggioranza dei casi il dolore sia stato ben inquadrato e che, di conseguenza, sia stata effettuata una presa in carico terapeutica. Più in generale, il dato può suggerire l'importanza di una diagnosi di precisione nell'ambito del dolore cronico, in modo che possa essere effettuata una corretta presa in carico.

Un risultato meno confortante è relativo alla prevalenza del 21%, nella popolazione generale italiana, di dolore cronico iniziato dopo eventi traumatici. Si tratta infatti di una prevalenza ben maggiore di quella riscontrata da altri studi epidemiologici condotti in Paesi europei come il Portogallo (10) e gli Stati Uniti (28), rispettivamente del 12,6% e del 9%. Se, da una parte, è vero che si tratta del sottogruppo di affetti con maggiore prevalenza di dolore lieve o molto lieve (dopo quello che include le persone con dolore cronico iniziato dopo una malattia che non ha ancora ricevuto una diagnosi), dall'altra il dolore cronico post-traumatico rientra fra le condizioni dolorose spesso più complesse, che incidono maggiormente sull'autonomia delle persone e con minori possibilità di cura, specie quando i traumi colpiscono il sistema nervoso centrale o periferico (29). È quindi necessaria una maggiore attenzione verso le condizioni di dolore che persistono a seguito di eventi traumatici e andrebbe considerata l'implementazione di adeguate strategie di prevenzione della cronicizzazione del dolore in persone colpite da traumi (30).

Appare più confortante, dai risultati della nostra indagine, la prevalenza di dolore cronico post-chirurgico, pari al 7%, specie se rapportata a quella riscontrata in altri Paesi. Nella popolazione generale norvegese, ad esempio, è stata stimata al 18,3% (31). È tuttavia necessaria una certa cautela nell'interpretazione di questo risultato, specie considerando il numero estremamente esiguo di indagini sulla prevalenza del dolore cronico post-chirurgico nella popolazione generale. In Italia, la maggior parte delle persone affette da dolore cronico post-chirurgico riferisce di effettuare o aver effettuato cure continuative per il dolore (43,2%). Si tratta di un ulteriore elemento positivo, specie considerando che il dolore cronico post-chirurgico è riconosciuto come un tipo di dolore ampiamente sottotrattato (29). È comunque necessario continuare a investire su una presa in carico continuativa e il più possibile precoce del dolore post-chirurgico, nonché su idonee procedure di valutazione pre-chirurgica, in modo che situazioni a rischio siano correttamente individuate e gestite.

Un approfondimento particolare va riservato al dolore cronico iniziato dopo una malattia che non ha ancora ricevuto una diagnosi, la cui prevalenza è stata stimata in questa indagine al 13% tra la popolazione affetta da dolore cronico. La mancata diagnosi potrebbe derivare da ritardi nell'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche per un inquadramento diagnostico di precisione, come visite di terapia del dolore, indagini strumentali radiodiagnostiche, ecc., condizione che comunque segnala un'assenza di ipotesi diagnostica espressa dal medico di medicina generale. La mancata diagnosi può anche essere legata all'inespressione del proprio dolore al personale sanitario, fenomeno che potrebbe verificarsi soprattutto in presenza di dolori di intensità lieve o molto lieve. Ma questa mancata diagnosi potrebbe derivare anche dalla difficoltà vera e propria di giungere a una diagnosi certa, come in presenza di patologie che possono essere anche molto gravi ma di difficile inquadramento, quali la fibromialgia o la vulvodinia o sindromi dolorose persistenti in presenza di comorbidità di natura psichiatrica. Si può infatti ipotizzare che tra i casi di dolore cronico iniziato dopo una malattia che non ha ancora ricevuto una diagnosi rientrino condizioni di dolore cronico iscritte in quadri di multimorbilità cronica o in quadri comunque complessi, che oggi potremmo catalogare come "dolore-malattia" o "dolore idiopatico" (32, 33) oppure "dolore nociplastico" (34), che deriva da una disfunzione dei sistemi somatosensoriali, incluso nell'ICD-11, fra le sindromi dolorose croniche primarie (35)

e in grado di sfuggire a un inquadramento diagnostico di precisione in assenza di marker diagnostici specifici (36). Va poi evidenziato che in una quota non trascurabile di casi (23,7%) il dolore cronico iniziato dopo una malattia non diagnosticata è riferito come forte o molto forte, e che se nell'intera popolazione di affetti le persone che non ricorrono ad alcun trattamento sono il 14,6%, nelle persone con dolore cronico scatenato da una malattia non diagnosticata questa prevalenza raddoppia e arriva al 28,2%. Sembra quindi esistere un sottogruppo di persone affette da dolore cronico, a volte anche forte o molto forte, che non hanno ancora ricevuto una diagnosi della malattia scatenante e che non effettuano o non hanno effettuato alcun trattamento. Si può prefigurare l'esistenza, quindi, di un "iceberg" di sofferenza inespressa e quindi "trasparente" al sistema sanitario o, ancor peggio, che non trova risposte di cura e presa in carico, nonostante la persistenza e la severità del dolore, e che può determinare gravi costi psicosociali ed economici e che merita di ricevere attenzione dalle politiche sanitarie del nostro Paese.

Va comunque notato che la percentuale di persone residenti in Italia che non ricorrono a trattamenti nonostante il dolore cronico è inferiore a quella rilevata da altri studi europei. Un'indagine telefonica su pazienti con dolore muscoloscheletrico afferenti alle cure primarie (N = 5803), condotta in 8 Paesi europei, ha, ad esempio, mostrato che fino al 27% dei rispondenti non aveva mai cercato aiuto medico per il proprio dolore (37). Questa percentuale arriva addirittura al 31% in una review di studi europea su individui con diverse condizioni di dolore cronico (38) e al 55% in uno studio svedese su 1119 pazienti con dolore cronico al ginocchio o all'anca (39). Nonostante l'applicazione non ottimale della Legge 38/2010 - con tutte le conseguenze sopra illustrate relativamente alla diffusione del dolore cronico nel Paese - la sensibile minor prevalenza di "dolore cronico non trattato" in Italia potrebbe in parte riscattare l'operato di questa norma, riconoscendone alcuni contributi positivi. La norma italiana, infatti, è considerata a livello internazionale come esempio di civiltà, "chiave di volta" per una riflessione profonda sul tema del dolore e sulla necessità di rispondere ai bisogni della popolazione che ne è affetta.

Tale necessità è, in questa indagine, evidenziata anche dai dati relativi all'efficacia percepita delle cure antalgiche, che è considerata parziale o nulla, rispettivamente, dal 67% e dal 7% degli affetti, numeri tutt'altro che irrilevanti. Non possiamo sapere quali cure, nello specifico, siano percepite come più o meno efficaci, è auspicabile che ciò potrà essere il focus di future indagini. Questi risultati, comunque, sottolineano la necessità di ulteriori investimenti nella rete di terapia del dolore e nella ricerca sia biomedica che psicosociale su questo tema, per garantire ai cittadini strumenti innovativi di diagnosi e cura, percorsi strutturati di presa in carico maggiormente in grado di alleviarne la sofferenza e, non ultima, l'emersione dei fattori psicosociali e culturali che permangono dietro il fenomeno del dolore "inespresso".

Bibliografia

1. Breivik H, Cherny N, Collett B, De Conno F, Filbet M, Foubert AJ, Cohen R, Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology* 2009;20(8):1420-33.
2. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 2011;11(1):1-5.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006;10(4):287-333.
4. Del Giorno R, Frumento P, Varrassi G, Paladini A, Coaccioli S. Assessment of chronic pain and access to pain therapy: a cross-sectional population-based study. *Journal of Pain Research* 2017;6(10):2577-84.
5. Leadley RM, Armstrong N, Lee YC, Allen A, Kleijnen J. Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2012;26(4):310-25.

6. Fagnani C, Toccaceli V, Tenti M, Medda E, Ferri M, Stazi MA, Raffaelli W. An Italian Twin Study of Non-Cancer Chronic Pain as a Wide Phenotype and Its Intensity. *Medicina* 2022;58(11):1522.
7. GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, Burnett R, Casey D, Coates MM, Cohen A, Delwiche K, Estep K, Frostad JJ, Astha KC, Kyu HH, Moradi-Lakeh M, Ng M, Slepak EL, Thomas BA, *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287–323.
8. Bergman S, Herrström P, Högström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *The Journal of Rheumatology* 2001;28(6):1369-77.
9. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Guimaraes Borges GL, Bromet EJ, Demyttenaere K, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Lepine JP, Haro JM, Levinson D, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Seedat S, Watanabe M. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The Journal of Pain* 2008;9(10):883-91.
10. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain* 2012;13(8):773-83.
11. Kurita GP, Sjøgren P, Juel K, Højsted J, Ekholm O. The burden of chronic pain: a cross-sectional survey focusing on diseases, immigration, and opioid use. *Pain* 2012;153(12):2332-8.
12. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine* 2001;17(3):417-31.
13. Mullins S, Hosseini F, Gibson W, Thake M. Physiological changes from ageing regarding pain perception and its impact on pain management for older adults. *Clinical Medicine* 2022;22(4):307.
14. McQueenie R, Jani BD, Siebert S, McLoone P, McCowan C, Macdonald S, Mair FS, Nicholl BI. Prevalence of chronic pain in LTCs and multimorbidity: A cross-sectional study using UK Biobank. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity* 2021;11:26335565211005870.
15. Keefe FJ, Lefebvre JC, Egert JR, Affleck G, Sullivan MJ, Caldwell DS. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain* 2000;87(3):325-34.
16. Fillingim RB, Doleys DM, Edwards RR, Lowery D. Clinical characteristics of chronic back pain as a function of gender and oral opioid use. *Spine* 2003;28(2):143-50.
17. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley 3rd JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain* 2009;10(5):447-85.
18. Barnabe C, Bessette L, Flanagan C, LeClercq S, Steiman A, Kalache F, Kung T, Pope JE, Haraoui B, Hochman J, Mosher D, Thorne C, Bykerk V. Sex differences in pain scores and localization in inflammatory arthritis: a systematic review and metaanalysis. *The Journal of Rheumatology* 2012;39(6):1221-30.
19. Mogil JS. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience* 2012;13(12):859-66.
20. Tang YR, Yang WW, Wang YL, Lin L. Sex differences in the symptoms and psychological factors that influence quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2012;24(6):702-7.
21. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia* 2013;111(1):52-8.
22. Pieretti S, Di Giannuario A, Di Giovannandrea R, Marzoli F, Piccaro G, Minosi P, Aloisi AM. Gender differences in pain and its relief. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2016;52(2):184-9.

23. Tsuji H, Tetsunaga T, Tetsunaga T, Misawa H, Oda Y, Takao S, Nishida K, Ozaki T. Factors influencing caregiver burden in chronic pain patients: A retrospective study. *Medicine* 2022;101(39):e30802.
24. Torrance N, Elliott AM, Lee AJ, Smith BH. Severe chronic pain is associated with increased 10 years mortality. A cohort record linkage study. *European Journal of Pain* 2010;14(4):380-6.
25. Landmark T, Romundstad P, Borchgrevink PC, Kaasa S, Dale O. Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: evidence from the HUNT 3 study. *Pain* 2011;152(10):2241-7.
26. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, Kerns R, Von Korff M, Porter L, Helmick C. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults - United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2018;67(36):1001-6.
27. Langley PC. The societal burden of pain in Germany: health-related quality-of-life, health status and direct medical costs. *Journal of Medical Economics* 2012;15(6):1201-15.
28. Toblin RL, Mack KA, Perveen G, Paulozzi LJ. A population-based survey of chronic pain and its treatment with prescription drugs. *Pain* 2011;152(6):1249-55.
29. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain* 2019;160(1):45-52.
30. Radresa O, Chauny JM, Lavigne G, Piette E, Paquet J, Daoust R. Current views on acute to chronic pain transition in post-traumatic patients: risk factors and potential for pre-emptive treatments. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2014;76(4):1142-50.
31. 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.
32. Raffaelli W. Du symptôme douleur à la maladie douleur. Chronique d'une transformation incertaine. *Revue des Sciences Sociales* 2015;53:10-6.
33. Raffaelli W, Arnaudo E. Pain as a disease: an overview. *Journal of Pain Research* 2017;21(10):2003-8.
34. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice AS, Rief W, Sluka AK. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain* 2016;157(7):1382-6.
35. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R., Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. 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.
36. Raffaelli W, Malafoglia V, Bonci A, Tenti M, Ilari S, Gremigni P, Iannuccelli C, Gioia C, Di Franco M, Mollace V, Vitiello L, Tomino C, Muscoli C. Identification of MOR-positive B cell as possible innovative biomarker (Mu Lympho-Marker) for chronic pain diagnosis in patients with fibromyalgia and osteoarthritis diseases. *International Journal of Molecular Sciences* 2020;21(4):1499.
37. Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, Veale DJ, Martin-Mola E. Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2004;63(4):342-7.
38. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, Kleijnen J. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion* 2011;27(2):449-62.
39. Thorstensson CA, Gooberman-Hill R, Adamson J, Williams S, Dieppe P. Help-seeking behaviour among people living with chronic hip or knee pain in the community. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009;10(1):153.

