



Promuovere la comprensione e l'azione sui determinanti sociali della salute per le persone con dolore

- **Emma L. Karran, PhD:** University of South Australia, Kaurua Land, Adelaide, Australia
- **Ursula I. Wesselmann, MD, PhD, DTM&H (Lond.):** Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Division of Pain Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama, United States
- **Chinonso N. Igwesi-Chidobe, PhD:** University of Bradford, United Kingdom and University of Nigeria, Nigeria
- **Flavia P. Kapos, DDS, MS, PhD:** Duke University, Durham, North Carolina, United States

Introduzione

Il termine "determinanti sociali della salute (SDoH)" si riferisce alle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano e ai fattori fondamentali che determinano queste condizioni: la distribuzione di potere, denaro e risorse.^[14] In questa scheda informativa discutiamo la rilevanza dei determinanti sociali della salute nel campo del dolore. Spieghiamo la loro relazione con l'equità sanitaria; sottolineiamo la necessità di strategie multilivello e intersettoriali per affrontarli e descriviamo i modi in cui la comunità del dolore può intervenire per affrontare disparità evitabili negli esiti del dolore.

I determinanti sociali della salute contribuiscono in modo significativo alle disuguaglianze sanitarie.

Esistono forti disuguaglianze nella salute all'interno e tra i Paesi, con esiti sanitari strettamente correlati ai livelli di svantaggio (e vantaggio). Livelli più elevati di deprivazione socioeconomica sono associati a un peggioramento degli esiti sanitari, tanto che esiste un gradiente sociale tra le comunità più e meno svantaggiate.^[15] Questo gradiente riflette le differenze nelle opportunità delle persone di vivere una vita sana, determinate da un'ampia gamma di condizioni sociali, economiche e ambientali. Queste condizioni, ovvero l'SDoH, includono le condizioni in cui le persone vivono e lavorano, il loro accesso all'assistenza sanitaria e all'istruzione, la sicurezza alimentare e la stabilità del reddito. Quando questi fattori sono distribuiti in modo diseguale e ingiusto, danno origine a disuguaglianze sanitarie evitabili. L'esposizione diseguale a condizioni sociali, economiche e ambientali avverse si

verifica sistematicamente, con conseguenti disuguaglianze sanitarie derivanti e mantenute da strutture, politiche, politiche e sistemi che danno origine a una distribuzione diseguale di potere, reddito, istruzione e risorse.

L'equità sanitaria, al contrario, si raggiunge quando "tutti hanno un'equa e giusta opportunità di essere il più sani possibile".^[3] L'equità sanitaria potrebbe essere il risultato di politiche sociali ed economiche che mirano a migliorare la vita delle popolazioni lungo il gradiente sociale, con investimenti proporzionati alle necessità. Il settore sanitario ha un ruolo importante da svolgere nell'affrontare il peso della malattia. Tuttavia, l'azione sull'SDoH richiede anche attenzione alle condizioni strutturali in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, a livello interpersonale, comunitario e sociale, nonché su scala globale.

In che modo i determinanti sociali della salute sono correlati al dolore?

È ampiamente riconosciuto che le circostanze più ampie della vita delle persone influiscono sulle esperienze e gli esiti correlati al dolore tanto quanto lo sono per altre condizioni di salute distribuite in modo diseguale nella società.^[5; 8; 9] Numerosi studi a livello mondiale hanno rilevato che redditi più bassi, un livello di istruzione inferiore e un quartiere più povero sono associati a esiti più negativi in termini di dolore. È stato anche dimostrato che razza (e razzismo), etnia, età, sesso, genere, fattori occupazionali e impegno religioso influenzano l'onere, l'impatto e il rischio del dolore.^[1; 11] Analogamente, è stato riconosciuto che molti di questi fattori svolgono un ruolo nelle esperienze sanitarie degli individui. Sono state identificate disparità nell'assistenza sanitaria tra gruppi caratterizzati da posizione socioeconomica, razza, etnia e altri fattori socialmente stratificati, in particolare in relazione alle prescrizioni di oppioidi, alle raccomandazioni per interventi chirurgici e all'accesso agli operatori sanitari. Ad esempio: è stato riscontrato che i gruppi razziali ed etnici minoritari negli Stati Uniti hanno meno probabilità di ricevere oppioidi per il trattamento del dolore cronico;^[16] e le persone che non si identificano secondo una classificazione binaria di genere (ad esempio, uomo o donna) possono incontrare operatori sanitari poco informati e subire discriminazioni sia nell'ambito sanitario che nel contesto sociale più ampio.^[2] Più in generale, l'SDoH può avere un impatto sull'accessibilità e la convenienza dei servizi sanitari, sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sui percorsi di cura, influenzando in modo differenziato le opportunità delle persone di riprendersi dalle condizioni di dolore in modi evitabili e ingiusti.

