



## **Le disuguaglianze nel trattamento del dolore: come la ricerca futura potrà affrontare meglio questo problema**

*Calia Morais, PhD, University of Alabama School of Medicine*

*Jairo Moyano, MD PhD, Fundación Santafé, Colombia*

*Joletta Belton, Global Alliance of Partners for Pain Advocacy*

*and Nomaqhawe Moyo, MD, University of Zimbabwe College of Health Sciences*

A livello mondiale sussistono disuguaglianze nel trattamento del dolore [6]. Disuguaglianze tra Paesi ad alto reddito e Paesi a basso e medio reddito, nonché all'interno delle nazioni stesse, in base a fattori di razza, sesso, genere, etnia, situazione socioeconomica ed età [5,20,25,32].

Le disuguaglianze nel trattamento del dolore sono più evidenti nei Paesi a basso reddito a causa dell'accesso e dell'uso sproporzionato di trattamenti consolidati e di una preparazione accademica inadeguata sulla cura del dolore [7,11]. Queste barriere diventano più complesse se si considera l'impatto dei fattori socioeconomici e del contesto socioculturale sull'esperienza del dolore [2,18,30,32,35,36] e di come questi fattori contribuiscano alle differenze individuali nel dolore tra le popolazioni di pazienti che ne sono fortemente afflitte.

Ad oggi, fino a tempi relativamente recenti [24,28], la maggior parte della ricerca clinica, scientifica di base e preclinica sul dolore ha inoltre studiato il dolore e i trattamenti del dolore negli uomini e negli animali maschi, eppure ora sappiamo che ci sono differenze significative di sesso e genere nel dolore [14]. Tutto ciò ha causato una sfida: tradurre la ricerca nella pratica, in particolare nelle popolazioni sottorappresentate e storicamente escluse [15], nonché nel tradurre in pratica nei Paesi a basso e medio reddito [la ricerca condotta principalmente nei Paesi ad alto reddito [17,34].

### ***Esempi di disuguaglianze includono:***

- Differenze di sesso e/o genere nell'esperienza e nel trattamento del dolore e differenze nella risposta al trattamento, ad esempio ai farmaci, in cui le donne sono svantaggiate [5].
- Disparità nella percezione del dolore, nell'esperienza, nella valutazione e nel trattamento in base alla razza, all'etnia e/o all'età dei pazienti [1,2,21]
- Il sottotrattamento del dolore delle persone di razza diversa e appartenenti a minoranze è più comune che nei bianchi [1,29].
- Disuguaglianze in termini di accessibilità, presenza ed esiti all'interno dei centri di terapia del dolore di terzo livello [22,31]
- Mancanza di accesso agli analgesici essenziali, in particolare agli oppioidi, nei Paesi a basso e medio reddito che rappresentano l'85% della popolazione mondiale[8]. Ciò

include i pazienti con dolore oncologico o malattie terminali non oncologiche, cure di fine vita e analgesia post parto cesareo [19,23,25].

- L'eccesso di oppioidi disponibili in alcuni Paesi a reddito più elevato ha influenzato negativamente l'accesso agli oppioidi nei Paesi a reddito medio e basso, soprattutto dove gli oppioidi non sono ampiamente disponibili [23].

- Il peso della malattia è maggiore e la probabilità di trattamenti efficaci è inferiore nei Paesi a reddito medio e basso (fino al 34% nella popolazione generale e al 62% nelle donne)[14].

### ***Cosa contribuisce alle disuguaglianze?***

- Discriminazione e razzismo influenzano l'accesso e la qualità della cura del dolore, nonché gli esiti [26].

- False convinzioni tra i medici in formazione, come le false credenze secondo le quali i neri hanno una pelle più spessa con meno terminazioni nervose e sentono meno dolore, che riecheggiano le narrazioni usate nel corso della storia degli Stati Uniti come giustificazione per gli abusi dolorosi durante e dopo il periodo della schiavitù[13].

- Mancanza di cure del dolore culturalmente appropriate che rispettino le diverse esigenze dei pazienti [9].