Capitolo 3

CORRELATI PSICOSOCIALI DEL DOLORE CRONICO

*Alice Maraschini (a), *Michael Tenti (b), Emanuela Medda (c), Corrado Fagnani (c), Antonella Gigantesco (c), William Raffaeli (b), Giada Minelli (a), Alessandra Burgio (d), Lidia Gargiulo (d), Laura Iannucci (d), Virgilia Toccaceli (c)

(a) Servizio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Fondazione ISAL, Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche, Rimini

(c) Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(d) Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza e Previdenza, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

*Gli autori hanno contribuito egualmente al lavoro

Salute mentale

Sintomi depressivi nelle ultime due settimane

L'analisi congiunta della prevalenza del dolore cronico e della sintomatologia depressiva, misurata tramite il questionario PHQ-8 (*Patient Health Questionnaire-8*) (1) (per approfondimenti si rimanda all'indicatore "Sintomatologia depressiva" descritto nel paragrafo "Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico" del capitolo 1) mostra una diffusione di sintomi depressivi da moderati a gravi molto maggiore tra gli individui affetti da dolore cronico (13,1%) rispetto ai non affetti (1,8%). Una differenza sostanziale che si osserva ad ogni livello di sintomatologia depressiva (Tabella 1).

Tabella 1. Sintomi depressivi riportati nelle ultime due settimane da persone adulte per presenza di dolore cronico - EHIS Italia 2019

Sintomi depressivi da PHQ8	PHQ8 punteggi	Con dolore cronico		Senza dolore cronico	
		%	IC 95%	%	IC 95%
Nessuno	8-12	65,5	64,4-66,6	91,5	91,2-91,9
Lievi	13-17	21,4	20,4-22,3	6,7	6,4-7,1
Moderati	18-22	7,3	6,7-8	1,2	1-1,3
Moderatamente gravi	23-27	3,6	3,1-4	0,4	0,3-0,5
Gravi	28-32	2,2	1,9-2,6	0,2	0,1-0,2
Totale VA*		10.170.610		33.015.250	

*Stima dei valori assoluti (VA), esclusa la mancata risposta totale (si veda la nota 1 del capitolo 2). IC = Intervallo di Confidenza

Nella popolazione con dolore cronico, la prevalenza di sintomi depressivi ha un andamento lievemente crescente con l'età. Questo fenomeno non si osserva tra i non affetti, che vedono un aumento della prevalenza solo tra gli individui di 75 anni e più. Tuttavia, è nelle fasce di età più giovani che la prevalenza dei sintomi depressivi è, in proporzione, molto più elevata negli affetti rispetto alla popolazione di riferimento (Figura 1).

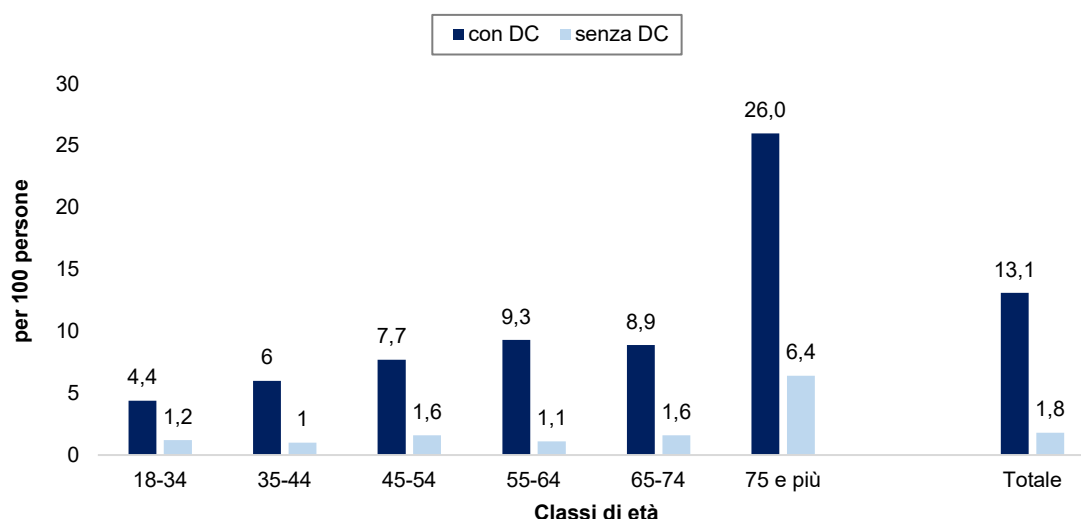


Figura 1. Popolazione adulta con sintomi depressivi da moderati a gravi, per presenza di dolore cronico (DC) e classi di età - EHIS Italia 2019

Sintomatologia depressiva moderata e grave nella popolazione con dolore cronico

Le differenze tra i sessi sono molto evidenti: complessivamente, soffrono di sintomi depressivi da moderati a gravi il 15,5% delle femmine contro il 9,4% dei maschi. Tali differenze si evidenziano fra gli ultra74enni, ma sono in proporzione ancor più elevate nelle fasce di età più giovani e in particolare nella fascia 35-44 anni, dove le femmine soffrono di sintomi depressivi da moderati a gravi 3 volte più dei maschi (Figura 2).

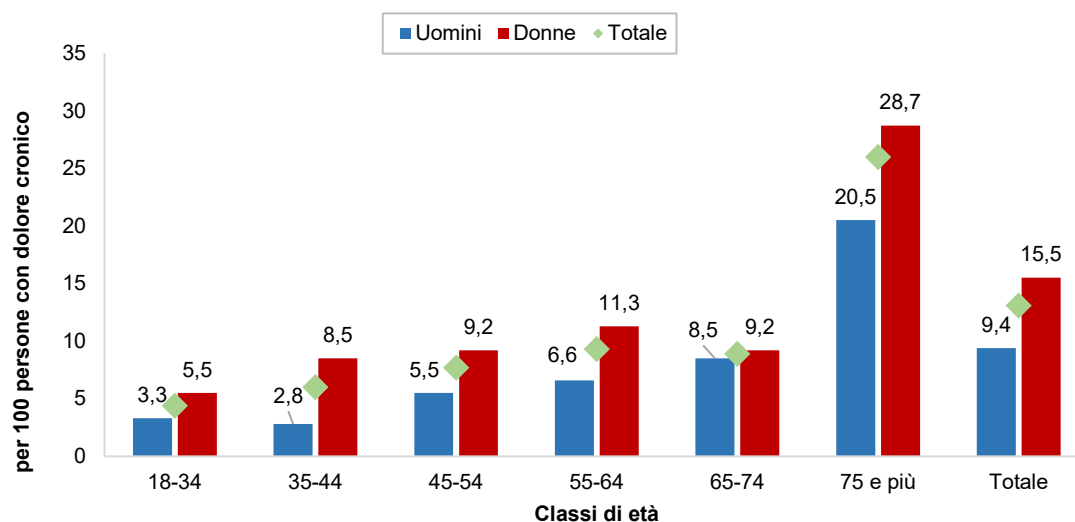


Figura 2. Popolazione adulta che soffre di dolore cronico con sintomi depressivi da moderati a gravi, per classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

La compresenza di sintomi depressivi da moderati a gravi mostra un chiaro gradiente sociale. Infatti, ne sono generalmente più colpite le persone con un basso livello di istruzione. La relazione si conferma sia utilizzando il livello di istruzione come indicatore di status socioeconomico, sia utilizzando la distribuzione della popolazione per quinti di reddito (riferito al reddito mensile familiare, da I = reddito più basso a V = reddito più alto) (per approfondimenti si rimanda alla nota 2 nel paragrafo “Disuguaglianze sociali nel dolore cronico” del capitolo 2) (Figure 3a e 3b). Le differenze tra uomini e donne sembrano essere più marcate tra le persone anziane con un basso livello socioeconomico. (NB: nella classe dei più giovani le frequenze sono basse e quindi i risultati più instabili).

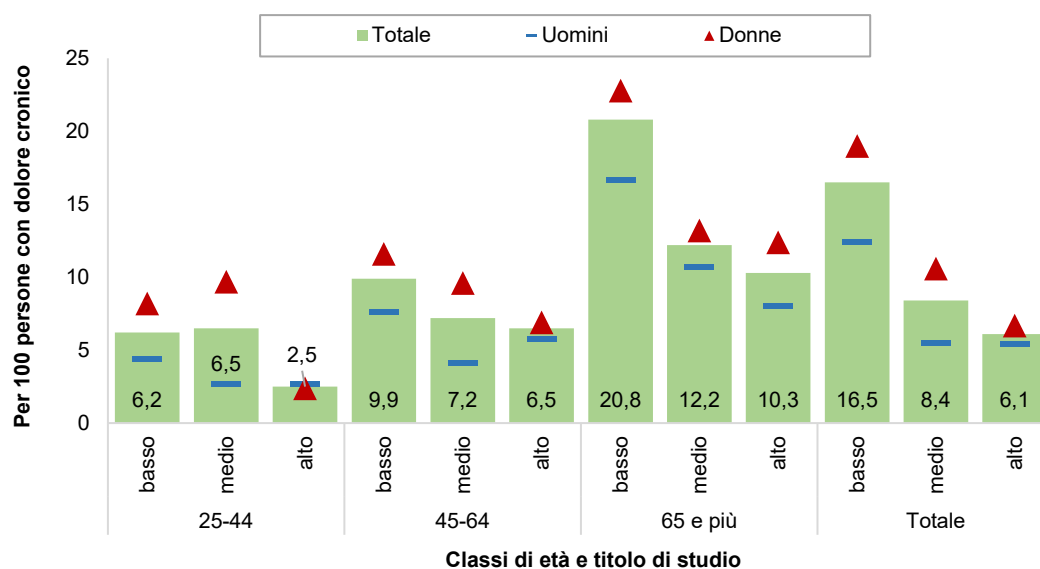


Figura 3a. Persone di 25 anni e più che soffrono di dolore cronico e con sintomi depressivi da moderati a gravi, per livello di istruzione, classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

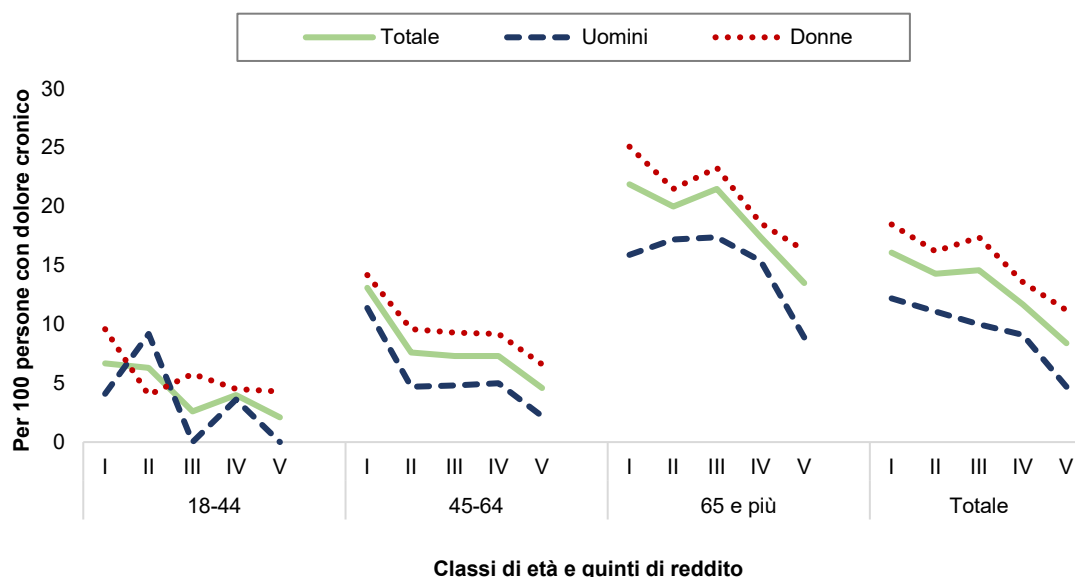


Figura 3b. Persone adulte che soffrono di dolore cronico e di sintomi depressivi da moderati a gravi, per quinti di reddito, classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

L'analisi congiunta della sintomatologia depressiva con l'intensità del dolore cronico evidenzia come al crescere di quest'intensità cresca anche la gravità dei sintomi depressivi. Gravi sintomi depressivi sono rari negli individui con dolore cronico molto lieve o lieve (in entrambi i gruppi la prevalenza è pari allo 0,4%), mentre crescono progressivamente e sono sempre più frequenti all'aumentare dell'intensità del dolore, fino a raggiungere una prevalenza importante (12,1%) nelle persone che soffrono di dolore cronico molto forte (Figura 4). In sintesi, quando l'intensità del dolore è molto forte, 2 individui su 3 riportano sintomi depressivi.

Se si combinano le informazioni sull'evento scatenante il dolore cronico con il livello della sintomatologia depressiva, si può osservare come la prevalenza di persone che riferiscono una sintomatologia depressiva da moderata a grave sia più elevata tra coloro che indicano come evento scatenante una malattia diagnosticata (15,8%), seguono, subito dopo, coloro che indicano come evento scatenante un intervento chirurgico (14,1%) (Figura 5).