Una revisione delle relazioni tra posizione socioeconomica e dolore ha proposto che fattori socioeconomici a livello individuale (ad esempio, livello di reddito, livello di istruzione, posizione occupazionale) e fattori a livello strutturale (ad esempio, povertà del quartiere e condizioni ambientali) interagiscano con fattori psicosociali, biologici e comportamentali nel determinare le esperienze di dolore.^[10] Uno studio recente, basato su dati provenienti da 1,3 milioni di persone in 146 Paesi nell'arco di 10 anni, mirato a esaminare la connessione tra tassi di disoccupazione nazionali e livelli di dolore segnalati, ha rilevato che un aumento del 3% del tasso di disoccupazione di una popolazione era collegato a un aumento medio dell'1% del numero di persone che segnalavano dolore fisico. L'analisi ha inoltre rilevato che l'esito era in gran parte determinato dalle donne: all'aumentare della disoccupazione, i

livelli di dolore aumentavano principalmente tra le donne piuttosto che tra gli uomini.^[12] Anche le complesse interrelazioni con caratteristiche personali come genere, razza ed etnia sono state riconosciute come rilevanti. La molteplicità di modi in cui varie caratteristiche personali interagiscono con potere, oppressione e privilegio per produrre disuguaglianze nella salute è descritta dal quadro teorico dell'*intersezionalità*.^[13] Questo quadro riconosce che le complesse interazioni di una combinazione di caratteristiche possono aggravare privilegi o discriminazioni, portando a risultati di salute migliori (o peggiori) rispetto a quelli che si avrebbero se un individuo avesse solo una di queste caratteristiche. È importante riconoscere che esiste un'ampia variazione a livello globale nelle strutture e nelle gerarchie sociali: aspetti dell'identità che sono significativi in alcune culture (sesso, genere, razza, etnia, orientamento sessuale, disabilità e fattori socioeconomici e culturali), possono essere meno rilevanti in altre. Le analisi contestualizzate dell'intersezionalità e del suo impatto sulle opportunità e sui risultati in materia di salute sono probabilmente una componente necessaria per lo sviluppo di politiche e azioni efficaci per affrontare le disuguaglianze sanitarie e ridurre il peso del dolore per tutti.^[4]

Gli SDoH hanno conseguenze su più livelli per le persone con dolore e necessitano di strategie multilivello per affrontarli

Gli SDoH hanno un impatto sulle esperienze legate al dolore delle persone che convivono con il dolore, comprese le loro opportunità di prevenzione e gestione del dolore, contribuendo così alla distribuzione ineguale del dolore tra le popolazioni. Le conseguenze dei determinanti multilivello del dolore e la loro interazione con i sistemi di disuguaglianza (ad esempio, razzismo, sessismo, classismo, discriminazione basata sull'abilità, discriminazione basata sull'età, eterosessismo e binarismo di genere) possono accumularsi nel corso della vita e potenzialmente contribuire alla trasmissione intergenerazionale del dolore e delle sue conseguenze.^[6] Una recente revisione della ricerca sulle disparità sociali nel dolore negli ultimi 50 anni ha identificato alcune aree prioritarie per la ricerca futura, tra cui una maggiore attenzione ai Paesi a basso reddito, alla prevenzione del dolore cronico e ai fattori macroeconomici che determinano le disparità nel dolore.^[4] L'azione per affrontare le disuguaglianze sanitarie e sociali richiede la collaborazione di più settori della società – tra cui sanità, istruzione, servizi sociali, giustizia, occupazione, edilizia abitativa e trasporti – per sviluppare strategie volte ad affrontare l'ampia gamma di fattori che incidono sulla salute e sul benessere. Strategie efficaci per affrontare le disuguaglianze sanitarie richiedono politiche governative di supporto e volontà politica.

La comunità dei pazienti con dolore può intervenire per affrontare le disuguaglianze sanitarie

Esistono molteplici modi in cui la comunità del dolore può elaborare strategie per affrontare le disuguaglianze evitabili negli esiti di dolore e salute. Esempi di pratiche di ricerca, considerazioni sull'assistenza e collaborazione multisettoriale per promuovere progressi verso una maggiore comprensione e azione sulle disuguaglianze sanitarie sono delineati nella Figura 1.

