

Adattare le linee guida mondiali sul dolore ai contesti locali: strategie per i Paesi a basso e medio reddito

- **Robyna Irshad Khan MBBS, FCPS, MHSc:** Associate Professor Anesthesiology, Associate Dean Allied Health, Aga Khan University, Karachi, Pakistan.
- **Usman Bashir, MBBS, FRCA, FFPMRCA:** King Faisal Specialist Hospital & Research Centre, Kingdom of Saudi Arabia
- **Gauhar Afshan, MBBS, FCPS:** Endowed Professor Anesthesiology & Pain Medicine, Aga Khan University, Karachi, Pakistan

Introduzione

Le linee guida per la gestione del dolore sono strumenti fondamentali per la salute mondiale, progettate per migliorare il trattamento, ridurre le disparità e preservare la dignità del paziente. Di solito elaborate nei Paesi ad alto reddito, queste linee guida si basano su solide evidenze scientifiche e competenze cliniche. Tuttavia, nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC), dove i sistemi sanitari possono essere carenti di servizi specializzati, farmaci essenziali o personale qualificato, queste linee guida spesso richiedono un attento adattamento per essere efficaci [4]. L'adattamento delle linee guida mondiali consente ai Paesi a basso e medio reddito di colmare il divario tra gli standard basati sull'evidenza e la realtà concreta. Questo approccio rispetta i valori locali, ottimizza le risorse limitate e promuove un'assistenza etica senza compromettere l'integrità clinica. Adattando le raccomandazioni esistenti alla disponibilità di risorse, alla capacità del personale sanitario, alle pratiche culturali e alle priorità epidemiologiche, l'adattamento diventa fattibile ed essenziale [2].

Perché l'adattamento al luogo è importante

Molte linee guida mondiali per la gestione del dolore presuppongono la disponibilità di infrastrutture diagnostiche, team multidisciplinari e un'ampia gamma di farmaci. Questi presupposti, tuttavia, non sono validi in gran parte del mondo [3, 9]. In molti Paesi a basso e medio reddito, l'assistenza sanitaria è decentralizzata, le risorse sono limitate e l'accesso al

sollievo dal dolore rimane fortemente limitato. Inoltre, l'esperienza e l'espressione del dolore sono plasmate da valori culturali e credenze della comunità. Sono diffuse idee sbagliate sui farmaci antidolorifici, in particolare sugli oppiodi, spesso legate alla paura della dipendenza o allo stigma sociale [7]. Pertanto, adattare le linee guida non è solo una questione pratica, ma morale. Senza adattamento, l'assistenza standardizzata non può raggiungere coloro che ne hanno più bisogno.

Sfide nell'implementazione delle linee guida mondiali nei Paesi a basso e medio reddito

L'implementazione è spesso ostacolata da una combinazione di politiche, infrastrutture e barriere sociali. L'accesso agli oppiodi rimane limitato a causa di quadri normativi rigidi e sistemi di distribuzione sottosviluppati [10]. Anche laddove tali farmaci siano approvati, le catene di approvvigionamento spesso si interrompono a livello locale, in particolare nelle aree rurali e periurbane. Vi è una grave carenza di professionisti sanitari qualificati con esperienza nella gestione del dolore [11]. La maggior parte dei servizi esistenti è centralizzata nei grandi ospedali urbani, rendendoli inaccessibili alla popolazione generale [12]. Lo stigma culturale associato sia al dolore che all'uso di analgesici scoraggia ulteriormente i pazienti dal cercare o continuare il trattamento. Insieme, questi fattori creano un ambiente in cui il dolore non trattato viene normalizzato e la sofferenza diventa invisibile [7].

Strategie per un adattamento efficace

- L'adattamento delle linee guida inizia con la definizione delle priorità in base alle esigenze epidemiologiche locali. I Paesi devono innanzitutto identificare quali condizioni dolorose siano più diffuse e invalidanti, come lesioni non trattate, tumori in fase avanzata o dolore muscoloscheletrico cronico, e concentrarsi su interventi che affrontino queste realtà [4].
- Inoltre, è essenziale una valutazione dettagliata delle risorse. Conoscere i farmaci, le attrezzature e le risorse umane disponibili aiuta a garantire che i protocolli adattati siano realizzabili, non solo aspirazioni.
- Fattori socioculturali, linguistici e politici devono essere considerati fin dall'inizio. Le linee guida dovrebbero essere tradotte nelle lingue locali e adattate per l'accettabilità culturale. L'integrazione di pratiche tradizionali sicure e familiari, come yoga, coppettazione o trattamenti a base di erbe, può migliorare la fiducia e l'aderenza dei pazienti [2]. L'approccio biopsicosociale deve essere integrato al posto del modello biomedico. Le linee guida adattate devono essere in armonia con i valori e le convinzioni locali, purché la sicurezza e l'efficacia non siano compromesse [2].
- Lo sviluppo della forza lavoro è un altro aspetto cruciale. Poiché la maggior parte dei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) si trova ad affrontare una carenza di specialisti del dolore,

la formazione deve essere rivolta a medici di medicina generale, infermieri e operatori sanitari di comunità [5]. Questi professionisti possono fornire una gestione del dolore di prima linea se dotati di strumenti pratici e strumenti di supporto decisionale. Protocolli semplificati, scale del dolore validate e illustrate e applicazioni mobili progettate per utenti con basso livello di alfabetizzazione possono supportare questa decentralizzazione dell'assistenza.