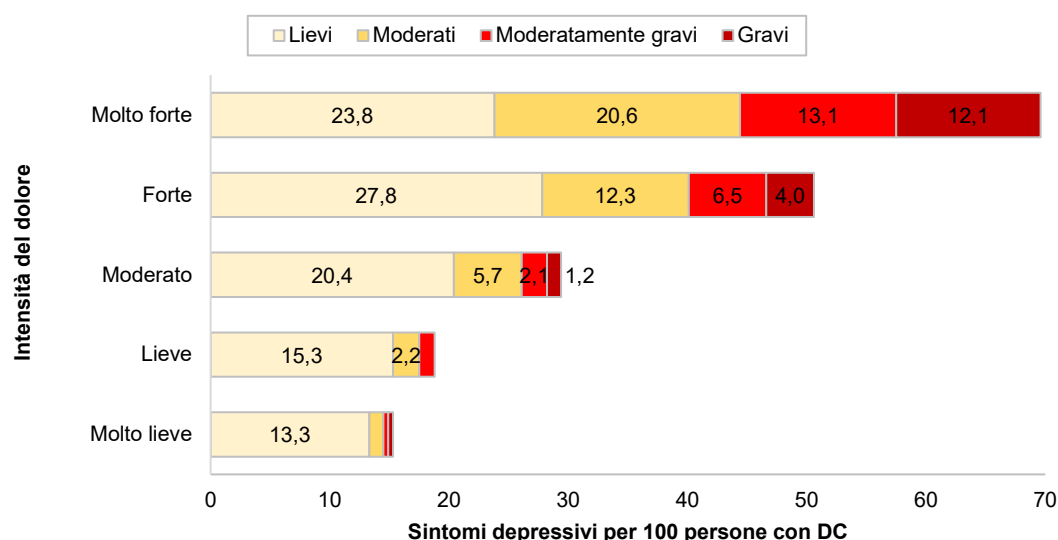


Figura 4. Popolazione adulta con dolore cronico per intensità del dolore e gravità dei sintomi depressivi - EHIS Italia 2019

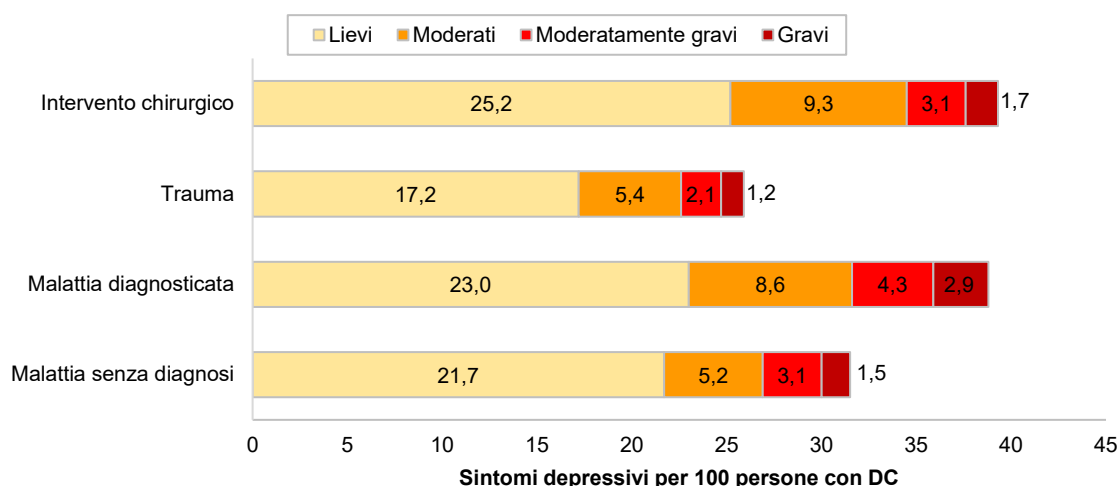


Figura 5. Popolazione adulta con dolore cronico per evento scatenante il dolore e gravità dei sintomi depressivi - EHIS Italia 2019

Disturbi d'ansia diagnosticati dal medico

L'analisi congiunta della prevalenza del dolore cronico con la presenza di ansia cronica grave diagnosticata dal medico mostra una maggiore diffusione di problematiche di grave ansia tra gli individui affetti da dolore cronico (7,9%) rispetto ai non affetti (1,5%).

La prevalenza di ansia grave ha un andamento crescente con l'età, sia tra gli affetti da dolore cronico che tra i non affetti, e raggiunge il picco della distribuzione fra gli individui di 75 anni e più per entrambi i gruppi (Figura 6).

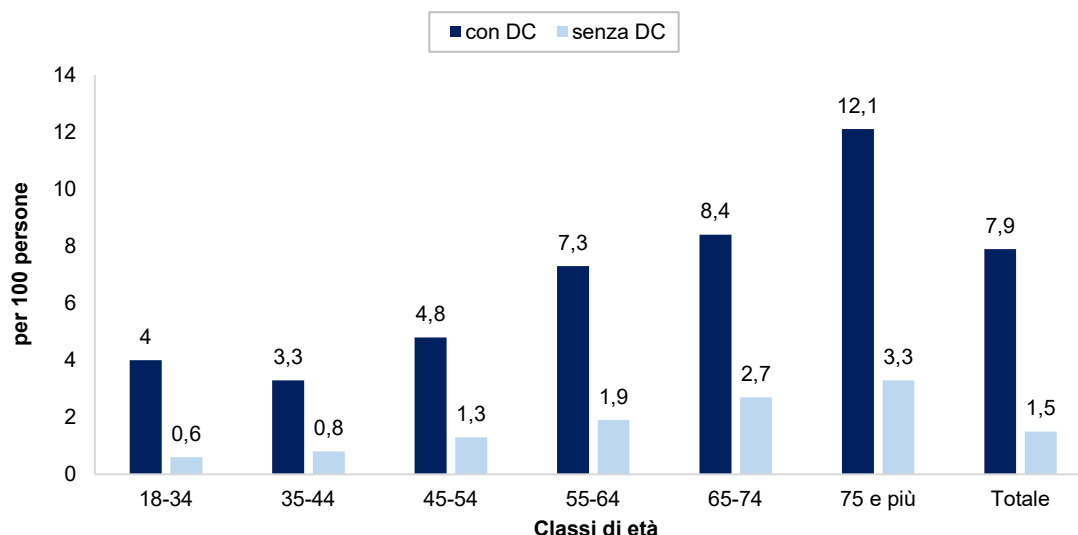


Figura 6. Popolazione adulta con ansia cronica grave diagnosticata dal medico nell'ultimo anno, per presenza di dolore cronico e classe di età - EHIS Italia 2019

Ansia grave diagnosticata nella popolazione con dolore cronico

Come per la depressione, anche la distribuzione della prevalenza di ansia grave per titolo di studio mostra la presenza di un gradiente sociale nella popolazione affetta da dolore cronico.

Infatti, ne sono generalmente più colpite le persone con un basso livello di istruzione: l'ansia grave è presente nel 9,6% delle persone con più basso livello di istruzione rispetto al 4,4% delle persone con un titolo di studio più elevato.

La relazione si conferma sia utilizzando come indicatore di status socioeconomico il livello di istruzione, sia utilizzando la distribuzione della popolazione per quinti di reddito (reddito mensile familiare).

Le femmine, in generale, risultano essere maggiormente affette da ansia grave rispetto ai maschi, in tutte le classi di età, per tutti i livelli di istruzione.

Le disuguaglianze sociali risultano meno marcate nella classe di età dei più giovani (NB: in questa classe le frequenze sono basse e quindi i risultati più instabili), mentre nella popolazione femminile adulta e anziana il gradiente sociale è notevole (Figure 7a e 7b).

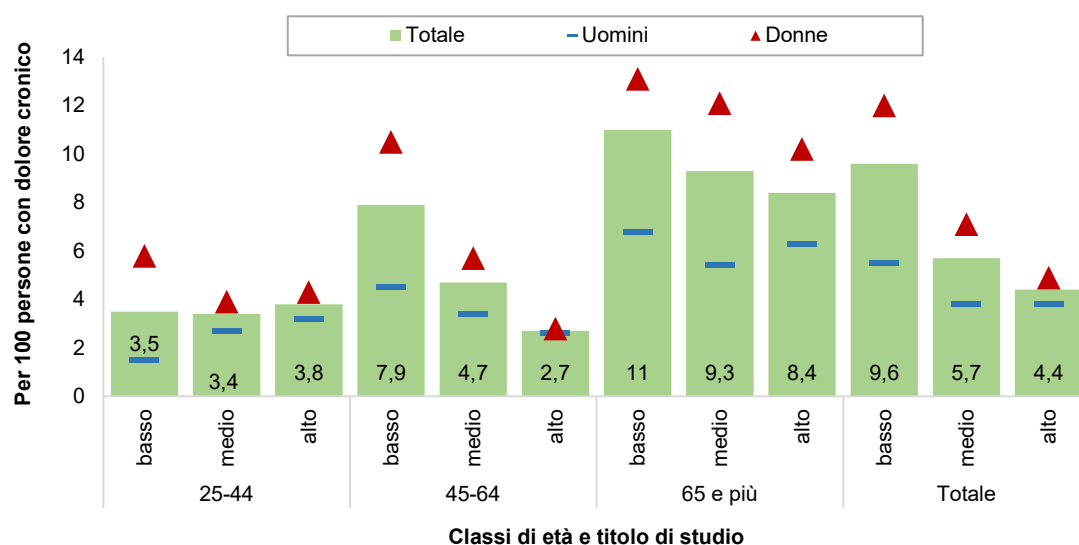


Figura 7a. Popolazione adulta che soffre di dolore cronico e ansia cronica grave diagnosticata dal medico nell'ultimo anno, per sesso, classi di età e titolo di studio - EHIS Italia 2019

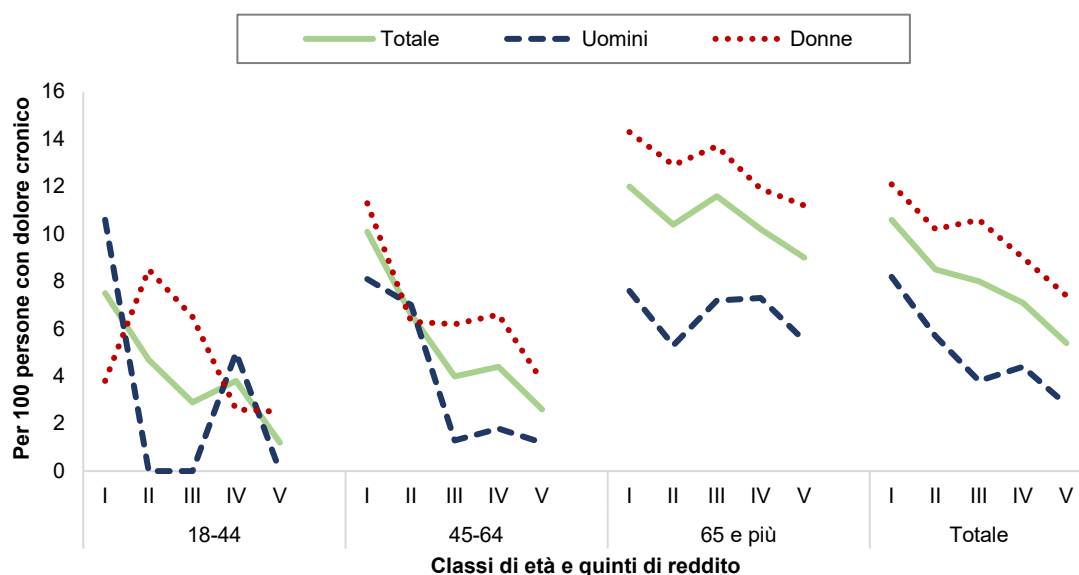


Figura 7b. Popolazione adulta che soffre di dolore cronico e ansia cronica grave diagnosticata dal medico nell'ultimo anno, per sesso, classi di età e quinti di reddito - EHIS Italia 2019

Indice di salute mentale

L'indice di salute mentale (*Mental Health*, MH) sintetizza la sofferenza psicologica nelle 4 settimane precedenti l'intervista. All'aumentare dell'indice aumenta il senso di benessere (per una descrizione dettagliata dell'indice MH si rimanda a "Indice di salute mentale" al paragrafo "Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico" del capitolo 1). Come atteso, le persone

con dolore cronico hanno un indice di salute mentale medio significativamente inferiore a quello delle persone non affette (Tabella 2).

Tabella 2. Indice di salute mentale nelle persone adulte per presenza di dolore cronico - EHIS Italia 2019

Indice	Con dolore cronico		Senza dolore cronico		p-value
	Media	DS	Media	DS	
Salute mentale (MH)	65,4	20,1	78,3	15,2	<0,001
Totale VA*	10.221.862		33.173.870		

*Stime dei valori assoluti (VA), esclusa la mancata risposta totale (si veda la nota 1 nel paragrafo "Il dolore cronico in Italia" del capitolo 2). DS = Deviazione Standard.

L'indice MH medio tende a diminuire all'aumentare dell'età e raggiunge il picco minimo tra gli individui di 75 anni e più, in particolare tra gli affetti da dolore cronico (Figura 8).