- Stigma. I pazienti sono spesso stigmatizzati (dagli operatori sanitari, dal pubblico in generale o dai familiari) quando mancano risultati oggettivi o il loro dolore persiste nonostante il trattamento [33].

- Le politiche governative (o la loro mancanza) e i sistemi sanitari influiscono sulla disponibilità e sull'accessibilità ai trattamenti del dolore [10].

- Insufficiente istruzione e formazione sul dolore nelle professioni mediche e sanitarie affini, che è ancora maggiore nei Paesi a reddito medio e basso [7]. Ciò contribuisce a una scarsa erogazione di servizi sanitari per il dolore a tutti i livelli.

- A causa della formazione insufficiente e di risorse e finanziamenti limitati nei Paesi a basso e medio reddito, si fa meno ricerca. Ad esempio, nel database Clinicaltrials.gov, dei 22.461 studi "completati" registrati sul "dolore", solo 39 sono stati registrati in Colombia, 73 in Messico e 619 in Brasile (Data Catalog, worldbank.org)

## **Cosa fare dopo aver migliorato l'equità nella ricerca e nella cura del dolore**

### ***Fattori da considerare per progredire***

Per affrontare il problema globale delle disuguaglianze e aumentare l'equità nella cura del dolore, dobbiamo riflettere su come il potere, le convinzioni razziste e l'oppressione nei confronti dei membri di gruppi minoritari o razziali, abbiano contribuito, in tutto il mondo, alle disuguaglianze nell'esperienza e nel trattamento del dolore. La futura ricerca dovrebbe considerare o esaminare come il sistema delle caste, il classismo, il "colorismo" (pregiudizio o discriminazione in favore di razza dalla pelle più chiara), il razzismo, l'età, il sessismo, lo stigma e la discriminazione e/o i pregiudizi basati su razza, etnia, colore, età, sesso, genere, identità sessuale, religione, reddito, geografia regione e stato di disabilità contribuiscono a disuguaglianze nella ricerca e nel trattamento del dolore. È inoltre importante esaminare e superare i pregiudizi e le disuguaglianze esistenti riguardo alla ricerca condotta nei Paesi a basso e medio reddito [12].

### ***Le azioni che si possono intraprendere:***

- *Riconoscere l'esistenza delle disuguaglianze.* Quando vengono identificate differenze etniche e razziali nel trattamento del dolore, dovrebbero essere affrontate per raggiungere l'equità sanitaria.

- *Rendere la ricerca sul dolore più inclusiva* conducendo studi che includono popolazioni diverse e con meno servizi sanitari per aiutare a generalizzare i risultati dello studio [9].
- *Collaborare con le persone che convivono con il dolore* nella ricerca, nella formazione e nel trattamento del dolore. Includere come partner dei pazienti provenienti da popolazioni che sono state storicamente, socialmente o economicamente escluse, come le minoranze razziali [4,16] (vedere la scheda informativa *Collaborazione con persone con esperienza vissuta di dolore nell'anno mondiale della ricerca sul dolore*).
- *Sviluppare valutazioni e trattamenti del dolore culturalmente appropriati/sensibili* in collaborazione con pazienti e professionisti per contribuire efficacemente al trasferimento e all'implementazione delle ultime pratiche basate sull'evidenza [9,15,37].
- *Sviluppare o utilizzare la tecnologia esistente* ove appropriato e fattibile per migliorare l'accesso al trattamento del dolore, soprattutto nelle aree remote. Coinvolgere leader delle comunità, esperti di salute ed esperti nello sviluppo e nell'attuazione tecnologica [9].
- *Collaborare con le comunità locali* per identificare e dare priorità alla ricerca, alla formazione, alle cure e al supporto soddisfacendo le loro esigenze [9].
- *Utilizzare quadri antirazzisti, intersezionali e orientati all'equità per la ricerca sul dolore* [3].
- *Sviluppare capacità di ricerca nelle nazioni a basso e medio reddito.*
- *Promuovere e sostenere la collaborazione mondiale tra gruppi di ricerca* di tutte le nazioni, ad alto, basso e medio reddito.
- *Promuovere e sostenere lo scambio di visite accademiche* di professori tra Paesi con diverso reddito.
- *Facilitare la rotazione degli studenti di medicina* provenienti dai Paesi a basso e medio reddito nei centri accademici dei Paesi ad alto reddito per acquisire pratica clinica.
- *Facilitare il contatto e la collaborazione tra i gruppi di pazienti* dei Paesi ad alto reddito e gruppi simili nei Paesi a basso e medio reddito, ad esempio attraverso la Global Alliance of Partners for Pain Advocacy (GAPPA) della IASP.
- *Riconoscere e studiare gli impatti della colonizzazione e della medicina coloniale* che sono ancora oggi presenti nelle credenze, negli atteggiamenti, nelle politiche e nelle pratiche della medicina e della ricerca.
- *Infine, è di assoluta priorità che i paesi ad alto reddito sostengano i Paesi a basso e medio reddito* nel raggiungimento di questi vari passaggi, compreso l'accesso alle risorse, all'istruzione e ai finanziamenti.