Figura 1. Suggestimenti per promuovere la comprensione e l'azione sulle disuguaglianze sanitarie nel campo del dolore
Pianificare e condurre la ricerca attraverso una visione di equità sanitaria



^a Ciò potrebbe comportare che il team di ricerca rifletta su come la posizione, i privilegi e il potere istituzionale modellino le relazioni con le comunità, le domande di ricerca, la produzione di conoscenza e l'interpretazione dei risultati.

^b Ad esempio, considerare i buoni per i trasporti, l'assistenza all'infanzia, gli orari flessibili, le sedi locali.

^c Inclusi reclutamento, fidelizzazione, accettabilità, presenza e conformità.

Abbreviazioni: PLE, Persone con Esperienza Vissuta; SDoH, Determinanti Sociali della Salute

Conclusione

Una maggiore attenzione ai determinanti sociali della salute come principale fattore che contribuisce alle disuguaglianze sanitarie è di fondamentale importanza per ridurre l'onere globale del dolore persistente. Adottare una "lente di equità" nella ricerca e nella cura del dolore è un passo cruciale verso il miglioramento della salute di tutte le persone affette da dolore.

Bibliografia

1. Atwoli L, Platt JM, Basu A, Williams DR, Stein DJ, Koenen KC. Associations between lifetime potentially traumatic events and chronic physical conditions in the South African Stress and Health Survey: a cross-sectional study. BMC psychiatry 2016;16:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0929-z>
2. Boring BL, Mathur VA. Gender Discrimination is Associated with Greater Chronic Pain Interference Among Women. J Pain 2025;31:105376. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105376>

3. Braveman P, Arkin E, Orleans T, Proctor D, Acker J, Plough A. What is health equity? *Behavioural Science & Policy* 2018;4(1):1-14.
<https://doi.org/10.1177/237946151800400102>
4. Grol-Prokopczyk H, Huang R, Yu C, Chen Y-A, Kaur S, Limani M, Lin T-H, Zajacova A, Zimmer Z, Cowan P, Fillingim RB, Gewandter JS, Gilron I, Hirsh AT, Macfarlane G, Meghani SH, Patel KV, Poleshuck EL, Strain EC, Symons FJ, Wesselmann U, Dworkin RH, Turk DC. Over Fifty Years of Research on Social Disparities in Pain and Pain Treatment. *Pain* 2025 Jun 4. Epub ahead of print.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003676>
5. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research Care, and Education. *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: National Academies Press, 2011.
<https://doi.org/10.17226/13172>
6. Kapos FP, Craig KD, Anderson SR, Bernardes SF, Hirsh AT, Karos K, Keogh E, Losin EAR, McParland JL, Moore DJ. Social determinants and consequences of pain: Towards multilevel, intersectional, and life course perspectives. *J Pain* 2024;25(10):104608.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104608>
7. Karran EL, Cashin AG, Barker T, Boyd MA, Chiarotto A, Maxwell LJ, Mohabir V, Sharma S, Tugwell P, Moseley GL. Developing consensus on the most important equity-relevant items to include in pain research: a modified e-Delphi study. *Pain* 2025 Apr 16. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003621>
8. Karran EL, Cashin AG, Barker T, Boyd MA, Chiarotto A, Mohabir V, Petkovic J, Sharma S, Tugwell P, Moseley GL. It is time to take a broader equity lens to highlight health inequalities in people with pain. *Br J of Anaesth* 2025;134(1):235-237.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.09.026>
9. Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain* 2020;161(11):2476-2493.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001944>
10. Khalatbari-Soltani S, Blyth FM. Socioeconomic position and pain: a topical review. *Pain* 2022;163(10):1855-1861. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002634>
11. Lea CR, Oliver RJP, Smothers Z, Boucher NA, Youssef NA, Ames D, Volk F, Teng EJ, Koenig HG. The moderating effect of religious involvement on the relationship between PTSD symptoms and physical pain in US veterans and active duty military. *Military Behavioral Health* 2019;7(3):327-335. <https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1526149>
12. Macchia L. Research: the link between recessions and physical pain. *Harvard Business Review*, 1 March 2022. Available at: <https://hbr.org/2022/03/research-the-link-between-recessions-and-physical-pain>. Accessed 4 June 2025.
13. Macgregor C, Walumbe J, Tulle E, Seenan C, Blane DN. Intersectionality as a theoretical framework for researching health inequities in chronic pain. *Br J of Pain* 2023;17(5):479-490. <https://doi.org/10.1177/20494637231188583>
14. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health* 2012;126:S4-S10.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>

15. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372(9650):1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
16. Morales ME, Yong RJ. Racial and ethnic disparities in the treatment of chronic pain. *Pain Med* 2021;22(1):75-90. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa427>