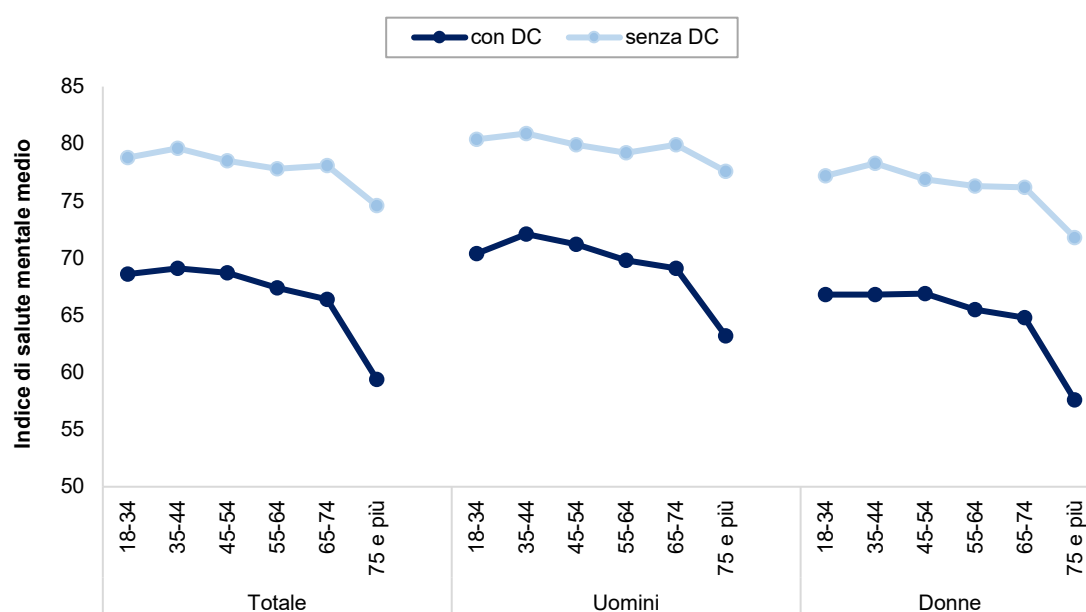


Figura 8. Indice di salute mentale medio nella popolazione adulta, per presenza di dolore cronico (DC) e classi di età - EHIS Italia 2019

In generale, le femmine con dolore cronico hanno un indice MH medio significativamente più basso (M 63,2; DS 20,4) rispetto ai maschi (M 68,6; DS 19,3). Questa tendenza è presente in tutte le fasce di età. In particolare, le femmine con età più avanzata affette da dolore cronico sono, in assoluto, le persone con un indice MH medio più basso (M 57,6).

L'analisi congiunta dell'intensità del dolore cronico con l'indice MH mostra una diminuzione dell'indice MH medio all'aumentare dell'intensità del dolore, per entrambi i sessi. In particolare, la popolazione che soffre di dolore cronico di intensità forte o molto forte vede, con l'aumentare dell'età, un precipitare dell'indice MH medio, per i maschi dopo i 55 anni, per le femmine già dai 35 anni (Figura 9).

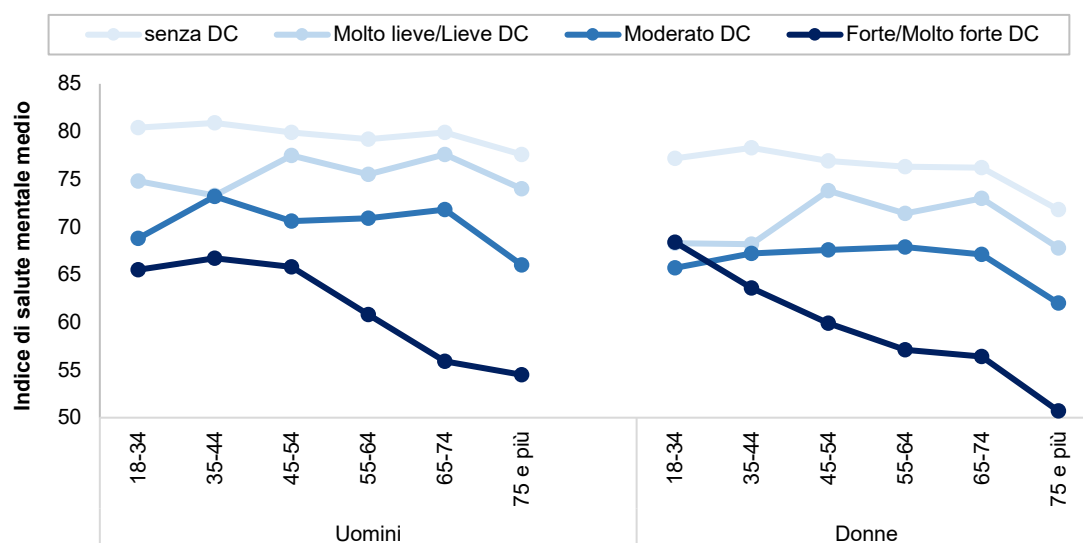


Figura 9. Indice di salute mentale medio nella popolazione adulta per intensità del dolore cronico (DC), classi di età e sesso - EHIS Italia 2019

Indice di salute mentale nella popolazione con dolore cronico

L'analisi dell'indice MH medio nelle persone affette da dolore cronico mostra come migliori condizioni socioeconomiche sembrano associarsi ad un benessere mentale maggiore: l'indice MH medio, infatti, aumenta per livelli d'istruzione più elevati, a tutte le età, per entrambi i sessi. Le femmine mostrano uno svantaggio, in termini di salute mentale, in tutte le fasce di età. Rispetto al livello di istruzione, lo svantaggio delle femmine è sempre confermato; solo in presenza di un titolo di studio elevato e di un'età avanzata l'indice delle femmine sembra avvicinarsi a quello dei coetanei maschi (Figura 10).

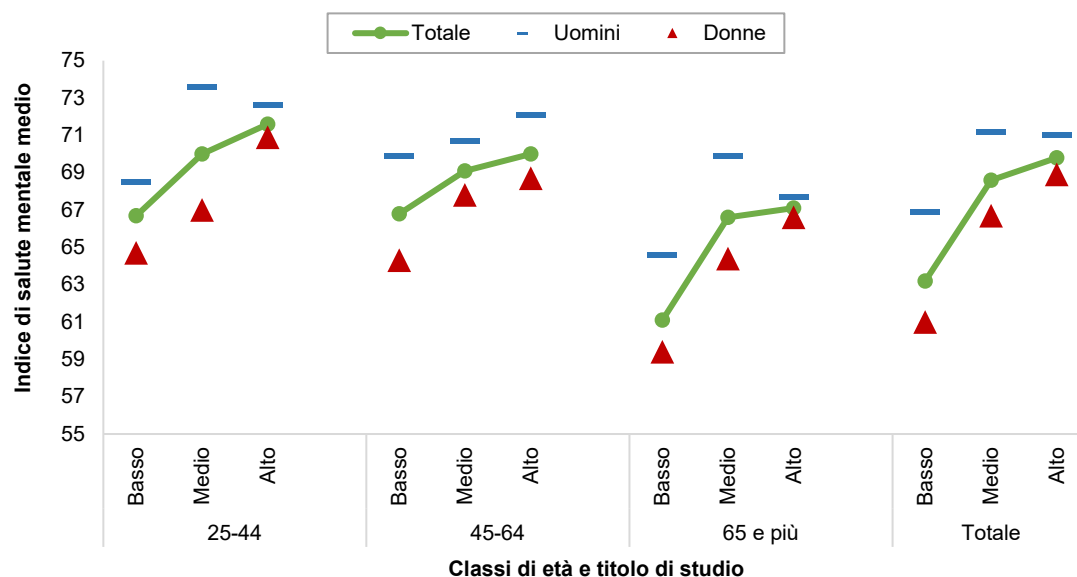


Figura 10. Indice di salute mentale medio nelle persone di 25 anni e più con dolore cronico, per classi di età, sesso e titolo di studio conseguito - EHIS Italia 2019

Indice di vitalità

L'indice di vitalità misura il livello di energia e affaticamento nelle 4 settimane precedenti l'intervista. Valori più elevati indicano una maggiore vitalità (per una descrizione dell'indice di vitalità si rimanda a "Indice di vitalità" al paragrafo "Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico" del capitolo 1). Come atteso, le persone con dolore cronico hanno un indice di vitalità significativamente più basso rispetto alla popolazione non affetta (inferiore, in media, di oltre 17 punti) (Tabella 3).

Tabella 3. Indice di vitalità nelle persone adulte per presenza di dolore cronico - EHIS Italia 2019

Indice	Con dolore cronico		Senza dolore cronico		p-value
	Media	DS	Media	DS	
Vitalità	51,5	20,2	68,7	16,7	<0,001
Totale VA*	10.221.862		33.173.870		

*Stime dei valori assoluti (VA), esclusa la mancata risposta totale (si veda la nota 1 nel capitolo 2). DS = Deviazione Standard.

Le persone di sesso femminile affette da dolore cronico registrano indici di vitalità più bassi dei maschi (l'indice medio è, rispettivamente, 48.9 e 55.3). Questo divario si conferma in tutte le fasce di età, mentre l'indice decresce per età sia tra gli affetti da dolore cronico che tra i non affetti (Figura 11).

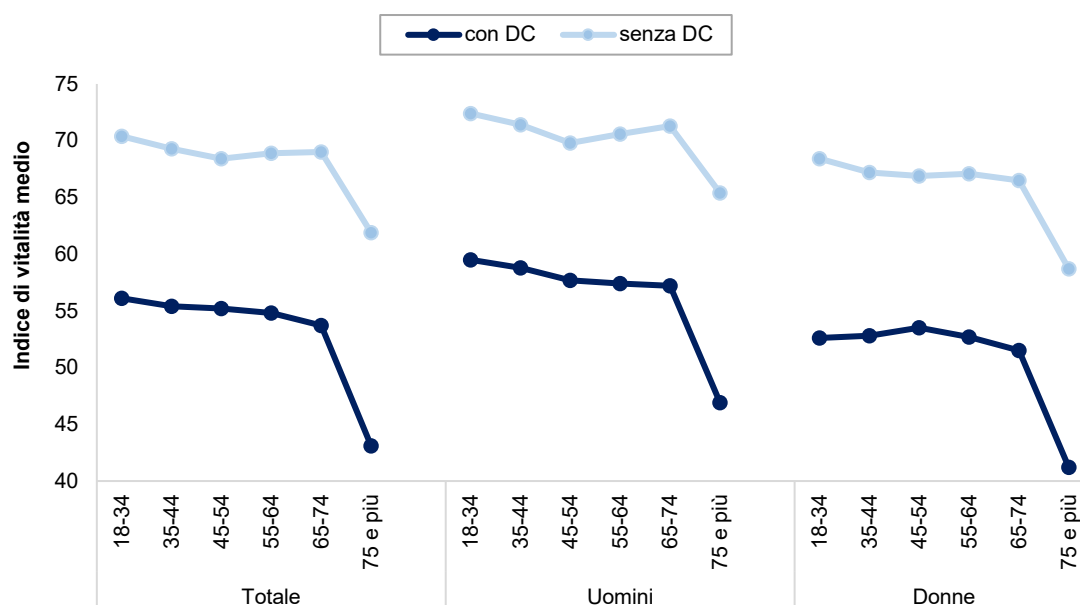


Figura 11. Indice di vitalità medio nella popolazione adulta, per presenza di dolore cronico (DC) e classi di età - EHIS Italia 2019

La Figura 12, invece, evidenzia come l'indice di vitalità diminuisca al crescere dell'intensità del dolore cronico.

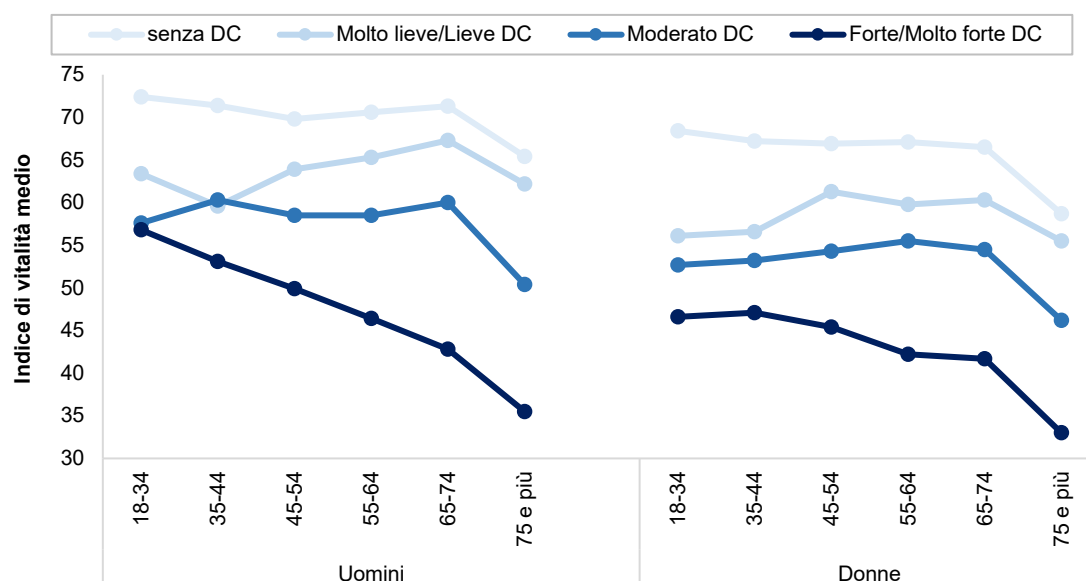


Figura 12. Indice di vitalità medio nelle persone adulte per intensità del dolore cronico (DC), classi di età e sesso - EHIS Italia 2019

Indice di vitalità nella popolazione con dolore cronico

Se si analizza l'indice di vitalità per titolo di studio, si notano indici di vitalità medi particolarmente bassi fra coloro che dichiarano un basso livello d'istruzione. L'analisi di questa relazione, stratificata per fasce di età, evidenzia come essa emerga chiaramente solo tra le persone di 65 anni e più, mentre è assente nella fascia di età 25-44 anni o è lieve nella fascia 45-64 anni. Come per l'indice MH, il divario tra i sessi sembra più contenuto tra le persone con livelli di istruzione più elevati (Figura 13).