*Gli autori desiderano ringraziare per revisione e suggerimenti i colleghi che hanno rivisto il testo: Frank Keefe PhD, Duke University Medical School, USA  
Ramakrishnan Mani DAc BPhy MPhty PhD, University of Otago, NZ  
Guilherme Barros MD PhD, Botucatu Medical School-UNSEP, Brazil*

*Traduzione a cura di:*

*Lorenza Saini, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore*

*Daniele Battelli, EDPM, MD Specialist in Anesthesia, Intensive Care and Pain Medicine, Ospedale di Stato della Repubblica di San Marino*



## Bibliografia

- [1] Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *Journal of Pain* 2009;10:1187–1204.
- [2] Arthur L, Rolan P. A systematic review of western medicine's understanding of pain experience, expression, assessment, and management for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. *Pain Reports* 2019;4.
- [3] Befus DR, Irby MB, Coeytaux RR, Penzien DB. A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: the Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach. *Current Pain and Headache Reports* 2018;22.
- [4] Belton J, Hoens A, Scott A, Ardern CL. Patients as partners in research: It's the right thing to do. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2019;49:623–626.
- [5] Bimpong K, Thomson K, Mcnamara CL, Balaj M, Akhter N, Bambra C, Todd A. The Gender Pain Gap: gender inequalities in pain across 19 European countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 2021.
- [6] Blyth FM, Schneider CH. Global burden of pain and global pain policy-creating a purposeful body of evidence. *Pain* 2018;159:S43–S48.
- [7] Bond M, Fracs D, Frce F, Kb F. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE TREATMENT OF PAIN IN DEVELOPING COUNTRIES. n.d. Available: <http://palliumindia.org>.
- [8] Clark J, Gnanapragasam S, Greenley S, Pearce J, Johnson M. Perceptions and experiences of laws and regulations governing access to opioids in South, Southeast, East and Central Asia: A systematic review, critical interpretative synthesis and development of a conceptual framework. *Palliative Medicine* 2021;35:59–75.
- [9] Devan H, Perry MA, Yaghoubi M, Hale L. "A coalition of the willing": experiences of co-designing an online pain management programme (iSelf-help) for people with persistent pain. *Research Involvement and Engagement* 2021;7.
- [10] Gilson AM, Maurer MA, LeBaron VT, Ryan KM, Cleary JF. Multivariate analysis of countries' government and health-care system influences on opioid availability for cancer pain relief and palliative care: More than a function of human development. *Palliative Medicine* 2013;27:105–114.
- [11] Goucke CR, Chaudakshetrin P. Pain: A neglected problem in the low-resource setting. *Anesthesia and Analgesia* 2018;126:1283–1286.
- [12] Harris M, Macinko J, Jimenez G, Mullachery P. Measuring the bias against low-income country research: An Implicit Association Test. *Globalization and Health* 2017;13.
- [13] Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2016;113:4296–4301.
- [14] Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesthesia and Analgesia*. Lippincott Williams and Wilkins, 2016, Vol. 123. pp. 739–748.
- [15] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.
- [16] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.
- [17] Kalbarczyk A, Rodriguez DC, Mahendradhata Y, Sarker M, Seme A, Majumdar P, Akinyemi OO, Kayembe P, Alonge OO. Barriers and facilitators to knowledge translation activities within academic institutions in low- And middle-income countries. *Health Policy and Planning* 2021;36:728–739.
- [18] Kawi J, Reyes AT, Arenas RA. Exploring Pain Management Among Asian Immigrants with Chronic Pain: Self-Management and Resilience. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2019;21:1123–1136.
- [19] Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: Assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Services Research* 2019;19.
- [20] Lee P, le Saux M, Siegel R, Goyal M, Chen C, Ma Y, Meltzer AC. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. *American Journal of Emergency Medicine* 2019;37:1770–1777.
- [21] Lewis GN, Borotkanics R, Upsdell A. Inequity in outcomes from New Zealand chronic pain services. 2021;134:1533. Available: [www.nzma.org.nz/journal](http://www.nzma.org.nz/journal).
- [22] Lewis GN, Upsdell A. Ethnic disparities in attendance at New Zealand's chronic pain services. *NZMJ* 2018;131:1472. Available: [www.nzma.org.nz/journal](http://www.nzma.org.nz/journal).
- [23] Marchetti Calônego MA, Sikandar S, Ferris FD, Moreira de Barros GA. Spread the Word: There Are Two Opioid Crises! *Drugs* 2020;80:1147–1154.