- Le raccomandazioni farmacologiche devono essere basate sull'evidenza e realistiche. Invece di fare affidamento su farmaci non disponibili o inaccessibili, linee guida adattate dovrebbero concentrarsi su farmaci ampiamente accessibili come paracetamolo, ibuprofene e oppioidi approvati localmente, quando indicati [4, 10]. L'accessibilità economica e la stabilità della catena di approvvigionamento sono fondamentali per sostenere l'implementazione a lungo termine.
- Laddove l'uso di oppioidi sia appropriato, i Paesi devono rivedere e riformare le leggi antidroga obsolete, allineandole alle raccomandazioni dell'OMS e ai quadri internazionali sui diritti umani. Bilanciare la legittima necessità di alleviare il dolore con le preoccupazioni relative all'abuso richiede politiche trasparenti, sviluppo delle capacità e responsabilità, non divieti.

Esempi di casi di successo nell'adattamento delle linee guida

1. In Pakistan, l'Università Aga Khan ha sviluppato linee guida per la gestione del dolore acuto adattate alle infrastrutture locali e ai flussi di lavoro clinici [1]. Questa iniziativa ha dimostrato come le istituzioni accademiche possano svolgere un ruolo fondamentale nel colmare il divario tra le evidenze globali e le realtà sanitarie nazionali.
2. In Uganda, i servizi di cure palliative gestiti da infermieri hanno migliorato significativamente l'accesso alla morfina orale, in particolare nei distretti rurali. Dopo aver ricevuto una formazione mirata e il supporto normativo, gli infermieri sono diventati fornitori chiave di sollievo dal dolore, riflettendo il potenziale delle strategie di trasferimento dei compiti [6].
3. Nel frattempo, la National Cancer Grid indiana ha prodotto linee guida per le cure palliative stratificate in base alle risorse che consentono alle istituzioni a vari livelli di assistenza di implementare le migliori pratiche nei limiti delle proprie possibilità [8]. Questi esempi dimostrano che l'adattamento è possibile e trasformativo.

Ruoli degli stakeholder nell'adattamento

Il processo di adattamento delle linee guida è intrinsecamente collaborativo. Gli operatori sanitari e gli amministratori ospedalieri devono assumere un ruolo guida nell'implementazione clinica. I responsabili politici e gli enti regolatori sono fondamentali per garantire che le leggi

nazionali e i sistemi di finanziamento supportino, anziché ostacolare, un'equa assistenza al dolore. I ricercatori hanno la responsabilità di valutare l'efficacia degli adattamenti e di generare evidenze specifiche per il contesto. Le organizzazioni della società civile, comprese le associazioni di difesa dei pazienti e le organizzazioni non profit, possono amplificare la domanda di migliori servizi per la cura del dolore, evidenziare le disuguaglianze e responsabilizzare i decisori. Infine, le agenzie sanitarie globali e i donatori dovrebbero fornire supporto tecnico e finanziario, senza imporre modelli rigidi e universali [3, 4].

Un appello all'azione etica

La mancata gestione del dolore non trattato non rappresenta semplicemente una lacuna nell'erogazione dei servizi, ma un'ingiustizia etica. Nessun sistema sanitario può affermare di essere equo o compassionevole se permette alla sofferenza di persistere quando esistono rimedi sicuri ed efficaci [7]. L'adattamento non è un compromesso, ma una via verso la giustizia. I Paesi a basso e medio reddito devono investire nella formazione del personale, rivedere le barriere normative, semplificare l'accesso ai farmaci essenziali e allineare i modelli di cura del dolore ai loro contesti locali. Così facendo, sostengono sia la scienza della medicina basata sulle prove di efficacia sia l'etica della dignità umana.

Bibliografia

1. Aga Khan University. Acute Pain Management Guideline. https://guidelines.aku.edu/guideline_view.php?pdf=uploads/Acute%20Pain%20.pdf&id=174
2. Human Rights Watch. Global State of Pain Treatment: Access to Medicines and Palliative Care [Internet]. 2011. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>.
3. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2022 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2022.html>.
4. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés H, Rodriguez NM, Alleyne G, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Rajagopal MR, del Rocío Sáenz Madrigal M, Sheinbaum Pardo C, Stringer K, Torres C, Vargas-Peláez CM, Pastrana T. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief. Lancet. 2018;391(10128):1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
5. MacRae MC, Fazal O, O'Donovan J. Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002368. <https://doi.org/10.1136/bmigh-2020-002368>

6. Merriman A, Mwebesa E, Zirimenya L. Improving access to palliative care for patients with cancer in Africa: 25 years of Hospice Africa. Ecancermedicalscience. 2019;13:946. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.946>
7. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. BJA Educ. 2018;18(9):265–270. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006>
8. National Cancer Grid. NCG Guidelines Manual 2021 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.ncgindia.org/assets/ncg-guidelines-2021/ncg-guidelines-manual-2021.pdf>.
9. Powell RA, Schwartz L, Nouvet E, Sutton B, Petrova M, Marston J, Radbruch L, Harding R. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. Lancet. 2017;389(10078):1498–1499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30978-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30978-9)
10. Seya MJ, Gelders SFAM, Acharya OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2011;25(1):6-18. <https://doi.org/10.3109/15360288.2010.536307>
11. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. J Glob Health. 2019 Dec;9(2):020317. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020317>
12. Tapsfield J, Bates MJ. Hospital based palliative care in sub-Saharan Africa; a six month review from Malawi. BMC Palliat Care. 2011;10:12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-12>

Tradotto dall'inglese da Lorenza Saini, Associazione Italiana per lo Studio del Dolore