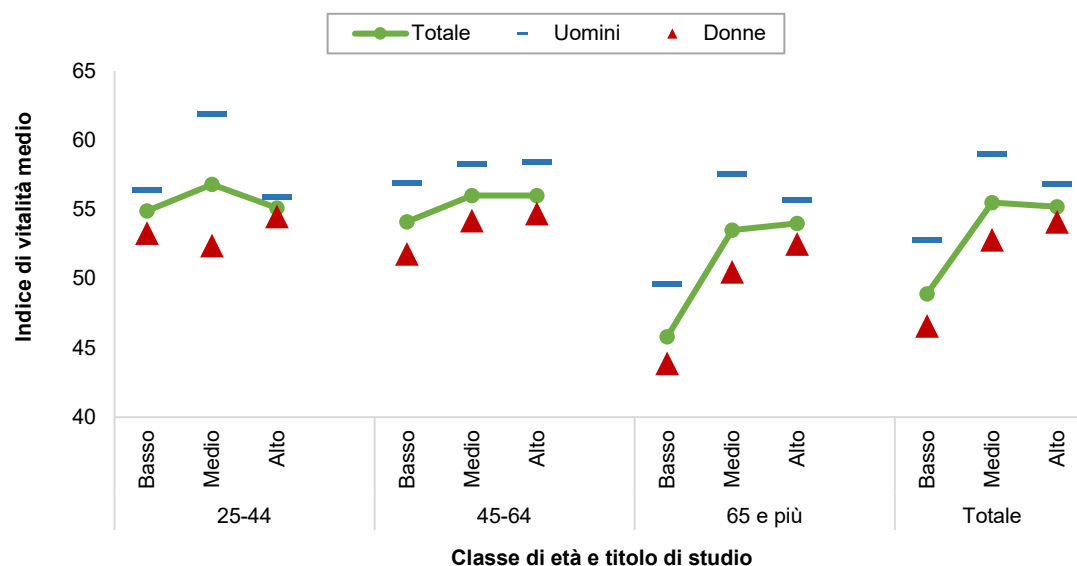


Figura 13. Indice di vitalità medio nelle persone di 25 anni e più che soffrono di dolore cronico, per classi di età, sesso e titolo di studio conseguito - EHIS Italia 2019

Limitazioni funzionali e nell'autonomia

Gravi difficoltà nelle attività motorie

L'indicatore ISTAT "difficoltà motorie" descrive difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri o a salire una rampa di scale di circa 12 scalini senza alcun aiuto, né fornito da persone, né da ausili (es. bastoni, stampelle, ecc.). Queste difficoltà possono essere "assenti", "moderate" o "gravi". L'analisi mostra una maggiore prevalenza di gravi difficoltà motorie tra gli affetti da dolore cronico (21,1%) rispetto alla popolazione di riferimento (2,1%), che tende a ridursi lievemente all'aumentare dell'età, pur rimanendo sostanziale anche tra gli ultra74enni, dove esiste un divario di 33 punti percentuali (Figura 14).

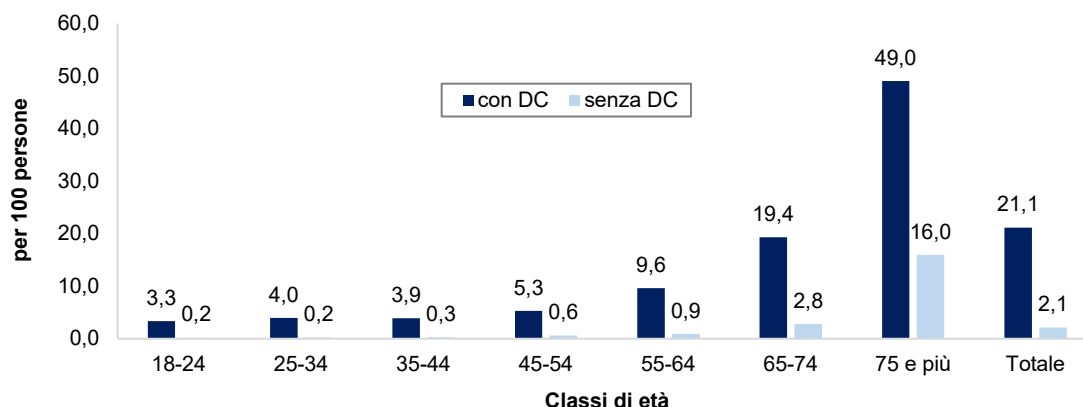


Figura 14. Popolazione adulta con gravi limitazioni motorie, per presenza di dolore cronico (DC) e classe di età - EHIS Italia 2019

Gravi difficoltà motorie nella popolazione con dolore cronico

Le gravi difficoltà motorie negli individui affetti da dolore cronico aumentano con l'avanzare dell'età. Tra i più giovani (18-34 anni), questa prevalenza è leggermente superiore nei maschi, mentre con l'aumentare dell'età la situazione si inverte a sfavore delle femmine, fino a raggiungere il suo massimo nei soggetti di 75 anni e più dove si registra una prevalenza del 54,2% di gravi difficoltà motorie tra le persone di sesso femminile rispetto al 38,2% tra i maschi (Figura 15).

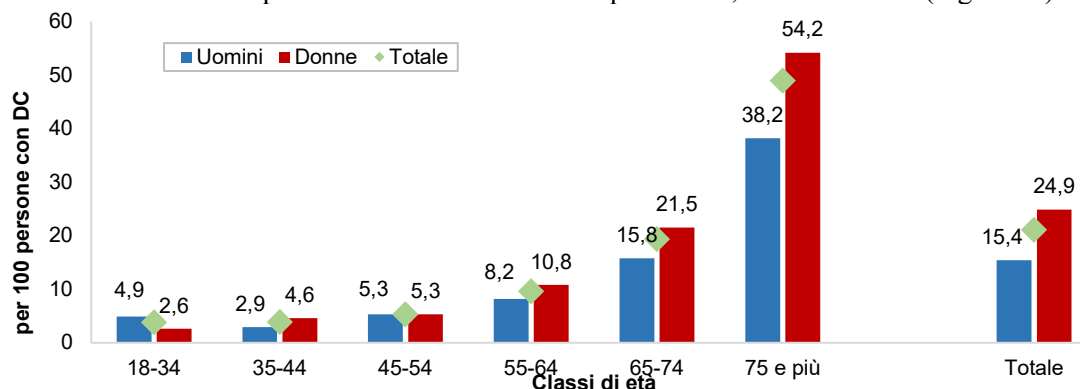


Figura 15. Persone con dolore cronico con gravi limitazioni motorie, per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Difficoltà e necessità di aiuto nelle cure personali

Difficoltà nelle cure personali

L'indicatore "difficoltà nelle attività di cura della persona" deriva dalla scala che misura il grado di autonomia/indipendenza nello svolgimento delle fondamentali attività quotidiane (ADL, *Activities of Daily Living*) (per una descrizione dettagliata si rimanda a "Difficoltà nelle attività di cura personali" al paragrafo "Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico" del capitolo 1). Queste difficoltà possono essere "assenti", "moderate" o "gravi".

Tra coloro che soffrono di dolore cronico, già nelle fasce di età più giovani è presente una quota di persone che riporta moderate o gravi difficoltà nelle cure personali, a differenza della popolazione di riferimento che, fino a 54 anni, riporta una qualche difficoltà nelle cure personali in meno dell'1% dei casi. In generale, e come atteso, all'aumentare dell'età aumenta la proporzione di persone con difficoltà nelle cure personali. Nella popolazione più anziana con dolore cronico più della metà degli individui riporta difficoltà nelle cure personali e nel 26,8% dei casi sono di tipo grave (Figura 16).

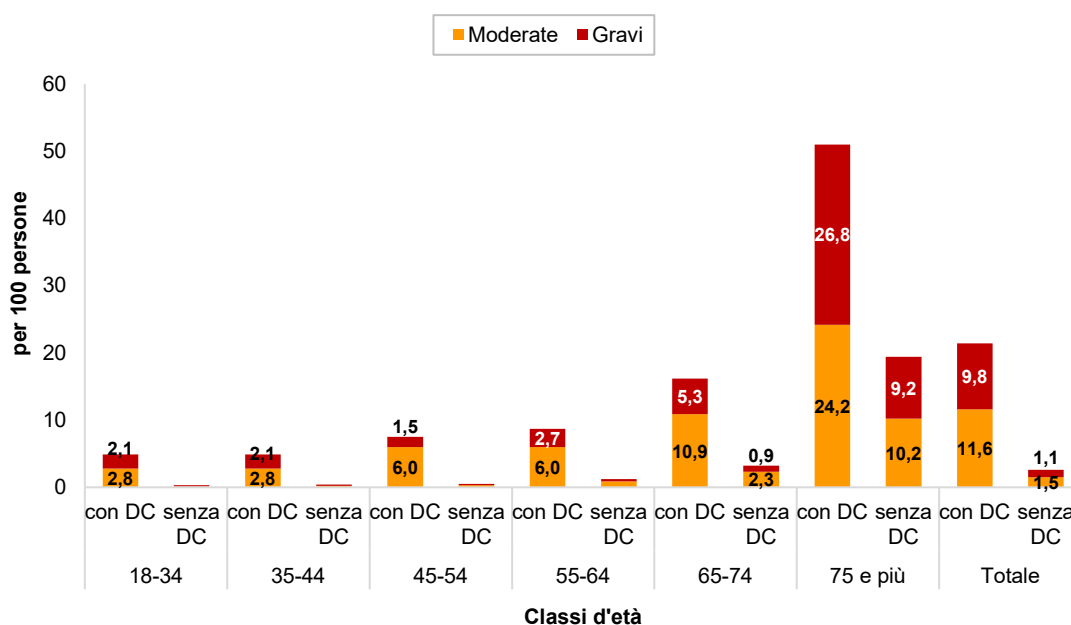


Figura 16. Popolazione adulta con moderate o gravi difficoltà nelle cure personali, per presenza di dolore cronico e classe di età - EHIS Italia 2019

Gravi difficoltà nelle cure personali nella popolazione con dolore cronico

Analizzando la popolazione affetta da dolore cronico, possiamo notare un trend simile a quello evidenziato per le difficoltà di tipo motorio, ovvero, tra i più giovani (18-34 anni) la prevalenza delle difficoltà gravi nelle cure personali è leggermente superiore nei maschi, mentre dall'età di 55 anni la situazione si inverte a sfavore delle femmine, fino a raggiungere il suo massimo nei soggetti di 75 anni e più. Nella fascia di età più anziana, quasi il 30% delle persone di sesso femminile dichiara di avere queste difficoltà rispetto al 21% dei maschi (Figura 17).

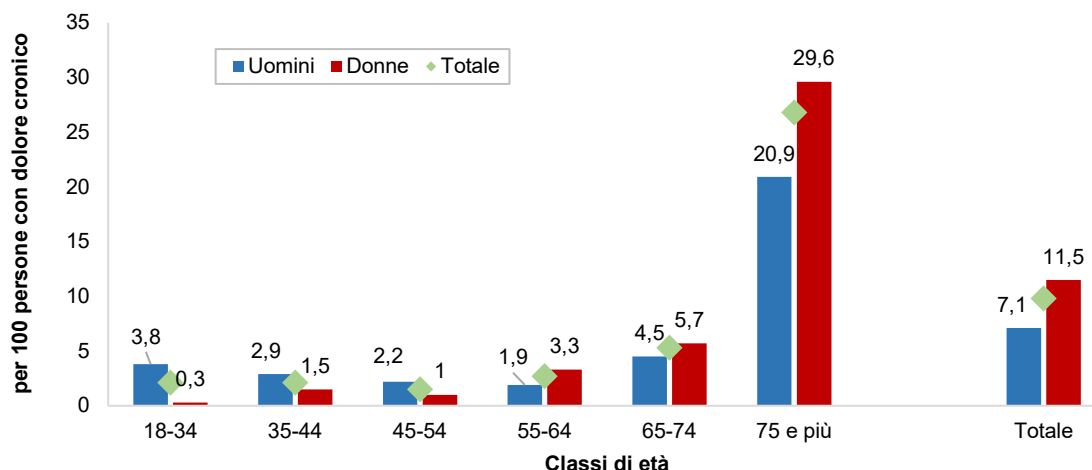


Figura 17. Popolazione adulta con dolore cronico e gravi difficoltà nelle cure personali, per sesso e classe di età - EHIS Italia 2019

Aiuto nelle cure personali

Agli intervistati che avevano dichiarato di avere difficoltà nelle attività di cura personale è stato chiesto se venisse loro fornito un aiuto da parte di altre persone o attraverso il supporto di ausili sufficiente a colmare il loro bisogno. L'aiuto ricevuto poteva essere giudicato "non necessario", "sufficiente" oppure "non sufficiente" (ovvero, mancanza di aiuto o aiuto ricevuto in misura inferiore ai bisogni percepiti). Il 47,6% delle persone con dolore cronico dichiara di non ricevere un aiuto sufficiente nelle attività di cura personali; nella popolazione non affetta questa percentuale è sensibilmente inferiore, pari al 34,5% (dati non mostrati).

Aiuto insufficiente nelle cure personali nella popolazione con dolore cronico

Esiste un divario tra i sessi, a svantaggio dei maschi dai 18 ai 34 anni (65,3%) e ancor più dai 35 ai 44 anni (70,7%). Il divario in queste fasce di età è molto ampio e nella fascia 18-34 anni è addirittura di quasi 50 punti percentuali (Figura 18).