- [24] Mazure CM, Jones DP. Twenty years and still counting: Including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. *BMC Women's Health* 2015;15.
- [25] Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to Take Stock: A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United States. *me\_1310* 150..174. n.d. Available: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/13/2/150/1935962>.
- [26] Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain management* 2019;9:317–334.
- [27] Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience* 2020;21:353–365.
- [28] Mogil JS, Chanda ML. The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain. *Pain* 2005;117:1–5.
- [29] Morales ME, Yong RJ. Racial and Ethnic Disparities in the Treatment of Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:75–90.
- [30] Mustafa N, Einstein G, MacNeill M, Watt-Watson J. The lived experiences of chronic pain among immigrant Indian-Canadian women: A phenomenological analysis. *Canadian Journal of Pain* 2020;4:40–50.
- [31] Nguyen M, Ugarte C, Fuller I, Haas G, Portenoy RK. Access to care for chronic pain: Racial and ethnic differences. *Journal of Pain* 2005;6:301–314.
- [32] Quiton RL, Leibel DK, Boyd EL, Waldstein SR, Evans MK, Zonderman AB. Sociodemographic patterns of pain in an urban community sample: an examination of intersectional effects of sex, race, age, and poverty status. *Pain* 2020;161:1044–1051.
- [33] de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: A-state-of-the-art review. *Pain* 2016;157:1607–1610.
- [34] Sharma S, Jensen MP, Pathak A, Sharma S, Pokharel M, Abbott JH. State of clinical pain research in Nepal: A systematic scoping review. *Pain Reports* 2019;4.
- [35] Thompson KA, Terry EL, Sibille KT, Gossett EW, Ross EN, Bartley EJ, Glover TL, Vaughn IA, Cardoso JS, Sotolongo A, Staud R, Hughes LB, Edberg JC, Redden DT, Bradley LA, Fillingim RB, Goodin BR. At the Intersection of Ethnicity/Race and Poverty: Knee Pain and Physical Function. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2019;6:1131–1143.
- [36] Torres CA, Thorn BE, Kapoor S, DeMonte C. An examination of cultural values and pain management in foreign-born Spanish-speaking Hispanics seeking care at a federally qualified health center. *Pain Medicine (United States)* 2017;18:2058–2069.
- [37] Tuck NL, Khuvtsgaan B, Rashid U, Aamir T, Goucke R, Regjii B, Dorjbal EA, Lundeg G, Bean DJ. The Adaptation of Pain Assessment Tools from High-Income to Low- and Middle-Income Countries: Psychometric Properties of a Set of Chronic Pain Questionnaires in Mongolian and New Zealand Patient Samples. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:948–960.