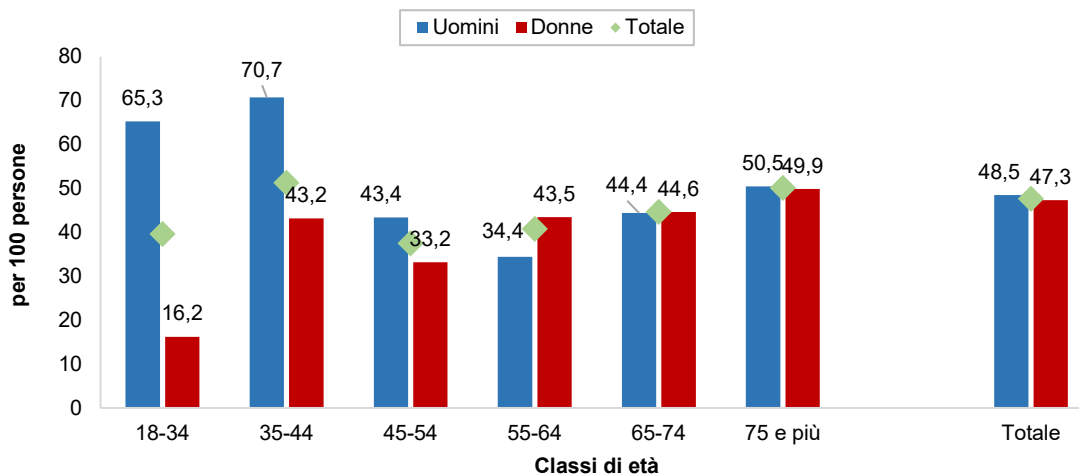


Figura 18. Popolazione adulta con dolore cronico e moderate o gravi difficoltà nelle cure personali che dichiara mancanza di aiuto, per classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

Difficoltà e necessità di aiuto nelle attività della vita domestica

Alle persone con un'età pari o superiore ai 65 anni è stato chiesto se avessero difficoltà in varie attività della vita domestica come preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

Le risposte sono sintetizzate nell'indicatore "Attività quotidiane strumentali di tipo domestico" (*Instrumental Activities of Daily Living*, IADL), che misura il grado di autosufficienza nelle attività strumentali domestiche, ovvero nelle attività necessarie per vivere in modo autonomo (per una descrizione dettagliata si rimanda all'indicatore "Difficoltà nelle attività della vita domestica" al paragrafo "Indicatori sintetici usati per descrivere il dolore cronico" del capitolo 1). L'indicatore esclude i casi di persone che non svolgono tali attività perché non hanno necessità di farlo. Tra le persone con 65 anni o più, il 66,2% degli affetti da dolore cronico dichiara di avere difficoltà nelle attività della vita domestica, per il 46,7% queste difficoltà sono gravi. Gravi o moderate difficoltà sono invece riportate dal 33,9% dei non affetti. Nella popolazione affetta da dolore cronico, le gravi difficoltà aumentano col crescere dell'età, passando da una prevalenza del 24,8% nella fascia d'età 65-74 anni all'81,2% tra gli ultra84enni (Figura 19).

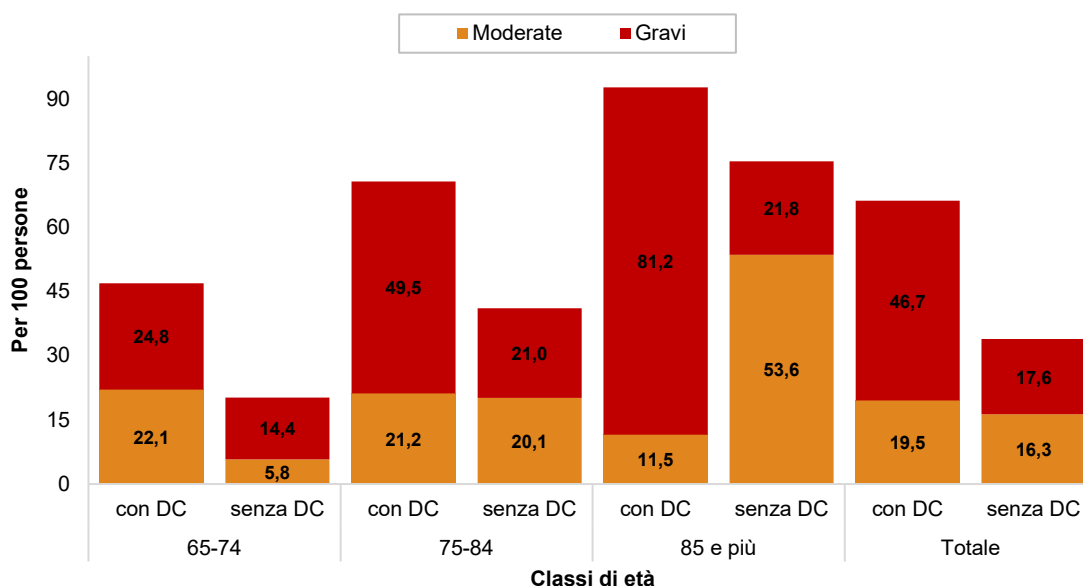


Figura 19. Popolazione di 65 anni e più con moderate o gravi difficoltà nelle attività della vita domestica, per presenza di dolore cronico e classe di età - EHIS Italia 2019

Difficoltà nelle attività della vita domestica nella popolazione con dolore cronico

Nel campione degli affetti da dolore cronico, le difficoltà nelle attività della vita domestica mostrano, oltre al loro aggravarsi con l'età sopra descritto, anche un divario tra i sessi. Sono infatti maggiori tra le donne in tutte le fasce d'età (Figura 20).

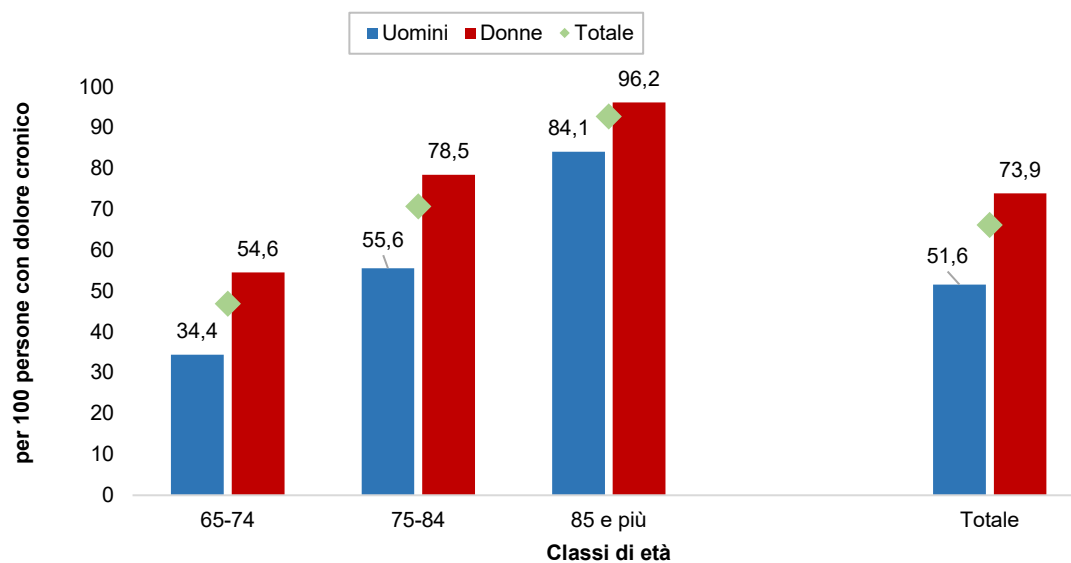


Figura 20. Popolazione di 65 anni e più con dolore cronico e moderate o gravi difficoltà nelle attività di vita domestica, per classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

Mancanza di aiuto nelle attività della vita domestica nella popolazione con dolore cronico

La mancanza di aiuto nelle attività domestiche viene dichiarata con un trend in aumento al crescere dell'età. Il divario tra i sessi sembra invece scomparire (Figura 21).

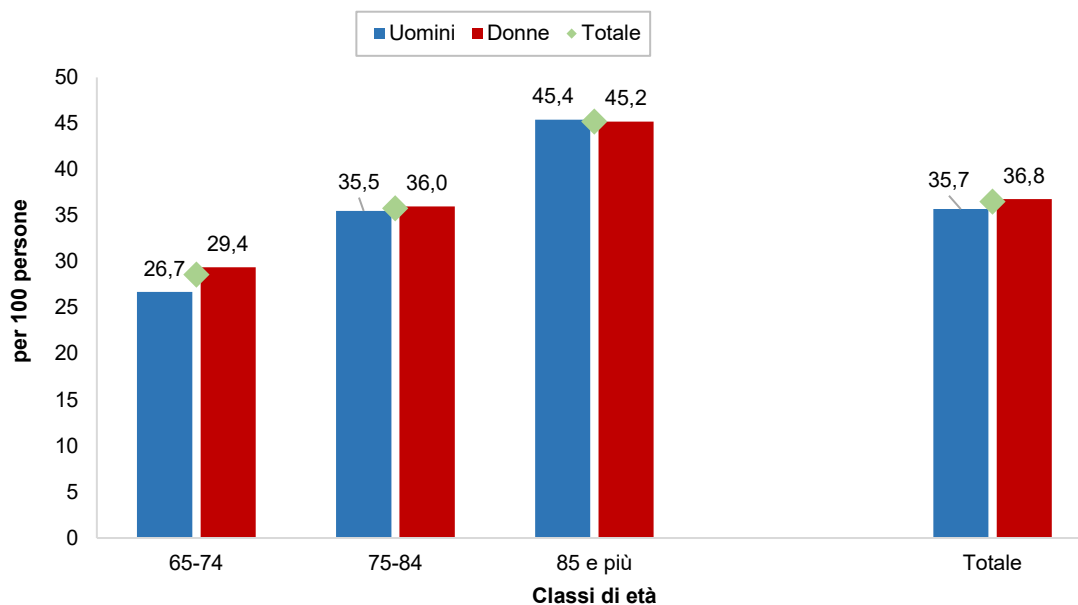


Figura 21. Popolazione di 65 anni e più con dolore cronico e moderate o gravi difficoltà nelle attività di vita domestica che dichiara mancanza di aiuto, per classe di età e sesso - EHIS Italia 2019

Interferenza del dolore nelle attività della vita quotidiana

Nelle ultime 4 settimane precedenti l'intervista, il dolore ha interferito nelle attività quotidiane dell'87% della popolazione affetta da dolore cronico; questa interferenza per più del 20% è stata molto importante (14,4% grave e 5,8% molto grave) (Figura 22). Nel sesso femminile si registra una maggiore interferenza del dolore riferito alle ultime 4 settimane, da grave a molto grave, sulle attività della vita quotidiana rispetto ai maschi (22,1% vs. 17,3%). All'aumentare dell'età aumentano le persone che riscontrano interferenze più gravi (dati non mostrati).

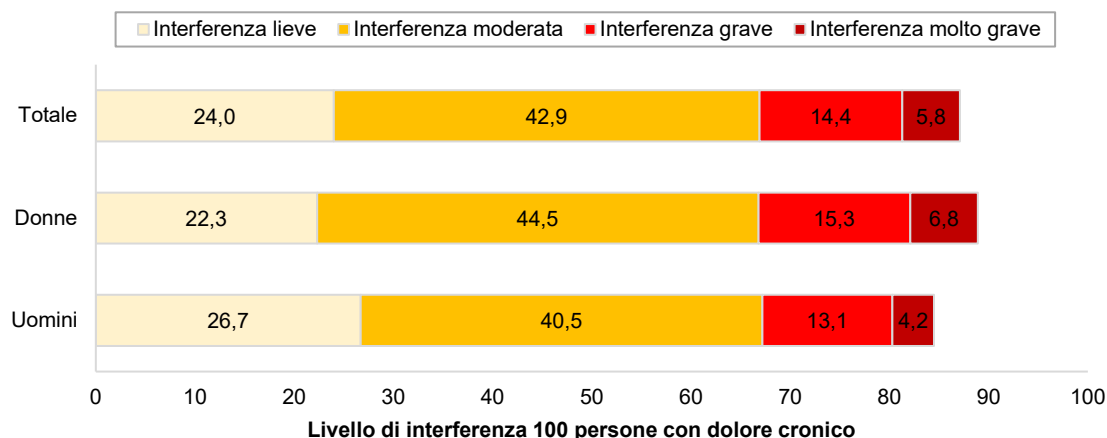


Figura 22. Livelli di interferenza del dolore nelle attività abituali delle ultime 4 settimane, nelle persone adulte con dolore cronico - EHIS Italia 2019

L'analisi congiunta dell'interferenza del dolore nelle attività abituali delle ultime 4 settimane e dell'intensità del dolore cronico mostra, inoltre, come il dolore interferisca in modo sensibilmente più grave al crescere della sua intensità. Se un'interferenza grave o molto grave si riscontra circa nel 2% degli individui con dolore molto lieve o lieve, tale interferenza sale al 50% tra le persone con forte dolore e al 76% tra coloro che riportano un dolore cronico molto forte (Figura 23).

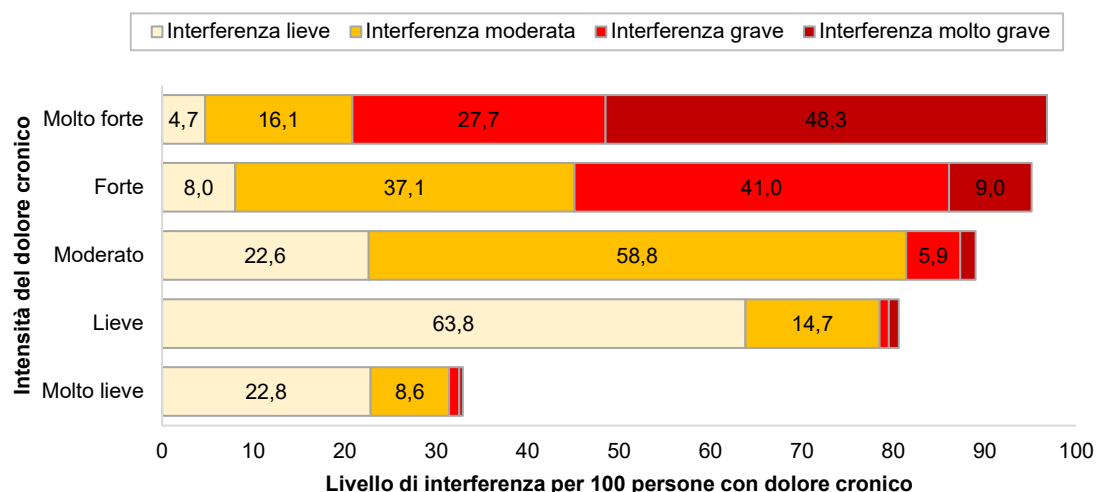


Figura 23. Interferenza del dolore cronico nelle attività quotidiane di persone adulte che soffrono di dolore cronico, per intensità del dolore - EHIS Italia 2019

Infine, l'analisi congiunta dell'interferenza del dolore nelle attività abituali delle ultime 4 settimane e dell'intensità della sintomatologia depressiva, mostra come il dolore interferisca sullo svolgimento di attività quotidiane in modo più grave al crescere della severità dei sintomi depressivi. In particolare, se un'interferenza grave o molto grave del dolore si riscontra nell'11,7% degli individui senza sintomi depressivi, essa è presente nel 58,8% degli individui affetti da dolore cronico con sintomi depressivi moderatamente gravi, e addirittura nel 74,2% di coloro che riportano sintomi depressivi gravi (Figura 24).

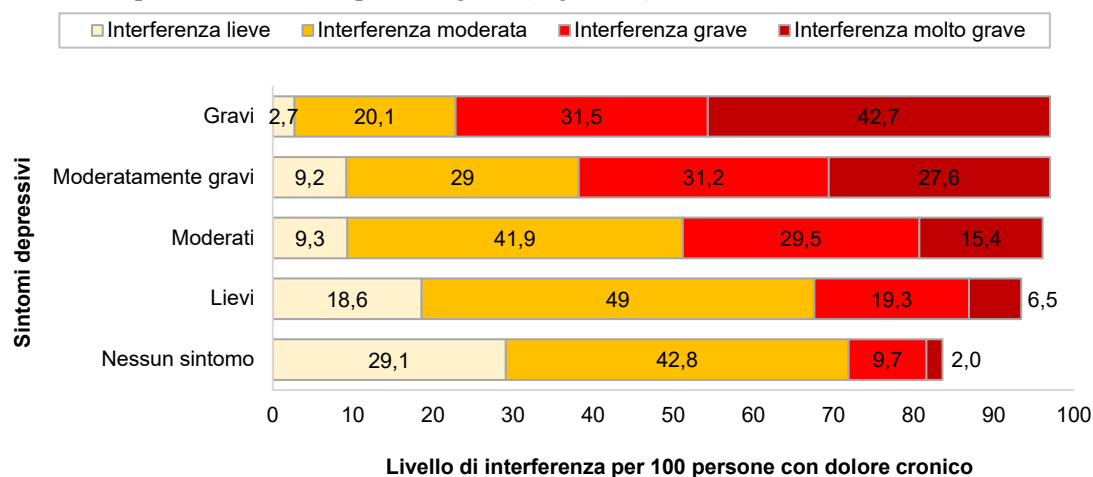


Figura 24. Interferenza del dolore nelle ultime 4 settimane nelle attività quotidiane di persone adulte con dolore cronico, per gravità dei sintomi depressivi - EHIS Italia 2019

Attività lavorativa

L'analisi della condizione lavorativa sembra indicare, complessivamente, una minore percentuale di occupati tra le persone con dolore cronico. Ovviamente, è da tenere in considerazione il fatto che la popolazione affetta da dolore cronico è mediamente più anziana; infatti, osservando la distribuzione dello stato occupazionale per età le differenze si riducono (Figura 25).

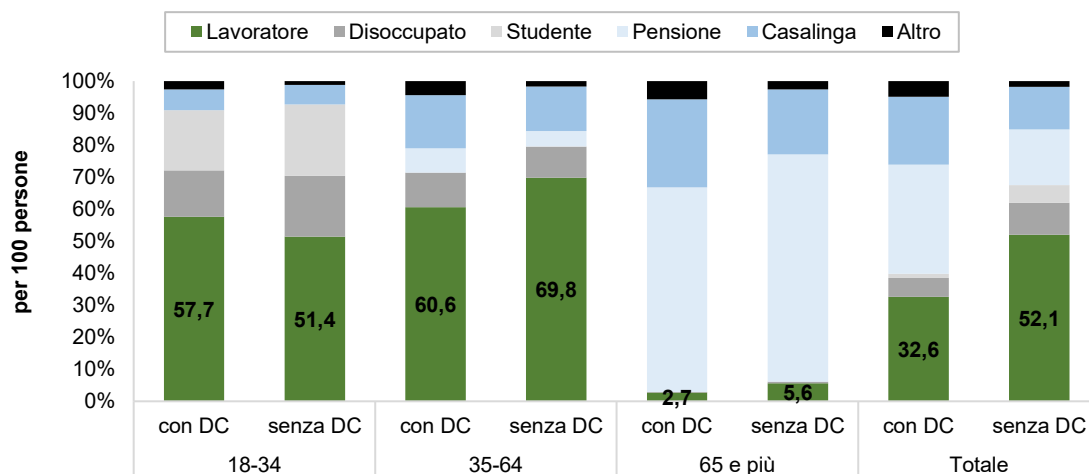


Figura 25. Condizione lavorativa della popolazione adulta, per presenza di dolore cronico e classi di età - EHIS Italia 2019

L'analisi della condizione lavorativa mostra come il 46,8% delle persone con dolore cronico abbia fatto assenze dal lavoro per motivi di salute negli ultimi 12 mesi, a fronte del 27,2% dei non affetti. Questa differenza è più ampia tra i giovani (18-34 anni) e si riduce invece al crescere dell'età (Figura 26). Infine, chi soffre di dolore cronico ha dichiarato un numero medio di giorni di assenza significativamente superiore rispetto alla popolazione di riferimento non affetta ($p < ,001$) (Tabella 4). Nella popolazione con dolore cronico, la percentuale di affetti che negli ultimi 12 mesi ha fatto assenze dal lavoro per motivi di salute è maggiore tra chi ha dichiarato un intervento chirurgico come evento scatenante, è di minore entità tra chi ha dichiarato che il dolore è iniziato dopo una malattia non ancora diagnosticata (Figura 27), senza sostanziali differenze nelle diverse fasce di età.

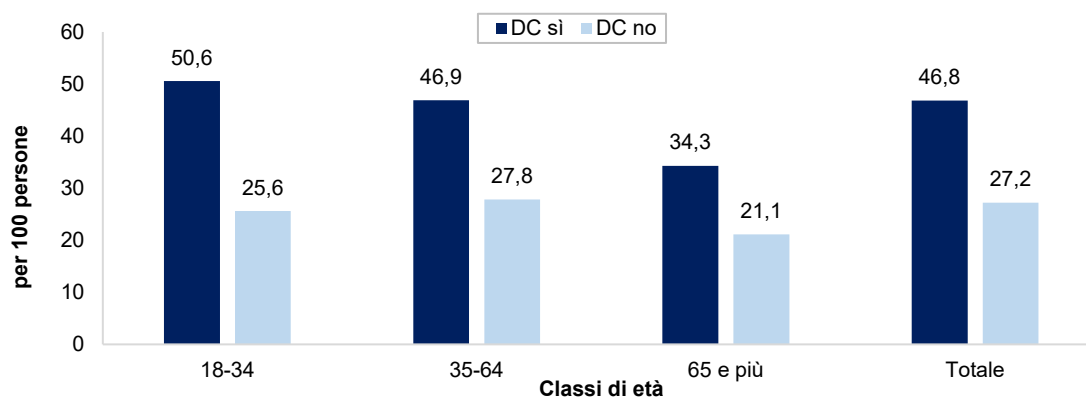


Figura 26. Persone adulte che hanno fatto assenze dal lavoro per motivi di salute negli ultimi 12 mesi, per presenza di dolore cronico e classe di età - EHIS Italia 2019

Tabella 4. Numero medio di giorni di assenza dal lavoro negli ultimi 12 mesi per motivi di salute delle persone adulte occupate, per presenza di dolore cronico - EHIS Italia 2019

Assenza dal lavoro	Con dolore cronico		Senza dolore cronico		p-value
	Media	DS	Media	DS	
Numero medio di giorni	21,5	36,7	13,4	31,3	<0,001
Totale VA*	1.549.567		4.595.816		

* Stime dei valori assoluti (VA), esclusa la mancata risposta totale (si veda la nota 1 nel capitolo 2). DS = Deviazione Standard.

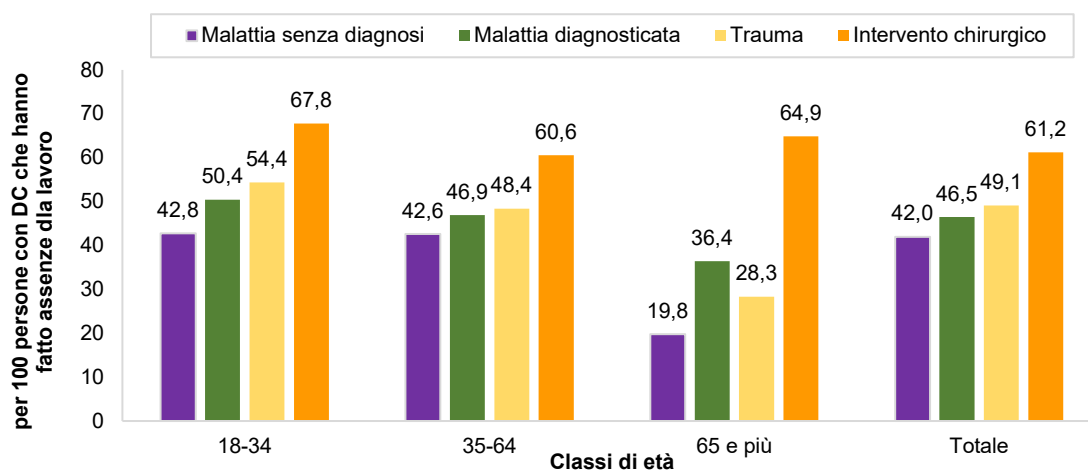


Figura 27. Persone adulte con dolore cronico che negli ultimi 12 mesi hanno fatto assenze dal lavoro per motivi di salute, per evento scatenante del dolore cronico e classe di età - EHIS Italia 2019

Conclusioni

Il ruolo dei fattori psicosociali nella percezione del dolore, nell'adattamento al dolore cronico e nella risposta ai trattamenti è ormai ampiamente riconosciuto (2-4). Tra i diversi fattori psicologici e sociali indagati in letteratura, la depressione è certamente uno dei più importanti.

Nel nostro studio, nelle persone con dolore cronico la prevalenza di sintomi depressivi da moderati a gravi è del 13,1%, quindi ben più elevata di quella riscontrata nella popolazione non affetta (1,8%). Tale prevalenza è inferiore a quella registrata per il nostro Paese nel 2003 da Breivik e colleghi (5), che hanno rilevato un'associazione tra dolore cronico e depressione nel 22% dei rispondenti italiani. La prevalenza di sintomi depressivi riscontrata dal nostro studio coincide invece con quella registrata in Portogallo in soggetti affetti da dolore cronico (6) ed è simile anche a quella rilevata in Irlanda da Raftery e colleghi (7), pari al 15%. Altri studi hanno riscontrato una prevalenza di sintomi depressivi in persone con dolore cronico ancora più elevata (8). Tali differenze possono essere legate a caratteristiche specifiche del campione in esame, così come all'ampia variabilità nella definizione e nella valutazione del dolore cronico e della sintomatologia depressiva nei diversi studi (9). Nel nostro studio i sintomi depressivi sono stati rilevati con il PHQ-8, uno strumento di screening ampiamente validato in letteratura anche in persone con malattie fisiche e dolore cronico. Nella survey di Breivik e colleghi (5), ad esempio, la presenza di depressione è auto-riportata dai partecipanti, a cui è stato chiesto, specificamente, se avessero mai ricevuto una diagnosi di depressione da un medico a causa del dolore.

Nel nostro studio, nelle persone con dolore cronico la prevalenza di sintomi depressivi da moderati a gravi è maggiore tra le femmine, al crescere dell'età e fra le persone con livelli di istruzione meno elevati. A conoscenza degli autori del presente rapporto, pochi studi hanno indagato le differenze socio-demografiche tra le persone con dolore cronico e depressione o con una sola delle due condizioni. Se, da una parte, il basso livello di istruzione e il sesso femminile sembrano associati alla presenza di dolore cronico e depressione in comorbidità, l'età avanzata sembra non rappresentare necessariamente un fattore di rischio per la compresenza di dolore cronico e depressione (8,10).

L'analisi ha evidenziato come al crescere dell'intensità del dolore cresca anche la gravità dei sintomi depressivi. L'elevata correlazione tra intensità del dolore e gravità della depressione è stata riscontrata da un gran numero di studi (11-15). Numerosi fattori fisici e psicosociali, come la disabilità e la catastrofizzazione, possono però mediare, e quindi spiegare, questa relazione (16, 17). Il Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità e la Fondazione ISAL stanno attualmente svolgendo una revisione sistematica della letteratura (registrata in Prospero ID: CRD42023435455) per indagare in modo più approfondito i diversi fattori biopsicosociali in grado di mediare la relazione tra intensità del dolore e gravità della sintomatologia depressiva in persone con dolore cronico.

Nelle persone con dolore cronico, la presenza di sintomi depressivi da moderati a gravi è maggiore tra coloro che hanno indicato come evento scatenante una malattia diagnosticata (15,8%) o un intervento chirurgico (14,1%). A conoscenza degli autori del presente rapporto, non esistono in letteratura confronti a un simile livello di dettaglio. Si potrebbe però ipotizzare che, almeno nel nostro campione di riferimento, la gravità dei sintomi depressivi sia inferiore tra coloro che hanno indicato come evento scatenante una malattia non diagnosticata o un trauma, poiché a questi eventi è più frequentemente associato un dolore di intensità lieve o molto lieve.

La depressione, in generale, sembra quindi avere un'ampia prevalenza tra gli affetti da dolore cronico e molti studi sottolineano che, quando dolore cronico e depressione si presentano in comorbidità, l'intensità, la durata e la prognosi di entrambe le condizioni peggiora (9). La comorbidità tra dolore cronico e depressione è anche associata a livelli più elevati di

compromissione funzionale, a un maggiore utilizzo di servizi medici, ad altri fattori psicologici come ansia e ideazione suicidaria, e a peggiori esiti terapeutici (9).

Data l'elevata comorbidità dolore-depressione e le conseguenze che essa ha sull'esperienza del dolore e sulla qualità della vita dei pazienti, la valutazione e la gestione dei sintomi depressivi dovrebbe quindi rappresentare una parte essenziale del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con dolore cronico.

Riguardo alla sintomatologia ansiosa, nel nostro studio la prevalenza di ansia grave nella popolazione affetta da dolore cronico è del 7,9%, quindi ben più elevata rispetto a quella riscontrata tra i non affetti (1,5%). Questi risultati concordano con quelli di precedenti studi epidemiologici, che hanno trovato una maggiore prevalenza di disturbi d'ansia diagnosticati secondo il DSM-III (18) e il DSM-IV (19, 20) in pazienti con dolore cronico rispetto alla popolazione generale.

Il presente studio ha anche evidenziato, negli affetti da dolore cronico, un aumento dell'ansia cronica grave al crescere dell'età, nel sesso femminile e in persone con basso reddito o livello di istruzione. A nostra conoscenza, in letteratura non esistono dati su questo tipo di associazioni in riferimento al dolore cronico. Uno studio di validazione del questionario *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), condotto in Germania su un campione rappresentativo della popolazione generale, ha però evidenziato come sintomi di ansia più gravi fossero maggiori tra i più anziani, nelle donne e tra coloro con basso reddito o livello di istruzione (21). Come la depressione, anche l'ansia può peggiorare la prognosi e gli esiti di salute nei pazienti con dolore cronico. Alcuni studi, ad esempio, hanno evidenziato come la presenza di disturbi ansiosi possa predire, in pazienti con dolore cronico, l'intensità del dolore, la disabilità e la qualità della vita (22, 23). Per tutti questi motivi, anche la valutazione e la gestione della sintomatologia ansiosa, insieme a quella depressiva, dovrebbe diventare parte integrante del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con dolore cronico, in modo da favorire i migliori *outcome* terapeutici (24).

Dall'analisi emerge inoltre che, rispetto alla popolazione non affetta, le persone con dolore cronico hanno peggiori indici medi di salute mentale e di vitalità. Questo risultato è coerente con quello di altri studi presenti in letteratura (25). L'età, il sesso femminile e l'intensità del dolore cronico sembrano variabili in grado di influenzare tali indici e il loro ruolo potrà essere meglio analizzato in studi futuri di modellizzazione.

Riguardo alle difficoltà motorie nelle cure personali e nella vita domestica, i risultati mostrano l'esistenza di un grande divario tra le persone con dolore cronico e i non affetti, a sfavore dei primi; divario che persiste anche all'aumentare dell'età, e che, quindi, chiama in causa fattori diversi dall'invecchiamento di per sé. Anche la mancanza di aiuto mostra un trend in crescita con l'età. Tutto ciò evidenzia l'importanza di interventi riabilitativi e psicosociali per migliorare la capacità funzionale delle persone con dolore cronico, specie nella terza età.

Ulteriori risultati significativi riguardano l'interferenza del dolore nelle attività quotidiane. I risultati del nostro studio indicano infatti che il dolore sperimentato nelle ultime 4 settimane interferisce nelle attività quotidiane in modo grave o molto grave in circa 1 persona con dolore cronico su 5. Questa interferenza è maggiore nel sesso femminile e diventa più grave all'aumentare dell'età e dell'intensità del dolore. Ricordiamo infatti che, se un'interferenza grave o molto grave è presente solo nel 2% degli affetti da dolore cronico che hanno riferito un dolore di intensità lieve nelle ultime 4 settimane, essa è presente nel 50% degli affetti con dolore forte e addirittura nel 76% degli affetti con dolore molto forte nelle ultime 4 settimane. Sembra dunque che l'intensità abbia un ruolo rilevante nel determinare l'interferenza del dolore nelle attività quotidiane. Ciò sembra in linea con quanto riscontrato da studi internazionali. Smith e colleghi (26), ad esempio, in un'indagine di popolazione condotta in Scozia nel 2001, hanno evidenziato come il dolore cronico causasse una notevole interferenza con le attività quotidiane, in particolare quando era riferito come "significativo" o "grave". Anche la gravità dei sintomi depressivi,

tuttavia, sembra avere un ruolo significativo. Infatti, se un'interferenza grave o molto grave è presente solo nell'11,7% degli affetti da dolore cronico senza sintomi depressivi, essa è presente nel 58,8% degli affetti con sintomi depressivi moderatamente gravi e addirittura nel 74,2% degli affetti con sintomi depressivi gravi. Anche la gravità della sintomatologia depressiva, dunque, potrebbe avere un ruolo importante nel determinare l'interferenza del dolore negli individui con dolore cronico. In uno studio di mediazione longitudinale su pazienti con dolore lombare cronico (n. 150), Seekatz e colleghi (27) hanno, ad esempio, suggerito che la gravità dei sintomi depressivi possa mediare la relazione tra intensità del dolore e disabilità funzionale. Studi futuri, basati su modelli multivariati, potranno sicuramente aiutare a comprendere meglio il complesso legame tra intensità del dolore, depressione e disabilità.

I risultati della nostra indagine sembrano inoltre indicare una minore percentuale di occupati tra le persone con dolore cronico. Questo dato è in linea con quello di altri studi (6, 26, 28), ma questi risultati andranno confermati da analisi che tengano conto di potenziali confondenti, come il sesso e l'età. Infatti, per quanto riguarda l'età in particolare, nelle classi estreme (più giovani e più anziani) possono esserci differenze di rilievo nella distribuzione degli occupati dovute, ad esempio, alla presenza di pensionati, di invalidi per diverse cause, nonché di studenti nella classe dei più giovani.

Ancor più rilevante è l'aver osservato che il numero medio di assenze dal lavoro per motivi di salute negli ultimi 12 mesi è significativamente più elevato tra le persone con dolore cronico. Anche questo dato appare in linea con quello di altri studi. Uno studio spagnolo (29), ad esempio, ha riscontrato che, rispetto ai lavoratori sani, quelli con dolore cronico sono più frequentemente assenti dal lavoro e lo sono per tempi più lunghi, anche in considerazione dello stile di vita o dell'uso di farmaci (es. analgesici).

Questi dati appaiono di particolare rilevanza se si considerano le implicazioni a livello economico dell'effetto del dolore cronico sulla capacità lavorativa. Il dolore cronico, infatti, è una condizione con impatto economico simile a quello di altre patologie indicate come priorità per la salute pubblica, quali il cancro e il diabete, e i costi indiretti del dolore cronico, legati ad esempio alle indennità di malattia, alla perdita di produttività dovuta alle assenze dal lavoro sono tanto elevati quanto i costi sanitari diretti (30). In Svezia, ad esempio, nel 2008 i costi indiretti delle assenze per malattia superiori a 15 giorni e del pensionamento anticipato rappresentavano quasi il 60% dei costi totali riferiti ai pazienti con diagnosi legate al dolore cronico (31). In Italia, invece, il costo medio annuo per paziente è stato stimato in 4.556 euro, di cui il 31% (1.400 euro) a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre i costi indiretti, causati dai pensionamenti anticipati (69%) e dai congedi per malattia (31%), sono stati stimati in 3.157 euro (32).

Tutto ciò sottolinea l'importanza di investire su interventi diagnostici e terapeutici precoci che promuovano la riabilitazione e la presenza del paziente con dolore cronico sul luogo di lavoro. Sulla efficacia di questi interventi, alcuni studi hanno evidenziato che adattamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro e un ambiente adeguato alle capacità di questi lavoratori, possono permettere loro di lavorare con soddisfazione (33, 34).

Bibliografia

1. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders* 2009;114(1-3):163-73.
2. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy* 2011;91(5):700-11.
3. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain* 2016;17(9):T70-T92.

4. Gatchel RJ, Haggard R, Thomas C, Howard KJ. Biopsychosocial approaches to understanding chronic pain and disability. In Moore RJ (Ed.). *Handbook of Pain and Palliative Care: Biopsychosocial and Environmental Approaches for the Life Course*. Bethesda; 2018. p. 3-22.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006;10(4):287-333.
6. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain* 2012;13(8):773-83.
7. Raftery MN, Sarma K, Murphy AW, De la Harpe D, Normand C, McGuire BE. Chronic pain in the Republic of Ireland - community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: Results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, part 1. *Pain* 2011;152(5):1096-103.
8. Miller LR, Cano A. Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *The Journal of Pain* 2009;10(6):619-27.
9. Tenti M, Raffaeli W, Gremigni P. A narrative review of the assessment of depression in chronic pain. *Pain Management Nursing* 2021;23(2):158-67.
10. Réthelyi JM, Berghammer R, Kopp MS. Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain* 2001;93(2):115-21.
11. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *The Journal of Pain* 2011;12(9):964-73.
12. Velly AM, Look JO, Carlson C, Lenton PA, Kang W, Holcroft CA, Friction JR. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain - a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain* 2011;152(10):2377-83.
13. de Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, Van Marwijk HW, De Waal MW, Spinhoven P, Penninx BWJH, van der Feltz-Cornelis CM. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PLoS One* 2014;9(10):e106907.
14. Gerrits MM, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst H, Penninx BW. Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research* 2015;78(1):64-70.
15. Fonseca-Rodrigues D, Rodrigues A, Martins T, Pinto J, Amorim D, Almeida A, Pinto-Ribeiro F. Correlation between pain severity and levels of anxiety and depression in osteoarthritis patients: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology* 2022;61(1):53-75.
16. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. Catastrophizing mediates the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain. *The Journal of Pain* 2013;14(2):149-57.
17. Wang Q, Jayasuriya R, Man WYN, Fu H. Does functional disability mediate the pain-depression relationship in older adults with osteoarthritis? A longitudinal study in China. *Asia Pacific Journal of Public Health* 2015;27(2):NP382-91.
18. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106(1-2):127-33.
19. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, Stang P, Brandenburg N, Kessler R. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain* 2005;113(3):331-9.
20. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Nakane H, Mneimneh Z, Lara C, de Graaf R, Scott KM, Gureje O, Stein DJ, Haro JM,

- Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J, Von Korff M. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 2007;129(3):332-42.
21. Löwe B, Decker O, Müller S, Brähler E, Schellberg D, Herzog W, Herzberg PY. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care* 2008;46(3):266-74.
 22. Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumbler N, Yu Z. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry* 2013;35(4):359-65.
 23. Lerman SF, Rudich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic Medicine* 2015;77(3):333-41.
 24. Asmundson GJ, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety* 2009;26(10):888-901.
 25. Boonstra AM, Reneman MF, Stewart RE, Post MW, Schiphorst Preuper HR. Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of Life Research* 2013;22(1):93-101.
 26. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice* 2001;18(3):292-9.
 27. Seekatz B, Meng K, Faller H. [Depressivity as mediator in the fear-avoidance model: a path analysis investigation of patients with chronic back pain]. *Schmerz* 2013;27(6):612-8.
 28. Landmark T, Romundstad P, Dale O, Borchgrevink PC, Vatten L, Kaasa S. Chronic pain: one year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain* 2013;4(4):182-7.
 29. Mesas AE, González AD, Mesas CE, de Andrade SM, Magro IS, del Llano J. The association of chronic neck pain, low back pain, and migraine with absenteeism due to health problems in Spanish workers. *Spine* 2014;39(15):1243-53.
 30. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 2013;13:1229.
 31. Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, Rhodin A, Rivano-Fischer M, Sjolund KF, Mannheimer C. Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain—Register data of 840,000 Swedish patients. *European Journal of Pain* 2012;16(2):289-99.
 32. Allegri M, Lucioni C, Mazzi S, Serra G. Social cost of chronic pain in Italy. *Global & Regional Health Technology Assessment* 2015;2(1):33-42.
 33. Henriksson C, Liedberg G. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology* 2000;27(5):1271-6.
 34. Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2005;27(12):685-94.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre 2023, 5° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità
Roma, dicembre 2023*